



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ

Diplomová práce

Studijní program: N7508 – Sociální práce
Studijní obor: 6731T012 – Sociální práce

Autor práce: **Bc. Vojtěch Hlubuček**
Vedoucí práce: PhDr. Jan Sochůrek, Ph.D.



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Vojtěch Hlubuček**
Osobní číslo: **P13001098**
Studijní program: **N7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce**
Název tématu: **Patologické hráčství**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl diplomové práce: Zjistit, jaký vliv má patologické hráčství na nejbližší sociální okolí hráče a možnosti sociální práce s nimi.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník, rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- CSÉMY, L., NEŠPOR, K., 1996. Léčba a prevence závislostí. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2.
- CURRIE, B., 2012. Hazardní hráč: svádění Štěstěny. 1. vyd. Brno: Emitos. ISBN 978-80-87171-31-8.
- KALINA, K., aj., 2003. Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- KOHOUT, P., 2000. Jsem hazardní hráč aneb Zpověď gamblera. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-958-6.
- MATĚJČEK, Z., 1992. Dítě a rodina v psychologickém poradenství. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 80-04-25236-2.
- MÜHLPACHR, P., 2008. Sociopatologie pro sociální pracovníky. 1. vyd. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-069-2.
- NAKONEČNÝ, M., 2009. Sociální psychologie. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NEŠPOR, K., 1994. Hazardní hra jako nemoc. 1. vyd. Ostrava: nakl. Aleny Krtílkové.
- NEŠPOR, K., 1996a. Jak překonat problém s hazardní hrou. 1. vyd. Praha: Sportpropag.
- SOCHŮREK, J., 2009. Úvod do sociální patologie. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-448-1.
- PHILLIPS, K., a kol., 2009. Gambling and gender: men and women at play. New York: P. Lang. ISBN 978-1-4331-0522-7.
- POKORNÝ, V., a kol., 2002. Patologické závislosti. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. ISBN 80-86568-02-04.
- PRUNNER, P., 2008. Psychologie gamblerství aneb Sázka na štěstí. 1. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-074-1.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Jan Sochůrek, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

1. listopadu 2013

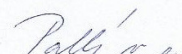
Termín odevzdání diplomové práce:

25. dubna 2014



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 4. listopadu 2013

Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé diplomové práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování:

Tímto bych rád poděkoval vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Janu Sochůrkovi, Ph.D., za vedení a poskytnutí cenných informací a připomínek ke zpracování mé diplomové práce.

Název diplomové práce: Patologické hráčství

Jméno a příjmení autora: Bc. Vojtěch Hlubuček

Akademický rok odevzdání diplomové práce: 2013/2014

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Jan Sochůrek, Ph.D.

Anotace:

Diplomová práce „Patologické hráčství“ pojednává jak o gamblerství jako sociálně patologickém jevu z obecného hlediska, tak i o jeho dopadech na nejbližší sociální okolí hráče, zejména na jejich partnery a rodiny.

Práce se sestává z části teoretické a části empirické. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol, ve kterých se zabýváme vymezením samotné závislosti, patologickým hráčstvím, rodinou funkční či klinickou a sociální prací s gamblery.

Empirická část diplomové práce se zaměřuje na dvě základní skupiny, kterými jsou samotní gambleři a jejich životní partneři. U patologických hráčů byl prostřednictvím výzkumného šetření zjišťován jejich sociální status, tedy jejich věk, pohlaví, vzdělání aj. U partnerů patologických hráčů bylo stejnou metodou zjišťováno, jaký dopad má patologické hráčství jak na ně samotné, tak na celou jejich rodinu.

Jsou zde stanoveny hypotézy a charakteristiky základních výběrových souborů, použité metody během výzkumného šetření a analýza dat. Současně také zjištění, které interpretujeme a vyvozujeme z nich odborné závěry.

Klíčová slova: Osobnost, závislost, hra, gambling, hazard, prevence, rodina, sociální práce.

Title of the diploma thesis: Pathological Gambling

Author: Bc. Vojtěch Hlubuček

Academic year of the diploma thesis submission: 2013/2014

Supervisor: PhDr. Jan Sochůrek, Ph.D.

Annotation:

The thesis "Pathological Gambling" focuses on both gambling as a social pathological phenomenon from the general point of view and the impact of gambling on the closest social environment of players, especially on their partners and families.

It comprises theoretical and empirical parts. The theoretical part is divided into four chapters in which addiction itself, pathological gambling, family function, clinical and social work with gamblers are defined.

The empirical part of the diploma concentrates on two main groups, gamblers themselves and their life partners. The research among pathological gamblers was conducted via questionnaires about their social status, e. g. their sex, age, education et cetera. Their partners were asked using the same method about the impact of pathological gambling on their lives and the lives of their families.

Furthermore it introduces hypotheses and characteristics of basic selective criteria, methods applied during the research and data analysis. The findings of research are interpreted and formed into conclusions.

Key words: personality, addiction, game, gambling, hazard, prevention, family, social work.

Diplomarbeitbenennung: Patologische Gamblersucht

Vorname und Name des Autors: Bc. Vojtěch Hlubuček

Akademisches Jahr des Abgebens der Diplomarbeit: 2013/2014

Diplomarbeit- Leiter: PhDr. Jan Sochůrek, Ph.D.

Anotation:

Die Diplomarbeit „Patologische Gambler-Sucht“ beinhaltet das Phänomen Gamblersucht als sozial-patologische Erscheinung allgemein, sowohl aus auch aus der Sicht der Auswirkung auf das nahestehendes soziales Umfeld des Gamblers, vor allem auf seine engsten Angehörigen d.h. Partner und Familie.

Diese Diplomarbeit ist in zwei Teile gegliedert: den theoretischen und den zweiten d.h. den empirischen. Der Teil der Theorie hat vier Kapitel, in denen der Sach-Begriff sowie Erläuterung des eigentlichen Begriffes Gamblersucht, des pathologischen Gamblers, der funktionierenden oder klinischen Familie, der sozialen Arbeit mit Gambler-süchtigen Personen klassifiziert werden.

Der empirische Teil der Diplomarbeit arbeitet mit zwei Basis-Gruppen, d.h. dem eigentlichen Gamblersüchtigen einerseits sowie ihren nahestehenden Lebenspartnern andererseits. Bei pathologischen Gambler-Spielern wurde aufgrund wissenschaftlicher Verfahren deren Sozialstatus, d.h. Alter, Geschlecht, Bildung u.ä. geforscht. Bei den Gambler-Partnern dieser süchtigen Spieler wurde laut gleicher Methode festgestellt, wie sich die Gambler-Sucht auf das gesamte Familien-Umfeld mit all seinen Familienangehörigen, auswirken mag.

Es werden hier Hypothesen aufgestellt sowie Charakteristiken der Grundbasisauswahleinheiten erstellt, sowie der während der Forschungsarbeit verwendete Verfahren und Daten-Analysen. Zusammen hiermit dann auch die Feststellungen, welche von uns interpretiert werden und aufgrund welcher wir unsere fachkundigen Resultate aussprechen konnten.

Schlüsselfachterminologie: Persönlichkeit, Gamblersucht, Gambling, Hazard-Spiel, Prävention, Familie und deren Umfeld, Soziale Arbeit und Tätigkeiten.

Obsah

ČÁST TEORETICKÁ	12
1 Vymezení závislosti	12
1.1 Pojem závislost	12
1.2 Znaký závislosti.....	15
1.3 Vznik a vývoj závislosti	17
1.4 Typologie závislosti	21
2 Patologické hráčství	26
2.1 Vznik patologického hráčství.....	29
2.2 Diagnostická kritéria patologického hráčství	32
2.3 Osobnost gamblera	34
2.4 Příčiny hraní.....	36
2.5 Nejčastější formy hazardních her.....	39
2.6 Rizikové skupiny	48
2.7 Právní úprava gamblerství	52
2.8 Prevence.....	59
2.9 Léčba patologického hráčství.....	68
2.10 Problémy související s hráčskou závislostí	72
3 Patologické hráčství v kontextu klinické rodiny	74
3.1 Rodina	74
3.2 Funkce rodiny.....	77
3.3 Klinická rodina	80
3.3.1 <i>Dítě v klinické rodině</i>	87
3.4 Doplněná rodina.....	91
3.5 Náhradní rodinná péče	94

4 Možnosti sociální práce s gamblery	98
4.1 Cíle sociální práce	98
4.2 Přístupy a způsoby výkonu sociální práce.....	99
4.3 Specifika cílové skupiny.....	100
4.4 Práce s cílovou skupinou	102
 ČÁST EMPIRICKÁ	105
10 Výzkumný projekt	105
10.1 Formulace výzkumného problému	105
10.2 Metodologie výzkumu.....	106
10.3 Realizace a zpracování výzkumu	107
10.4 Prezentace výsledků empirického šetření	110
10.5 Analýza dat	160
 11 Závěr.....	170
12 Navrhovaná opatření	172
Seznam použitých zdrojů	174
Seznam obrázků	180
Seznam tabulek	180
Seznam grafů	182
Přílohy	184

„Každý umí hrát - ale pravé umění spočívá v tom, abychom věděli, kdy máme přestat.“

Polské přísloví

Úvod

Tématem diplomové práce je patologické hráčství, gamblerství, závislost na hraní a jinými synonymy označovaná tatáž porucha chceme-li závislost, která je v současné době velmi rozšířená nejen mezi dospělými, ale také mezi mladistvými. Vzhledem k tomu, že patologické hráčství neovlivňuje pouze samotného gamblera, ale také jeho blízké sociální okolí, zejména pak jejich partnery, bude diplomová práce zaměřena i na tyto.

Cílem diplomové práce je tedy nejen shromáždit konkrétní fakta o tomto rozšířeném sociálně patologickém jevu a poukázat tak mj. i na negativní dopady této závislosti, ale zejména zjistit sociální status samotných gamblerů a jaký vliv má tato závislost, resp. gambleři samotní, na jejich nejbližší sociální okolí a možnosti sociální práce s nimi.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol, kdy první kapitola je zaměřena na vymezení závislosti, jejím pojetím, znaky, vznikem a vývojem a typologií. Druhá kapitola se zabývá hráčstvím, jejím vzniku, diagnostickým kritériím, osobností gamblera, prevencí, léčbou aj. Ve třetí kapitole teoretické části je patologické hráčství popsáno v kontextu klinické rodiny, kde je uvedena nejen funkce rodiny, ale také pohled na dítě v klinické rodině či na rodinu s dospělým gamblerem. Poslední kapitola této části je zaměřena na možnosti sociální práce s gamblery, kde jsou uvedena specifika této skupiny a práce s cílovou skupinou z pohledu sociálního pracovníka, potažmo sociální práce obecně.

Empirická část diplomové práce se zaměřuje na dvě hlavní skupiny. První skupinou jsou gambleři, u kterých byl prostřednictvím dotazníku zjišťován jejich sociální status. Druhou skupinou jsou životní partneři gamblerů, u kterých bylo, taktéž prostřednictvím dotazníku zjišťováno, jaký vliv mají gambleři na ně samotné, rodinu a blízké sociální okolí.

ČÁST TEORETICKÁ

1 Vymezení závislosti

V úvodu diplomové práce je nejprve nutno vymezit pojem závislost. Vymezení tohoto pojmu je velice důležité z důvodu, že se mnoho autorů věnující se problematice patologického hráčství rozchází v základní otázce, tedy v tom, zdali právem řadíme patologické hráčství mezi závislosti nebo mezi návykové a impulzivní poruchy. Jen někteří autoři však vysvětlují, proč řadí patologické hráčství právě mezi závislosti, respektive návykové a impulzivní poruchy.

Bez vymezení tohoto základního a pro tuto práci velmi důležitého pojmu by nemusely být následující kapitoly zcela pochopeny a obsah práce tak zůstal nejasný.

Závislost bude níže vymezena jak z obecného hlediska, tak ve vztahu k patologickému hráčství.

1.1 Pojem závislost

Na závislost lze pohlížet v různých úrovních, ve kterých ji můžeme popisovat, kdy se jedná se například o úroveň osobní, rodinnou, skupinovou, místní aj. V tomto kontextu se dle Pokorného (2002, s. 14) používá pojem závislost pro popis vztahu mezi organismem a jevem, ale i předmětem závislosti. Vztah vzniká opakovaným kontaktem s předmětem závislosti, přičemž tento kontakt se stává postupně častějším, intenzivnějším a komplexnějším, délka jeho trvání se prodlužuje.

V minulosti se pojem závislost používal výhradně v souvislosti s užíváním alkoholu a drog. V případě patologického hráčství se hovořilo spíše o nemoci či jakési poruše, avšak nikoli o závislosti. S tímto tvrzením souhlasí i Mühlpachr (2002, s. 15), podle kterého se v minulosti skutečně o závislosti hovořilo jen v souvislosti s alkoholem a drogami, kdy je fenoménem současné postmoderní doby závislostní chování jako součást životního stylu zvláště dětí, mladistvých a mladých dospělých.

Současná společnost je mnohými charakterizována jako společnost, v níž na místo normativní regulace občana nastoupilo svádění konzumenta a na místo legitimizace moci masmédia.

Jak dále Mühlpachr (2002, s. 15) konstatuje, tak se závislostní chování stále jeví jako jednooborový problém, a to medicínský. „Laická veřejnost velmi často mylně nepovažuje závislost za chorobu, kdy závislého člověka posuzuje tak, jako by se dostal do problémů jen svým vlastním přičiněním, svou vlastní vinou“ (Heller, Pecinovská a kol. 2011, s. 7). Otázku, v jakém smyslu lze pokládat závislost za onemocnění, si pokládá také Rodgers (1999, s. 18), kdy k tomuto dodává, že v pravděpodobně nejjednodušší odpovědi na tuto otázku se objeví početné zdravotní následky.

Prunner (2008, s. 32, 35) charakterizuje závislost jako stav, při kterém absence látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní obtíže. Vzniká po opakovaném nebo chronickém užívání určité látky, ale i při určité činnosti, která přináší nadměrné uspokojení. Vede k narušení osobnosti, ke snížení výkonnosti a často i inteligence.

K tomuto následně dodává, že se patologické hráčství řadí mezi určitý druh závislosti, která má řadu shodných znaků i s jinými druhy závislostí. Toto zdůvodňuje tím, že se u patologického hráčství objevují čtyři základní aspekty, které charakterizují závislost.

Těmito aspekty jsou:

- hráč je stále víc a víc zaměstnaný hrou,
- patologický hráč neustále zvyšuje velikost sázky (v důsledku zvyšování tolerance na drogu se zvyšuje velikost dávky),
- dochází ke ztrátě kontroly nad hrou,
- hraní narušuje sociální vztahy.

S výše uvedeným souhlasí také Sochůrek (2009, s. 124), podle kterého je patologické hráčství, gambling, právem počítáno mezi závislosti, ačkoli má některá

výrazná specifika. Na rozdíl od alkoholu a drog nedochází k přímému poškozování zdraví nějakou látkou, i když v případě psychiky jsou následky často podobné.

V otázce, zdali řadit patologické hráčství mezi závislosti nebo návykové a impulzivní poruchy je z formálního hlediska dle Nešpora (2011, s. 9) situace jasná, neboť závislost je to, co odpovídá definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen „MKN“).

K syndromu závislosti je tedy v MKN uvedeno: „Je to soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav“ (Mezinárodní klasifikace nemocí 2013).

K výše uvedené definici MKN je možno podotknout, že je tato poněkud komplikovaná a pro laika stěží pochopitelná.

„Lze tedy shrnout, že patologické hráčství, ačkoliv není závislostí v pravém slova smyslu, má se závislostmi mnoho společných rysů“ (Nešpor 2000, s. 32). K tomuto dále někteří autoři jako např. Prunner (2008, s. 123) nebo Mühlbacher (2008, s. 90) dodávají, že patologické hraní je závislost bez drogy, přičemž je však drogové závislosti velmi blízké.

Neméně důležitými pojmy, jako je závislost či závislostní chování jsou pro naši práci pojmy „úzus“ a „abúzus“.

Dle Hartla a Hartlové (2000, s. 660) je pojem „úzus“ charakterizován jako přiměřené užívání látek, typu alkoholu, léků aj. K pojmu „abúzus“ Hartl a Hartlová (2000, s. 15) konstatují, že se jedná o nadužívání, chceme-li nadměrné užívání psychotropních, toxických látek, jako je alkohol, káva, tabák, léky a také jejich užívání nevhodnou dobu.

Se stejným charakterizováním těchto pojmů se ztotožňuje také Urban (1973, s. 22), podle kterého pojem „úzus“ znamená upotřebení předmětu závislosti podle pravidel, zákona, lékařského umění či vědy a „abúzus“ je pak trvalý nebo řídce se

vyskytující nemírný úzus předmětu závislosti neslučitelný s běžnými pravidly, normami apod. K tomuto dále Vykopalová (2002, s. 59) následně dodává, že se pojmem „abúzus“ označuje zneužívání drog, které je společensky neakceptovatelné a znamená označení pro dlouhodobější, trvalejší a nadměrné užívání psychoaktivních látek. Je to označení znamenající jejich škodlivost, zpravidla vedoucí k poškození zdraví.

V současné postmoderní době se se závislostním chováním můžeme setkat téměř všude, počínaje hraním na automatech, sledováním televize, sexuálním chováním, přes závislost na jídle, hubnutím a konče „klasickými“ závislostmi typu alkoholu, drog či cigaret.

Je zde tedy nasnadě otázka, zdali není v dnešním světě každý obětí nějaké závislosti, ať již viditelné či latentní, velmi nebezpečné či méně nebezpečné, s fatálními zdravotními následky či s minimálními zdravotními následky, pro okolí nebezpečné či nikoli apod.

1.2 Znaký závislosti

Za znaký závislosti bychom mohli označit všeobecné příznaky, které jsou typické pro závislostní chování téměř všech druhů závislostí, včetně patologického hráčství.

Někteří *autoři*¹ nehovoří o „znacích závislosti“ nýbrž o „syndromu závislosti“, který se projevuje určitými příznaky, které přetrvávají po dobu 12-ti měsíců. Není podstatné, zdali budeme užívat pojem „znaký závislosti“ či „syndrom závislosti“, neboť mají obě tyto pojmosloví stejný význam.

Dle výše uvedených autorů mají znaký závislosti, respektive syndrom závislosti následující příznaky:

- silná potřeba získat a užívat tuto látku. Tento stav bývá označován jako bažení, craving,
- neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání,

¹ Nešpor, Csémy a kol. (1996, s. 15-16), Vykopalová (2002, s. 59), Göhlert a Kühn (2001, s. 20) nebo Vágnerová (2008, s. 548-549).

- růst tolerance, potřeba stále většího množství nebo častějších dávek,
- abstinenci syndrom, který je reakcí na snížení obvyklé dávky nebo na abstinenci. Může mít různý charakter v závislosti na typu psychoaktivní látky a může být i rozdílně intenzivní,
- potřeba drogy je dominantní, dochází k omezení všech ostatních zájmů a potřeb. Závislý jedinec vynaloží mnoho času, energie i finančních prostředků, aby získal potřebnou dávku, droga se stala nejvýznamnější hodnotou jeho života,
- potřeba konzumace drogy přetrvává, přestože člověk ví o jejím škodlivém vlivu (často se o něm přesvědčil sám, uvědomuje si potíže). Mnohdy mu její užívání vadí, chtěl by je omezit, nebo dokonce přestat, ale nedokáže to.

Velmi podobné znaky závislosti uvádí taktéž Nešpor (2011, s. 12), podle něhož je prvním znakem silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení), dále pak zhoršené sebeovládání, somatický (tělesný) odvykací stav, růst tolerance, zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů a posledním pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků.

V definici závislosti podle Americké psychiatrické asociace (in Nešpor 2011, s. 22-23) jsou taktéž uvedeny znaky závislosti, které se však mírně liší od znaků závislosti výše uvedených autorů. Tyto znaky závislosti se liší zejména jejím počátkem, kdy se na prvním místě nenachází silná touha neboli craving, ale růst tolerance.

Znaky závislosti dle Americké psychiatrické asociace (in Nešpor 2011, s. 22-23) jsou tedy následující:

- růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování),
- odvykací příznaky po vysazení látky,
- přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu,

- dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky,
- trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků,
- zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejích omezení,
- pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociální, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.

Jak již bylo výše uvedeno, je patologické hráčství právem počítáno mezi závislosti a to i v případě, že nedochází k přímému poškozování zdraví nějakou látkou, v případě psychiky jsou následky často podobné. Protože má však se závislostmi mnoho společných rysů, jsou tedy i znaky např. drogové závislosti nebo závislosti na alkoholu v mnoha ohledech téměř totožné se znaky závislosti na hazardních hrách.

1.3 Vznik a vývoj závislosti

Vznik a vývoj různých typů závislostí může být podmíněn jak geneticky, prostředím, ve kterém daný jedinec vychováván a v němž vyrůstá, tak dalšími faktory, které mají vliv na vznik závislosti. Vliv se může dle Hoska (1998, s. 11) uplatnit získáním somatické vnímavosti jedince, která je u jednotlivých lidí značně odlišná, např. u alkoholismu se nedědí nemoc, ale dispozice, tedy náchylnost k ní. Alkohol, farmakům a drogám podléhají převážně lidé citlivější povahy, psychicky méně stálí, vnitřně nevyrovnaní. S tímto názorem souhlasí taktéž Karikulá (in Vykopalová 2002, s. 60), který konstatuje, že rizika vzniku závislostí jsou vyšší u mladších lidí nebo dokonce u dětí, u žen, v prvostupňovém příbuzenství, u lidí s poruchami osobnosti a s psychickými poruchami, u lidí vystavených opakovanému psychickému stresu a u lidí v určitých sociálních skupinách.

U výrazných průběhů vedoucích k závislosti se dle Hellera, Pecinovské a kol. (1996, s. 12) s velkou pravděpodobností jedná o genetickou transmisi. Výrazným faktorem se ukazují být i biochemické zvláštnosti organismu.

Dalšími důležitými faktory jsou:

- osobnostní struktury postiženého,
- prostředí a tolerantní postoje společnosti,
- droga a její dostupnost,
- podnět – startér,
- vznik a opakování situací, v nichž se podařilo dosáhnout účinku a uspokojení pomocí návykové látky,
- nepřítomnosti jiných dostupných alternativ k řešení situací s uspokojivým výsledkem.

Závislost dále dle Nešpora, Csémyho a kol. (1996, s. 16-17) vzniká v důsledku vzájemného působení různých systémů. Tyto systémy se mohou týkat jednotlivce (jeho psychika, tělesná odolnost), rodiny, vrstevníků, školy, širší společnosti (např. dostupnost drog a vztah k nim), sdělovacích prostředků a dokonce i životního prostředí. V každém z těchto systémů lze vysledovat faktory, které zvyšují riziko vzniku závislosti i faktory, které ho snižují. Mluvíme zde o rizikových a ochranných činitelích.

„Závislost na užívání nejen psychoaktivních látek je multifaktoriálně podmíněnou poruchou, kdy se na jejím vzniku mohou podílet jak somatické, tak psychické vlastnosti jedince i vlivy vnějšího prostředí, především sociálního. Jejich interakce určuje pravděpodobnost experimentace i míru rizika vzniku závislosti“ (Vágnerová 2008, s. 550).

Jak je z výše uvedeného patrné, mají na vznik závislosti největší vliv určité faktory (dědičnost, vlivy prostředí, osobnost aj.), které jsou velmi variabilní a jejichž teorie vzniku můžeme třídit podle různých hledisek. Mühlpachr (2002, s. 28-31) tyto teorie třídí z hlediska dominance na:

Biologické teorie

Základní východisko těchto přístupů spočívá v hledání biologicky podmíněných znaků, které vytváří dispozici pro vznik a rozvoj závislosti. Mezi biologické teorie se řadí genetická teorie (vychází z předpokladu, že přímá dispozice spočívá přímo v dědičné informaci), enzymové teorie (tyto teorie spojují vznik a rozvoj závislosti se změnami v působení základních enzymů odbourávajících alkohol, v případě závislosti na alkoholu) a dopamin-endorfinová teorie (úzká souvislost mezi endorfiny a závislostmi obecně).

Sociologické teorie

Vycházejí z makrospolečenských vztahů a zákonitostí. Těžiště zájmu se přesouvá od jedince na societu jako celek. Problémy navazující na patologické závislosti obecně mají povahu sociálních jevů.

Psychologické teorie

Tento přístup se rovněž uplatňuje při hledání příčin vzniku závislosti. Jedná se např. o hlubinnou psychologii, neobehaviorální psychologii, sociálně psychologické pojetí aj.

Kulturně antropologické teorie

Tato teorie čerpá zejména z etnografických studií, které srovnávají kulturní, historické a jiné odlišnosti konzumu látek, jejich účinků na prožívání a chování, vazby na pohlaví apod.

(volně dle Mühlpachra 2002, s. 28-31).

Stejně jako se výše zabýváme vznikem závislosti, je nutné se taktéž zabývat jejím vývojem a vývojovými stádii. Je zde nanejvýš důležité připomenout, že se v případě vývoje drogové závislosti či vývoje závislosti na alkoholu jedná o téměř stejný vývoj jako u patologického hráčství, až na možná zdravotní rizika či zdravotní poškození.

Jellinek (in Heller, Pecinovská a kol. 2011, s. 14-19) uvádí vývojová stadia závislosti na alkoholu:

Stádium iniciační, počáteční

Během tohoto stádia se budoucí pacient navenek neliší svým pitím od svého okolí. Tuší (nebo by tušit mohl), že pije kvůli psychotropním účinkům alkoholu, protože se pod jeho vlivem cítí mnohem lépe, než střízlivý. V intoxikaci dokáže překonávat situace, které pro něho dosud byly bolestné nebo neřešitelné. Protože se alkohol jako „řešení problému“ osvědčuje, využívá jeho účinku častěji.

Stádium prodromální, varovné

K vyvolání příjemného pocitu je nutná stále vyšší hladina alkoholu v krvi, jež je stále blíže hladině, která se již projevuje zřetelnou opilostí. Uvědomuje si, že jeho pití může být nápadné a začíná tak pít potajmu a začíná se za své počínání stydět.

Stádium kruciální, rozhodné

Pacient snese vysoké dávky alkoholu, aniž by na něm byla patrná intoxikace. Postupně dochází k tomu, že hladina, kterou pacient vnímá jako příjemnou, splývá s hladinou, kdy je pacient zřetelně opilý. Pacient se stále častěji, byť nerad, opíjí v marné snaze napít se a přitom se neopít, přestat včas.

Stádium terminální, konečné

Charakteristickým znakem tohoto stádia je nepříjemný stav po vystřízlivění, který je pacient „nucen“ léčit další dávkou drogy – tzv. ranními doušky. Nyní již nezůstává pouze u pití alkoholických nápojů, ale pije i chemické prostředky obsahující etanol (Alpa, Iron apod.). V důsledku poškození jater se pacient opije daleko dříve. Nastupuje degradace osobnosti, úpadek, kdy jediným požadavkem na život je získání drogy. Nastupuje stav, kdy už to nejde bez drogy, ale ani s drogou. Většinou až v této fázi hledá postižený pomoc, někdy až po sebevražedném pokusu.

(volně dle Jellineka in Heller, Pecinovská a kol. 2011, s. 14-19).

1.4 Typologie závislosti

V následující typologii závislosti se zaměříme zejména na závislosti, které jsou v současné době nejběžnější a zároveň nejnebezpečnější. Zaměříme se tedy na **závislost drogovou, závislost na alkoholu a tabáku** a pro naši práci nejdůležitější **závislost na hracích automatech**, chceme-li na hazardních hrách obecně. Této závislosti se však budeme věnovat zvláště v další kapitole této práce.

Typologii závislosti dále Vágnerová (2008, s. 547 - 588) rozděluje na závislost na psychoaktivních látkách, která zahrnuje závislost na alkoholu a závislost na nealkoholových drogách (konopí, extáze, kokain aj.) a dále návykové a impulzivní poruchy, do které řadí patologické hráčství, kleptomanii, workoholismus aj.

Drogová závislost

V současné době se naše společnost stále častěji potýká s otázkami týkajícími se drog a s drogovými problémy s tím souvisejícími (kriminalita, vandalismus, delikvence apod.) Tento problém má velmi hluboké nejen historické, ale také sociální, či geopolitické kořeny a jeho vymícení je velmi obtížné a to nejen z výše uvedených důvodů, ale především z důvodů současné nekonvenční společnosti.

„Drogová závislost je specifický duševní, někdy i tělesný, stav, vyplývající ze vzájemného působení mezi organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a prožívání a dalšími reakcemi a jevy, které zahrnují i nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její účinky na psychiku nebo někdy i proto, aby se zabránilo nepříjemným stavům“ (Psychologie v teorii a praxi 2008).

Riziko vzniku drogové závislosti je dle Vágnerové (2008, s. 560) nejvyšší v období dospívání, kdy má značný význam přítomnost výstrahy, které se týkají možného ohrožení v budoucnosti, nemají velkou přesvědčivost. Užívání drog je často atraktivní právě proto, že je sociálně odmítáno.

Podle míry rizika vzniku závislosti Vykopalová (2002, s. 64) drogy dělí na měkké a tvrdé a podle legalizace jejich užívání na legální a nelegální.

Ondrejkoovič (in Vykopalová 2002, s. 64-66) dále dělí drogy podle jejich účinků na několik skupin:

- drogy s převážně sedativními účinky – do této skupiny řadí výše uvedený např. alkohol, barbituráty, hypnotika aj.,
- drogy s převážně povzbudivými účinky – sem řadíme např. kokain, crack, amfetamin aj.,
- halucinogeny – do této skupiny řadíme např. marihuanu, hašiš, LSD aj.,
- narkotické látky – sem bychom mohli zařadit např. heroin, morfin, opium, kodein aj.,
- steroidy – k této skupině Vykopalová (2002, s. 66) uvádí, že jsou užívané zejména sportovci k vývoji svalstva a tělových tkání za účelem zlepšení výkonnosti a tělesného vzhledu.

Fáze vývoje drogové závislosti rozděluje Waldmann (in Mühlpachr 2008, s. 79) a Vágnerová (2008, s. 562-563) do čtyř etap:

1. fáze experimentování a občasného užívání – tato etapa se vyznačuje hledajícím vztahem mladistvého, který prožívá své generační problémy a konflikty,
2. fáze pravidelného užívání – etapa je spojená s vytvářením part mladistvých, kde se konzumují drogy,
3. fáze návykového užívání – vznik vlastní závislosti jedince na droze, kterou potřebuje bez ohledu na partu,
4. fáze terminální – fyzická závislost na droze se stálou starostí o její opatření, neboť hrozí dramatické abstinenční projevy.

Dále bychom zde mohli uvést klasifikaci závislostí na návykových látkách (alkoholo-barbiturátový typ, amfetaminový typ apod.) nebo motivaci abúzu drog (motivace interpersonální, motivace sociální apod.), avšak toto není pro naši práci podstatné.

Co je zde však důležité uvést, jsou rizikové skupiny v oblasti abúzu drog. Do rizikových skupin užívání drog řadíme především populaci dětí a mladistvých, kdy zde hraje prvořadou úlohu rodina. Dysfunkční rodina je dle Mühlpachra (2002, s. 18)

vedle patologické komunikace a hledání sociální identity jedna z nejdůležitějších příčin vzniku abúzu drog.

Závislost na alkoholu a tabáku

Užívání alkoholu a alkohol samotný je velmi starou drogou. Mnohé archeologické nálezy dokazují, že se tato droga užívala v Číně již před více než šesti tisíci lety. O alkoholu jsou zmínky i z období starověkého Egypta či z Hippokratových zápisků.

V současné době je alkohol velmi užívanou drogou, kdy mnozí lidé, ať již na alkoholu závislí či abstinenti, nepokládají alkohol za drogu, ale spíše za jakýsi nápoj, který je uvede do dobré nálady, a který poměrně rychle vyprchá. V tomto právě však patrně tkví největší riziko.

Ačkoli je v současné době alkohol společností poměrně značně tolerován (společenské cítění je však protialkoholní), mohli bychom ho zařadit mezi nejčastěji užívanou psychotropní látku, která nejen že způsobuje útlum, ale především intoxikaci centrálního nervového systému. Proč je alkohol ve společnosti tolerován, je dáno tím, že dle Nešpora a Marhounové (in Vykopalová 2002, s. 60) plní několik relativně nezávislých funkcí, kterými jsou funkce výživná (je součástí jídla), sociální (přispívá k sociální interakci), anxyolytická (snižuje úzkost) a orgiastická (slouží jako prostředek k záměrné toxikace).

„Závislost na alkoholu vzniká jako následek dlouhodobého, pravidelného nadužívání alkoholu. Rozvíjí se zpravidla několik let, délka vývoje závislosti je individuálně různá. U mladistvých se vytvoří rychleji, někdy již za několik měsíců (Vágnerová 2002, s. 555).

Dle MKN (in Mühlpachr 2002, s. 19) je chápán syndrom závislosti na alkoholu jako skupina jevů fyziologických, behaviorálních a kognitivních, v nichž přijímání alkoholu má u jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdy cenil více. Charakteristická je zde touha přijímat alkohol.

Co se týče fází závislosti na alkoholu, tak tyto jsou shodné s fázemi závislosti na drogách (stádium počáteční, varovné, rozhodné a konečné) i co do charakteristik jednotlivých fází včetně zdravotního či celkového poškození jedince.

Göhlert a Kühn (2001, s. 85) uvádějí typy alkoholových závislostí:

- typ alfa – dočasná psychická závislost,
- typ beta – nadměrně, avšak ne pravidelné pití, příležitostný piják,
- typ gama – ztráta kontroly nad alkoholem, časté omámení,
- typ delta – zřídka opilý, avšak sotva střízlivý, „trvalá impregnace“,
- typ epsilon – periodické pijácké excesy, „kvartální ožrala“.

Do rizikových skupin bychom mohli stejně jako u drogové závislosti zařadit především děti a mladistvé ve spojení s rodinou a jejího životního stylu. Heller (in Mühlpachr 2008, s. 85) předpokládá nepříznivý vliv na děti v případě závislosti na alkoholu u jejich rodičů či vychovatelů. Sekundární pozici zaujímá primární skupina vrstevnická.

Tabakismus neboli závislost na tabáku patří jak mezi mladistvými, tak mezi dospělými mezi nejčastější závislosti. Tabák patří dle Mühlpachra (2002, s. 22) mezi návykové drogy, jeho účinky se projevují tak rychle a dramaticky, vzhledem k rozšířenosti kouření jsou citelné. S tímto souhlasí také Heller, Pecinová a kol. (1996, s. 51), kteří dodávají, že ve školní populaci je kouření ve srovnání s alkoholem ještě výrazněji hromadným jevem. Cigareta si prosazuje postavení symbolu mužnosti a dospělosti.

I přes fakt, že tabákový kouř obsahuje mnoho chemikálií, je pro lidské tělo škodlivá pouze jedna, a to nikotin. „Z chemického hlediska představuje kouření cigaret proces suché destilace, během něhož se do trávicího traktu dostává dehet, nikotin a jiné látky“ (Pokorný, Teclová a Tomko in Mühlpachr 2008, s. 87).

Schmidt (in Mühlpachr 2002, s. 22) dělí kuřáky na kuřáky příležitostné, návykové, kuřáky s psychickou závislostí a kuřáky s psychickou a fyzickou závislostí.

Mezi rizikové skupiny bychom opět mohli zařadit zejména mladistvé či mladé dospělé. Jak již bylo výše uvedeno, tak počátky závislosti na tabáku, respektive kouření cigaret sahají již do školních lavic. „Typicky silný kuřák je chlapec nejvyšší třídy ZŠ s podprůměrným prospěchem. U chlapců osmých tříd se špatným prospěchem lze najít již návykové kouření“ (Mühlpachr 2002, s. 23).

2 Patologické hráčství

Je nutné si uvědomit, že každý z nás má svoje kladné a záporné stránky.

Jsme-li na špatné cestě, je na nás, jestli po ní chceme kráčet dál, nebo jestli z ní chceme sejít a dát se tím správným směrem.

(Kohout 2000, s. 58)

Již od nepaměti se v lidské společnosti setkáváme s patologickým hraním, avšak až od devadesátých let minulého století se v důsledku nástupu nových technologií a změnou polistopadového režimu změnila formy i způsoby hazardních her a nových závislých (gamblerů), tak každým dnem výrazně přibývá. Různé studie ukázaly, že by se v současné době mělo nacházet v Americe něco málo přes dva miliony závislých na hazardních hrách. I u nás se toto číslo každým rokem zvyšuje. Narůstají počty heren nejen v centrech měst, ale také v blízkosti škol a školských zařízení. Výjimkou nejsou ani herny nacházející se naproti školním internátům či v těsné blízkosti základních škol. Svody k zahájení „hráčské kariéry“ jsou pak obrovské.

Patologické hráčství někdy nazýváme také jako gambling, gamblerství, závislost na automatech apod. „V širším významu znamená „to gamble“ podstoupit určité riziko ve snaze něčeho dosáhnout“ (Psychologie dnes 2006). Šance na výhru je však mnohonásobně menší než možnost neúspěchu.

„Patologické hráčství je charakteristické nadměrným zaujetím hrou a nutkáním ke hře, bez ohledu na nežádoucí následky takového jednání“ (Vágnerová 2003, s. 91). S tímto souhlasí také Vykopalová (2002, s. 90), která dodává, že je patologické hráčství porucha chování, kdy se potěšení ze hry postupně mění v nezvladatelnou vášně. To, co z hráčské vášně činí závislost, je preferování vlastních prožitků spojených s hrou, tj. s výhrou nebo prohrou.

Patologické hráčství má dle Vágnerové (2002, s. 579) obvykle chronický charakter, může dojít k výskytům v jejím projevu, ke střídavému zlepšování a zhoršování stavu. Vývoj vzniku závislosti na hře prochází čtyřmi fázemi:

1. fáze rekreačního hraní – často mívá společenský charakter. Člověk hraje pro zábavu a dokáže při tom dodržet časový i finanční limit,
2. fáze vázanosti na výhru – k přesunu do další fáze obvykle dochází po zkušenosti s výhrou a navozenou potřebou zopakovat si tento zážitek. Aby toho dosáhl, zvyšuje četnost hraní i investovanou finanční sumu,
3. fáze závislosti na hře – fáze, ve které člověk již nedokáže přestat. Závislost se projevuje těžko ovládnutelným puzením ke hře a stále častějšími vtíravými myšlenkami na hru. Potřeba hrát se stává dominantní,
4. fáze sociálního selhání – dochází v důsledku nepřijatelného chování ke ztrátě většiny důležitých rolí, včetně rodinného zázemí. V některých případech je důsledkem bezdomovectví.

Patologické hráčství dle Světové zdravotnické organizace

Světová zdravotnická organizace (1992, s. 186) uvádí, že porucha spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které převažují na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Lidé trpící touto poruchou mohou riskovat ztrátu svého zaměstnání, to, že se velmi zadluží, budou lhát nebo porušovat zákon, aby získali peníze nebo unikli placení dluhů. Postižení popisují intenzivní puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, spolu se zaujetím myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí. Toto zaujetí a puzení se často zvyšuje v období, kdy je život stresující.

Nešpor (2000, s. 31) patologické hráčství odlišuje od:

- hráčství a sázkařství – lidé této kategorie budou svůj zvyk pravděpodobně držet na uzdě, když budou muset čelit těžkým ztrátám nebo jiným nepříznivým důsledkům,
- nadměrného hráčství u manických pacientů,
- hráčství u sociopatických osobností – u těchto lidí se vyskytuje širší trvalá porucha sociálního chování, která se projevuje agresivními činy nebo jinak výraznými projevy nedostatku zájmu o blaho a city jiných lidí.

Patologické hazardní hráčství dle Americké psychiatrické asociace

Nešpor (1996a, s. 14-15) uvádí diagnostická kritéria patologického hráčství dle Americké psychiatrické asociace. Patologické hráčství je zde definováno jako trvající a opakující se maladaptivní chování ve vztahu k hazardní hře, kdy je tato definice dále podložena několika základními indikátory:

- zaměstnává se hazardní hrou (např. znovu prožívá minulé zážitky související s hazardní hrou, plánuje další hazardní hru...),
- aby docílil žádoucího vzrušení, musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry,
- opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat,
- když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid podrážděnost,
- používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům,
- po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál zpět,
- lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou,
- dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží kvůli hazardní hře,
- ohrozil nebo ztratil kvůli hazardní hře signifikantní vztahy, zaměstnání, vzdělání či kariéru,
- spoléhá na druhé, aby mu poskytovali finanční prostředky, čímž by se mírnila zoufalá finanční situace, do které se dostal kvůli hazardní hře.

(volně dle Nešpora 1996a, s. 14-15)

Hazardní hráčství dle organizace Anonymních hráčů

Organizace Anonymních hráčů vznikla po vzoru Anonymních alkoholiků v USA a byla založena v roce 1957. „Anonymní hráči jsou společenstvím mužů a žen, kteří navzájem sdílejí zkušenost síly a naděje, aby vyřešili svůj společný problém. Jedinou podmínkou členství je přání přestat hrát“ (Nešpor 1994, s. 114).

Cílem založení této organizace byla snaha o vyřešení fenoménu zvaného „patologické hráčství.“ Tento fenomén začal čím dál více zasahovat do všech sociálních vrstev obyvatelstva a negativně se odrážel na mnoha rodinných tragédiích, typu rozvodu, chudoby, zvýšeného počtu sebevražd apod.

Jak uvádí Pokorný (2002, s. 121), tak se patologické hráčství stalo samostatnou nozologickou jednotkou až od roku 1980, kdy bylo Americkou psychiatrickou společností označeno jako medicínský problém.

Anonymní hráči definují hazardní hru následovně: „Hazardní hra jakéhokoli snažení pro sebe nebo pro druhé, ať o peníze nebo ne, třeba i o malou nebo bezvýznamnou výhru. Všechno to, kde výsledek je nejistý a záleží na náhodě anebo dovednosti“ (Nešpor 1996b, s. 67-68).

2.1 Vznik patologického hráčství

„I u mě se potvrdilo, že i malá výhra bude pro mne „smrtelná“.“

(Kohout 2000, s. 16)

Nárůst patologických hráčů, potažmo gamblingu obecně, je ovlivňován nejrozličnějšími motivy, které jsou vázány na rozšiřování možností herních aktivit. Tyto herní aktivity jsou podporovány třemi motivačními silami, za které Prunner (2008 s. 68-69) označuje zejména:

- oblast ekonomických motivů – motivy vztahující se k možnosti získat značné zisky velkých společností podnikajících v oblasti herního průmyslu,
- oblast motivů vázaných na zábavní aktivity – nezanedbatelný podíl na motivaci vedoucí k podporování rozvoje sázkových aktivit má stále sílí

trend v hledání nových možností trávení volného času – návštěvy turistických lokalit určených k zábavě,

- oblast motivů vázaných na technický rozvoj společnosti – růst a rozvoj nových technologií ve společnosti s sebou zákonitě přináší vznik nových forem herních možností (videoterminály, internetové hraní apod.).

Jak uvádí Custer (in Prunner 2008, s. 105), tak bývá z pohledu geneze gamblingu patologické hraní posuzováno jako progresivní vícestupňová nemoc, k čemuž dále Prunner (2008, s. 105) dodává, že cesta vedoucí k patologické herní závislosti může být různě dlouhá, nenápadná a probíhá v několika fázích. Přejít od rekreačního hraní v patologické hráčství bývá různě rychlý.

Někteří *autoři*² shodně uvádějí, že závislost na hře vzniká ve třech stádiích:

Stádium výher

Hraní jako takové vzniká velmi nenápadně a nepřináší sebemenší problémy. Velmi časté jsou fantazie o velké výhře, které člověku změni život k lepšímu. Toto stádium bychom mohli charakterizovat několika výstižnými hesly, které jsou proto toto stádium velmi příznačné: občasná hra, častější výhry, vzrušení před hrou a během ní, zvyšování sázek a častější hra, neodůvodněný optimismus, osamělé hraní, chvástání hrou.

Stádium prohrávání

Představuje již samotné chorobné hráčství. V tomto stádiu je myšlení člověka zaměřeno výhradně na hru. Toto stádium lze charakterizovat takto: v dlouhém období prohrávání, nedokáže přestat s hrou, legální půjčování peněz, skrývání hry a lhaní, bezohlednost vůči rodině, nepřítomnost v práci, odkládání splátek dluhů, změny v osobnosti (podrážděnost, neklid, uzavřenost), nešťastný rodinný život, velké půjčky (legální i nelegální), neschopnost splácet dluhy, zanedbávání zdraví na úkor hraní.

² Sochůrek (2009, s. 127), Pokorný (2002, s. 125), Nešpor (1996a, s. 10), Mühlpachr (2008, s. 93) aj.

Stádium zoufalství

V tomto stádiu dochází k velmi častému, až soustavnému, prohrávání. Pověst hráče je velmi poškozena a objevují se zde také první tresty za nesplácení dluhů (exekuce, podmíněné či alternativní tresty aj.). Pro toto stádium je však velmi příznačná skutečnost, kdy se od hráče odvracejí nejen všichni jeho známí a kamarádi, ale především jeho rodina. Mnoho hráčů nacházející se v této fázi je většinou rozvedená. Není zde výjimkou ani různé protiprávní jednání, kdy si jedinec peníze na hru „opatřuje“ krádežemi, zpronevěrami či podvody. Hráč v této fázi také přemýšlí o sebevraždě nebo se o ni již pokusil.

Prunner (2008, s. 110) uvádí, že u některých hráčů dochází ještě ke vzniku čtvrtého stádia, které bývá označováno jako „stádium rezignační.“

Hráč v tomto stádiu rezignuje na jakékoli vyřešení vzniklých problémů vlastní silou a ztrácí schopnost vlastního rozhodování, v jehož důsledku se dostává do značné pasivity. „Ve stádiu rezignace se v důsledku výrazného stresu objevují kromě silné neurotizace i nejrůznější psychické poruchy (včetně silných depresí s výraznými suicidiálními sklony). Vznikají rovněž těžké psychosomatické odezvy vyplývající z těžké psychické zátěže“ (Rosenthal in Prunner 2008, s. 111).

Jako se u různých nemocí používá stupnice určující její závažnost, používá se i u patologického hráčství stupnice pro určení vážnosti problému. V případě hráčských závislostí bývá dle Schaffera (in Prunner 2008, str. 71) používána pětibodová stupnice v bodových hodnotách od 0 od 4:

- úroveň „0“ – hra není vůbec provozována,
- úroveň „1“ – rekreační hraní – bez negativního dopadu na reálný život,
- úroveň „2“ – hraní přinášející občasný výskyt drobných problémů,
- úroveň „3“ – hraní vedoucí ke vzniku velkých problémů – gamblerství,
- úroveň „4“ – hraní motivované potřebou hledat řešení již existujících problémů spojených s patologickým hraním.

2.2 Diagnostická kritéria patologického hráčství

Diagnostická kritéria patologického hráčství byla již uvedena v předcházející kapitole. Jednalo se o diagnostikování patologického hráčství dle Americké psychiatrické asociace, která za patologické hráčství považuje takové jednání hráče, které vykazuje nejméně pět již uvedených indikátorů.

Výstižnější diagnostikování patologického hráčství však uvádí Chvíla (in Mühlpachr 2008, s. 90), který nejenže uvádí typické znaky patologického hráčství, ale především zdůrazňuje kompulzivitu v chování jedince. Mezi nejdůležitější kritéria patologického hráčství tedy řadí:

- progresivitu celého procesu s posunem hodnot a koncentrací na získání financí na další hru,
- nerespektování mezí přijatelných ztrát, zaujetí hrou natolik, že ztrácí pojem reálné hodnoty peněz a diferencuje peníze na hru od financí na běžný život,
- impulzivitu v rozhodování o hře, podlehne okamžitým rozhodnutím navzdory racionální úvaze,
- ambivalenci k penězům, nevnímá tržní hodnotu peněz, hraje, když peníze má, ne aby je získal, neukončí hru, když vyhrává,
- hráč dělá dluhy, ale bez agrese, zaplétá se do lží a konstrukcí k zakrytí důvodů dluhů.

„Diagnostická kritéria zahrnují aspekty biologické, psychologické a sociální. Kombinací a vzájemným ovlivněním teprve vzniká problém patologického hráčství s následky a potřebou řešení“ (Mühlpachr 2008, s. 90).

Biologické aspekty

Společným jmenovatelem kompulzivních poruch chování, tedy i patologického hráčství, je dle Potenzy (2001, s. 74) *porucha serotoninového přenosu*.³ Snížená biologická dostupnost serotoninu je spojena s depresí a určitým typem úzkosti s kompulzivitou a nutkavostí.

U patologických hráčů je alternován dopamin, podílející se na zprostředkování pocitu odměny a jeho posilování u drogově závislých osob.

Psychologické aspekty

Byl zde již uveden fakt, že neexistuje modelová hráčská osobnost, přičemž lze však v osobnostních charakteristikách hráčů konstatovat vyšší četnost specifických charakterových rysů. K tomuto dále Prunner (2008, s. 61) dodává, že se převážně jedná o jedince, kteří nemají v osobnostní konfiguraci vybudovány dostatečné autoregulační mechanismy, které by adekvátním způsobem brzdily jejich touhu hrát.

Z tohoto tedy můžeme odvodit, že se jedná převážně o osoby, které díky své osobní výbavě mají sklony k tomu, že je více přitahují především riskantní aspekty hry.

Sociální aspekty

Z hlediska patologického hráče je zprvu samotná hra vnímána jako možnost změny svého života k lepšímu, možnost rychlého zbohatnutí a vybudování si tak lepšího sociálního postavení. Možná výhra je z hlediska patologického hráče základem k tomu, aby „postoupil“ do vyšší společenské vrstvy a tím navázal nové kontakty s přáteli a kamarády.

³ Serotonin je biologicky aktivní látka obsažená v krevních destičkách, v buňkách a v menší míře i v centrálním nervovém systému. V čistém stavu je to bílá amorfni nebo krystalická látka. Obzvláštní význam má jako přenašeč nervových vzruchů, neboť ovlivňuje serotoninergní systém, tvořený soustavou neuronů v prodloužené míše, mostu, středním mozku a mezimozku. Tento systém si udržuje za normálního stavu optimální hladinu serotoninu vlastní syntézou z jeho biochemických prekurzorů. V centrálním nervovém systému se serotonin účastní především procesů, které se podílejí na vzniku nálad. Jeho nedostatek způsobuje snížení přenosu nervových vzruchů, způsobuje tak změny nálady, celkovou depresi, případně poruchy spánku, podrážděnost až agresivitu. Některé serotoninové receptory se mohou stát příčinou vzniku migrény, jiné ji naopak potlačují. Změny v jeho metabolismu mohou být odpovědné i za určité psychické poruchy; mj. mohou vyvolávat maniodepresivní psychózu, chorobnou úzkost aj (Celostní medicína 2014).

Záhy však přichází tvrdý dopad v podobě mnoha prohraných peněz, které se hráč snaží získat neustále zpět. Časem dochází k obrovskému sociálnímu propadu, kdy se jedinec ocitá bez jakýchkoli finančních prostředků, přátel, rodiny.

Dle Mühlpachra (2008, s. 90-91) odpovídají sociální aspekty spíše ekonomické expanzi, zhodnocení peněz, potřeby relaxace a úniku. Vzrušení ze hry tuto možnost nabízí, navíc bez pocitu nelegálnosti jednání (jako je to v případě drogové či sexuální závislosti).

Prostřednictvím výše uvedených aspektů bychom mohli patologické hráčství označit jako definovaný problém, který by byl následně odborníkům podkladem pro terapeutické plány. Chvíla (in Mühlpachr 2002, s. 25) dále považuje za nutné definovat v této fázi nejen postup jak toho dosáhnout, ale také podrobným assesmentem ohraničit problém hráčství jako celek. Nestačí jen stanovit prospektivní plány obrany před kompulzivitou hráčství, ale také stanovit zdroje této nerovnováhy.

2.3 Osobnost gamblera

„Trpím výčitkami, protože žiju dvojí život.
Když se večer vítám se svou dcerou, uvědomuju si, že jí podvádím.
Jsem v podstatě někdo úplně jiný, zná jen jednu moji část. Tu druhou, temnou,
znám jen já a moji kolegové z herny.
Je to hrozný pocit.“

(Hraní jako nemoc 2011)

„Neexistuje modelová hráčská osobnost, lze však v osobnostních charakteristikách hráčů konstatovat vyšší četnost specifických charakterových rysů. Je to emoční instabilita a nezralost, nedostatek frustrační tolerance, proměnlivost postojů, nezdrženlivost, snaha odkládat řešení aj.“ (Chvíla in Mühlpachr 2008, s. 91).

S tímto tvrzením souhlasí i Smolík (in Vykopalová 2002, s. 91), který dodává, že žádná typická osobnostní struktura patologického hráče, jako premorbidní dispozice, neexistuje.

Pro patologického hráče je typické vnitřní napětí, neklid a podrážděnost. V případě, že však začne hrát, tyto vlastnosti ustupují a dostavuje se pocit vzrušení a

uspokojení. Další typickou vlastností gamblera jsou velmi časté výčitky svědomí. Tyto se dostavují vždy po prohře, avšak i přes to nedokáže gambler další hře odolat.

„Patologičtí hráči bývají nejčastěji popisováni jako osoby orientované extrovertně, energické, s narcistickými, velikášskými rysy, s obtížemi s intimitou, empatií a důvěrou“ (Vykopalová 2002, s. 91).

Patologického hráče bychom mohli charakterizovat jako člověka, kterého:

- velice přitahuje riziko a toto riziko také vyhledává,
- díky hraní hazardních her nemá již další čas na své zájmy a aktivity. Dalo by se říci, že hra jeho další zájmy a aktivity absorbuje,
- je nepoučitelný z porážek, chceme-li z prohraných peněz. Stále věří ve šťastný osud nebo také v „Lady Luck“ štěstěnu či šťastnou dámu,
- je optimistický a věří, že se mu vytrvalost jednou vyplatí a vyhraje velkou sumu peněz. V případě jakékoli výhry však není schopen přestat hrát a vyhrané peníze opět prohraje,
- mezi sázkou a výsledkem prožívá úzkostné napětí, které by se dalo také charakterizovat jako slastné.

Chvíla (in Mühlpachr 2001, s. 30) uvádí typologii patologických hráčů, které rozděluje do tří typů:

- typ A: je sociálně narušeným jedincem s tendencí k protiprávnímu jednání za účelem získání finančních prostředků ke hře,
- typ B: neurotický jedinec utíkající od reality ke hře,
- typ C: často toxikoman s největší neschopností kontroly hráčství.

S touto typologií příliš nesouhlasí Mühlpachr (2001, s. 30), který dodává, že toto dělení je vhodnější vnímat spíše jako terapeutickou pomůcku než jako skutečnou typologii patologických hráčů postavenou na jejich osobnosti.

Moran (in Prunner 2008, s. 120) dále uvádí pět podtypů patologického hráče:

Typ hráče	Rozšíření	Popis
Neurotický	34%	Hraní je odpovědí na emoční problémy, např. manželské konflikty.
Psychopatický	24%	Hraní se objevuje ve spojení s asociálními vzorci chování.
Impulzivní	18%	Hraní je doprovázeno ztrátou kontroly.
Subkulturální	14%	Hráč začne hrát, aby se neodlišoval od vrstevníků, ale později vznikají problémy s kontrolou hraní.
Symptomatický	10%	Hraní je spojeno s psychickou poruchou, např. depresí a je považováno za druhotný úkaz.

Tabulka č. 1 – Pět podtypů patologického hráče

2.4 Příčiny hraní

Příčin hraní hazardních her je mnoho. Jednak se může jednat o příčiny, které s hazardní hrou přímo nesouvisí, jako jsou např. problémy v rodině, nadměrný stres či nuda, nebo se může jednat o snahu o řešení vnitřních, často neuvědomovaných pocitů nejistoty, napětí či zmatku.

Příčinami hráčství se mimo jiné zabývá Smolík (in Vágnerová 1999, s. 43), který uvádí, že na vzniku chorobné závislosti na hře se mohou podílet zejména následující faktory:

- stresová situace, která zvyšuje riziko únikové aktivity (v tomto případě hraní),
- nabídka hry jako spouštěcí podnět, např. ve formě hracích automatů, hráčské,
- party apod., takovým způsobem může fungovat i sociální učení (znalost hráčů, kteří byli v jeho rodině apod.),
- osobnostní vlastnosti, které představují jakousi obecnou predispozici k hráčství: extroverze, menší zábrany, narcistické rysy, nedostatek spolehlivého vztahu, nedostatek empatie a nedůvěra.

Steel a Blaszczyński (in Prunner 2008, s. 121) identifikovali čtyři hlavní primární faktory patologického hráčství:

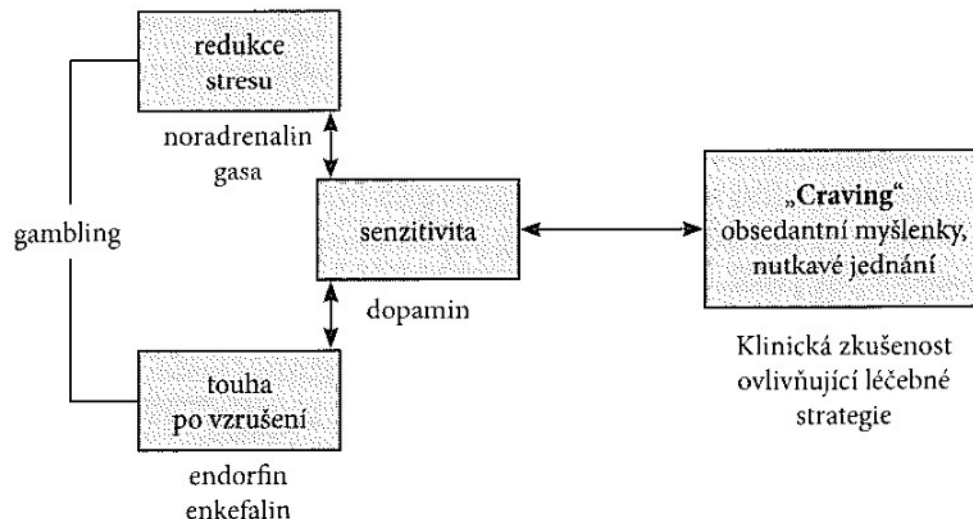
Faktor	Znaky
Psychické potíže	- ženské pohlaví - sebevražednost - psychiatrické problémy v anamnéze
Hledání vzrušení	- zkušenosti s nadměrným pitím alkoholu
Zločinnost a pobyt v restauracích	- kriminální činnost
Impulzivita a asociální vzorce chování	- raný kontakt s hraním - častá nezaměstnanost - oddělení od partnera nebo rozvod z důvodu hraní - nelegální činy v souvislosti s impulzivním hraním

Tabulka č. 2 – Čtyři hlavní faktory patologického hraní

Za jednu z nejčastějších příčin hraní hazardních her bychom mohli označit dluhy. Jedinec, který je zadlužený se snaží hraním hazardních her zlepšit svoji finanční situaci. Neuvědomuje si však, že rizika prohry a s tím spojené postupné prohlubování svých dluhů jsou obrovská. Takovýto jedinec se dostává do „spirály“, ze které mnohdy není úniku. Svoji finanční situaci se poté snaží zlepšit tím, že si půjčuje nejen od přátel a rodinných příslušníků, ale také od lichvářů. Tyto půjčky a další dluhy se snaží splatit tím, že tyto peníze „nastrká“ do automatů a doufá ve výhru.

V současné době dále mezi odborníky roste přesvědčení, že by se mělo na patologické hráčství nahlížet především jako na neurobiologický problém, v krajních případech pak jako na problém sociální či psychologický. Někteří odborníci věří, že jeden z mnoha důvodů, které vyúsťují v gamblerství je nedostatek endorfinů v mozku jedince, tedy látek, které si tělo samo vytváří a jejichž přítomnost v těle navozuje pocit libosti. Nemalou zásluhu na vzniku chorobného hráčství má i nižší aktivita serotoninového systému v mozku.

Do souvislosti s chemizmem mozku dává patologické hráčství ve svých teoriích i Nábělek (in Prunner 2008, s. 62) při tvorbě svého neurobehaviorálního modelu (viz. obr. č. 1). Podle tohoto autora touha po vzrušení a napětí stimulovaná hraním, podněcuje aktivitu endorfinu, dopaminu a pravděpodobně i serotoninu.



Obrázek č. 1 – Neurobehaviorální model patologického hráčství

Na příčinách patologického hráčství se dle Nešpora (in Prunner 2008, s. 63-64) podílejí čtyři základní systémy. Jedná se o systém psychický, fyzický, rodinný a sociální.

- fyzický systém – slabá psychika jedince či špatná kondice může být jednou z prvotních příčin nejen patologického hráčství, ale i jiných sociálně patologických jevů,
- psychický systém – jedná se o určité osobnostní charakteristiky daného jedince. Může se však jednat i o zranitelnost jedince v důsledku nějaké těžké životní situace (úmrť blízkého člověka, diagnostikování vážné nemoci aj.),
- rodinný systém – protože je rodina z hlediska vývoje nejvýznamnější sociální skupinou, hraje velice důležitou roli v působení různých sociálně patologických jevů na jedince. V rodině fungující nepůsobí tyto jevy na jedince tak, jako v rodině dysfunkční. Dysfunkční rodina může ke vzniku choroby naopak napomáhat. „Jinými slovy se rodina může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého člena, ale rodina také může rozvoji závislosti předcházet nebo velmi pomoci při překonávání návykového problému“ (Nešpor 2000, s. 79),
- sociální systém – sociálně patologické jevy se odvíjejí od společnosti, ve které člověk žije, neboť právě tato společnost legalizuje a upravuje zákony a působí tak na chování a jednání každého jednotlivce. Má tedy obrovský

podíl na prevenci a vzniku nejen patologického hráčství, ale i jiných sociálně patologických jevů.

2.5 Nejčastější formy hazardních her

„K tomu, aby mohl člověk závislý na hracích automatech svou potřebu uspokojit, potřebuje nutně finanční prostředky, když je nemá, začne přemýšlet, jak a kde by je sehnal.“

(Kohout 2000, s. 20)

„Hra a herní aktivity patří mezi činnosti, které mnohdy provázejí člověka po celý jeho život. Ne ve všech případech však působí rozvojetvorným efektem a ne vždy obohacují život jedince a jeho sociální okolí“ (Prunner 2008, s. 9). Dle Hartla (in Vykopalová 2008, s. 88-89) je, a vždy byla hra chápána jako součást společenského života motivovaná prožitky, mající závazná pravidla a cíl, který není pragmatický, ale spočívající ve hře. Hra je provázena pocity napětí a radosti, mající pozitivní důsledky pro relaxaci, rekreaci a duševní zdraví.

Mühlpachr (2008, s. 89) konstatuje, že hra dále plní funkci pohybovou, poznávací, emocionální, motivační, procvičovací a diagnostickou. Ve chvíli, kdy rozhodnutí o tom, zda a kdy se bude klient věnovat hře, přestane záviset na jeho svobodném rozhodnutí a stane se neodbytným a neovladatelným nutkáním, vnitřním imperativem, zákonitě dochází ke zvratu a zásadní proměně vztahu hra kontra hráč.

Protože se technický rozvoj společnosti projevuje ve všech oblastech života obyčejných lidí a druhů hazardních her je čím dál více, roste tak úměrně i počet osob, které jsou na nich závislí a jsou jim nelítostně vydány na milost.

V současné době je forem hazardních her mnoho, ale i přes to, vyjmenujme zde alespoň ty nejčastější a ty, kterým patologičtí hráči propadají nejvíce.

Nešpor (1994, s. 11-14) rozlišuje tyto typy hazardních her:

Automaty

„Automaty mohou být buď zábavní, nebo výherní. U zábavních automatů si hráč kupuje čas. V tomhle případě se o hazardní hru nejedná. Výherní automaty, u kterých si zákazník kupuje možnost výhry, se dále dělí na „lehké“ a „těžké“. Tohle rozdělení záleží na výši vkladu a na tom, jak velkou částku může hráč vyhrát“ (Nešpor 1994, s. 11-12).

S tímto rozdělením však příliš nesouhlasí Prunner (2008, s. 48), který konstatuje, že je toto rozdělení možno považovat za značně vágní a diskutabilní, neboť velikost obnosu a možné výhry z pohledu důležitosti či významnosti je hledisko velmi subjektivní. Co je pro jednoho vysoká sázka, může pro druhého znamenat částku naprosto nezajímavou. Co je pro někoho jen mírnou prohrou, může pro jiného představovat naprosto kalamitní stav s katastrofálními důsledky.

Již samotné označení „výherní automaty“ nepovažuje Prunner (2008, s. 48) za příliš šťastné, neboť všechny výherní automaty jsou naprogramovány tak, aby ve finále zabezpečovaly majiteli automatu potřebné zisky, včetně uhrazení *nákladů na jeho pořízení*.⁴ Označení za „výherní“ je správně pouze pro jejich majitele, pro ostatní by bylo příznačnější označení „hrací přístroj proherní“.

K této formě hazardní hry dále Sochůrek (2009, s. 125) uvádí, že se zejména hrací automaty staly pro gamblery zvláště zhoubnými.

Tvrzení, že automaty jsou pro gamblery zvláště zhoubnými, dokládá i zpověď Petra Kohouta, který se stal v roce 1994 na automatech závislý a nebyť rodiny, která ho přinutila k léčbě a motivovala ho, těžko říci, zdali by byl ještě mezi námi, živými.

Ve své zpovědi tedy Petr Kohout uvádí jednu z mnoha velmi zajímavých osobních zkušeností: „Jednou jsem se setkal s tím, že člověk, který nikdy předtím u automatu nestál, vyhrál hned napoprvé. Asi za dvacet korun vyhrál dvě stě korun. Všichni ho obdivovali, neboť dokázal v danou chvíli „jednorukého banditu“, jak se

⁴ Majitelé výherních hracích přístrojů uvádějí, že není výjimkou, kdy se investice do nového „automatu“ zaplatí již během prvního roku. Současně však sdělují, že automat má poměrně rychlé morální opotřebování, a že je často nutné jej již po třech měsících přemístit do jiné herny, protože se „okoukal“. Automat přestane být pro hráče dostatečně přitažlivým, tržby začnou stagnovat a je nutné jej např. převést do jiného města či vesnice.

mimořádně automatům říká, porazit. Za čas jsem tohoto samého člověka potkal u automatu v poněkud jiné náladě. Byl bledý, smutný a bezmocný. Automaty ovládly celou jeho osobu. Nad hracími automaty se nedá vyhrát!“ (Kohout 2000, s. 14).

Jak je uvedeno ve studii Salivara a Vlasákové (2011, s. 8), tak jsou právě automaty nejčastější formou hazardních her. Toto je doloženo prosázenou částkou, která v roce 2009 byla více jak 102 miliard Kč z celkové částky 127,8 miliard Kč, což je celková částka prosázená na všech hazardních hrách. Přepočteme-li tuto sumu na jednoho obyvatele v ČR (včetně dětí a mladistvých), pak každý obyvatel prosázel na hracích automatech za rok 2009 zhruba 9.698,- Kč.

Kasina

„Jediný způsob jak okrást ruletu, je ukrást krupiérovy žetony, když se nedívá.“

Albert Einstein

Kasina v současné době navštěvují lidé téměř všech sociálních kategorií starších osmnácti let. Právě mladé osoby lákají takto označené budovy nejvíce. Ze starších hráčů si dle Prunnera (2008, s. 50) do kasina chodí zahrát spíše osoby ekonomicky silnější, případně ti, kteří patří do sociální kategorie, kde je tento druh zábavy běžný (sociálně „žádoucí“), a z důvodu udržení sociálního statusu, tudíž téměř „nutný“.

Tento druh sázení v České republice v několika posledních letech „téměř stagnuje“ a jak uvádí Prunner (2008, s. 51) výraznějším způsobem nezvyšuje svůj podíl na celkových vsazených penězích a to i přes to, že je v současnosti v České republice evidováno okolo 150 kasin, což vysoko přesahuje *evropský průměr*.⁵

K tomuto dále Nešpor (1996a, s. 8) konstatuje, že kasina jsou pro širší vrstvy méně přitažlivá, jsou však mimořádně nebezpečná. Velká výhra může rychle „nastartovat“ chorobný návyk, zatímco velká prohra může způsobit spoustu

⁵ Počet kasin v hlavních městech Evropy k prvnímu čtvrtletí roku 2010: Praha: 99, Londýn 29, Moskva 29, Vilnius: 10, Riga: 9, Varšava: 7, Dublin: 7, Bratislava: 3, Tallinn: 3, Budapešť: 2, Bern: 1, Brusel: 1, Helsinky: 1, Madrid: 1, Stockholm: 1, Vídeň: 1, Oslo: 0.

životních problémů duševních krizí. Účelem kasina není totiž rozdávání peněz, ale zisk, za kterým jdou tvrdě, bezohledně a cynicky.

Velmi příznačný a deklarující celou situaci je příběh amerického občana, který uvádí Nešpor. „Při návštěvě Las Vegas se dal do řeči s jedním majitelem kasina. Takové kasino zaměstnává spoustu lidí od ostrahy, krupiérů, osob, které dbají na dodržování pravidel, až po lidi, kteří jen hrají, aby svedli ke hře návštěvníky. Onen známý se tedy zeptal majitele, kolik musí přijít hráčů, aby zaplatil všechny personál a ještě vydělal. Majiteli se rozsvítily oči a krátce odpověděl: „Stačí jeden.“ (Nešpor 1994, s. 12).

Na tomto příběhu je tedy vidět jak mohou být kasina nebezpečná. Toto nebezpečí je dáno převážně tím, že náhodná velká výhra, která se uskuteční v první fázi hry, může vytvářet významný motivační základ ke vzniku patologického hráčství. Velká prohra v počátcích hry může pro daného jedince znamenat obrovské trauma, finanční nesnáze, které mohou časem přejít až ke vzniku psychických a fyzických obtíží, v některých případech až k sebevraždě. Jak uvádí Prunner (2008, s. 50), tak se začíná ukazovat, že výrazná prohra v kasinu v počátcích hraní může u jedince zkoušejícího tento druh zábavy představovat tak významný negativní zážitek, že nelze vyloučit, že je z tohoto druhu sázení okamžitě vyléčen.

Karetní hry

V současné době jsou karetní hry velmi rozšířenou hazardní hrou. Avšak zdali se jedná vždy o hraní hazardní, zůstává otázkou. Dle Pokorného (2002, s. 128) se nedá stanovit ostrá hranice mezi hazardní a nehazardní hrou.

Na dovolených karetní hry mnohdy vyplňují chvíle nudy, v kruhu přátel jde zase o velmi dobrou zábavu, při které se mohou bavit nejen dospělí, ale také děti. Příkladem může být tzv. „desetníkový mariáš“, při kterém se, jak již říká sám název hry, hraje o desetníky a vítěz tak může vyhrát jen několik málo korun. Jde zde tedy spíše o pocit z vítězství než nadšení z finanční výhry. O hazardní hru však nejde jen do určité chvíle.

„Za hazardní je považováno takové karetní hraní, které vykazuje znaky typické pro patologické hráčství. U těchto jedinců pak oblíbený druh společenské zábavy přechází do formy, která naprosto postrádá pozitivní aspekty a ve svých důsledcích má devastační dopad do všech důležitých oblastí života“ (Prunner 2008, s. 53). Do jaké chvíle však nejde o hazard a kde hazard začíná nelze s určitostí říci, neboť neexistuje žádné kritérium, které by určilo, zda se hraje o hmotný zisk či nikoli.

Negativní vliv na proces vzniku patologického hráče, má při hraní nejen karetních her, ale i jiných patologických závislostí, alkohol. Tento může dle Nešpora (2006, s. 10) otupit zbytky zdravého rozumu a následné problémy s hrou přivedou hráče k dalšímu pití. Výsledkem tak bývá kombinovaná závislost. S tímto souhlasí i Prunner (2008, s. 53), který dodává, že právě alkohol v kombinaci se zakouřeným prostředím má značně negativní vliv na genezi patologického hráče.

Alkohol se také velmi významným způsobem spolupodílí na výšce vsazených investic. Hráč, který je střízlivý, má lepší schopnost autokorekce a nenechá se do vyhrocené atmosféry hry vtáhnout. Alkoholem posílený hráč je dle Prunnera (2008, s. 54) často zcela vtažen do vyhrocené, emočně podbarvené atmosféry hry, snáze vkládá do hry sázku, které po jejím prohrání hluboce lituje. Takového neuvážené rozhodnutí citelně zasahuje nejen samotného hráče. Je tím v řadě případů postižena celá rodina a následky mohou vést k řetězci následných maladaptivních kroků.

V současné době je v hernách, kasinech a jiných provozovnách s hazardními hrami téměř samozřejmostí, že hráč sázející větší částky má v dané provozovně konzumaci alkoholických nápojů zdarma. Obsluha nosí hráči alkoholické nápoje až k hracímu stolu a poté pozorně sleduje, jak hráč ovlivněn alkoholem sází stále vyšší a vyšší částky až nakonec úplně vše prohraje.

„Skořápkáři“, hra v kostky, sportovní sázky a ostatní

Do této kategorie zařazuje např. Nešpor (1994, s. 14) nebo Prunner (2008, s. 55-59) „skořápkáře“, hráče sázející na sportovní sázky, loterii provozovanou prostřednictvím sázkových tiketů, hráče binga nebo ty, kteří podlehli stíracím losům.

Pro tuto skupinu hazardních her je dle Sochůrka (2009, s. 125) charakteristické to, že jejím hraním a s tím spojené sázení se u většiny lidí nedostane do roviny závislosti. Lidé hrající tyto hry se sázením téměř nikdy nedostanou na mizinu.

Skořápkáři

Skořápký patří k velmi starým hazardním hrám. Účelem hry je uhodnout pod kterým ze třech kalíšků se skrývá kolečko, kulička či jiný předmět. Jejich provozovatel tento předmět skryje pod kalíšek a tyto pak rychle a velmi dovedně přesouvá. Člověk s běžnými schopnostmi není schopen tyto přesuny spolehlivě sledovat a poté pouze hádá, kde se ukrytý předmět nachází.

V současné době patří hra „skořápký“ do kategorie her, které jsou nezákonné (ustanovení § 213 odst. 1, zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, dále jen „trestní zákoník“), přičemž jejich provozovatelé velmi často tuto hru provozují na různých poutích či trzích, což dokazuje nejedna z mnoha *policejních zpráv*.⁶ Ačkoli se jedná o hru, která je nezákonná, mnoho jejich provozovatelů je opačného názoru. To, že se v případě provozování „skořápek“ skutečně jedná o přečin dle ustanovení § 213 odst. 1 trestního zákoníku dokazují

⁶ Peněžní hru takzvané „skořápký“ provozovali dne 9. července 2009 na Pustevnách dva občané Rumunska. Během svátečního dne svátku svatého Cyrila a Metoděje cizinci využili toho, že na Pustevnách byla tradiční pouť a rozbílili tam svůj poněkud jiný „stánek“. Na stolku vyrobeném z papírových krabic poutníkům ukazovali jak je to jednoduché vyhrát během chvíle peníze. Samozřejmě opak byl pravdou. Nešlo jim o dobrou věc pobavit turisty a poutníky, ale podvodným způsobem je obrát o co nejvíce peněz. Posloužit jim k tomu měla lidská nepozornost, touha vyhrát, a také tři černá gumová kolečka o průměru deset centimetrů. Na jednom z těchto černých žetonů byl ve spodní části nalepen bílý puntík. Smysl hry byl jednoduchý. Na začátku hry bylo nutné vsadit určitou sumu peněz a pak jen poznat, kde se po zamíchání všech koleček nachází kolečko s bílým puntíkem. Podvodníci byli ve svém oboru profesionálové a uměli dokonale přesvědčit lidi ke hře. Během hry zase dokázali odvést pozornost hráčů tak, aby si nevšimli, kde se nachází výherní kolečko. I vklad, který byl ke hře potřebný, nebyl zrovna malý. Hráči byli ochotni vsadit i stovky korun. Bohužel je už nedostaly zpět.

nálezy Nejvyššího soudu ze dne 23. března 2007 pod sp. zn. č. 11 Tdo 48/2007 a 19. listopadu 2009 pod sp. zn. č. 8 Tdo 1237/2009.

Hra v kostky

„Alea iacta est“
„Kostky jsou vrženy“

Caesar

Z historického hlediska sloužily kostky dle Toufara (2008, s. 93) nejen k zábavné či hazardní hře, ale používány byly také při losování, někdy dokonce *rozhodovaly o životě a smrti odsouzenců*.⁷

Kostky byly odedávna velmi oblíbenou hrou, o čemž by nás mohlo přesvědčit mnoho archeologických nálezů. Historie hry v kostky sahá až do období tří tisíc let před naším letopočtem, kde se tato šestiboká kostka používala mj. na území dnešní Indie či Iráku. Postupem času však začaly kostky ustupovat oblíbenějším kartám, které poskytovaly mnohem větší pestrost her, k čemuž výrazně přispěl také objev knihtisku.

V důsledku modernizace společnosti se hra v kostky, taková jaká je známá z historie, postupně začala vytrácet z hospod a krčem a přesouvala se do kasin, kde společně s ruletou patřila mezi základní a nejvíce navštěvované hry.

V současné době musí být výrobce kostek v České republice majitelem dané licence, a to z důvodu zaručení maximální přesnosti za účelem předejití různých podvodů.

Kostky, jaké známe z historie, jsou v dnešní době nahrazovány technickými zařízeními, které sami počítají jejich součet a různé kombinace. Rozmanitost sázení je tak daleko větší než v minulosti, avšak otázkou zůstává, zdali se pokaždé jedná o náhodu či o předem naprogramovaný tah technického zařízení za účelem dosažení zisku.

⁷ Takto byli mj. v minulosti vybíráni odsouzení z většího počtu obviněných. Jindy proti sobě na popravišti naopak metali odsouzenci kostkami, kdy výhrou byl pro jednoho z nich život.

Sportovní sázky

Jedná se převážně o sázení v sázkových kancelářích nejen na sportovní výsledky, ale také na určité významné události či výsledky voleb.

V současné době se dá sázet téměř na všechny sporty v téměř všech světových zemích. Výjimkou nejsou ani sázky např. na třetí či čtvrtou anglickou fotbalovou ligu, na vodní pólo či na výsledky voleb. V České republice patří mezi nejčastěji sázené sporty fotbal, hokej či tenis.

Sportovní sázení oslovuje všechny věkové i sociální kategorie a nejsou zde výjimkou ani profesionálové, kteří se sázením na sportovní výsledky živí. Jak uvádí Prunner (2008, s. 52), tak tito profesionálové se určitým druhům sportovních odvětví velmi systematicky a intenzivně věnují. Své vědomosti a bohaté zkušenosti pak prezentují v bouřlivých odborných diskuzích o zaručených tutovkách.

Mezi nejvýznamnější a nejnavštěvovanější sázkové kanceláře v České republice patří Tipsport, Fortuna a Chance.

Internetové sázení

Sázení po internetu v současné době postupně nahrazuje sázení v „klasických“ kamenných pobočkách. Nejen, že je sázení po internetu z domova či z práce pohodlnější, ale zákazníci mohou také sázet během samotného zápasu, (tzv. „live sázky“) a mají dokonce k dispozici více vypsanych možností (např. sázka na první poločas zápasu, počet vstřelených branek apod.) než je tomu při sázení v „kamenných“ pobočkách.

V současné době působí v České republice mnoho společností provozujících internetové sázení. Mezi nejvýznamnější patří Bet-at-home, Sportingbet, Bwin, Tipsport, Fortuna apod.

Loterie

Tento druh sázení, v současné době u nás prezentovaný např. Sportkou, Tip6kou či Lotem, má u nás, v České republice, velkou tradici. Tato tradice pochází z doby, kdy u nás nebylo možno hrát na výherních automatech či v kasinech nebo jen velmi omezeně. I přes to, že je u loterijního sázení slosování dvakrát nebo třikrát týdně a

vložená částka jen stěží zruinuje nějakou rodinu, je třeba dát pozor na určitá úskalí této hry. Jedná se např. o podání více tiketů na jedno slosování aj.

„Riziko hazardu je částečně utlumováno relativně menší velikostí vkládaných částek, přičemž však zde není vyloučeno uzavírání většího počtu sázek, což může u sociálně slabších sázkařů přivodit četné problémy“ (Prunner 2008, s. 55).

Bingo

Hráči hrajících hru bingo mají v České republice dlouhodobě sestupnou tendenci. Oproti roku 1995, kdy bylo v této hře vsazeno kolem 1,1 miliardy korun, bylo v roce 2006 vsazeno „jen“ již 152 milionu korun. Z tohoto je tedy zřejmé, že je pouze otázkou času, kdy hra bingo v České republice zanikne úplně, či se bude hrát pouze jako zábavná hra v kruhu rodiny či blízkých přátel, bez možnosti finanční výhry nebo jen výhry symbolické.

Stírací losy

Ač by se mohlo zdát, že je riziko stíracích losů velmi malé, opak je pravdou. Největší riziko tkví dle Nešpora (1996a, s. 9) v tom, že se sázející dozvídá výsledek velmi rychle a v zápětí může sázku opakovat. K tomuto dále uvádí příhodu: „Vzpomínám na člověka, který si chtěl prodejem stíracích losů přivydělat. Jenže to nevydržel, všechny seškrábal, nevyhrál nic a nadělal dluhy“ (Nešpor 1996a, s. 9).

2.6 Rizikové skupiny

„Začal jsem si půjčovat peníze a kradl i doma, situace se zhoršovala, začínali u nás zvonit věřitelé a vymáhat peníze.“

Sedmnáctiletý chorobný hráč

(Nešpor 1994, s. 95)

Jak uvádí Nešpor (1994, s. 19): „Ohroženi jsou všichni, ale někteří více.“

Za rizikové skupiny bychom zde z obecného hlediska mohli označit ty, jejichž členové jsou ohroženi některým ze sociálně patologických jevů, v tomto případě patologickým hráčstvím, více než ostatní.

V současné době se mnoho lidí mylně domnívá, že gamblerství je spojeno především s populací dospělých lidí. Ve světě se však již začíná ukazovat, že gamblerství ve vazbě s dospívající mládeží představuje skryté a velmi nebezpečné riziko, které může v blízké budoucnosti silně promluvit do života mnoha rodin.

„Od roku 1990 přibývá problémů s hazardní hrou mezi dětmi a dospívajícími. Specifikum této závislosti spočívá v širokém věkovém spektru závislých“ (Mühlpachr 2008, s. 89).

Mezi rizikové skupiny, které mohou být ohroženy o něco více nežli ostatní, Nešpor (1994, s. 19-21) a Mühlpachr (2002, s. 27) řadí:

Mladí lidé

Mladí lidé (zde hovoříme o dětech a mladistvých) jsou rizikovou skupinou, u kterých vzniká patologické hráčství nejrychleji.

Dle Pokorného (2002, s. 123) trvá dospělému člověku zhruba 1 – 3 roky než se stane patologickým hráčem, kdežto u dětí a dospívajících se obecně jakákoli závislost vytváří rychleji. Proto je tato doba daleko kratší – stačí několik týdnů a měsíců. S tímto názorem se ztotožňuje také Nešpor, který dodává: „U dětí a dospívajících vznikají závislosti všeho druhu i patologické hráčství mnohem rychleji“ (Nešpor 1996a, s. 12). Prunner (2008, s. 134) dále konstatuje, že by mohly být

hodnoty rozšíření patologického hráčství u mladých lidí až třikrát vyšší než u dospělých, což je významný negativní signál, naznačující, že v budoucnu nelze vyloučit zvýšený výskyt problémů, které tato porucha s sebou zákonitě přináší.

Nastally a Dixon (in Nešpor 2011, s. 72) uvádějí, že patologické hráčství vzniká u dětí a dospívajících v důsledku interakce rizikových činitelů, které se vyskytují na více rovinách.

Lze tedy říci, že děti a dospívající patří do rizikové skupiny z určitých důvodů, kterými mohu být:

- porucha chování v dětském věku a dospívání – jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku,
- vliv sociálního prostředí – život dítěte a dospívajícího v nevhodném sociálním prostředí, za které bychom mohli považovat např. panelová sídliště v centru velkých měst, mnoho heren a sázkových kanceláří v okolí svého bydliště, neúplná rodina, nápodoba poruchového chování – otec gambler aj.,
- dalším významným faktorem je dysfunkce rodiny – v dysfunkční rodině nejsou dle Vágnerové (1999, s. 24) dítěti poskytovány důležité podněty pro jeho rozvoj. Nedovede mu dát jistotu, že má pro rodiče význam, a nedokáže mu vymezit žádoucí hodnoty a normy chování. Dítě potřebuje být citově akceptováno a potřebuje se orientovat v pravidlech. V dysfunkční rodině mohou dle Nakonečného (2009, s. 425) hledat stresované dospívající děti náhradní rodinné prostředí v partách vrstevníků, rodiče v mimomanželských vztazích. Nezastupitelná výchova dětí je tím ohrožena a může to u nich vést k různým poruchám chování,
- negativní vliv vrstevnické skupiny – k tomuto Vágnerová (2005, s. 371) dodává, že vztahy s vrstevníky mohou uspokojovat různé psychické potřeby, kdy vrstevníci slouží jako zdroj sociálního učení, stávají se neformálními autoritami, které mohou mít za určitých okolností větší vliv než dospělí. „V období školního věku je vrstevnická skupina považována za jednu z nejvýznamnějších potřeb školního věku“ (Vágnerová 2005, s. 292). Jelikož

jedinec v tomto věku přebírá od vrstevnické skupiny určité vzorce chování a jejich názory, je tedy pravděpodobné, že od vrstevnické skupiny popř. „odkouká“ i hraní hazardních her a může se tak stát budoucím potencionálním gamblerem.

Muži

Laickou veřejností je patologické hráčství považováno za převážně mužskou záležitost. Avšak v dnešní době, ve které jsou kasina a herny téměř na „každém rohu“ nelze vyloučit, že během několika málo následujících let procentuální vyjádření pohlaví hráčů zcela vymizí.

Někteří *autoři*⁸ zabývající se problematikou patologického hráčství však tvrdí, že patologické hráčství je skutečně převážně mužskou záležitostí, což zdůvodňují tím, že muži začínají s hráčstvím mnohem dříve než ženy. U žen prý také téměř nebývá přítomna manická rozjařenost spojená s momentem sázení peněz, která je běžná u mladých mužů.

Dle Prunnera (2008, s. 159-160) mají ženy tendenci začínat s hraním až ve vyšším věku, kde jsou spouštěcími mechanismy převážně motivy, které se váží na jejich aktuální psychický stav a stav emocí. Při hraní se údajně zbavují stavů deprese. U mužů, gamblerů, jsou důvody nezávislé na emočních stavech.

Tvrzení, že právě muži jsou rizikovou skupinou patologického hráčství, dokládá Mühlpachr (2008, s. 93-94), který tvrdí, že muži jsou z hlediska pohlaví naprosto dominantní rizikovou skupinou, přičemž patologické hráčství je fenomén mužské populace a to i přes patrné emancipační snahy. Avšak ženy na rozdíl od mužů dle výzkumu mnoha *odborníků*⁹ častěji vyhledávají léčbu patologického hráčství.

⁸ Vykopalová (2002, s. 90-91), Mühlpachr (2008, s. 93), Prunner (2008, s. 157-164) aj.

⁹ Blanco a kol. 2002, Crockford a el-Guebaly 1998, Grant a kol. 2003 aj. in Prunner 2008, s. 158

„Nebezpečná“ povolání

Další velmi početnou rizikovou skupinou jsou povolání, při kterých přijde člověk do styku s hazardní hrou velice často. V této souvislosti zde tedy můžeme hovořit o tzv. „nebezpečných povolání.“

Mezi tato povolání bychom mohli zařadit např. číšníky, obsluhy heren, zaměstnance kasin a majitele restaurací. Jak uvádí Nešpor: „Léčili jsme větší počet lidí, kteří pracovali jako číšníci. K postiženým patřil i majitel restaurace, který dovolil, aby mu do ní za poplatek instalovali automat. Netrvalo dlouho a začal na něm prohrávat tržby“ (Nešpor 2006, s. 16).

Mezi nebezpečná povolání bychom však mohli zařadit také podnikatele, kteří mají nebo mohou mít dostatečné finanční prostředky.

Hyperaktivní děti s poruchami pozornosti

I děti trpící touto poruchou jsou právem zařazováni do rizikových skupin patologického hráčství. V adolescenci se tato porucha projevuje jako porucha chování. V pozdní adolescenci jako sociální maladaptace, která se velmi často pojí s drogovou závislostí, patologickým hráčstvím apod. Výjimkou poté není ani kriminální chování.

Poruchu pozornosti (dále jen „ADD“) řadíme mezi hyperkinetické poruchy. „Tato skupina poruch je charakterizována raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol“ (Kotasová 2000, s. 73).

V současné době se jedná o poměrně častý problém, k jehož příznakům dle Drtinové a Koukolíka (in Csémy a Nešpor 1996, s. 22) patří nadměrná aktivita, neposednost a roztěkanost. Tyto děti častěji reagují impulzivně a bez rozmyslu.

Pešatová (2007, s. 173-175) řadí mezi primární symptomy hyperkinetické poruchy např. impulzivitu, ke které dále dodává: „Impulzivita se projevuje ukvapenými, náhlými činy, impulzivním porušováním společenských pravidel, rychlými závěry v oblasti škodě, jednáním bez zřetele na konsekvenci (napřed jedná, pak myslí, nepoučí se apod.), nedbalostí v situacích zahrnujících určité nebezpečí aj.“

Dle Nešpora (1994, s. 20-21) je dále velmi obdivuhodné, že přestože někdy nevydrží hyperaktivní děti sedět ani jednu vyučovací hodinu klidně na svém místě, dokáží u hracího automatu trávit mnoho hodin bez přerušení. I když je většinou lákají jen zábavní automaty, tyto děti si zvykají na herny, mají před očima negativní vzory hazardních hráčů, ztrácejí čas pro učení, nemají kdy získávat dovednosti v mezilidských vztazích. Tím se ještě více vzdalují „normálnímu“ životu.

Nezaměstnaní

Jelikož mají nezaměstnaní mnoho volného času a velmi často nevědí jak jej vyplnit, jsou další, avšak ne příliš početnou, rizikovou skupinou.

Jak nám říká jedno moudré latinské přísloví: „Zahálka rodí neřest.“ Toto přísloví přímo zapadá do rovnice, kdy na jedné straně stojí nezaměstnanost a na straně druhé hraní hazardních her.

Naskytuje se zde však otázka, zdali není hazardní hraní spíše důsledkem nezaměstnanosti nežli její příčinou.

2.7 Právní úprava gamblersství

„Špatné zákony jsou nejhorším druhem tyranie.“

Edmund Burke

Z hlediska práva je patologické hráčství závažným sociálně patologickým jevem, což je dáno tím, že je považováno za častou příčinu kriminálního chování. Tato kriminalita je zejména majetkové povahy, a to z důvodu získávání finančního obnosu k dalšímu hraní.

Kraus a Hroncová (2006, s. 168-174) konstatují, že nejen že je gambling v současnosti významným kriminogenním faktorem, který je potřeba regulovat, ale jedná se také o nový trend v možnosti trávení volného času, kde nemalou roli hraje i rozvoj nových technologií a forem hraní.

V současné době můžeme herní právo z obecného hlediska charakterizovat jako soubor právních norem vycházejících jak z práva soukromého, tak z práva veřejného.

Dle Kramáře a Hušáka (2006, s. 11) jsou normy herního práva účelovým souhrnem právních norem obsažených v předpisech různých právních odvětví. Sjednocujícím znakem těchto norem tedy není to, že se týkají skupiny povahově stejnorodých právních vztahů, nýbrž to, že se svým obsahem vztahují k určité relativně stejnorodé oblasti lidské činnosti – uskutečňování sázek a her.

„Herní právo je tedy účelový soubor právních norem z různých odvětví soukromého i veřejného práva, upravujících společenské vztahy vznikající v souvislosti s uskutečňováním sázek a her a zakotvujících tomu odpovídající specifické právní pojmy a instituty“ (Kramář, Hušák 2006, s. 13).

Hazardní hraní upravuje několik zákonů a vyhlášek, vyjmenujme zde alespoň některé:

- zákon č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „loterijní zákon“). „Tento zákon upravuje veřejnoprávní předpoklady pro uskutečňování vymezeného okruhu občanskoprávních smluvních vztahů sázek a her, tzv. loterií a jiných podobných her“ (Kramář, Hušák 2006, s. 36).
- vyhláška ministerstva financí č. 223/1993 Sb., o hracích přístrojích. Tato vyhláška přímo upravuje loterijní zákon, a to konkrétně ustanovení § 17 týkající se výherních hracích přístrojů, ustanovení §§ 18 a 19 týkající se povolení k provozování výherních hracích přístrojů a ustanovení § 20, které se týká povinnosti provozovatele hracích přístrojů.
- vyhláška ministerstva financí č. 315/1999 Sb., o způsobu oznamování soutěží, anket a jiných akcí o ceny, které nejsou spotřebitelskou loterií.
- vyhláška ministerstva financí č. 285/1998 Sb., o podmínkách monitorování a uchovávání záznamů v kasinu aj.

Z hlediska přehlednosti je zde velmi důležité uvést, jak jsou sázky a hry vymezeny z hlediska **občanského práva** a dále z hlediska **správního a finančního práva**. Pro úplnost bude dále uvedeno, jak je z hlediska **trestního práva** vymezen pojem „loterie nebo jiná podobná hra“ a jaká osoba může být účastníkem této hry.

Občanskoprávní úprava sázky a hry

„Sázka a hra jsou občanskoprávní vztahy, které vznikají na základě smlouvy o sázce nebo smlouvy o hře“ (Kramář, Hušák 2006, s. 21).

„Nový“ občanský zákoník, tedy zákon č. 89/2012 Sb., v platném znění, (dále jen „občanský zákoník“) na rozdíl od „starého“ občanského zákoníku (zákona č. 40/1994 Sb., ve znění pozdějších předpisů) již přímo vymezuje jak sázku (§ 2873 občanského zákoníku), tak hru (§ 2881 občanského zákoníku). Na žádném svém místě však nikde nevymezuje ani smlouvu o sázce či smlouvu o hře.

Kramář a Hušák (2006, s. 23-24) za sázku považují smluvní vztah, v němž existují protichůdná tvrzení stran a v němž vzniká závazek určitého plnění straně, jejíž tvrzení se ukáže nesprávným. Výsledek může být věcí náhody, může však také záviset např. na dovednostech či znalostech účastníků.

V ustanovení § 2873 občanského zákoníku je sázka definována poněkud obšírněji, kdy je uvedeno: Sázkou se alespoň jedna strana zavazuje vůči druhé plnit výhru, ukáže-li se nesprávným její tvrzení o skutečnosti stranám neznámé nebo ukáže-li se tvrzení druhé strany o této události nesprávným (Zákon č. 89/2012 Sb., § 2873, odst. 1).

„K otevření úvahy o fenoménu sázky můžeme povolat prince Hamleta. Mladík, svírající lebku a tážající se: „Být či nebýt? That is the question,“ je sázkařem par excellence. Vynikající postavení Hamletovo mezi skutečnými hazardéry zakládá rozměr jeho otázky; být nebo nebýt je otázka extrémní a sázka nejvyšší. Však také říká that is the question, a nikoli that is a question; nejde o otázku nějakou, nýbrž o tu otázku, o tu nejdůležitější“ (Horáček 2000, s. 43). Člověk nadaný svobodnou vůlí rozhoduje sám, dokonce i o daru vlastní existence a má právo jej odmítnout.

„Za hru se typicky považuje smluvní vztah, v němž plnění je závislé na výsledku určité aktivní fyzické nebo duševní činnosti účastníků smlouvy, která se uskutečňuje -hraje se- po uzavření smlouvy podle předem dohodnutých herních pravidel“ (Kramář, Hušák 2006, s. 24). I zde může být výsledek věcí náhody či záviset na dovednostech a znalostech účastníků.

V občanském zákoníku je pojem hry vymezen následovně: O hře platí ustanovení o sázce obdobně; jedná-li se však o hru vyžadující pouze zručnost nebo tělesná cvičení obou stran, použije se z ustanovení o sázce jen § 2875¹⁰ (Zákon č. 89/2012 Sb., § 2881).

Občanský zákoník taktéž vymezuje výhry ze sázek a her, kdy uvádí: Nebyla-li výhra dána, nemůže ji vyhrávající strana vymáhat (Zákon č. 89/2012 Sb., § 2874). Dále viz. ustanovení § 2875 občanského zákoníku.

Úprava sázky a hry ve správním a finančním právu

Sázky a hry nejsou pouze soukromoprávními vztahy, nýbrž jsou i předmětem úpravy předpisů z oblasti veřejného práva. Jak uvádí Kramář a Hušák (2006, s. 34) normy veřejného práva soukromoprávní vztahy sázky a hry určitým způsobem modifikují s využitím metody veřejnoprávní regulace. Pro tu je typická nerovnost subjektů, z nichž jeden (orgán veřejné moci) má pravomoc autoritativně rozhodovat o právech a povinnostech druhého (fyzické nebo právnické osoby).

Protože je správní právo součástí práva veřejného, spadá do této velmi obsáhlé heterogenní množiny např. loterijní zákon. Tento zákon dle Kramáře a Hušáka (2006, s. 36) upravuje veřejnoprávní předpoklady pro uskutečňování vymezeného okruhu občanskoprávních smluvních vztahů sázek a her, tzv. loterií a jiných podobných her.

¹⁰ *Byla-li výhra dána, nemůže ji prohrávající strana vymáhat zpět. To neplatí, pokud prohrávající stranou byla zjevně osoba s nedostatečnými duševními nebo rozumovými schopnostmi (§ 2875 zák. č. 89/2012 Sb.)*

Loterijní zákon, konkrétně pak ustanovení § 1 odst. 2) uvádí, co je rozuměno loterií a jinou podobnou hrou a jiné podstatné skutečnosti: Loterií nebo jinou podobnou hrou se rozumí hra, jíž se účastní dobrovolně každá fyzická osoba, která zaplatí vklad (sázku), jehož návratnost se účastníkovi nezaručuje. O výhře nebo prohře rozhoduje náhoda nebo předem neznámá okolnost nebo událost uvedená provozovatelem v předem stanovených herních podmínkách (dále jen „herní plán“). Nezáleží přitom na tom, provádí-li se hra pomocí mechanických elektronicko-mechanických, elektronických nebo obdobných zařízení (Zákon č. 202/1990 Sb., § 1, odst. 2).

V tomtéž zákoně je dále v ustanovení § 1 odst. 8) uvedeno: Účastníkem loterie nebo jiné podobné hry (dále jen „sázející“) může být jen fyzická osoba, která dovršila 18 let věku a která v souladu s herním plánem uhradí vklad (sázku) provozovateli předem, a to v hotovosti nebo bezhotovostně. Osobám mladším 18 let je účast na loteriích a jiných podobných hrách zakázána. Provozovatel loterií a jiných podobných her musí učinit taková opatření, aby se tyto osoby nemohly hry zúčastnit. K tomuto účelu je oprávněn požadovat předložení průkazu totožnosti (Zákon č. 202/1990 Sb., § 1, odst. 8).

Kramář a Hušák (2006, s. 42-45) konstatují, že loterie a jiné podobné hry prvního okruhu čili „standardní hry“ lze členit na zákonem výslovně pojmenované a výslovně nepojmenované.

- Výslovně pojmenované jsou uvedeny v § 2 loterijního zákona a tvoří je čtyři druhy loterií, šest druhů sázkových her a tomboly.
- Existence výslovně nepojmenovaných loterií a jiných podobných her prvního okruhu vyplývá z ustanovení § 50 odst. 3) loterijního zákona¹¹.

¹¹ Ministerstvo může povolovat i loterie a jiné podobné hry, které nejsou v zákoně v části první až čtvrté upraveny, za předpokladu, že v povolení budou všechny podmínky provozování takové loterie a jiné podobné hry podrobně stanoveny. Použije přitom přiměřeně ustanovení části první až čtvrté tohoto zákona. Ministerstvo v této souvislosti stanoví provozovateli, aby učinil opatření k zamezení hry osobám, které nedovršily věku 18 let, a k zajištění veřejného pořádku.

Co se týče druhého okruhu, tj. her „nestandardních“, tak sem zařazujeme např. spotřebitelské soutěže, které zákon nepojmenovává a blíže nečlení.

„Loterie nebo jiná podobná hra“ z hlediska trestního práva

Trestní právo je mj. upraveno trestním zákoníkem (40/2009 Sb.) a hovoří ve smyslu her a sázek zejména o Neoprávněném provozování loterie a podobné sázkové hry (§ 252 trestního zákoníku) a Ohrožování mravní výchovy mládeže (§ 201 trestního zákoníku).

V ustanovení § 252 odst. 1) trestního zákoníku je uvedeno: Kdo neoprávněně provozuje, organizuje, propaguje nebo zprostředkovává loterii nebo podobnou sázkovou hru, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti (Zákon č. 40/2009 Sb., § 252, odst. 1).

Z tohoto paragrafového znění můžeme tedy vyvodit, že se týká především provozovatelů heren nikoli však samotných patologických hráčů či patologického hráčství jako sociálně patologického jevu obecně.

S problematikou patologického hráčství souvisí také ustanovení § 201 trestního zákoníku, kde je v druhém odstavci tohoto zákona uvedeno: Kdo umožní, byť i z nedbalosti, dítěti hru na výherním hracím přístroji, který je vybaven technickým zařízením, které ovlivňuje výsledek hry a které poskytuje možnost peněžitě výhry, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo zákazem činnosti (Zákon č. 40/2009 Sb., § 201, odst. 2).

Ohledně ustanovení § 201 odst. 2) trestního zákoníku je nutno uvést, že toto paragrafové znění již přímo souvisí patologickým hráčstvím (díky slovnímu spojení „výherní hrací přístroj“), avšak je také nanejvýš vhodné dodat, že patologické hráčství nevzniká pouze u dětí („kdo umožní, byť i z nedbalosti, dítěti hru...“) a pouze na automatech, i přes to, že nejčastěji právě na nich patologická závislost vzniká.

Právní úprava gamblersství účinná od 1. 1. 2012

Novela loterijního zákona je účinná od 1. 1. 2012. Touto novelou se mění celkem 24 novelizačních bodů a dává obcím nové a zcela zásadní pravomoci. Jedná se především o možnost regulovat nejen *počet klasických výherních hracích přístrojů*¹² (dále jen „VHP“), ale také počet *interaktivních videoloterijních terminálů*¹³ (dále jen „IVT“), které v některých městech automaty nahradily.

Z důvodu správného pochopení je důležité uvést, že před touto novelou o povolení VHP rozhodovali obce samy, avšak o povolení IVT rozhodovalo ministerstvo financí, které k těmto povolením bylo velice benevolentní. V případě, že tedy obec chtěla regulovat počet VHP, schválila vyhlášku města, která toto umožnila. Avšak v případě, že provozovatel VHP požádal o povolení zřízení IVT ministerstvo financí, bylo mu zpravidla vyhověno.

Jak již bylo výše uvedeno, tak proti tomuto již neměly obce obranu, pouze snad dlouhou soudní cestou. Rozdíl mezi VHP a IVT je však nepatrný. Rozdíl je pouze v tom, že se v případě IVT jedná o soustavu přístrojů napojených na vzdálený server, který je nezbytný pro jejich fungování.

Dle novely loterijního zákona a dalších prováděcích předpisů by měli jak o VHP, tak o IVT rozhodovat obce samy svými vyhláškami. Ačkoli zde hovoříme o novele loterijního zákona účinné od 1. 1. 2012, není tato otázka v současné době ještě zcela vyřešena.

Vyřešeny by však měly být odvody z hazardu obecně, které si rozdělí stát a obce. „Obce mají dostávat čtyři pětiny odvodu z výherních automatů a 30 procent odvodů z ostatních typů hazardu, jako jsou například loterie, kurzové sázky a sázkové hry v kasinu. Zbytek by měl být příjmem státu, přičemž směřovat by měl hlavně na sport, kulturu a ve prospěch zdravotně postižených. Zákonem to ale určeno není“ (Týden.cz 2011).

¹² V roce 2011 bylo v ČR povoleno přibližně 50 000 výherních hracích přístrojů.

¹³ V roce 2011 bylo v ČR povoleno 61 580 kusů interaktivních videoloterijních terminálů.

2.8 Prevence

V žádném případě nemůžeme prevenci chápat jako vše řešící a vše ozdravující proces. „Prevence je pouze jeden z postupů, který umožňuje napomoci ve snížení počtu patologických hráčů. Neméně důležitá je také terapie, kterou není radno odsouvat na „druhou kolej“ (Prunner 2008, s. 200). K tomuto dále Hroncová (in Prunner 2008, s. 186) dodává, že prevenci závislostí je potřebné chápat jako aktivitu, která vede k předcházení nežádoucích vlivů, je ochranou zdraví a výchovou k zdravému způsobu života. Její účinnost je však podstatně ovlivněna i nástroji, které jsou použity. Velmi důležitá je zde také odborná vybavenost a kvalita osob, které prevenci realizují.

Mnoho *autorů*¹⁴ zabývající se závislostním chováním prevenci rozdělují na primární, sekundární a terciární.

Prevence primární

Primární prevenci vysvětluje Pešatová (2007, s. 90) jako veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojenými se sociálně patologickými jevy, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření. Stručně tedy můžeme říci, že jejím cílem je předcházet nemoci, předtím než vznikne.

K tomuto dále Marádová (2006, s. 22) dodává, že je velice důležité klást důraz především na specifickou primární prevenci, tj. systém aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj.

Primární prevence je dle Hellera, Pecinovské a kol. (2011, s. 199) vlastně práce se zdravou populací a její motivace k plnohodnotnému životu, který tito lidé sami dokáží ovlivňovat. Jedná se spíše o edukační princip o konfliktech, kritice a potížích.

Cílem primární prevence je dle Nešpora (2011, s. 157) předejít patologickému hráčství nebo ho oddálit do pozdějšího věku, kdy už jsou dospívající „relativně“

¹⁴ Hroncová (in Prunner 2008, s. 186), Heller, Pecinovská a kol. (2011, s. 199-207), Pešatová (2007, s. 90-93) aj.

odolnější. Cílem prevence není tedy předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji.

Jak bylo výše uvedeno, velmi důležitá je zejména odborná vybavenost a celková kvalita osob, které prevenci provádí. S tímto názorem se taktéž ztotožňuje i Heller, Pecinovská a kol. (1996, s. 151), kteří konstatují, že má primární prevence svoji účinnost a výsledky, pouze pokud je prováděna odborně, citlivě a s osobním nasazením.

Prevence sekundární

Cílem sekundární prevence je poskytovat efektivní pomoc těm, u kterých se již patologické hráčství projevilo, avšak ještě nedošlo k velkému poškození, tzn. patologické hráčství je stále ještě ve stádiu výher (viz. kapitola 2.1).

„Dalším cílem sekundární prevence je včasné zajištění odborné pomoci a údravy ve smyslu bio-psycho-sociálního principu péče“ (Heller, Pecinovská a kol. 1996, s. 154).

Prevence terciární

Cílem terciární prevence je dle Hellera, Pecinovské a kol. (1996, s. 154) zabránit recidivě a minimalizovat sociální handicap „postižené“ osoby. Odpovídající přístupy jsou poradenství, léčení, sociální práce a sociální péče.

Můžeme tedy říci, že cílem terciární prevence je nejen předejít dalším škodám, ale také pracovat se sociálním okolím jedince a pomáhat mu překonávat kritické okamžiky, které s sebou patologické hráčství přináší (soudní řízení, exekuce, rozvod aj.).

Propracovanější prevence sociálně patologických jevů je užívána v USA. Tuto uvádí v níže uvedené tabulce (viz. tab. č. 3) Nešpor (2011, s. 156).

Zde není prevence dělena pouze na primární (předcházení), sekundární (efektivní pomoc) a terciární (zabránění recidivě), ale na prevenci **všeobecnou**, jejíž cílovou skupinou je celá populace, **selektivní** – cílovou skupinou jsou rizikové osoby a **indikovanou** – cílovou skupinou jsou osoby, které vykazují známky užívání např. návykových látek. Dále následuje **léčba a udržování stavu a prevence recidiv**.

Druh intervence	Cílová populace
Všeobecná prevence	Obecná populace, např. celá třída.
Selektivní prevence	Osoby se zvýšeným rizikem, které návykové látky neužívají (např. děti s poruchami chování).
Indikovaná prevence	Ti, u kterých není možné diagnostikovat škodlivé užívání nebo závislost na návykových látkách, ale kteří vykazují známky užívání těchto látek.
Léčba	Ti, kdo návykové látky škodlivě užívají nebo jsou na nich závislí.
Udržování stavu a prevence recidiv	Závislí nebo zneužívající návykové látky ve stabilizovaném stavu.

Tabulka č. 3 – Dělení prevence na návykových látkách v USA

Patologické hráčství nemá jedinou příčinu, proto také účelná prevence zahrnuje více rovin.

Dle Nešpora (1996b, s. 69) se jedná se o rovinu v rámci rodiny, v rámci školy, v rámci sdělovacích prostředků a v rámci státu a společnosti.

Prevence v rámci rodiny

V otázce patologického hráčství jsou na tom nejlépe rodiny, kde převládají vřelé vztahy, ale také jasná pravidla, na jejichž dodržování se trvá. „Rodiče toho mohou ovšem udělat mnohem více. Posilovat zdravé sebevědomí dítěte, předcházet nudě, podporovat kvalitní zájmy a záliby. Vnést do finančního hospodaření dítěte pořádek, nedávat mu větší finanční částky apod.“ (Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti 2011).

Je nutné si uvědomit, že někdy i ty nejmenší negativní podněty v rodině mohou mít na propuknutí závislostního chování nepředstavitelné následky. Z tohoto důvodu je tedy velice důležité, aby rodiče na dítěti požadovali dodržování pravidel, které byly předem stanoveny, snažili se vyvarovat toho, aby dítě nepřišlo do styku s herním prostředím, což může být ve velkých městech velice obtížné, ale především být dítěti vhodným vzorem a naučit ho, jak odmítnout nabídku ke hře.

Jak již bylo v první kapitole této práce uvedeno, tak patologické hráčství a jiné závislosti jako např. závislost na návykových látkách, mají k sobě velice blízko a to nejen svým průběhem a léčbou, ale také prevencí. Toto je prokazatelné v publikaci K. Nešpora, ve které se autor věnuje hazardním hráním a poté v publikaci L. Csémyho, ve které se tento autor věnuje léčbě a prevenci závislostí na návykových látkách.

Nešpor (1996a, s. 72) uvádí tyto zásady prevence v rodině:

- získat důvěru dítěte, naučit se naslouchat tomu co říká,
- opatřit si o hazardní hře informace, abychom o tom mohli s dítětem hovořit,
- předcházet tomu, aby se dítě nudilo,
- stanovit a prosazovat zdravá pravidla,
- být pro dítě dobrým modelem,
- chránit dítě před nevhodnou společností (najít vhodné přátele a kvalitní záliby).

Téměř shodné zásady prevence v rodině uvádí Csémy a Nešpor (1996, s. 22):

- získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat,
- umět s dítětem o návykových látkách hovořit,
- předcházet nudě,
- pomáhat dítěti přijmout hodnoty, které mu usnadní návykové látky odmítat,
- vytvořit zdravá rodinná pravidla,
- posílit sebevědomí dítěte.

Můžeme si tedy povšimnout, že hlavní zásady prevence u patologického hráčství a jiných závislostí jsou v mnoha bodech shodné. Tato skutečnost je dána tím, že patologické hráčství a jiné závislosti mají zpravidla totožný vznik i průběh, a proto i prevence či léčba se od sebe příliš neliší.

Prevence v rámci rodiny je velice důležitá z důvodu zdravého a bezproblémového vývoje dítěte a s tím související minimalizace rizik sociálně patologických jevů vyskytujících se ve větší či menší míře ve společnosti na daného jedince.

Zvláštní pozornost je však třeba věnovat výchově dětí, které pocházejí z problémových rodin, zvláště pak rodin, kde se vyskytl nebo vyskytuje některý ze sociálně patologických jevů.

Prevence v rámci školy

Prevence problémů působených hazardní hrou je dobré včlenit do různých preventivních programů školy. Zásadní je však nulová tolerance proti hraní hazardních her v prostorách školy či v její blízkosti.

Dle Marádové (2006, s. 25) musí být preventivní výchovně vzdělávací působení neoddělitelnou součástí výuky a života škol a školských zařízení. Školní preventivní programy by měly být zaměřeny do těchto významných oblastí:

- podpora zdravého životního stylu,
- rozvíjení sociálních dovedností za své chování i v náročnějších situacích,
- schopnost řešit konflikty, umět požádat o pomoc, reagovat na kritiku,
- zvyšovat schopnost dětí efektivně ovládat své emoce,
- vytváření pozitivního sociálního klimatu,
- napomáhat mládeži formovat postoje vztahující se k významu společensky obecně akceptovatelných hodnot (budování úcty k zákonu, posilování právního vědomí aj.).

Velmi často se za prevenci pokládá téměř vše, avšak ani preventivní akce, které jsou míněny v té nejlepší víře, nemusejí mít pozitivní efekt, ba naopak. Jak uvádí Csémy s Nešporem (1996, s. 20), tak např. přednáška pro dospívající někdy ještě vzbudí jejich zájem a chuť experimentovat (záleží na tom, čeho se přednáška týká). Jakákoliv jednorázová akce nemůže nahradit systematickou a soustavnou preventivní práci. Proto jsou velice důležité různé preventivní programy, které dětem ve škole „otevírají oči“, snaží se je od sociálně patologických jevů odradit a popř. naučit je, jak s nimi bojovat.

Preventivní programy v rámci školy za aktivní účasti předem připravených vrstevníků, tzv. *peer programy*¹⁵ (dále jen „programy“) jsou nedílnou součástí prevence ve školách a školských zařízeních. Tyto programy se u dětí nejčastěji využívají v prevenci škod působených nejen návykovými látkami, ale i jiných sociálně patologických jevů.

Z důvodu, že mnohé často využívané techniky nejsou při prevenci účinné a jejich využívání má mnohdy spíše účinek opačný, uvádí Csémy a Nešpor (1996, s. 21) v níže uvedené tabulce (viz. tab. č. 4) jednoduchý přehled účinnosti strategií prevence škod působených nejen návykovými látkami, ale také např. patologickým hráčstvím a jinými sociálně patologickými jevy.

Přehled využívaných strategií a jejich účinnost byl vytvořen v rámci projektu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Přehled strategií	Účinnost
Zastrašování	Neúčinné
Citové apely	Neúčinné
Prosté informování	Neúčinné
Nabízení lepších alternativ než alkohol či jiné návykové látky	Účinné u skupin se zvýšeným rizikem
Peer programy (aktivní účast předem připravených vrstevníků)	Účinné u skupin se středním rizikem (normální populace)
Prevence založená ve společnosti (spolupráce různých složek společnosti)	Účinné
Snižování dostupnosti daného sociálně patologického jevu	Účinné, jestliže je provázeno snižováním poptávky
Léčba anebo mírnění následků	Relativně účinné, zejména pokud jsou poskytnuty včas

Tabulka č. 4 – Účinnost strategií prevence škod působených návykovými látkami

¹⁵ Účast připravených vrstevníků, kdy tito slouží žákům jako pozitivní model chování. Vrstevníci lépe vysvětlí, že herní průmysl chce vydělat, ne prodělat a že spoléhat na náhodu se nevyplácí. Velmi intenzivní zážitek pro žáky je setkání a debata se závislým člověkem. Program vedený učitelem by mohl způsobit efekt opačný.

Na výše uvedené tabulce je dokladováno, že jako nejúčinnější metoda prevence před patologickým hráčstvím a jinými sociálně patologickými jevy je aktivní účast předem připravených vrstevníků (což dokazuje i výzkum Toblerové či Bengert-Drownsenové¹⁶ (in Nešpor, Csémy a Pernicová 1996, s. 33)), snižování dostupnosti daného sociálně patologického jevu (drogová závislost, alkoholismus, aj.) a prevence založená ve společnosti. Naopak jako nejméně účinné strategie jsou zastrašování a prosté informování.

Aby však byla prevence v rámci školy úspěšná a smysluplná, musejí zde být splněny určité podmínky, bez kterých by prevence v rámci školy byla pouze „promrháním“ několika hodin výuky žáků.

Velice důležité zde je např. metodické vedení činnosti pedagogů v oblasti prevence před sociálně patologickými jevy, neustálé vzdělávání a sebezdokonalování pedagogických pracovníků nejen v oblasti prevence před sociálně nežádoucími jevy, ale také v oblasti primární pomoci těm, kteří jsou těmito jevy již zasaženi. Velice důležitý je také samotný nábor dobrovolníků z řad žáků, jejich výcvik a motivace podílet se na tomto programu.

Dalšími neméně důležitými body jsou např.: zjišťování stále nových informací o dané problematice, spolupráce školy s místními orgány obce, které mají co dočinění se sociálně patologickými jevy, s Policií České republiky a jinými bezpečnostními složkami státu (vězeňská služba, záchranná služba, hasičský záchranný sbor aj.), které se mohou značnou měrou podílet na prevenci ve školách a školských zařízeních.

Prevence v rámci sdělovacích prostředků

Prevence patologického hráčství prostřednictvím sdělovacích prostředků je velice důležitá. Za sdělovací prostředky, které jsou v současné době nejrozšířenější, nám

¹⁶ Toblerová shrnula výsledky 143 studií týkajících se prevence. Doslova uvádí: „Peer programy ukázaly jasně vyšší účinnost ve všech měřených výsledcích. U nejdůležitějších proměnných, tedy užívání návykových látek, byly výsledky signifikantně lepší nežli kombinované výsledky u všech ostatních intervencí. U peer programů trval pozitivní efekt u alkoholu, měkkých drog, tvrdých drog i cigaret.“ Toto potvrdila i pozdější studie Bengert-Drownsenové.

nejdostupnější, a které se největší měrou podílejí na informovanosti dění ve společnosti, bychom mohli označit především televizní vysílání, denní tisk (noviny) a internet.

Přestože by cílevědomé působení sdělovacích prostředků do značné míry dopomohlo ke snižování počtu patologických hráčů, nejedná se stále o zásadní a nejdůležitější nástroj prevence v boji proti gamblerství. Tím stále zůstává výchova, rodina a škola.

Jak již bylo konstatováno, tak prevence v rámci sdělovacích prostředků je podstatná a kvůli jejímu širokému oslovení obyvatelstva by mohla být také velice účinná a osvětová, avšak na druhou stranu postrádá individuální přístup, autenticitu a mnoho jiných technik, které jsou nezbytné pro záměrnou, cílevědomou a plánovitou výchovu. I přesto bychom však mohli říci, že vliv médií na širokou veřejnost je v dnešní době nezastupitelný a zcela zřejmý.

Co však mohou sdělovací prostředky udělat již nyní je nepropůjčovat se k reklamě hazardních her a s tím související propagaci, ale naopak by měly nabízet lepší možnosti trávení volného času, poukazovat na modernost zdravého způsobu života a pravdivě informovat o problémech, které hazardní hra přináší.

Prevence v rámci státu a společnosti

Obecně můžeme říci, že je-li cílová skupina osob ovlivňována z více stran (rodina, škola, média aj.), je prevence před sociálně patologickými jevy daleko účinnější. Velice důležitou a nezastupitelnou roli zde také hraje stát a další instituce, které napomáhají před samotným vznikem sociálně patologických jevů či se snaží jejich projevy mírnit.

Za první a také velice důležitý krok prevence proti hazardnímu hraní ve společnosti bychom mohli označit snižování poptávky po hazardní hře a s tím související snižování její dostupnosti. V současné době jsou blikající tabule, na kterých je zdůrazněna výše jackpotu téměř na každém kroku a hraní hazardních her je velice dostupné, proto jsou i jejich lákadla v podobě snadno dosažitelné výhry nejen mladým lidem stěží odolitelná.

Velice důležitý je zde také tlak státu na provozovatele hazardu. Stát by se měl prostřednictvím Policie České republiky či obecní a městské policie více zaměřit na striktní dodržování hranice 18 let, případné prohřešky tvrdě trestat vysokou pokutou a hrozbou dočasného uzavření provozovny. K tomuto je však nezbytná úprava konkrétního zákona či vyhlášky týkající se loterií a her.

Nešpor (2011) na svých webových stránkách konstatuje, že nejlepším řešením by byl celostátní zákaz hazardu nebo jeho vykázání do omezených lokalit. Následně dodává několik alternativních návrhů, které by do značné míry dopomohly k účinné prevenci v rámci celé společnosti před hazardním hraním:

- licence k provozování hazardu udělovat pouze na omezenou dobu a za vysoký poplatek,
- zákaz klamavé reklamy. Pokud reklama například láká jackpotem, musí být uvedena i nepravděpodobnost výhry,
- zákaz provozování hazardu tam, kam musejí přicházet lidé, kteří hrát nechtějí, například v prostorách určených pro cestující hromadné dopravy,
- zákaz nonstop provozu ve všech zařízeních, která provozují hazard,
- striktní zákaz hazardu u nezletilých a okamžité a tvrdé sankce (např. vysoké pokuty, odejmutí licence apod.),
- zařízení, kde se hazard provozuje, nesmějí být v blízkosti škol, zdravotnických zařízení a kulturních památek,
- hustota zařízení, kde se provozuje hazard, ať je omezena, aby nevznikala hráčská ghetta s vysokou koncentrací zločinnosti a sociálních problémů,
- přiznat orgánům místní správy právo v okruhu jejich působnosti zakázat hazard v jakékoliv podobě. Finančně i jinak je motivovat k omezování hazardu,
- zlepšení právní ochrany rodin hazardních hráčů,
- striktní zákaz půjčovat hazardním hráčům peníze ke hře přímo provozovatelem hazardu nebo jeho zaměstnanci,

- zřídit celostátní registr osob, které z vlastního rozhodnutí nebo z rozhodnutí soudu nemají do heren, kasin a sázkových kanceláří přístup. Těmto osobám nesmí být hazardní hra umožněna,
- stanovení limitní částky, kterou lze v jednom zařízení provozujícím hazard za 24 hodin prohrát, aby naivní a oklamání lidé neprohrávali během krátké doby cizí peníze, které nebudou moci nikdy zaplatit,
- hráčům, kteří se dostanou do výkonu trestu, umožnit léčbu pro patologické hráčství ve výkonu trestu. Samo uvěznění návykovou nemoc neovlivní, účinnější je léčba,
- omezit a ztížit provozování hazardu na internetu a provoz IVT. Za nepřijatelný považujeme stav, kdy podpis jednoho člověka stačí k plošnému povolení jakékoli hazardní hry,
- hledat cesty, jak ztížit přístup do země zahraničním podnikatelům, které láká zdejší málo regulované prostředí. To je zvláště důležité po té, co dochází k dramatickému omezení hazardu v Rusku a v Polsku. Existuje riziko přesunu příslušné techniky k nám.

2.9 Léčba patologického hráčství

„Já věřím, že bych přestal hrát i sám,
ale rodina je jiného mínění, jinak se cítím zdrav.

*Osmnáctiletý trestně stíhaný chorobný hráč,
který prohrál v automatech 300.000,-Kč.*

(Nešpor 1994, s. 26)

„Patologické hráčství není závislost v pravém slova smyslu, avšak má se závislostmi některé společné rysy a při léčbě těchto stavů lze úspěšně využívat řadu stejných nebo podobných postupů“ (Nešpor in Kohout 2000, s. 73).

Mezi postupy, kterými lze léčit jak patologické hráčství, tak i jiné závislosti řadí Nešpor (1996a, s. 147-148) např. motivační trénink, kognitivně-behaviorální techniky, změnu životního stylu aj. Protože patologické hráčství velmi často vede ke stresu, je logické využívat i relaxační a jógové techniky. „Možností léčby je několik.

Běžný chod života nejméně narušuje psychoterapie nebo účast na pravidelných setkáních anonymních hráčů“ (Moje psychologie 2011).

Jak uvádí Heller, Pecinovská a kol. (1996, s. 83) nevede samotná léčba k odstranění poruchy způsobující změnu v kontrole, ani není možné odstranit vnitřní afinitu organismu k droze (chceme-li k nutkavému hráčství). Léčba tedy nevede k vyléčení chorobného stavu, ale dosahuje pouze uzdravu. Proces uzdravování dělí dále Nešpor (1996a, s. 11) na stádium:

- kritičnosti – zde hráč hledá pomoc a postupně získává naději, přijímá skutečnost, přestává hrát, začíná uvažovat odpovědně,
- znovuvytváření – hráč začíná splácet dluhy, má jasné plány, jak nahradit škody, které způsobil, zlepšují se vztahy v rodině, vrací se sebeúcta,
- růstu – hráč se přestává zabývat myšlenkami na hru, začíná chápat sebe sama a druhé, nachází nový způsob života.

Léčba patologického hráčství může probíhat buď ambulantní formou, či na specializovaném lůžkovém oddělení, tedy formou ústavní.

Ambulantní léčba

Dle Kaliny (2003, s. 256) je ambulantní léčba vhodná pro klienty s lehčím stupněm závislosti, s minimem somatických a psychických komplikací, vysokou motivací a podporujícím sociálním zázemím. V optimálním případě se vedle farmakoterapie v ambulantní léčbě používá především individuální terapie (1x – 5x týdně).

„Ambulantní léčba by měla poskytovat péči alespoň 2x týdně s psychoterapií minimálně jednu hodinu. Velmi důležitý je zde individuální přístup a nabízený léčebný program“ (Heller, Pecinovská a kol. 2011, s. 134).

Práce s rodinou klienta a sociální práce jsou v ambulantní léčbě přínosné až nezbytné. Taktéž spolupráce ordinace s některou *svépomocnou organizací*¹⁷ je velice důležitá.

¹⁷ Pavučina, Klub, Anonymní hráči aj.

Ústavní léčba

V případě, že je ambulantní léčba neúčinná, je nutná hospitalizace na specializovaném oddělení psychiatrické léčebny s léčebným programem, který má v týdenním programu alespoň 20 terapeutických prvků. „Zde probíhá intenzivní terapie, např. i formou nácviku, kdy pacienti navštěvují herny nejprve s doprovodem a potom sami, aby se učili odolávat svodům hazardu a sledovat své pocity a tělesné reakce. Nikdy však nelze vyléčit člověka, který není dostatečně motivován a pevně rozhodnutý s hraním přestat“ (Moje psychologie 2011). Ústavní léčba je dobrovolná a záleží především na ochotě a vůli pacienta.

K léčbě patologického hráčství je dále nutno uvést skutečnost, že je velice důležité zaměřit se kromě samotné terapie také na změnu postoje k vlastnímu hraní, díky němuž velmi často dochází k recidivě.

„Léčba patologického hráčství by měla odstranit podmiňující spouštěče, ustavit formy finanční a vnitřní regulace a snížit osobní potřebu finančních a vnitřních odměn poskytovaných hrou“ (Nešpor 2002, s. 26-27).

K léčbě závislostí Heller, Pecinovská a kol. (1996, s. 93) kromě ambulantní a ústavní léčby uvádějí dále léčbu **stacionární**. „Velkou předností je zde možná spolupráce s rodinou. Rozsah manželské a rodinné terapie v průběhu léčby i doléčování je indikačním prvkem kvality tohoto léčebného programu“ (Heller, Pecinovská a kol. 2011, s. 134).

Jak bylo již v předešlých kapitolách uvedeno, mají různé závislosti mnoho společných rysů, kde není výjimkou ani jejich prevence či léčba. Dle Vágnerové (2008, s. 587) může být léčba jak ambulantní, tak ústavní, která se dále „prolíná“ s léčbou farmakologickou, psychoterapií či s prací s rodinou.

Farmakologická léčba

Je zaměřena na snížení nutkové potřeby jednat určitým způsobem, event. na úpravu negativního emočního ladění. Při léčbě závislostí pomocí psychofarmak je třeba dle Nešpora a Csémyho (1996, s. 59) pamatovat na okolnost, že velká část psychofarmak je zároveň návykovými látkami.

Při dlouhodobější farmakologické léčbě (anxiolytiky, hypnotiky apod.), hrozí u lidí závislých na návykových látkách vznik kombinovaných závislostí.

Psychoterapie

Je dle Vágnerové (2008, s. 587) velmi důležitou součástí léčebného postupu, nemocný musí získat náhled, porozumět sám sobě, akceptovat změnu hodnot a nacvičit si potřebné způsoby chování.

Používá se kognitivní a behaviorální terapie, vhodná je psychoterapie individuální i skupinová. S tímto se taktéž ztotožňuje Heller, Pecinovská a kol. (2011, s. 127), kteří dodávají, že se při léčbě různých závislostí nejčastěji užívá psychoterapie integrativní a kognitivně-behaviorální s formami racionální, sugestivní, abreaktivní, psychoanalytické, interpersonálně korektivní a další.

Právě psychoterapie tvoří vedle medikamentózní léčby základní terapeutický pilíř.

Práce s rodinou

Tato práce je nutná zejména z důvodu, že narušené vztahy mohou negativně působit i po skončení léčby a může tak snadno dojít k recidivě. Spolupráce rodiny s gamblerem (ať již v počátku léčby či na jejím konci) je potřebná nejen pro zafixování žádoucího životního stylu, ale i pro nalezení jeho nového smyslu.

2.10 Problémy související s hráčskou závislostí

Hráčská závislost s sebou přináší mnoho negativních jevů, které na sebe nabalují další problémy a s tím spojené „neblahé“ následky. Tyto se projevují v téměř všech oblastech lidského života, a to nejen v oblasti sociální, ale i v oblasti celospolečenské.

Jak uvádí Vágnerová (2008, s. 585) je patologické hráčství poruchou, která se objevuje již v období adolescence a z toho vyplývají i typické sociální problémy, které jej doprovázejí.

Mezi tyto problémy bychom mohli zařadit např.

- ohrožení profesní role neboli profesní přípravy,
- ztráta motivace k práci a s tím související zhoršení pracovního výkonu,
- změny v chování gamblera ve smyslu absence zábran, nerespektování základních norem a hodnot, a to nejen sociálních, ale i jiných.

Prunner (2008, s. 76-77) dále negativní následky hráčských závislostí člení do několika skupin:

- hráčské poruchy – nebo také poruchy hraní,
- rodinné dysfunkce a domácí násilí – zahrnují také manželské a dětské zneužívání,
- hráčství mladistvých a nezletilých,
- alkoholové problémy a jiné drogové závislosti,
- psychické poruchy a psychózy – včetně vzniku těžkých depresí, výskyt manio-depresivní psychózy, porucha osobnosti apod.,
- sebevraždy, sebevražedné myšlenky a sebevražedné pokusy,
- výrazné finanční problémy – jako přímý důsledek sázení vedoucí až k bankrotu, ztrátě zaměstnání a chudobě,
- kriminální chování – pornografie, prostituce a krádeže, distribuce drog, vydírání, vraždy apod.

„Hledání kauzálních souvislostí mezi gamblingem a jednotlivými sociálně patologickými jevy je velmi obtížné a na všech úrovních se vede mnoho dlouhých diskuzí. Jisté však je, že výskyt řady výše uvedených problémů není u patologicky závislých hráčů ojedinělý a nahodilý a že u řady z nich se objevuje v kumulované formě“ (Prunner 2008, s. 77).

Mezi nejčastější následek, který je blízkým okolím poměrně brzy viditelný, je narušení mezilidských vztahů gamblera. Tento si od rodinných příslušníků půjčuje na hru finanční prostředky, které zprvu vrací, ale po krátkém čase již vracet přestává a chce naopak půjčovat častěji. Při odmítnutí půjčky se gambler uchyluje ke krádežím nejprve drobných věcí a poté i věcí vyšší finanční hodnoty. Následuje podvodné jednání různých forem. „Potřeba hry se stala větší hodnotou než citový vztah. Dochází k určitému emočnímu oploštění, bezohlednosti, k zúžení hodnot a ke ztrátě zájmu o blízké lidi“ (Vágnerová 2008, s. 586).

3 Patologické hráčství v kontextu klinické rodiny

3.1 Rodina

„Rodina vždy určitou základní úlohu při tvorbě životní cesty dítěte plní – i třeba tím, že ji neplní.“

(Chaloupka 1995, s. 25)

Definovat pojem rodina je velmi obtížné a problematické, neboť se tento pojem odráží v různých vědních oborech (právo, psychologie, sociologie aj.), kde je k rodině rozdílně přistupováno a proto jsou i definice tohoto pojmu různé. Nebudeme zde proto k tomuto pojmu uvádět definice ze všech oborů, ale zaměříme se pouze na ty, které jsou pro tuto práci podstatné, a ze kterých je patrné, co je tímto pojmem myšleno.

Rodina je dle Bauerové (1987, s. 13) buňka společnosti, je to specifická organizace osobních manželských a příbuzenských vztahů lidí, kteří většinou spolu bydlí a hospodaří. Jsou spojeni pokrevními, sociálními a jinými pouty. Je nejbezprostřednějším rámcem, v němž se utváří osobnost každého člověka.

„Rodina ve svém souhrnu zajišťuje mnoho činností, kdy např. své členy hmotně zabezpečuje, pečuje o jejich zdraví, vytváří specifické socializační a výchovné prostředí pro děti, ovlivňuje je, usměrňuje, chrání a podporuje“ (Kraus, Poláčková a kol. 2001, s. 79).

K tomuto dále Hartl (1993, s. 232) dodává, že je rodina skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí. Rozlišujeme rodinu nukleární, která zahrnuje pouze otce, matku a děti a rodinu širší, jejíž součástí je i další příbuzenstvo (prarodiče, strýcové, tety aj.).

Collins (in Možný 2008, s. 174) popisuje vznik pojmu rodina, kdy poukazuje na její ekonomický základ. Staří Řekové používali pro rodinu slovo Oikos, což též označovalo majetek či bydliště. Aristoteles dále říká, že rodina (Oikos) sestává ze tří elementů: mužského, ženského a služebného. Latina pak zavedla slovo Familia,

které převzaly germánské a románské jazyky jako označení pro rodinu. Římané ovšem nepoužívali slovo rodina pro označení pokrevních vztahů, nýbrž pro všechny majetek domácnosti (pole, dům, peníze i otroky).

Z výše uvedeného si tedy můžeme povšimnout, že byla rodina dříve označována a chápána spíše jako soubor majetku, jejíž součástí bylo i „soužití“ muže a ženy. S postupným rozvojem společnosti však nastala změna v chápání rodiny, kde je až do současné doby rodina chápána jako soužití muže a ženy (popř. dětí). Ekonomické a jiné faktory hrají až druhou, resp. další roli (což však nemusí být vždy pravidlem).

Již odedávna existuje rodina především proto, aby mohli lidé řádně pečovat nejen o své děti, ale také o své blízké příbuzné. Právě rodina se stala základní jednotkou každé lidské společnosti a je z biologického hlediska velmi důležitá pro udržení lidstva. Jak uvádí Matoušek (2003, s. 9) je rodina prvním a dosti významným modelem společnosti, s jakým se dítě setkává. Předurčuje jeho osobní vývoj, jeho vztahy k jiným skupinám lidí.

Helus (2007, s. 137-139) označuje současnou rodinu několika pojmy, které přibližují její specifické rysy. Je to rodina:

- nukleární, neboli jádrová – tato rodina pozůstává z několika málo lidí tvořící její jádro a sdílejících intimní soužití, které je něčím jako jejím nitrem,
- manželská – kde manželé jsou také otcem a matkou svých dětí, resp. pečují o děti přisvojené či děti z předchozích manželství muže a ženy,
- dvougenerační – pozůstává z generace otce a matky a generace dětí,
- intimně vztahová – fungující jako „soukromý prostor“. Z předchozí velké rodiny se výrazně vyčlenila centrální vztahová zóna, proniknutá citovou blízkostí, kterou u sebe navzájem manželé (ještě v předmanželském období známosti) objevili a kterou se rozhodli stvrdit manželstvím, početím dítěte,
- privátní individualizace – vymanění pout z tradice, historicky předávných zvyků a závazků, majetkových a profesních předurčeností, znamená možnost i nutnost rozhodovat se, volit a nést za své rozhodnutí zodpovědnost.

(volně dle Heluse 2007, s. 137-139)

Rodinu dále člení Výrost a Slaměník (1998, s. 303-339) dle několika kritérií, a to např. podle velikosti, úplnosti, podle způsobu vzniku či schopnosti plnit své základní funkce.

Podle velikosti dělíme rodiny na:

- nukleární (základní) – tyto jsou dle Pešatové (2007, s. 123) tvořeny rodiči a dětmi. Základem rodiny je dyadický pár – muž a žena, tj. forma manželství nebo partnerství,
- rozšířenou – je složena z více generací, tj. o blízké příbuzné.

Podle úplnosti členů v rodině tuto členíme na:

- úplnou – oba rodiče a děti v trvalém soužití,
- neúplnou – trvale žije pouze jeden z rodičů a děti. Může zde nastat i stav, kdy rodiče o dítě z různých důvodů nemohou pečovat a péče o dítě přechází buď na prarodiče či státní instituce k tomu určené.

Podle způsobu vzniku rodinu členíme na:

- orientační – rodina, do které se jedinec narodí, a ve které získává dovednosti a zkušenosti potřebné pro přežití ve společnosti,
- reprodukční – rodina, kterou jedinec zakládá,
- druhotně vzniklá (doplňená) – rodina, kterou zakládají partneři a do které přinášení své děti z minulých manželství či svazků.

Podle schopnosti plnit své základní funkce dělíme rodinu na:

- funkční – u těchto lze vysledovat rodinnou harmonii, funkčnost a stabilitu,
- dysfunkční – některá z funkcí zde není plněna nebo je plněna jen částečně,
- nefunkční – zde není plněná žádná ze základních rodinných funkcí.

(volně dle Výrosta a Slaměníka 1998, s. 303-339)

V současné době je v České republice, resp. v českém prostředí rodina v širším smyslu chápána jako sociální jednotka, jejímž základním znakem je soužití minimálně dvou generací v přímé příbuzenské linii, tedy rodiče a dítěte. V užším smyslu je pak rodina chápána jako sociální společenství založené na manželském a rodičovském vztahu vycházejícího především z *rodinného práva*.¹⁸

3.2 Funkce rodiny

Rodina je považována za základní jednotku solidarity a odpovědnosti vůči svým členům a je ve většině zemí světa uznávána jako jediná a legitimní sociální jednotka, jejímž posláním je nejen plodit potomky, ale také odpovídat za jejich výchovu, péči a ochranu.

Protože představuje rodina velmi složité vzájemně podmíněné vztahy, které jsou jak hmotné, tak nehmotné povahy, odrážejí se tyto vztahy i ve funkcích, které má plnit. Jak uvádí Střelec (2005, s. 110) jsou funkce rodiny většinou chápány jako úkoly, které plní rodina jednak vůči svým příslušníkům, ale také ve vztahu ke společnosti.

Mnoho *autorů*¹⁹ zabývajících se rodinou či její problematikou dělí základní funkce rodiny, kdy tyto jsou dle uvedených autorů mnohdy rozdílné, avšak velmi podobné. Není zde proto nutné funkce rodiny od všech uvedených autorů uvádět.

Uvedme zde však alespoň dělení funkcí rodiny dle Výrosta a Slaměníka (1998, s. 325-327) z hlediska zaměření na uspokojení základních potřeb a práv dítěte:

¹⁸ V § 1 odst. 2) zák. č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů, je uvedeno, že hlavním účelem manželství je založení rodiny a řádná výchova dětí. V první části se tento zákon dále věnuje manželství, jeho vzniku, vztahům mezi manželi a zániku manželství či rozvodu. V další části jsou poté uvedeny vztahy mezi rodiči a dětmi, rodičovskou zodpovědností, výchovnými opatřeními aj.

¹⁹ Střelec (2005, s. 111-113), Výrost a Slaměník (1998, s. 325-327), Mühlpachr (2008, s. 152-153), Haškovcová (2010, s. 53-77), Matoušek (2003, s. 10-12) aj.

Reprodukční funkce

Byla a je jedním z nejobvyklejších a nejpřijatelnějších důvodů pro existenci rodiny. Můžeme říci, že má tato funkce podíl na tvorbě společnosti, jelikož se právě v rodině rodí noví členové společnosti.

Ačkoli v naší společnosti existuje mnoho alternativ soužití a reprodukčního procesu, má i přesto primární úlohu rodina, jako místo pro vznik „nového“ člověka. Fenoménem dnešní doby je však dle Haškovcové (2010, s. 55) tzv. „single life“ kdy jedinci spatřují ideál v samostatném a svobodném životě.

Materiální funkce

Byla v minulosti významnější než nyní. Slabší členové rodiny a děti byli plně odkázáni na materiální pomoc produktivních členů.

Obecně lze říci, že v případě nefunkčnosti rodiny v oblasti materiálního zabezpečení jejích členů funguje ve společnosti propracovaný systém sociálních podpor. Je tedy i zde rodina jako systém zastupitelná společností jako celkem.

Tato funkce je v dnešní době dle Mühlpachra (2008, s. 152) vymezena jako prostor uplatňování různých strategií členů rodiny v rámci společného hospodaření.

Výchovná funkce

Je velice podstatná a jen obtížně nahraditelná, i když zde v nedávné historii panoval názor, že právě tato funkce bude snadno nahraditelná vlivem kolektivu, působením výchovných institucí, růstem významu skupiny vrstevníků. Zdá se však, že specifická dynamika probíhající v rodině tvoří zcela jedinečné prostředí pro formování postojů ke světu, blízkému okolí a sobě samému. Tvoří základ pro formování vlastního Já, koncepci vlastního života.

Emocionální funkce

Je považována za zcela jedinečnou a nezastupitelnou. Právě tato funkce určuje význam rodiny a není nijak vázána na věk členů rodiny.

Potřeba zázemí, bezvýhradného přijímání, podpory a pomoci, potřeba klidu a uvolnění, potřeba sdílení zážitků, společné historie a rituálů, potřeba známosti aj. je nutná pro všechny věkové kategorie. To vše rodina poskytuje.

K výše uvedeným funkcím rodiny dále ještě Střelec (2005, s. 111) přidává **funkci odpočinku a regenerace tělesných a duševních sil.**

„Tato funkce patří k těm funkcím rodiny, jejichž význam v současné společnosti spíše narůstá. Příčiny můžeme vidět ve změnách způsobu života členů rodiny ovlivněných např. změnami ve vlastnických vztazích, posuny hodnotových orientací, možnostmi jak naložit se svým volným časem atd.“ (Střelec 2005, s. 111-112).

Helus (2007, s. 149-151) dále uvádí deset základních funkcí rodiny, které rozhodují o zdravém vývoji osobnosti dítěte a ovlivňující jeho školní úspěšnost:

- rodina uspokojuje základní, primární potřeby dítěte v raných etapách jeho vývoje jako jsou: jídlo, pití, bezpečí, pohodlí, pohyb, láska aj.,
- rodina uspokojuje potřebu sounáležitosti dítěte, tedy potřebu mít svého člověka a jisté své místo,
- rodina je pro dítě prostorem jeho aktivního projevu, činné seberealizace, součinnosti s druhými. Je místem, kde získává prožitek,
- rodina uvádí dítě do vztahu k věcem rodinného vybavení, tedy vede je, aby chápalo předměty jako hodnoty, které pro ostatní něco znamenají,
- rodina výrazně určuje prvopočáteční prožitek sebe sama jako chlapce/dívky,
- rodina skýtá dítěti bezprostředně působící vzory a příklady, učí dítě vidět v druhém člověku osobnost a samo se učí být osobností,
- rodina v dítěti zakládá, upevňuje a rozvíjí vědomí povinnosti, zodpovědnosti, ohleduplnosti a úcty k člověku,
- rodina dává dítěti příležitost vejít do mezigeneračních vztahů a proniknout tak do chápání odlišností lidí různého věku, založení, postavení,
- prostřednictvím příbuzných a přátel navozuje rodina v dítěti představu o širším okolí, o společnosti a o světě,
- rodina je pro děti i dospělé místem, kde se mohou ostatním členům svěřit, očekávat od nich podporu, radu, pomoc.

(volně dle Heluse 2007, s. 149-151)

Z výše uvedeného bychom tedy mohli volně odvodit typické rysy funkční rodiny. Tato se projevuje např. tak, že se její členové navzájem respektují, v rodině existuje velmi jasná hierarchie odpovědnosti a pevné spojení mezi rodiči, je zde sdíleno soukromí, komunikace v rodině je otevřená jak pro nové myšlenky, tak pro řešení problémů, ze strany rodičů dochází k povzbuzování dětí k řešení problémů a přiměřené ocenění za úspěchy aj.

Funkční rodina je základním kamenem nejen pro řádnou výchovu dětí, ale zejména k formování jejich osobnosti ve vztahu k ostatním lidem, ke společnosti.

3.3 Klinická rodina

Za klinické rodiny označujeme rodiny, které jsou nositeli specifických problémů a potřeb, a které jsou dále ohroženy poruchami či závadami v plnění základních funkcí. Tyto rodiny vyžadují odbornou pomoc, která může být např. zdravotnická, sociální, psychologická aj.

Matoušek (2003, s. 110) mezi klinické rodiny řadí např. rodiny zanedbávající, popř. týrající děti, rodiny se zneužívanou nebo týranou ženou, rodinu s mentálně retardovaným dítětem, rodinu mladistvého delikventa, rodinu s dospělým alkoholikem či gamblerem, uprchlickou rodinu aj.

Není zde nutno uvádět všechny tyto rodiny, proto budou pro přehlednost a základní orientaci a vysvětlení jen některé z těchto rodin.

Rodina zanedbávající, popřípadě týrající děti

„Týráním dětí se v odborné literatuře míní jejich nepřiměřené fyzické trestání. Zanedbáváním se míní rodičovská nevládnutost vůči podstatným potřebám dítěte – takoví rodiče nereagují na zřetelné signály nouze nebo deprivace svých dětí“ (Matoušek 2003, s. 111).

Problematika týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, tzv. *syndrom CAN*²⁰ je dle Sochůrka (2009, s. 142) problematikou velmi závažnou, široce diskutovanou, avšak není rozhodně ničím novým.

²⁰ z angl. *Child Abuse and Neglect*

K tomuto dále dodává: „Pro syndrom CAN je charakteristické multifaktoriální působení nejrůznějších kombinací faktorů osobnostních, rodinných a situačních, které podmiňují výskyt syndromu (Sochůrek 2009, s. 144). Rozlišujeme faktory na straně rodičů a na straně dítěte.

Faktorů na straně rodičů v zanedbávání nebo týrání dětí je poměrně mnoho, kdy se může jednat např. o příčiny vycházející jednak z jejich osobnosti, jednak z jejich vlastního vývoje a jednak ze sociálních či kulturních podmínek, ve kterých vyrůstali nebo ve kterých děti vychovávají.

Další příčiny bychom mohli hledat také v partnerském vztahu nebo v příčinách samotného narození dítěte (dítě bylo „nechtěné“, biologický otec je jiný než partner apod.).

Negativní chování rodičů vůči dítěti může být dle Mühlpachra (2002, s. 74) zapříčiněno např. tím, že:

- oba rodiče nebo jeden z nich může trpět nějakou poruchou, pro kterou je neschopen vytvořit si pozitivní vztah k dítěti,
- rodič trpí charakterovou či emocionální odchylkou, která mu zabraňuje vytvořit si kladný vztah ke komukoliv, včetně vlastního dítěte,
- rodič je citově chladný, kdy tento nemusí své dítě přímo týrat, avšak ho velmi pravděpodobně citově zanedbává,
- oba rodiče nebo jeden z nich trpí duševní poruchou – neurotické či psychotické duševní onemocnění, psychopatie aj.,
- rodiče jsou deviantní jiným způsobem – alkoholici, narkomani, násilnické či kriminální osoby.

Jakož jsou příčiny zanedbávání či týrání dětí na straně rodičů, najdeme některé příčiny, pro které se stává i samotné dítě objektem týrání.

K tomuto dále Mühlpachr (2002, s. 75) dodává, že se dítě často stává středem agresivního chování ze strany rodiče či rodičů obou z následujících příčin:

- je bezmocné, závislé a slabší – rodiče nemusí být sadisté, přesto v bezmoci své oběti nacházejí uspokojení,
- je „nechtěné“ – takovéto dítě velmi často pouze svou existencí připomíná rodiči závazek, který byl nucen na sebe vzít, a který ve skutečnosti neakceptoval,
- trpí skutečným či relativním handicapem – je pro rodinu nesmírnou zátěží, nejen faktickou, ale především citovou,
- trpí různým typem postižení, jako např. lehkou mozkovou dysfunkcí – chování dítěte se projevuje změnami v chování (neklid, nesoustředěnost, neobratnost, hlučnost apod.),
- žije v náhradní rodinné péči – není schopno splnit očekávání a cíle, které jsou na něj ze strany rodičů kladeny.

Sochůrek (2009, s. 145) dále uvádí ještě třetí skupinu působících faktorů, které jsou charakteristické pro syndrom CAN. Jedná se o zvláštnosti rodinné či sociální situace:

- prvky CAN, násilí či kriminalita v anamnéze,
- stresové situace, izolovanost prostředí a rodiny,
- nekompetentní rodina (primitivní rodič, nevzdělaný, hostilní aj.),
- sociální problémy rodiny (nezaměstnanost, chudoba) neúplná rodina.

Formy zneužívání a týrání dítěte v rodině rozdělujeme na násilí fyzického charakteru a na násilí psychického charakteru.

Fyzické násilí se projevuje zejména tělesným trestáním dítěte, které bychom mohli označit jako „dosti přehnané.“ Do této kategorie řadíme např. bití rákoskou, holí, řemenem apod., které zanechávají pohmožděniny či zlomeniny.

Do kategorie fyzického násilí řadíme také sexuální násilí, které bývá pro další vývoj dítěte nejzávažnější.

Psychické násilí se projevuje zejména neuspokojením základních psychických potřeb dítěte jako je láska, bezpečí, citové přijetí aj. Hovoříme zde potom o psychické deprivaci dítěte.

Další formou psychického násilí může být také zesměšňování dítěte, odmítání uznat jeho přednosti, kdy zde poté hovoříme o sociální deprivaci dítěte.

Ve sborníku MPSV (in Sochůrek 2009, s. 148) jsou uvedeny následující formy a druhy zneužívání dětí:

1. týrání, které je dále děleno na tělesné (aktivní povahy – trávení, dušení, svazování apod., pasivní povahy – odmítání zdravotní péče, nedostatek přístřeší) a psychické či duševní,
2. zneužívání sexuální, kdy toto může být jednak dotykové a jednak bezdotykové,
3. zanedbávání péče,
4. zvláštní formy, kam zařazujeme *Münchhausenův syndrom by proxy*,²¹ systémové týrání a zneužívání, organizované týrání a zneužívání, rituální týrání a zneužívání.

Rodina se zneužívanou nebo týranou ženou, s domácím násilím

Nejen děti, ale také ženy bývají v rodinách velmi často zneužívány, respektive týrány, a to nejen svými manžely, ale také dospívajícími dětmi.

Zneužíváním se v tomto kontextu dle Matouška (1993, s. 90) myslí zatěžování žen nepřiměřenými požadavky, jež jsou zdůvodněny zájmem muže či rodiny. Týráním se pak myslí rozličné formy násilí od bití až po sexuální násilí.

„Ženy jsou po menších dětech nejzranitelnějšími členy rodiny, pro některé z nich je velmi obtížné bránit se tlaku z nejbližšího okolí. Přispívá k tomu jak biologická konstituce, tak tzv. „naučená bezmocnost“, kterou v ženách pěstuje stále vlivná patriarchální tradice“ (Mühlpachr 2008, s. 162).

²¹ Základním projevem tohoto syndromu je opakované předstírání a vytváření chorobných příznaků spojené s vyžadováním léčby. Vliv psychiky může být v určitých případech, které lze považovat za patologické, tak silný, že člověk poškozuje vlastní zdraví. Například si udržuje otevřenou ránu, zánět nebo pomocí projímadel vytváří stav dehydratace. Nejde o vědomou a účelovou simulaci, ale o projev osobnostní poruchy. Lidé s Münchhausenovým syndromem prezentují své potíže co nejdramatičtějším způsobem, čím vážnější a nebezpečnější se jeví, tím lépe. (Vágnerová 2008, s. 113).

V případě zneužívání či týrání spolužijící osoby, můžeme také mluvit o domácím násilí. K tomuto Vágnerová (2008, s. 633) dodává, že se jedná o zneužití postavení a moci, kterou pachatel v rodině má. Projevuje se nepřiměřenými požadavky, vynucováním podřízenosti oběti a kontroly nad jejím životem. Tohoto může být dosahováno nejrůznějšími způsoby, jako např. vydíráním, vyhrožováním zabitím, únosem dítěte, odpíráním spánku a jídla apod.

Co se týče samotných pachatelů domácího násilí, tak k tomuto Vykopalová (2002, s. 45) uvádí, že se u těchto potvrzuje vliv modelového chování ve své původní rodině – u převážné většiny agresorů bil otec matku i děti, byl dominantní, agresivní a zlostný.

V současné době je otázka domácího násilí velmi aktuální, kdy je každoročně v České republice z domovů vykazováno zhruba *1400 agresorů*.²²

Rodina mladistvého delikventa

Ačkoli se nejen minulá, ale také současná společnost mylně domnívá, že jsou rodiny mladistvých delikventů sociálně slabé, rozpadlé či sociálně vyloučené, začíná se nyní ukazovat, že tomu tak není. Jak uvádí Matoušek (2003, s. 125) začínají výzkumníci s velkým překvapením zjišťovat, že mladiství delikventi pocházejí z dobře situovaných a na první pohled dobře funkčních rodin v mnohem větším počtu případů, než tomu bylo v minulosti.

K tomuto dále Mühlpachr (2008, s. 171) dodává, že ony dobře fungující rodiny mohou být funkční jen na venek a pod fasádou harmonie skrývat vážné vnitřní konflikty. Konečně se dá odůvodněně tvrdit, že obecně slábne vliv rodiny na dospívající děti a že při vzniku delikventního chování má prvořadý význam vrstevnická skupina řídící se deviantní normou.

I přes tyto fakta stále platí, že je rodina mladistvého delikventa ve srovnání s rodinou s normálně se vyvíjejícími dětmi podstatně méně soudržná a klima rodiny výrazně konfliktnější. S tímto názorem se ztotožňuje také Matoušek (2003, s. 125),

²² Za rok 2011 bylo vykazáno celkem 1430 agresorů, za rok 2012 pak 1407 agresorů a za rok 2013 celkem 1361 agresorů (*Domácí násilí 2014*).

který dodává, že neúplná rodina (zejména rodina s chybějícím otcem) se statisticky významně častěji vyskytuje jako charakteristika rodinného zázemí u delikventních osob.

V souvislosti s tím, se podtrhuje význam otcovského vzoru a otcovské autority.

Jak ukazují výzkumy Snydera a Pattersona (in Matoušek 2003, s. 126) měli rodiče recidivujících pachatelů trestných činů v minulosti více potíží s řízením svých dětí, s jejich odrazováním od delikventního chování i s rozvíjením jejich prosociálního chování než rodiče dětí, které se trestného činu dopustily jen jednou. Čím hůře jsou rodiče schopni regulovat chování svých dětí, tím dříve se dítě začne chovat kriminálně.

V současné době dochází k zásadním změnám postoje k rodinám delikventů. Ačkoli byla dříve snaha s takovouto rodinou pracovat a ovlivňovat ji, ukázalo se, že je účinnost její „nápravy“ velmi nízká a to bez ohledu na použitý přístup (rodinné poradenství, rodinná terapie, případová sociální práce aj.). Z těchto důvodů se s rodinou, až na výjimky, přestalo pracovat, a již se s ní nepočítalo.

Teprve v nedávné době jsme dle Mühlpachra (2008, s. 172) mohli zaznamenat změnu v postoji k rodinám mladých delikventů. Odborníci přestávají být fascinováni nedostatky těchto rodin a známkami jejich dysfunkce, soustřeďují se spíše na využitelné zdroje podpory, které se dají ve prospěch mladistvého delikventa mobilizovat.

„Je žádoucí posilovat zapojení těchto rodin do obce, posilovat soudržnost v rodinách, ovlivňovat vztahy mezi dětmi a rodiči, podporovat rodiče v uplatňování konzistentní disciplíny vůči dětem apod.“ (Hawkins, Fraser in Mühlpachr 2008, s. 172).

Rodina s patologickým hráčem

Rodina, ve které se objevuje gambler je rodinou velmi ohroženou, a to jak ze sociálního, ekonomického, tak z psychologického hlediska. Hráčství je z počátku velmi nenápadné, kdy hráč svojí závislost před rodinou a okolím tají. Rodina si i přes

některé fyziologické změny gamblera (zarudlé oči, častá unavenost, nevyspalost, podrážděnost apod.) ničeho podezřelého nevšimá.

Zvrat však nastává v době odhalení gamblerské hraní, s čímž pro rodinu přichází šok, kdy dále zjišťuje rozsah, zejména finančních škod, které gambler napáchal. I přes veškerou zlost a otřes se rodina skoro vždy zmobilizuje a jak dále uvádí Matoušek (2003, s. 131), sežene peníze, gambler z nich vrátí jen část, se zbylou částí zase začne hrát. Tento cyklus se může opakovat několikrát, než hráč vyčerpá všechny rodinné zdroje, tzn., než rodinu finančně zruinuje a všem se zhnusí.

Až po této zkušenosti začne rodina uvažovat o případné léčbě gamblera. Samotný hráč v lepším případě začne mít kritický náhled na svoji nemoc, chceme-li závislost a je ochotný na léčbu přistoupit. Velice důležité zde je, aby členové rodiny na sebe nepřebírali zodpovědnost závislého, a to i přes jeho manipulativní snahy.

Matoušek (2003, s. 132) konstatuje, že pokusy o nápravu ze strany rodiny jsou zpravidla neúčinné a ústí do toho, že jsou nejsoucinnější členové rodiny závislým člověkem zneužíváni.

Nešpor (1996, s. 63) dále uvádí, jaké účinky má patologické hráčství na manželky a partnerky, kdy uvádí tři stadia:

Stadium popírání

Občas si starosti kolem hazardní hry partnera nechá žena pro sebe, hru omlouvá, někdy dokonce sama o hazardní hře uvažuje. Partnerovo hazardní hraní stále přijímá. Zjišťuje, že partner neplatí účty. Žena se dosud dá poměrně často umluvit, objevují se ale nevysvětlitelné finanční krize, žena ještě přijímá omluvy hazardního hráče.

Stadium stresu

Hazardní hráč tráví s rodinou méně času, objevují se hádky, žena se cítí odmítána, vznáší na hazardního hráče požadavky. Žena se také pokouší jeho hazardní hru regulovat, platí za něj účty a dluhy, vyhýbá se přátelům a dokonce i dětem, cítí osamělost a velkou nespokojenost.

Stadium vyčerpání

Roste zmatek, žena je schopna hůře uvažovat, má tělesné potíže, není schopna aktivně jednat. Někdy zuřivost, pochybuje o svém duševním zdraví, cítí úzkost a paniku. Následuje beznaděj, zhroucení, zneužívání alkoholu, rozvod, někdy sebevražedné pokusy nebo myšlenky.

(volně dle Nešpora 1996, s. 63)

Rizika hazardu pro rodiny jsou obrovská. V souvislosti s patologickým hráčstvím v rodině, respektive se závislým jedincem v rodině, dochází uvnitř rodiny velmi často k dalším sociálně patologickým jevům, jako např. k domácímu násilí, sebevražednému jednání, zanedbávání nebo zneužívání dětí, možné izolaci rodiny od příbuzných, přátel či celého sociálního okolí, popř. se rodina dostává do hmotné nouze.

Tato rizika se dále mohou projevit nejen ve zdravotním stavu závislého, ale také u příbuzných, kdy se u těchto, častěji než u jiných, projevují různé psychosomatické onemocnění (bolest hlavy, nechutenství, zažívací potíže apod.).

Dle výzkumu Roye a spol. (in Nešpor 2011, s. 20) trpí příbuzní patologických hráčů ve 33 % depresivní poruchou a ve 24 % poruchou způsobenou alkoholem.

Ze studií McCormicka a Lindena (in Prunner 2008, s. 116) bylo dále zjištěno, že ze vzorku pacientů, kteří se léčili s patologickým hráčstvím, dosahovalo 76 % kritérií pro diagnózu těžká deprese. Jiný výzkum prokazuje, že mezi 25 patologickými hráči 72 % zažilo těžkou depresi.

3.3.1 Dítě v klinické rodině

„Rodina je z hlediska rozvoje dětské osobnosti nejvýznamnější sociální skupinou. Dítě zde prostřednictvím určitého dospělého, obvykle matky, získává první informace o okolním světě. Rodina dítě vychovává a tím je určitým způsobem stimuluje“ (Vágnerová 2008, s. 45).

Můžeme říci, že je rodinné prostředí pro samotné dítě velmi důležité, neboť právě v dětství dochází k formování lidské osobnosti. Rodina tedy svým způsobem ručí za to, jakým člověkem se dítě stane. K tomuto dále Mühlpachr (2002, s. 74) dodává, že právě rodina poskytuje základní vzorce chování, působí na vytváření představy dítěte o sobě samém – na jeho sebepojetí a sebehodnocení. Procesem, v němž toto základní působení rodiny probíhá, je socializace dítěte.

Nejen působením rodiny, ale později také vrstevnické skupiny, školy, různých sportovních spolků či společnosti obecně, dochází k celkovému psychickému vývoji dítěte, jeho osamostatňování a odpoutávání od rodiny.

„Životní styl každé rodiny je závislý na celé řadě faktorů, mimo jiné na spokojenosti rodičů v manželském soužití, osobnosti každého z rodičů, počtu dětí v rodině, vzdělání a profesním uplatnění rodičů, ekonomickými faktory, sociokulturním prostředím, ve kterém rodina žije a v neposlední řadě i životním stylu původních rodin obou rodičů. Velký význam má i styl výchovy dětí v rodině“ (Pokorná 2010, s. 51).

Jakož jsou vztahy v „*neklinické rodině*“²³ velmi dobré, chování jednotlivých členů přátelské a existuje zde vzájemné respektování, tak v klinických rodinách můžeme očekávat pravý opak. Mühlpachr (2008, s. 155) ve vnitřních vztazích klinických rodin nachází atmosféru nedůvěry, očekávání nepříjemností, chování je hodnoceno jako nepřátelské, potřeby členů rodiny jsou zhusta přijímány jako nepřijatelné, neoprávněné a jsou odmítány, role v rodině jsou nejasné, kdy se zde objevují známky distancovanosti a neangažovanosti.

Rozdíly mezi „*neklinickou*“ a klinickou rodinou jsou dále volně dle Mühlpachra (2008, s. 154-157) uvedeny v níže uvedené tabulce (viz. tab. č. 5), a to z hlediska základní charakteristiky, komunikace v rodině, emočního ladění a běžného zvládání domácnosti.

²³ Pro tuto práci používáme označení „*neklinická rodina*“, kdy klinickou rodinu definujeme přítomností nemoci (poruchy). Vycházíme tedy z pojetí normy jakožto nepřítomnosti nemoci (poruchy).

	„Neklinická rodina“ (nepřítomnost nemoci – poruchy)	Klinická rodina (přítomnost poruchy)
Základní charakteristika	- rodiče vyjadřují pocit, že domácí atmosféra je vyčištěná, lepší kontakt s dětmi, rodina se lépe vypořádává s novými událostmi, - členové rodiny na sebe berou ohledy a respektují se, pevná koalice mezi rodiči, jasná hierarchie odpovědnosti, existuje zde rovnováha mezi intimitou a potřebou sdílení.	- atmosféra nedůvěry, očekávání nepříjemností, potřeby členů rodiny nejsou přijímány a jsou odmítány, - běžným jevem jsou ostré mocenské boje, které vedou k roztržení rodiny na dva tábory, - nejasné role, vyhýbání odpovědnosti, distancovanost, neangažovanost.
Komunikace	- mluví každý sám za sebe, promluvy jsou jasné, přímé a adresované, komunikace je živá a aktivní, - rodina je otevřená pro nové myšlenky a nová řešení problémů, v komunikaci je hodně humoru.	- vyskytuje se zde mnoho protimluvů, nedorozumění, zmatků neurčitosti, vysoká stereotypie (rodina se drží zaběhlých způsobů komunikace), - aspekty skutečnosti, které neodpovídají rodinnému pojetí světa, jsou popírány, - nízká komunikační iniciativa, může se vyskytnout někdo, kdo se pokládá za jejího mluvčího – ostatní mlčí, přitakávají.
Emoční ladění	- pozitivní atmosféra, lidé dávají najevo potěšení ze vzájemného kontaktu, - hodnocení emočních projevů je obtížné (pro pozorovatele je složité určit hranici mezi popichováním a ironizováním).	- mnoho negativních emočních projevů, od ironizování až po přímé napadání, - objevuje se hluchota ke stavu krajní psychické nouze některého člena, - vyskytují se neskrývané projevy beznaděje a zoufalství.
Zvládání domácnosti	- hladké zvládání domácího provozu, bez velkého dohadování, - závažnější situace rozhodují rodiče (oba se drží dohodnutého řešení).	- zvládání běžné domácnosti je s obtížemi, - někteří členové z domácího provozu buď vypadávají, nebo dělají něco jiného než je potřeba, - nejasné kompetence, vyhlašují se požadavky, jimiž se nikdo neřídí.

Tabulka č. 5 – Rozdíly mezi „neklinickou“ a klinickou rodinou

K výše uvedené tabulce je však nutno dodat, že ne všechny rozdíly mezi „neklinickou“ a klinickou rodinou mají tak ostré hranice, jak je uvedeno. V mnohém se mohou prolínat či dokonce nahrazovat.

V dysfunkčních rodinách velmi často dochází k jevům, které jsou popsány výše, tedy k maladaptivnímu (nezdravému) chování. Osobnost dítěte je v takovéto rodině ohrožena, kdy jeho vývoj, popř. socializace neprochází, řekněme „standardním vývojem“, a dítě je nuceno se přizpůsobit.

V případě, že je dítě zraňované, vydané napospas traumatům, zklamáním a nedůvěře, jak tomu v klinických rodinách bývá, se nemohou dle Heluse (2004, s. 94-95) rozvinout pozitivní kvality dětství. Dítě se pak s nedůvěrou, zklamáním, strachem a jinými negativními emocemi uzavírá světu, ztrácí potřebu do něho vrůstat. Vznikají různé mechanismy obrany, které mají nepříznivý vliv na vývoj osobnosti – můžeme zde hovořit o nefunkční (dysfunkční) socializaci dítěte.

„Nabývá-li nefunkční socializace závažných podob, takže vyvolává reakce společnosti (kárné, nápravné, ochranné), označujeme její efekty za deviace“ (Helus 2004, s. 94). K tomuto dále Pešatová (2007, s. 79) dodává, že deviantní chování představuje takové chování, které není konformní s obecně přijatými normami (avšak ne každá deviace je protispolečenská – existují i pozitivní deviace).

Hlavní příčiny vzniku deviantního chování z hlediska socializačního prostředí jsou dle Heluse (2004, s. 95) následující:

- raná deprivace,
- nezpracované traumatické zážitky, tíživé situace a životní krize,
- anomie,
- přínáležitost k deviantním subkulturám,
- stigmatizace.

Z výše uvedeného je tedy patrné, že se klinická rodina pro samotné dítě nestává rodinou bezpečnou a jistou. Proto je nezbytné rodinu podporovat a zachovat tak její nezastupitelnost ve správné a zdravé výchově dětí.

3.4 Doplněná rodina

Doplněnou rodinou je dle Matějčka (1992, s. 171) chápáno rodinné společenství, v němž jeden z manželského páru je vlastním biologickým rodičem dítěte, přičemž druhý je tzv. *nevlastní*.²⁴ Tímto termínem označuje Sobotková (2001, s. 137) rodinu vzniklou po druhém či dalším sňatku alespoň jednoho z rodičů. Z tohoto tedy vyplývá, že doplněnou rodinu tvoří jednak rodič, který pečuje o vlastní dítě a dále další dospělý (jež má popř. také dítě či děti), se kterými se stýká.

Jak dále Sobotková (2001, s. 137) uvádí, jsou nevlastní rodiny stále obvyklejší formou rodinného uspořádání oproti předchozím generacím, kdy i nadále narůstá počet rozvedených manželství, v důsledku tohoto i počet osamělých rodičů a druhých či dalších manželství.

Nejčastější porozvodovou situací je ta, kdy z rodiny „odchází“ vlastní otec dětí a matka si následně přivádí nového partnera, který se později může, ale také nemusí, stát dětem nevlastním otcem. Takovýto partner do rodiny (máme na mysli matku s dítětem či více dětmi) nejprve dochází jako matčin kamarád, známý či přítel, kde si jak matka, tak sám muž testují situaci a zjišťují, jaký má jejich vztah, popř. budoucí soužití šanci. Toto „testování či prověřování“ probíhá i ze strany samotného dítěte, které si o novém příteli matky vytváří náhled. Tento může být později transformován do vztahu „otec“ x „syn“.

„Vstup nového matčina partnera do rodiny je v každém případě individuální a originální záležitostí a je třeba upozornit na některá obecná úskalí a nebezpečí“ (Matějček a Dytrych 1999, s. 80-81).

²⁴ Matějček a Dytrych (1999, s. 64) uvádějí, že je tento pojem dosti zavádějící, ponižující a znehodnocující. Slovo „ne-vlastní“ je jen negací „vlastního“, jež v tomto případě znamená něco přirozeného, pravého, žádoucího. „Nevlastní“ pak logicky znamená pravý opak, kdy si nositelé tohoto pojmu tento přívlastek mnohdy nezasluhují. I tak budeme v této práci uvádět oba pojmy, neboť mnoho autorů (Sobotková, Vykopalová aj.) uvádí jak pojem „nevlastní“ rodina, tak pojem „doplněná“ rodina, mezi kterými nedělají jakékoli rozdíly.

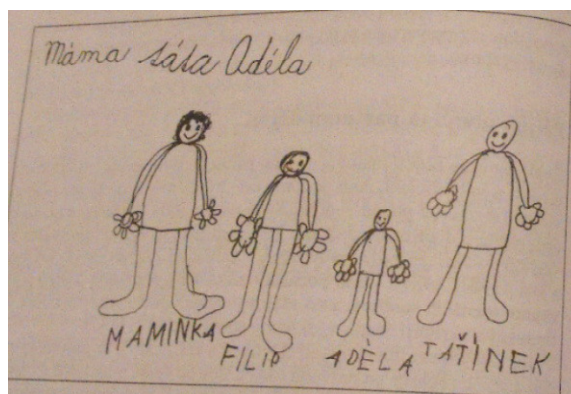
Níže uvádějí situace, které velmi často vyvstávají:

- situace, kdy má matka již delší dobu citový vztah k jinému muži, a s nynějším manželem (vlastním otcem dětí) se rozvádí proto, aby svého nového partnera co nejdříve uvedla do rodiny,
- situace, kdy otec pro nový citový vztah rodinu opustil, jeho místo v rodině zůstalo prázdné třeba několik let, až konečně do rodiny vstupuje nový muž jako pomyslná náhrada onoho předchozího, k němuž se matka stále ještě cítí nějak vázána,
- situace, kdy se matka snaží o navázání nového vztahu i vícekrát, kdy tyto pokusy jsou neúspěšné, děti tak poznávají několik potencionálních „nových tatínků“.

(volně dle Matějčka a Dytrycha 1999, s. 80-81)

Jak uvádí Vykopalová (2002, s. 27-28) nemůže doplněná rodina ve svých rysech nahradit rodinu úplnou, protože muž (manžel) za vlastními dětmi buď dochází, nebo si je přivádí do nového domova. Toto dokazuje i výzkum Dytrycha a kol. (in Matějček a Dytrych 1999, s. 83-84), ve kterém se ukázalo, že ještě pět let po rozvodu rodičů projevovala většina dětí více pozitivních vztahů k vlastnímu otci.

Pro ilustraci je níže uveden obrázek (viz. obr. č. 2), na kterém je patrné, jak šestiletý chlapec znázorňuje rodinu, kde jsou rodiče již více jak dva roky rozvedeni (otec v rodině nebydlí) a nový matčin partner do rodiny dochází. I přes to chlapec nadále vnímá otce jako nedílnou součást rodiny, tzv. konstelace „svaté rodiny“.



Obrázek č. 2 – Doplněná rodina v podání šestiletého chlapce

Dle Matějčka a Dytrycha (1999, s. 85) dále platí, že matčina nového partnera lépe přijímají děti mladší než starší. Největší obtíže v přijetí nového matčina partnera mají děti v tzv. středním školním věku (od osmi do třinácti let). Kritickým obdobím tak není puberta, jak se dosud soudí. Toto je dáno zejména tím, že se v období puberty rozvíjí schopnosti introspekce a pubescent se lépe dovede vžít do pocitů matky a jejího druha, takže přijímají novou situaci vyrovnaněji.

Sobotková (2001, s. 142) naopak uvádí, že větší problémy v přizpůsobení novému uspořádání rodiny mají pubescenti, zatímco adolescenti i mladší děti se přizpůsobují snadněji. Toto zdůvodňuje tím, že adolescenti nepotřebují tolik přímé rodičovské péče, jsou již méně závislí na rodině a mívají více vnějších zdrojů podpory a zájmů. Pubescenti mívají větší problémy při sžívání s nevlastním rodičem proto, že právě hledají novou identitu, mají tendence k opozici, ke zvýšené kritičnosti a k radikálním úsudkům.

Oba tyto názory jsou nanejvýš pozoruhodné, neboť vycházejí z četných výzkumů, avšak jsou zcela odlišné a konstatují téměř pravý opak.

K problematice nevlastních rodin se dále vyjadřuje Rutterová (in Sobotková 2001, s. 144), kdy připouští, že je fungování nevlastních rodin složitější, ale na druhé straně bohatší než v primárních rodinách. Toto dokladuje výzkumy, ve kterých bylo zjištěno, že 80 % dětí z nevlastních rodin je bez problémů, zbylých 20 % dětí má určité problémy, které se nejčastěji projevují jako příznaky úzkosti či deprese, poruchy chování, experimentování s drogami či v sexuální oblasti, delikvence a zhoršení školního prospěchu u všech věkových kategorií.

„Tyto problémy jsou důsledkem zmenšené pozornosti rodičů věnované dětem v době kolem rozvodu a po něm, nebo dlouhodobým důsledkem partnerského konfliktu. Uznávají výzkumníci tvrdí, že nikoli rozchod sám o sobě či následné manželství, ale přetrvávající manželský konflikt poškozuje vývoj dětí“ (Sobotková 2001, s. 144).

3.5 Náhradní rodinná péče

Náhradní rodinná péče je určitá forma péče o děti, která je poskytována dětem bez rodiny, popř. dětem, které z různých důvodů nemohou být vychovávány v rodině vlastní. Takové dítě je vychovááno tzv. „náhradními“ rodiči a to v prostředí, které se nanejvýš podobá životu v rodině přirozené.

Jak uvádí Pečenka (2007, s. 7) je náhradní rodinná péče právem předvídaný vztah mezi nezletilcem a jiným občanem, než je rodič dítěte, jež vzniká rozhodnutím soudu. Její obsah, tedy práva a povinnosti, se řídí zákonem podle toho, o jakou formu výchovy jde.

České právo, konkrétně pak občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.) uvádí formy náhradní rodinné péče, kdy se jedná o:

- osvojení (§§ 794-839), (zejména pak osvojení nezrušitelné - §§ 844-845),
- pěstounskou péči (§§ 958-970),
- poručnickou péči (§§ 928-942),
- institut svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče (§§ 953-957).

Jak je výše uvedeno, upravuje české právo kompaktní systém náhradní rodinné péče. V závislosti na faktické sociální situaci dítěte umožňuje zvolit pro dítě právě tu formu rodinné péče, která se jeví jako nejvhodnější, která bude nejbližší k životu v přirozené rodině, a která bude mít pozitivní vliv na psychomotorický a psychický vývoj dítěte.

„Rozsah právních vztahů zabezpečujících náhradní péči o dítě, výchovu a rodinné prostředí není u všech druhů náhradní rodinné péče stejný. Je odstupňovaný vzhledem k tomu, o jaký institut jde“ (Pečenka 2007, s. 7).

Matějček (1992, s. 185) dále dělí formy rodinné péče podle toho, jak se blíží tzv. normální, přirozené, pokrevní rodině:

- osvojení (adopce) – stojí nejbližší přirozené vlastní rodině. Manželé, kteří nemají vlastní děti, přijímají za své dítě jiných rodičů. Právně vzniká svazek zcela totožný s vlastní rodinou. Osvojením neboli adopcí se dle Matějčka a Dytrycha (1999, s. 104) stává z cizího dítěte dítě vlastní a ten, kdo je za vlastní přijímá, se podle zákona stává rodičem se všemi jeho právy a povinnostmi.
- pěstounská péče individuální – jak uvádí Matějček (1992, s. 185), manželé, kteří většinou už vlastní děti mají, přijímají do své péče a výchovy ještě jedno nebo dvě děti „cizí“. Svěření dítěte do jejich péče provádí soud a pěstouni dostávají *určitou odměnu*.²⁵
- pěstounská péče ve zvláštním zařízení – rodinná skupina – pěstouny jsou manželé, kteří přijímají do své péče celou skupinu „cizích“ dětí různého věku a pohlaví. Počet dětí ve skupině zpravidla nepřesahuje deset.
- pěstounská péče ve zvláštním zařízení – dětská vesnička – je založena na mateřském principu. Pěstounkou je tu samotná matka, která bydlí se svěřenými dětmi v samotném domečku. Skupina těchto domečků tvoří společenství „vesničky“ a je plně začleněna do života obce.

(volně dle Matějčka 1999, s. 185).

K výše uvedeným formám rodinné péče dále ještě Matějček (1992, s. 185-186) přidává dětské městečko, dětské domovy rodinného (bytového) typu, kojenecké ústavy a dětské domovy klasického typu. Tyto formy rodinné péče nebudeme z důvodu velmi nízkého využívání a nepodstatnosti pro tuto práci dále rozvádět.

V závislosti na odborném posouzení každého jednotlivého případu stanovujeme formu náhradní rodinné péče. Matějček (1992, s. 193) uvádí činitele, které ovlivňují umístění dítěte v daném typu náhradní rodinné péče, kdy je dělí do několika širších kategorií:

²⁵ *Dávky pěstounské péče jsou k 1. 1. 2013 dány zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a tvoří je: příspěvek na úhradu potřeb dítěte, příspěvek při ukončení pěstounské péče, příspěvek při převzetí dítěte a příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla.*

- biologické faktory si dítě přináší do života jako určité danosti, jejich prototypem je např. pohlaví,
- vývojové faktory přinášejí změny v čase, jejich prototypem je věk dítěte,
- sociální faktory vyjadřují vztahy dítěte k společnému prostředí, za prototyp můžeme pokládat místo dítěte v sourozenecké skupině,
- situační faktory zahrnují převážně vnější podmínky života dítěte v nové rodině, prototypem je např. bydliště nové rodiny ve městě či na venkově,

Z výše uvedených činitelů můžeme vycházet při umístění dítěte do konkrétního typu náhradní rodinné péče. Tyto však slouží daným pracovníkům pouze jako první vodítko a nelze je považovat za úplné a definitivní z důvodu proměnlivosti a dynamice vývoje společnosti.

Co se týče vývoje dítěte, které bylo ať již osvojené či je v pěstounské péči (budeme zde dále pro přehlednost hovořit pouze o osvojení), tak zde závisí na několika základních faktorech, které na sebe vzájemně působí, a které podstatnou měrou ovlivňují další vývoj dítěte:

- prvním faktorem je věk dítěte kdy bylo osvojeno, neboť je podstatný rozdíl v tom, zdali bylo dítě osvojeno v době, kdy mu byl jeden rok, či když mu bylo např. let dvanáct (dítě v jednom roce života pokládá osvojitele za biologické rodiče a teoreticky se nikdy nemusí dozvědět opak, kdežto např. nezletilý chlapec ví, že osvojitelé nejsou jeho biologičtí rodiče, podle toho se také může chovat – neberme v potaz předpubertální či pubertální období). „Pro dobrý a optimální psychický vývoj dítěte úplně to nejlepší osvojit jej hned, tzn. v co nejkratší době, což v našich podmínkách není právě zvykem“ (Špaňhelová 2013).
- druhým faktorem je biologická rodina dítěte, tzn. geneticky dané informace, chceme-li předpoklady dítěte se např. chovat určitým způsobem, jeho

inteligenci a jiné geneticky dané vlastnosti biologických rodičů, které mohou ovlivňovat jeho pozdější vývoj, tzv. *heredita*.²⁶

- třetím faktorem je samozřejmě rodina, do které dítě „přichází“, její zázemí, ekonomické, sociální a jiné podmínky, osobnost rodičů, jejich vztah k dítěti (i když není jejich vlastní), ale také fakt, zdali již rodina dítě vychovává, aj. Tato rodina může dávat dítěti identifikační vzory, které jsou důležité pro jeho další vývoj. „Dítě jasně vidí, jak se má chovat muž a jak se má chovat žena, jaké jsou jejich role. Vidí a vnímá, jaký je také jejich vzájemný vztah. Pro dítě je taková rodina jasným příkladem a příklad je pro něj velmi důležitý. Čerpá z něho a chce ho v mnoha případech napodobit“ (Špaňhelová 2013).

V důsledku výše uvedených faktorů (a mnoha dalších) dochází u dítěte k jeho psychomotorickému vývoji. Dítě od „nové“ rodiny získává první informace o světě, dostává se mu pocitu štěstí, lásky a bezpečí a dochází tak ke správnému formování lidské osobnosti.

V případě nedostatečné výchovy rodičů (a dalších nepříznivých rodinných okolností) či vrstevnickou skupinou, která má na jedince v daném období významný vliv, může dojít k citové či psychické deprivaci dítěte. U takového dítěte se velmi často následně objevují různé sociálně patologické jevy typu drogové závislosti, alkoholové závislosti či gamblerství.

²⁶ *Heredita je nesporně základní daností, kterou si dítě do náhradní péče přináší. Je to nevyhnutelné genetické dědictví po vlastních rodičích, s nímž je nutné v další výchově počítat. Jedná se např. o temperament, inteligenci a další základní rysy lidské osobnosti (Matějček 1999, s. 194).*

4 Možnosti sociální práce s gamblery

Možnosti sociální práce s touto cílovou skupinou jsou oproti jiným závislostem velmi specifické, a jak bude níže vysvětleno také poměrně úzké. Jde zde především o dobrovolnost gamblera nechat si pomoci, popř. pomoc sám vyhledat. Není prakticky v možnostech sociálních pracovníků tyto rizikové skupiny vyhledávat a nabízet jim „svojí“ pomoc, neboť se jedná o závislost s nenápadným začátkem, latentního charakteru, a s velmi strmým pádem.

4.1 Cíle sociální práce

Někteří významní autoři věnující se sociální práci²⁷ uvádějí různé definice cílů sociální práce s ohledem na kulturní, společenský i historický kontext opírající se zejména o koncept *sociálního fungování*.²⁸ Jordan (in Navrátil 2001, s. 11) formuluje některá dilemata sociální práce, kdy proti sobě staví dvě protichůdná pojetí tohoto oboru. Na straně jedné se mnoho sociálních pracovníků domnívá, že je cílem sociální práce „pomáhat klientům“ a na straně druhé staví za cíl sociální práce „sociální kontrolu“ a řešení či prevenci sociálních problémů. Podobně vymezují cíle sociální práce i Webb a Wistow (in Matoušek, 2001, s. 184), kteří taktéž považují za jeden z hlavních cílů sociální kontrolu a dále také podporu změny (individu, sociálních vztahů, sociálního prostředí) a sociální zachování (pomoc při zachování akceptovatelného způsobu života těch, kteří toho nejsou schopni vlastními silami).

„Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí“ (Navrátil in Matoušek 2001, s. 184).

²⁷ Navrátil (2001, s. 10-14), Matoušek (2001, s. 184-186), Úlehla (1996, s. 20-26) aj.

²⁸ K tomuto termínu Matoušek (2001, s. 185) uvádí, že se jedná o termín mnohoznačný. Podstatným úkolem při vymezování cíle sociální práce a objasňování jejich hledisek je vyjasnění tohoto základního pojmu, na který se řada teoretiků a praktiků v sociální práci odvolává. Tento termín můžeme tedy použít pro označení interakcí, které probíhají mezi požadavky prostředí a lidmi. Carlton (in Matoušek 2001, s. 186) dále vymezuje sociální fungování jako schopnost lidí provádět úkoly denního života a angažovat se ve vztazích k jiným lidem způsobem, který je uspokojivý jak pro ně samé, tak pro druhé a odpovídá potřebám organizované komunity.

Jak je u výše uvedených autorů zřejmé, tak se shodují zejména v tom, že je prioritním cílem sociální práce podpora sociálního fungování jednotlivce, chceme-li skupiny či komunity.

4.2 Přístupy a způsoby výkonu sociální práce

„Sociální pracovník by měl být především profesionálem schopným reflexe a z této pozice by měl posuzovat ostatní povinnosti. Vždy by však měl dokázat své jednání veřejně obhájit“ (Matoušek 2003, s. 46).

Banksová (in Matoušek 2003, s. 46) definovala z hlediska způsobů přístupů k praxi čtyři typy, které se v realitě prolínají:

- angažovaný sociální pracovník – tento pracovník chápe svoji práci jako způsob, jímž uplatňuje osobní morální hodnoty, klienty vnímá empaticky a s respektem, jedná s nimi jako s přáteli, avšak je velice důležité, aby se pohyboval v institucionálním rámci práv a povinností,
- radikální sociální pracovník – jako angažovaný sociální pracovník, i tento vkládá osobní hodnoty do praxe. Důvodem však není bezpodmínečná péče o klienta, ale snaha o změnu takových zákonů, které vnímá jako nespravedlivé,
- byrokratický sociální pracovník – snahou byrokratického sociálního pracovníka je oddělení osobních hodnot od hodnot profesionálních a hodnot zaměstnavatele. Důvodem tohoto je, aby se sociální pracovníci necítili vinní tím, že s lidmi manipulují a jednají takovým způsobem, jaký v osobním životě nepovažují za čestný,
- profesionální pracovník – „Sociální pracovník je autonomním profesionálem, který je vzdělaný v oboru, je veden etickým kodexem a jeho identitu tvoří především členství v profesi. Prioritou jsou práva a zájem klientů“ (Banksová in Matoušek 2003, s. 46).

Jak uvádí Matoušek (2001, s. 187), tak během 20. století vykrytalizovaly v sociální práci tři odlišné přístupy, které následně Payne²⁹ označuje jako tzv. „malá paradigmatata.“ Tyto paradigmatata se od sebe odlišují jak svými filozofickými východisky, tak praktickými konsekvencemi.

Sociální práce tak může být chápána jako terapeutická pomoc, tzv. „*terapeutické paradigma*“, kdy toto je charakterizováno jako jakási terapeutická intervence, jejímž cílem je pomoci jak jednotlivcům, skupinám, tak i komunitám zabezpečit psychosociální pohodu. Důraz je kladen na komunikaci sociálního pracovníka a klienta a budování jejich vztahu. Sociální pracovník se zde opírá jak o psychologické znalosti, tak o terapeutický výcvik, kterým musel bezpodmínečně projít.

Dále zde může být sociální práce chápána jako reforma společenského prostředí, tzv. „*reformní paradigma*“, které se pojí s vizí společenské rovnosti v různých dimenzích společenského života a usiluje tak o budování společnosti na rovnostářských principech.

Posledním paradigmatem a pojetím je tzv. „*poradenské paradigma*“, které je mnohdy chápáno jako jeden z aspektů systému sociálních služeb. Vychází vstříc individuálním potřebám a současně usiluje o zlepšování systému sociálních služeb. Jde zde především o poskytování informací, kvalifikovaným poradenstvím, zpřístupňováním zdrojů a mediací.

(volně dle Matouška 2001, s. 187-188)

4.3 Specifika cílové skupiny

Jak již bylo uvedeno, řadíme patologické hráčství mezi návykové a impulzivní poruchy, chceme-li mezi závislosti. Cílová skupina, tedy gambleři, mají mnohá specifika, která je odlišují od jiných poruch či závislostí. Jedná se např. o neužívání jakékoli látky (jako je u drogově závislých či alkoholiků), které by samotné hráčství zapříčiňovalo. Dalším specifikem je prvotní nenápadnost a latentnost, kdy patologický hráč může hrát hazardní hry třeba i několik měsíců, než si hazardního

²⁹ *Malcolm Payne – poradce v oblasti politiky a rozvoje v St. Christopher's Hospice v Londýně. Specializuje se na teorii a praxi sociální práce v oblasti péče o lidi s mentálním postižením, komunitní práce a také komunitní služby pro seniory. Výzkumně se zaměřuje na péči o lidi v terminálním stádiu života a na paliativní sociální práci.*

hraní někdo z blízkého okolí všimne. I rizikové skupiny jsou různé. Nehraje zde prakticky roli pohlaví, věk, zaměstnání, inteligence či sociální postavení (jak tomu u mnohých závislostí je). Gamblerem se tak může stát téměř každý a v téměř každém věku, což patologické hráčství výrazně odlišuje od jiných závislostí.

Dalším specifikem této skupiny je fakt, že nelze patologické hráče zařadit do kategorie osob, které jsou ohroženy *sociálním vyloučením*,³⁰ alespoň ne do doby, kdy se gambleři neléčí v některém ústavním zařízení a z tohoto jsou následně propuštěni, resp. ukončí léčbu sami. Gamblery sice nelze primárně zařadit do kategorie osob, které jsou ohroženy sociálním vyloučením (často jedná o osoby se stálými finančními příjmy a alespoň z části funkčním sociálním zázemím), avšak jak již bylo uvedeno, pojí se s patologickým hráčstvím další závislosti, jako jsou alkoholismus, drogová závislost či páchání převážně majetkové trestné činnosti a s tím související další negativní jevy (sebevražedné jednání, bezdomovectví, rozpad rodiny, psychické či zdravotní potíže aj). Specifickým znakem patologického hráčství tedy je, že gambleři prioritně nespádají do kategorie osob ohrožených sociálním vyloučením, avšak postupem času v souvislosti s délkou hraní, je mnoho patologických hráčů ohroženo sociálním vyloučením, a to zejména v důsledku již uvedených negativních jevů (bezdomovectví, drogová závislost aj.).

Z důvodu, že je patologické hráčství ve svém vzniku a následném „vývoji“ do určité doby latentní a velmi nenápadné, je z hlediska sociální práce velmi obtížné gamblery oslovovat s tím, že jim můžeme pomoci a od hazardního hráčství následně odvrátit. Jedinec, který posedává v sázkové kanceláři, u hracích automatů či jiných hazardních her, nutně nemusí být patologický hráč (může se jednat o jedince, který takto relaxuje, baví se s přáteli, bere hazardní hru „s rezervou“, spíše jako chvilkovou zábavu) a nepotřebuje tak pomoc okolí.

Velmi důležitá je zde tedy práce terénních sociálních pracovníků, kteří by patologické hráče odhalovali a následně se jim snažili pomoci. Hlavním cílem by i tak měla zůstat prevence ve všech sférách.

³⁰ *Osoby, které jsou ohroženy sociálním vyloučením, vymezuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, konkrétně pak ustanovení § 2 odst. 6 tohoto zákona.*

4.4 Práce s cílovou skupinou

Z výše uvedeného vyplývá, že práce s cílovou skupinou, tedy s gamblery, není jednorozměrná a je nutno zde pracovat jak na úrovni **prevence** (primární, sekundární, terciární, resp. všeobecné, selektivní, indikované), tak na úrovni **poradenské** (základní a odborné) a dále také na úrovni a ve vzájemném propojení se **sociálními službami** (terénní, ambulantní, pobytové, resp. služby sociální péče, služby sociální prevence a služby sociálního poradenství).

Prevence

Prevenici patologického hráčství jsme se věnovali v předchozí části této práce, proto ji zde nebudeme již dále rozvádět.

Poradenství

V otázce poradenství bychom mohli vycházet ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“), kde je poradenství děleno na *poradenství základní*³¹ a *poradenství odborné*.³²

V současné době je poradenství významným nástrojem v práci sociálního pracovníka, kdy poradenská činnost pomáhá jak k předcházení zhoršení stavu, tak pomáhá v procesu reparace – návratu zpět do běžného způsobu života. Základem poradenství je vztah pomoci, které má své zákonitosti a předpokládá se, že jeden pomoc dává a druhý pomoc očekává, a může ji přijmout (klient x příjemce).

Poradenství můžeme dále dělit s ohledem na toho, kdo pomoc poskytuje, na laické a profesionální

³¹ *Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit (§ 37 odst. 2, zák. č. 108/2006 Sb.).*

³² *Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností (§ 37 odst. 3, zák. č. 108/2006 Sb.).*

- Laické poradenství – jedná se o tradiční původní formu, je založené na důvěře člověka k člověku,
- Profesionální poradenství – tzv. „institucionální“, poradenství zde vykonává erudovaný člověk, který je pověřen, stojí za ním vzdělávací systém, má různé vybavení, jedná v rovině experta.

Práce s cílovou skupinou ve vztahu k sociálním službám

Jak již bylo uvedeno, poskytují se sociální služby, dle zákona o sociálních službách, jako služby *pobytové*³³, *ambulantní*³⁴ a *terénní*.³⁵

Dle ustanovení § 35 odst. 1, zákona o sociálních službách je třináct základních činností při poskytování sociálních služeb. Ve vztahu k patologickému hráčství se jedná zejména o poskytnutí ubytování, popř. přenocování, základní sociální poradenství, sociálně terapeutické činnosti a telefonickou krizovou pomoc.

Sociální služby zahrnují služby sociální péče, služby sociální prevence a služby sociálního poradenství. Protože jsme se sociálnímu poradenství věnovali výše a služby sociální péče nejsou pro naši cílovou skupinu (patologické hráče) využitelné, budeme se proto nadále věnovat pouze službám sociální prevence.

Dle ustanovení § 53 zákona o sociálních službách napomáhají služby sociální prevence zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Zákon č. 108/2006 Sb., § 53).

³³ *Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (§ 33 odst. 2, zák. č. 108/2006 Sb.).*

³⁴ *Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. (§ 33 odst. 3, zák. č. 108/2006 Sb.).*

³⁵ *Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (§ 33 odst. 4, zák. č. 108/2006 Sb.).*

Služby sociální prevence ve vztahu k patologickému hráčství, dle zákona o sociálních službách, zahrnují zejména:

- telefonickou krizovou pomoc (§ 55) – jedná se o terénní službu, která je poskytována na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožující jejich zdraví, život či v jiné obtížné životní situaci,
- azylové domy (§ 57) – poskytují pobytové služby, pouze na přechodnou dobu, jsou určeny osobám nacházející se v nepříznivé životní situaci spojené se ztrátou bydlení,
- domy na půl cesty (§ 58) – taktéž poskytují pobytové služby a jsou určeny pro osoby do 26 let věku, které jsou mj. propuštěni z ochranné léčby,
- kontaktní centra (§ 59) – jedná se o nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popř. terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových a jiných látkách,
- krizová pomoc (§ 60) – terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám nacházející se v nepříznivé životní situaci,
- služby následné péče (§ 64) – ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.

(volně dle zákona o sociálních službách, §§ 55-64)

Z výše uvedeného je tedy patrné, že lze s patologickými hráči můžeme pracovat jak na úrovni preventivní, kdy je zde naším cílem buď patologickému hráčství, popř. jejím následkům předcházet (prevence primární), poskytovat efektivní pomoc těm patologickým hráčům, u kterých se již hráčství projevilo (sekundární prevence), nebo zabránit recidivě a minimalizovat sociální handicap „postižené“ osoby (terciární prevence), tak na úrovni poradenské, kde hraje velmi důležitou roli osobnost poradce a jeho schopnosti.

Dalšími možnostmi práce s gamblery jsou na úrovni sociálních služeb, respektive sociálních pracovníků a jejich přístupu ke klientovi.

ČÁST EMPIRICKÁ

10 Výzkumný projekt

Jak již bylo výše uvedeno, zabývá se diplomová práce patologickým hráčstvím, konkrétně pak patologickými hráči a jejich vlivu na partnery, potažmo celou rodinu.

Výzkum diplomové práce bude koncipován tak, že první část se bude věnovat sociálnímu statusu gamblerů a druhá část výzkumu se bude týkat rodiny patologického hráče, zejména pak jejich partnerů. Zde bude vytvořen dotazník, který bude mít za cíl zjistit, jaký vliv má patologické hráčství na nejbližší sociální okolí hráče.

10.1 Formulace výzkumného problému

Empirická část diplomové práce se zabývá problematikou patologického hráčství jak z pohledu samotných gamblerů, tak z pohledu jejich životních partnerů.

Gamblerství se stává skutečně velkým problémem současné doby a dá se předpokládat, že vzhledem k nejen vysoké hustotě heren v ČR, ale především v souvislosti s dalšími sociálně patologickými jevy, resp. situací ve společnosti, bude tento problém stále narůstat. Problematika patologického hráčství se pak v jeho důsledku nedotýká jen samotných gamblerů, ale má velmi výrazný dopad na jeho sociální okolí, zejména partnery, děti a jiné rodinné příslušníky.

Cílem výzkumného šetření je nejprve zjistit sociální status patologických hráčů, tzn. např. jejich pohlaví, věk, vzdělání, rodinné poměry a jejich současný vztah ke gamblerství, potažmo jejich léčbu. Následně zjistit, jaké dopady má přítomnost gamblera na život rodiny, ve které žije, chceme-li, jak ovlivňuje sociální klima svého okolí.

Cíl diplomové práce: Zjistit, jaký vliv má patologické hráčství na nejbližší sociální okolí hráče a možnosti sociální práce s nimi.

10.2 Metodologie výzkumu

Empirická část má převážně charakter kvantitativního šetření. Pro výzkum byla zvolena metoda dotazníku, neboť právě tato metoda je považována za nejvhodnější formu k získání informací a umožňuje zkoumat větší počet osob. Jejich výpovědi poté získat v poměrně krátké době. Dotazníky jako technika byly dále zvoleny pro svoji možnost obsáhnout relativně velký počet respondentů při minimálních nákladech a zůstává zachována anonymita. Dotazníky obsahují jak otázky uzavřené, polouzavřené, ale i otázky otevřené. Otázky v dotaznících jsou zvoleny tak, aby se minimalizovala možnost jejich zkreslení.

Při sběru údajů bylo dále využito především metody nestandardizovaného rozhovoru a spolupráce výzkumníka s respondenty při sběru údajů.

Respondenty ve výběrovém souboru jsou:

- a) lidé bez rozdílu věku, pohlaví a příslušnosti k některé sociální skupině, výběr byl proveden náhodně. Zde byl dotazníkem zjišťován sociální status gamblerů. Aby bylo tohoto dosaženo, musel být nejprve tento sociálně patologický jev u osob s největší pravděpodobností zjištěn. K tomuto sloužil dotazník na patologické hráčství organizace Gamblers Anonymous.
- b) respondenti, kteří mají či měli patologického hráče jako svého životního partnera. Výběr respondentů u druhé skupiny byl proveden tak, že patologičtí hráči byli opět osloveni s tím, aby dali svému partneru, manželu či manželce vyplnit dotazník, který má za cíl zjistit, jaký vliv má patologické hráčství na nejbližší sociální okolí hráče. Z důvodu možné neochoty jak gamblerů, tak jejich partnerů byl dále také proveden výběr u druhé skupiny náhodně.

Jak dotazník zjišťující sociální status patologických hráčů, tak dotazník zjišťující vliv gamblerů na nejbližší sociální okolí hráče, zejména partnery, byl pro naši práci modifikován z Diplomové práce Bc. Lenky Pokorné z Masarykovy univerzity Brno, pedagogické fakulty, katedry speciální pedagogiky.

10.3 Realizace a zpracování výzkumu

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na dvě skupiny respondentů. **První skupina** je tvořena osobami bez rozdílu pohlaví a sociální příslušnosti. Respondenti byli vybíráni náhodně v hernách s hazardními hrami v Novém Boru, České Lípě a Liberci.

Tímto způsobem bylo osloveno celkem 48 osob, kdy z tohoto počtu na dotazník organizace Gamblers Anonymous odpovědělo celkem 32 osob tak, že mělo více než sedm kladných odpovědí z dvaceti, tedy že se s největší pravděpodobností jedná o patologické hráče. Tyto osoby vyplnily i dotazník zjišťující jejich sociální status.

Analytická jednotka: osoba, u které bylo zjištěno, že je patologický hráč

Výběrový soubor: 32 patologických hráčů, $N_1 = 32$

Dotazník pro tuto skupinu obsahuje celkem 21 uzavřených, polouzavřených a otevřených otázek. V první části dotazníku jsou otázky zaměřené na zjištění sociálního statusu patologického hráče, jako je věk, vzdělání, povolání, bydliště aj. V další části dotazníku pak následují otázky zjišťovací především respondentův vztah ke gamblerství.

Druhou skupinu tvoří respondenti, kteří mají zkušenost se spolužitím s člověkem závislým na hraní. Jedná se o respondenty, jejichž životní partner je či byl gambler. Respondenti byli vybíráni dvěma způsoby.

První způsob byl ten, že hráčům z první skupiny byl dán dotazník pro jejich partnery s tím, aby jej partner vyplnil a poté zaslal na domluvenou adresu či po domluvě jinak doručil. Druhý způsob vybírání respondentů byl náhodný, který taktéž probíhal ve výše uvedených městech.

Analytická jednotka: životní partner gamblera

Výběrový soubor: 34 životních partnerů gamblerů, $N_2 = 34$

Dotazník pro druhou skupinu respondentů, tj. životních partnerů tvoří celkem 26 uzavřených, polouzavřených a otevřených otázek. Otázky v dotazníku jsou stejně

jako v předchozím koncipovány tak, že jsou v první části otázky zjišťující především demografické údaje, věk, vzdělání, bydliště aj. a ve druhé části jsou pak otázky zjišťující průběh a dopady hráčství na jejich život a život rodiny.

Otázky v prvním i druhém dotazníku byly vytvořeny srozumitelné a jasné, aby je respondenti lehce pochopili a nemuseli dlouze přemýšlet nad jejich obsahem. Taktéž byla projevena snaha o vyvarování se dlouhých a zavádějících otázek, které respondenty unavují a zbytečně zatěžují. Zvolené otázky umožnily provést přímočarý výzkum, který zvyšoval jeho validitu.

Výsledky výzkumného procesu byly transponovány do tabulek a grafů, neboť se jedná o velmi přehlednou a srozumitelnou prezentaci výsledků.

Hypotézy

Na počátku výzkumného šetření byly pro obě skupiny respondentů stanoveny hypotézy. Tyto byly poté v rámci výzkumného šetření podrobeny analýze a následně byly potvrzeny nebo vyvráceny.

V rámci první skupiny – patologických hráčů, byly vytvořeny následující hypotézy:

- | | |
|----------------|---|
| H ₁ | Gambleři trvale žijící ve větším městě navštěvují hernu <i>častěji</i> ³⁶ než respondenti žijící na venkově. |
| H ₂ | Gambleři pocházející z úplného rodinného prostředí byli méně často trestáni pro trestný čin, než gambleři pocházející z neúplného rodinného prostředí. |
| H ₃ | Více gamblerů, kteří při hraní hazardních her pijí alkoholické nápoje, si půjčilo peníze, aby financovali hru, než gambleři, kteří alkohol při hazardním hraní neužívají vůbec. |

³⁶ Pro potřeby této práce máme pojmem „častěji“ na mysli návštěvu heren maximálně třikrát do týdne.

V rámci druhé skupiny – partnerů patologických hráčů, byly vytvořeny následující hypotézy:

- H₁ Čím delší je doba hazardního hraní gamblera, tím menší je ochota podrobit se léčbě patologického hráčství.
- H₂ U patologických hráčů bydlících na samotě či venkově došlo ze strany partnera k odhalení patologického hráčství dříve, než u patologických hráčů pocházejících z většího či velkého města.
- H₃ Více patologických hráčů užívající alkohol se chová vůči svému partneru agresivně, než těch, kteří alkohol neužívají.

10.4 Prezentace výsledků empirického šetření

Výzkum zaměřující se na sociální status patologických hráčů probíhal od října do prosince roku 2011. Po zpracování všech získaných dat jsem dospěl k následujícím zjištěním.

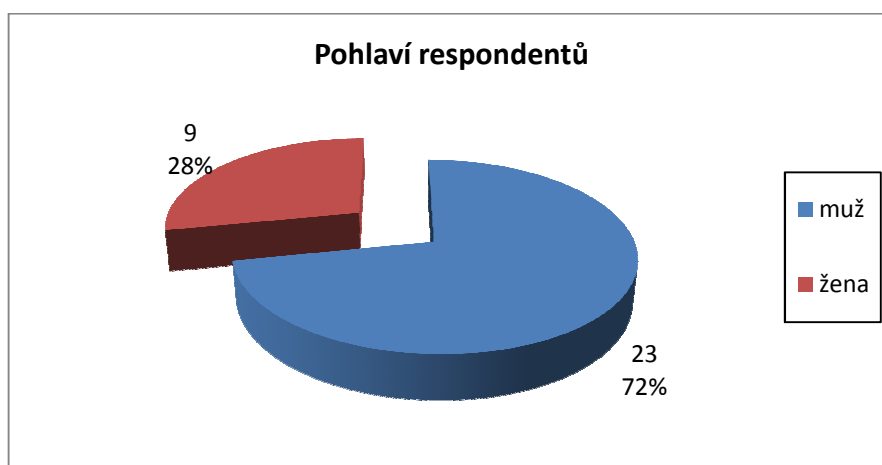
Vyhodnocení dotazníků pro patologické hráče

Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

Tabulka č. 6 – otázka č. 1

N ₁ = 32	
muž	23
žena	9

Graf č. 1 – otázka č. 1



Komentář k tabulce č. 6 a grafu č. 1

Z 32 respondentů, u nichž bylo s největší pravděpodobností zjištěno, že jsou gambleři (dále jen „respondenti“), bylo 23 mužů a 9 žen. Jednalo se o náhodný vzorek.

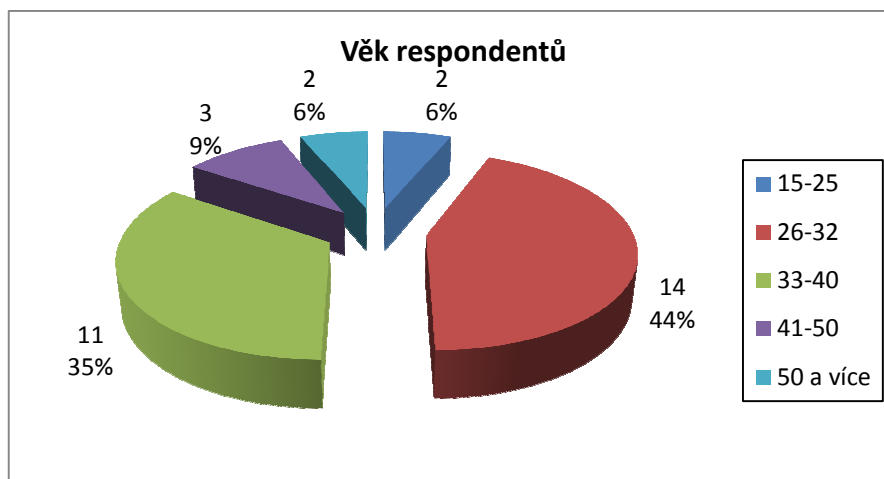
Zde se potvrdilo tvrzení Mühlpachra (2008, s. 89), tedy, že muži jsou z hlediska pohlaví naprosto dominantní rizikovou skupinou, přičemž patologické hráčství je fenomén mužské populace a to i přes patrné emancipační snahy.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 7 – otázka č. 2

$N_1 = 32$	
15 – 25 let	2
26 – 32 let	14
33 – 40 let	11
41 – 50 let	3
50 a více let	2

Graf č. 2 – otázka č. 2



Komentář k tabulce č. 7 a grafu č. 2

Z 32 respondentů byli 2 ve věku 15-25 let, 14 respondentů ve věku 26-32 let, 11 respondentů ve věku 33-40 let, 3 respondenti ve věku 41-50 let a 2 respondenti ve věku 50 let a více. Nejmladšímu bylo 15 let a nejstaršímu bylo 63 let.

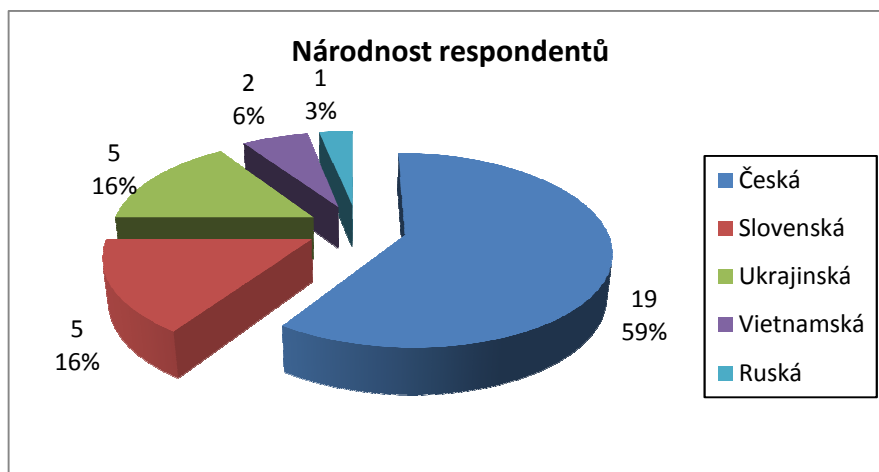
Jak již bylo uvedeno v teoretické části této práce, tak mladí lidé jsou rizikovou skupinou, u kterých vzniká patologické hráčství nejrychleji. Zde se věk respondentů pohyboval nejčastěji od 26-ti do 40-ti let. Tato skutečnost může značit fakt, že ačkoli patologické hráčství vzniká u dětí a mladistvých nejrychleji, neznamená to, že patologičtí hráči jsou pouze mladistvými či dětmi (u respondentů mohlo patologické hráčství vzniknout v době, kdy byli mladistvými, ale v současné době jsou ve věku např. 40 let).

Otázka č. 3: Jaká je Vaše národnost?

Tabulka č. 8 – otázka č. 3

$N_1 = 32$	
Česká	19
Slovenská	5
Ukrajinská	5
Vietnamská	2
Ruská	1

Graf č. 3 – otázka č. 3



Komentář k tabulce č. 8 a grafu č. 3

Zde se jednalo o otevřenou otázku, kde každý z respondentů uvedl svojí národnost. Z 32 respondentů bylo 19 české národnosti, 5 respondentů slovenské národnosti, 5 respondentů ukrajinské národnosti, 2 respondenti vietnamské národnosti a 1 respondent byl ruské národnosti.

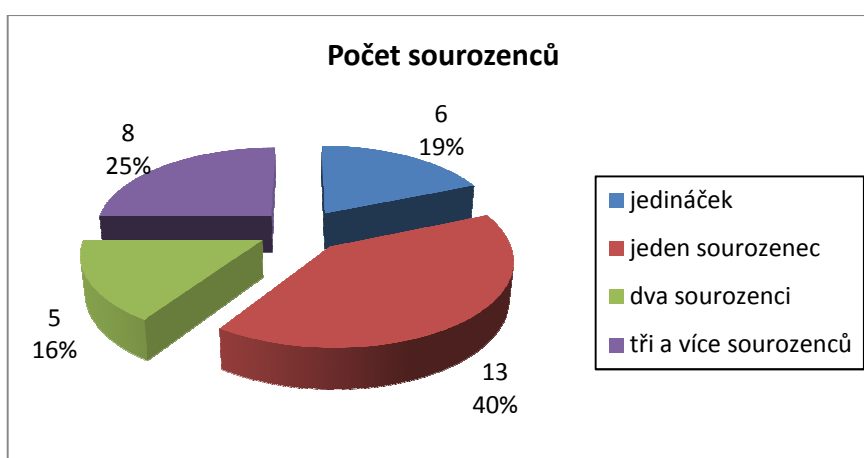
Výsledky ukazují, že se jedná převážně o občany české národnosti, dále pak o občany slovenské a ukrajinské národnosti, těchto je však méně.

Otázka č. 4: Kolik máte sourozenců?

Tabulka č. 9 – otázka č. 4

N ₁ = 32	
jedináček	6
jeden sourozenec	13
dva sourozenci	5
tři a více sourozenců	8

Graf č. 4 – otázka č. 4



Komentář k tabulce č. 9 a grafu č. 4

Z výzkumného vzorku respondentů 6 uvedlo, že žádného sourozence nemají a jsou jedináčky. Dále 13 respondentů uvedlo, že mají pouze jednoho sourozence, 5 respondentů uvedlo, že mají sourozence dva a 8 respondentů uvedlo, že mají tři a více sourozenců.

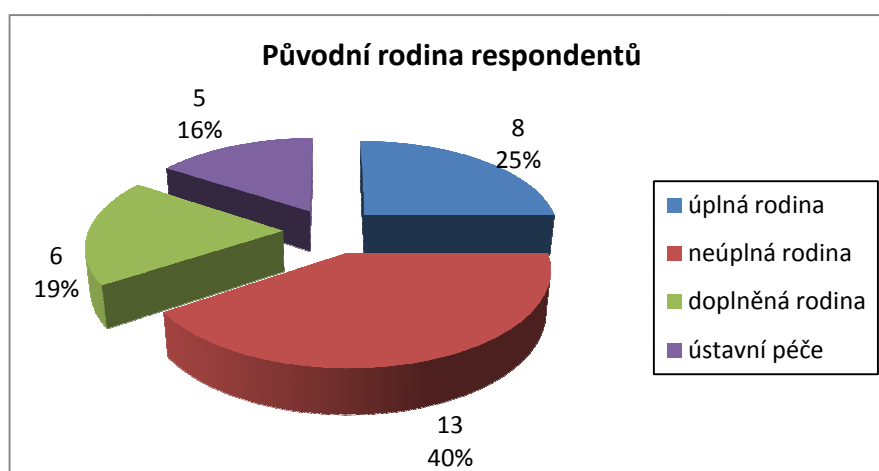
Z výsledků této otázky bylo zjištěno, že nejvíce respondentů má pouze jednoho sourozence, což je dosti překvapující k faktu, že se současná širší společnost domnívá, že gambleři mají buď více sourozenců, přičemž na budoucího gamblera neměli rodiče příliš času, nebo jsou jedináčci, kdy budoucího gamblera rodiče „rozmazlovali“ a on tak měl téměř vše, co chtěl. Z výsledků však vyplynulo, že respondenti mají většinou pouze jednoho sourozence, což vyvrací obecné přesvědčení většinové společnosti.

Otázka č. 5: V jaké rodině jste vyrůstal/-a?

Tabulka č. 10 – otázka č. 5

N ₁ = 32	
úplná rodina	8
neúplná rodina	13
doplněná rodina	6
ústavní péče	5

Graf č. 5 – otázka č. 5



Komentář k tabulce č. 10 a grafu č. 5

Nejvíce respondentů pochází z *neúplné rodiny*,³⁷ kdy se jedná o 13 respondentů. Z úplného rodinného prostředí pochází 8 respondentů. Celkem 6 respondentů vyrůstalo v rodině, která byla doplněna o nevlastní matku či otce a 5 respondentů „prošlo“ ústavní péčí.

Zde se potvrzuje názor, který uvádí Langmeier (1963, s. 56), tedy, že chybí-li v rodině některý základní člen, je dítě snadno ohroženo deprivací, neboť nelze vždy zastoupit roli, kterou měl jeden z rodičů plnit. V teoretické části bylo dále uvedeno, že: „V dysfunkční rodině mohou hledat stresované dospívající děti náhradní rodinné prostředí v partách vrstevníků, rodiče v mimomanželských vztazích. Nezastupitelná

³⁷ Pro potřeby této práce považujeme za neúplnou rodinu, rodinu, kde chyběl 8-15 let jeden z rodičů.

výchova dětí je tím ohrožena a může to u nich vést k různým poruchám chování“ (Nakonečný 2009, s. 425).

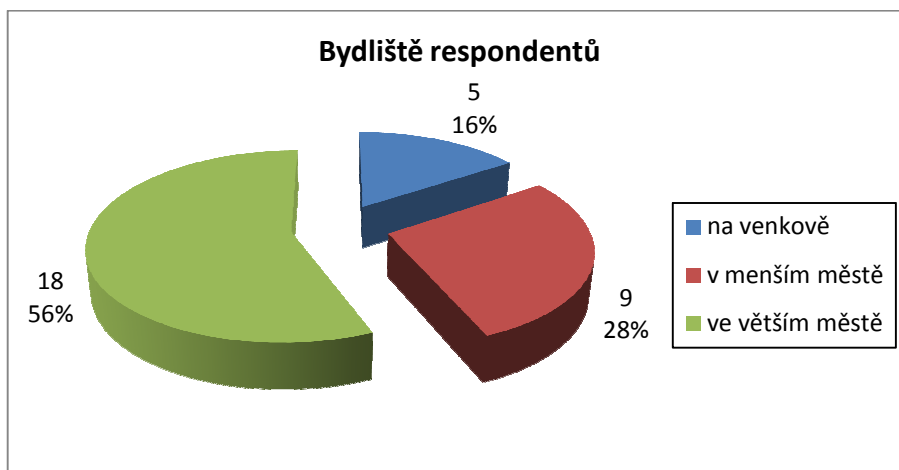
Výsledky z této otázky tedy odpovídají nejen citované literatuře, ale i přesvědčení společnosti.

Otázka č. 6: Bydlíte na venkově nebo ve městě?

Tabulka č. 11 – otázka č. 6

$N_1 = 32$	
na venkově	5
v menším městě	9
ve větším městě	18

Graf č. 6 – otázka č. 6



Komentář k tabulce č. 11 a grafu č. 6

Z 32 respondentů jich žije 5 na venkově, 9 respondentů žije v *menším městě*³⁸ a 18 respondentů žije ve *větším městě*.³⁹

Výsledky tedy ukazují, že celkem 56 % respondentů žije ve větším městě a pouze 16 % respondentů žije na venkově. Jelikož bylo šetření prováděno jak v menších městech (Nový Bor, Česká Lípa), tak ve větším městě (Liberec), nikoli na venkově, je

³⁸ Pro potřeby této práce považujeme za *menší město*, město, které má 38.000 obyvatel a méně.

³⁹ Pro potřeby této práce považujeme za *větší město*, město, které má více než 38.000 obyvatel.

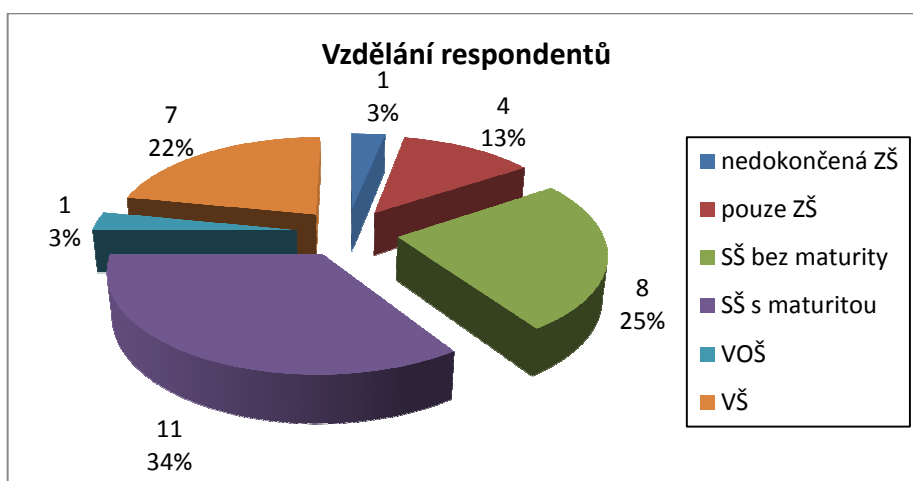
tedy patrné, že oněch 16 % respondentů žijících na venkově do města z určitého důvodu dojíždějí, přičemž jedním z důvodů může být i hraní hazardních her.

Otázka č. 7: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 12 – otázka č. 7

N ₁ = 32	
nedokončené základní vzdělání	1
dokončené základní vzdělání	4
střední bez maturity	8
střední s maturitou	11
vyšší odborné vzdělání	1
vysokoškolské vzdělání	7

Graf č. 7 – otázka č. 7



Komentář k tabulce č. 12 a grafu č. 7

Ve zkoumaném vzorku neměl pouze 1 respondent dokončené základní vzdělání. Celkem 4 respondenti měli dokončené základní vzdělání, přičemž dále již žádnou školu nenavštěvovali. Dalších 8 respondentů vystudovalo učební obor, který byl zakončen závěrečnou zkouškou a výučním listem. Dále 11 respondentů mělo středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou. Pouhý 1 respondent vystudoval vyšší odbornou školu a 7 respondentů vystudovalo vysokou školu.

Zjištění, že 22 % respondentů má vysokoškolské vzdělání můžeme považovat za fenomén, kterému je dále nutno věnovat velkou pozornost.

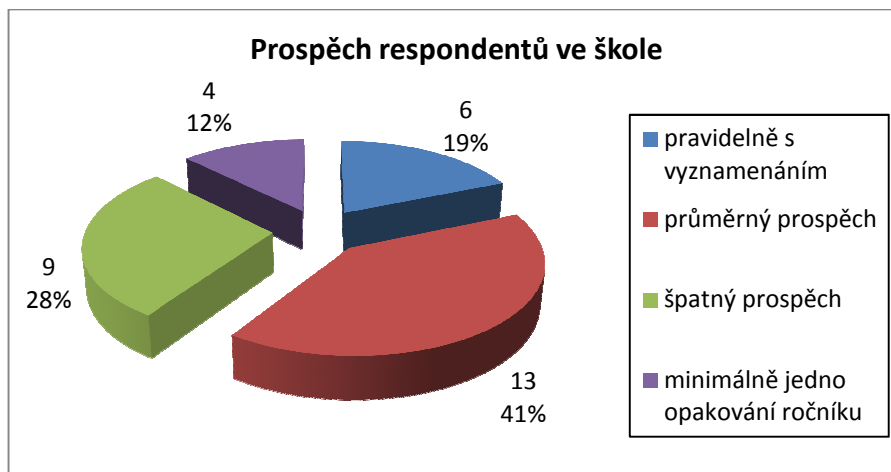
Výsledky zde ukazují poměrně vysokou vzdělanost respondentů, což můžeme z části považovat za překvapení (59 % respondentů vystudovalo minimálně střední školu zakončenou maturitní zkouškou).

Otázka č. 8: Jaký byl Váš prospěch ve škole?

Tabulka č. 13 – otázka č. 8

	$N_1 = 32$
pravidelně s vyznamenáním	6
průměrný prospěch	13
špatný prospěch	9
minimálně jedno opakování ročníku	4

Graf č. 8 – otázka č. 8



Komentář k tabulce č. 13 a grafu č. 8

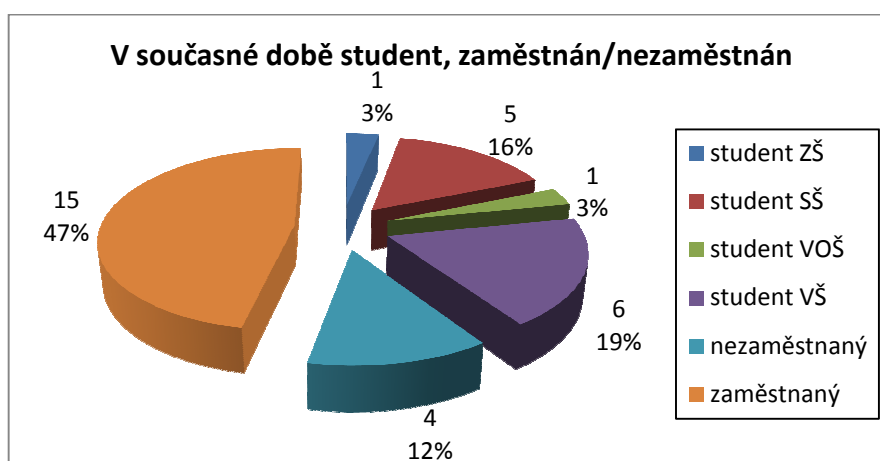
Zde se opět potvrzuje, že vzdělanost respondentů je na poměrně vysoké úrovni, kdy prospěch 6-ti respondentů byl pravidelně s vyznamenáním, 13 respondentů mělo průměrný prospěch, 9 respondentů mělo špatný prospěch a 4 respondenti minimálně jednou opakovali ročník. Vzhledem k různým úrovním škol mohou být tyto údaje však dosti zavádějící a zkreslené.

**Otázka č. 9: Jste v současné době stále ještě student/-ka či již zaměstnán/-a/,
nezaměstnán/-a?**

Tabulka č. 14 – otázka č. 9

	$N_1 = 32$
student základní školy	1
student střední školy	5
student vyšší odborné školy	1
student vysoké školy	6
nezaměstnaný	4
zaměstnaný	15

Graf č. 9 – otázka č. 9



Komentář k tabulce č. 14 a grafu č. 9

Téměř polovina respondentů (47 %) uvedla, že jsou v současné době zaměstnání, což je dosti překvapující, neboť dle různé literatury zabývající se gamblerstvím je uvedeno, že většina patologických hráčů jsou nezaměstnaní, pobírající různé sociální dávky a peníze na hraní si opatřují pácháním převážně majetkové trestné činnosti.

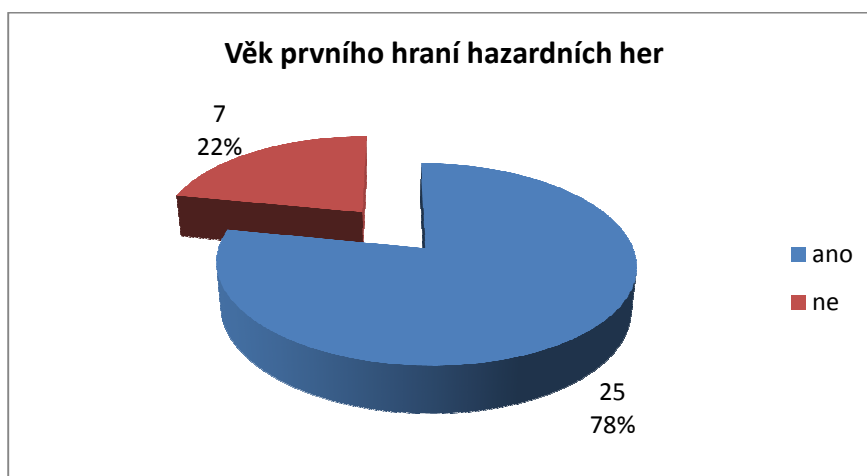
Jeden respondent dále uvedl, že je v současné době student základní školy, 5 respondentů uvedlo, že studuje střední školu, 1 respondent uvedl, že studuje vyšší odbornou školu, 6 respondentů uvedlo, že studuje vysokou školu, 4 respondenti již školu nenavštěvují a v současné době jsou nezaměstnaní, a jak již bylo uvedeno, tak 15 respondentů je zaměstnaných nenavštěvujících školské zařízení.

Otázka č. 10: Když jste hrál/-a na výherních automatech poprvé, bylo Vám méně jak 18 let?

Tabulka č. 15 – otázka č. 10

$N_1 = 32$	
ano	25
ne	7

Graf č. 10 – otázka č. 10



Komentář k tabulce č. 15 a grafu č. 10

Touto otázkou jsme zkoumali, zda bylo respondentům v době, kdy poprvé hráli výherní hrací automaty méně jak 18 let. Celých 78 % respondentů uvedlo, že v době, kdy poprvé hráli výherní hrací automaty, jim bylo méně jak 18 let. Zbýlých 22 % uvedlo, že jim bylo více jak 18 let.

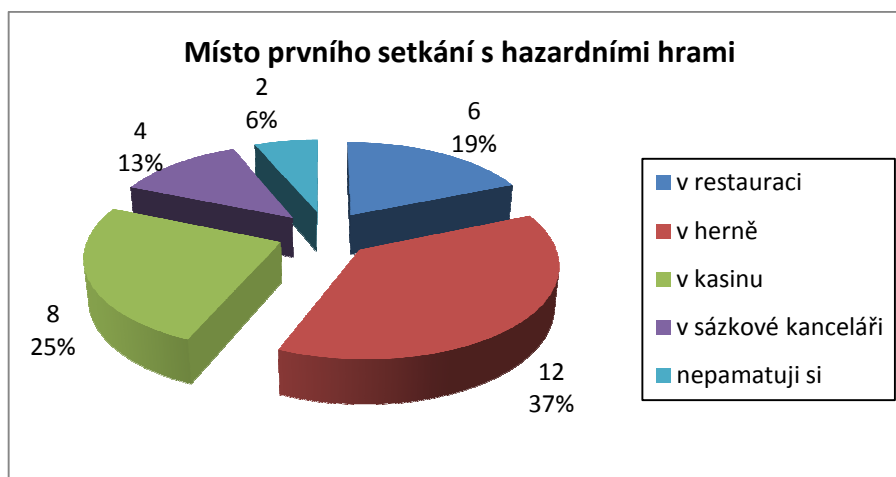
Opět se zde, jak již bylo uvedeno, potvrzují názory mnoha autorů zabývajících se patologickým hráčstvím, kteří uvádějí, že mladí lidé (děti a mladiství) jsou velmi velkou ohroženou skupinou, u kterých vzniká patologické hráčství nejrychleji.

Otázka č. 11: Kde poprvé jste se setkal/-a s hazardními hrami?

Tabulka č. 16 – otázka č. 11

$N_1 = 32$	
v restauraci	6
v herně	12
v kasinu	8
v sázkové kanceláři	4
nepamatuji si	2

Graf č. 11 – otázka č. 11



Komentář k tabulce č. 16 a grafu č. 11

Tato otázka byla otevřená a respondenti zde uváděli, kde poprvé se setkali s hazardními hrami. Celkem 6 respondentů uvedlo, že se poprvé s hazardními hrami setkali v restauraci, 12 respondentů uvedlo, že se s hazardními hrami poprvé setkali v herně, 8 respondentů v kasinu, 4 respondenti v sázkové kanceláři a 2 respondenti si místo prvního setkání s hazardními hrami již nepamatují.

Je dosti zvláštní, že ani jeden z respondentů neuvedl, že se poprvé s hazardními hrami setkal na webových stránkách v podobě internetového sázení na sportovní utkání či jiné sázky. Ačkoli sportovní sázení oslovuje všechny věkové i sociální kategorie, může být tento fakt dán převážně tím, že internetové sázení respondenti prostě a jednoduše nepovažují za hazardní hraní. Další možností je, že je tato možnost vůbec nenapadla.

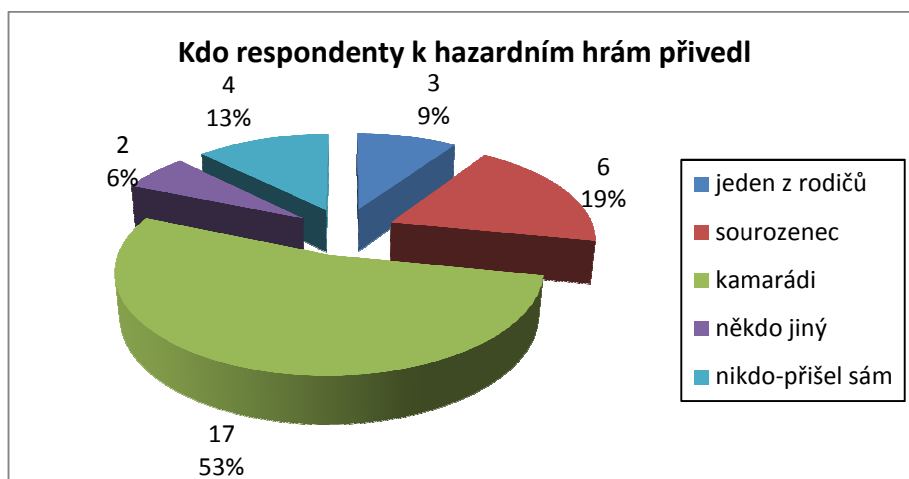
Toto zjištění může znamenat, že díky internetovému sázení existuje početná skupina tzv. „latentních gamblerů“, kteří hrají hazardní hry doma a nemusejí tak navštěvovat jakékoli herny. Konečné důsledky mohou však být stejně závažné nebo závažnější.

Otázka č. 12: Kdo Vás k hazardním hrám přivedl?

Tabulka č. 17 – otázka č. 12

N ₁ = 32	
jeden z rodičů	3
sourozenec	6
kamarádi	17
někdo jiný	2
nikdo – přišel sám	4

Graf č. 12 – otázka č. 12



Komentář k tabulce č. 17 a grafu č. 12

Bylo očekáváno, že většinu respondentů k hazardním hrám přivedl někdo z kamarádů, neboť vliv vrstevnické skupiny (vzhledem k věku, kdy respondenti poprvé začali hrát hazardní hry) je nezanedbatelný a jak již bylo uvedeno v teoretické části, tak vrstevníci mnohdy slouží jako zdroj sociálního učení, stávají se

neformálními autoritami, které mohou mít za určitých okolností větší vliv než dospělí.

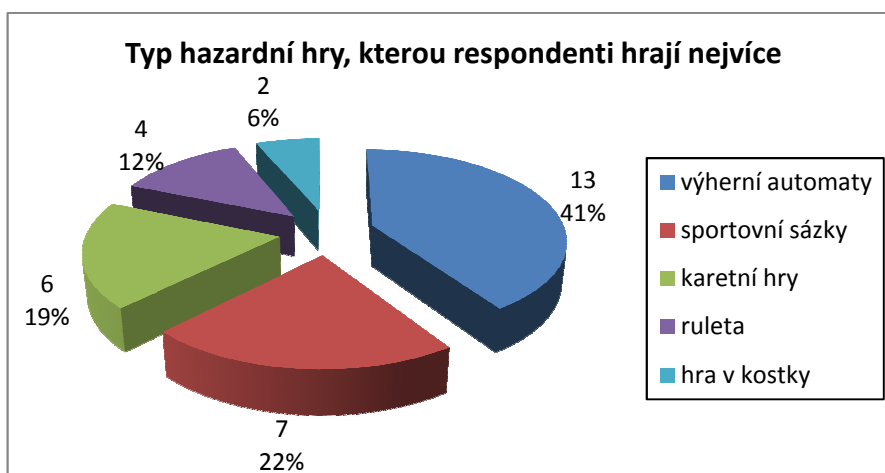
Toto očekávání se potvrdilo, kdy více než polovinu z respondentů (53 %) skutečně k hazardním hrám přivedl někdo z kamarádů. Dále bylo zjištěno, že 3 respondenty k hazardním hrám přivedl jeden z rodičů, 6 respondentů sourozenec, 2 respondenty někdo jiný a pouze 4 respondenty k hazardním hrám nepřivedl nikdo.

Otázka č. 13: Jaký typ hazardní hry hrajete nejvíce?

Tabulka č. 18 – otázka č. 13

N ₁ = 32	
výherní automaty	13
sportovní sázky	7
karetní hry	6
ruleta	4
hra v kostky	2

Graf č. 13 – otázka č. 13



Komentář k tabulce č. 18 a grafu č. 13

V této otevřené otázce respondenti uváděli, jaký typ hazardní hry hrají nejvíce. Z 32 respondentů 13 uvedlo, že nejčastěji hrají výherní hrací automaty, 7 respondentů uvedlo, že nejvíce sázejí na různé sportovní sázky, 6 respondentů

nejvíce hraje karetní hry, 4 respondenti ruletu a 2 respondenti nejvíce hrají hru v kostky.

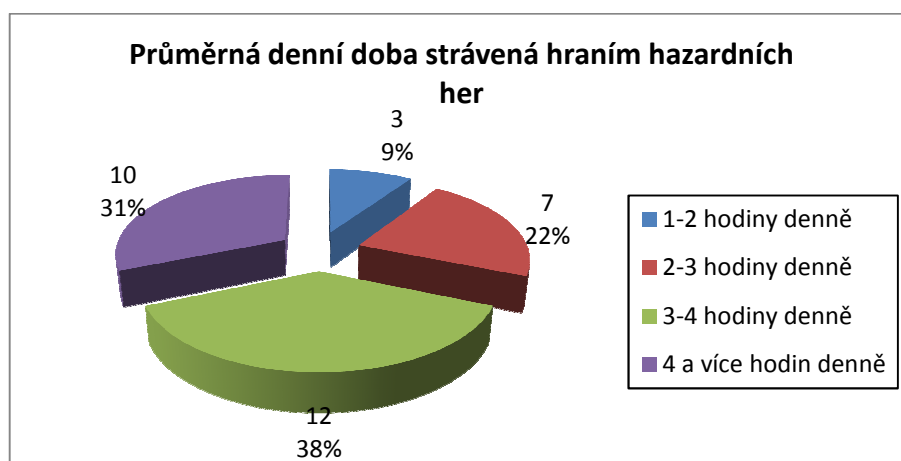
Jelikož jsou výherní hrací automaty téměř všude a objevují se nejen v restauracích a barech, ale i v obyčejných kavárnách, kam chodí v letních měsících děti s rodiči, tak není vůbec překvapující, že 41 % respondentů uvedlo, že nejvíce hrají výherní hrací automaty, neboť tyto jsou v současnosti nejdostupnější a mezi gamblery nejrozšířenější.

Otázka č. 14: Jaká je Vaše denní průměrná doba strávená hraním hazardních her?

Tabulka č. 19 – otázka č. 14

N ₁ = 32	
1 – 2 hodiny	7
2 – 3 hodiny	8
3 – 4 hodiny	12
4 a více hodin	5

Graf č. 14 – otázka č. 14



Komentář k tabulce č. 19 a grafu č. 14

Odpovědi na tuto otázku nejsou vůbec překvapující, spíše očekávané, neboť jak již bylo uvedeno v teoretické části této práce, tak je při hraní hazardních her

gambler do vypjaté hry zcela vtažen a ztrácí tak pojem nejen o čase stráveným hraním, ale velmi často také o tom kolik již prohrál peněz.

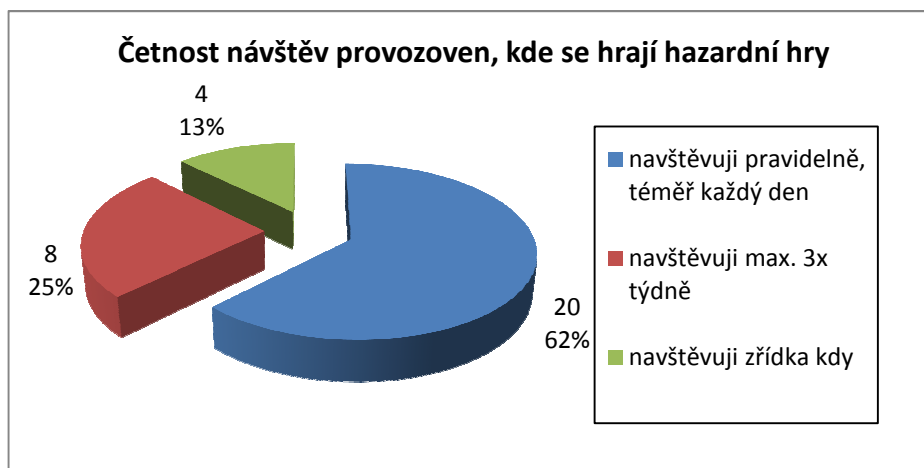
Na tuto otázku pouze 3 respondenti odpověděli, že jejich průměrná denní doba strávená hraním hazardních her je 1 až 2 hodiny. Celkem 7 respondentů uvedlo denní dobu strávenou hraním hazardních her v rozmezí 2 až 3 hodiny. Celkem 69 % respondentů uvedlo, že jejich denní průměrná doba strávená hraním hazardních her je více jak 3 hodiny (12 respondentů 3 až 4 hodiny denně a 10 respondentů 4 a více hodin denně).

Otázka č. 15: Jak často navštěvujete provozovny, kde se hrají hazardní hry?

Tabulka č. 20 – otázka č. 15

N ₁ = 32	
navštěvují pravidelně téměř každý den	20
navštěvují maximálně 3x do týdne	8
navštěvují zřídka	4

Graf č. 15 – otázka č. 15



Komentář k tabulce č. 20 a grafu č. 15

Z 32 respondentů 20 (62 %) uvedlo, že provozovny, kde se hrají hazardní hry, navštěvují pravidelně, téměř každý den. Dále 8 respondentů uvedlo, že tyto provozovny navštěvuje maximálně 3 x týdně, ne vícekrát a 4 respondenti uvedli, že

tyto provozovny navštěvují zřídka kdy. V posledním případě se může jednat např. o hráče sázející na sportovní sázky na internetu, loterii provozovanou prostřednictvím sázkových tiketů, hráče binga nebo ty, kteří podleli stíracím losům.

Skutečnost, že 62 % respondentů navštěvuje provozovny s hazardními hrami pravidelně, téměř každý den poukazuje na jejich závislost hazardních hrách. Jak bylo uvedeno v teoretické části, tak chování patologického hráče je spojeno s impulzy k činnosti, které nemůže kontrolovat.

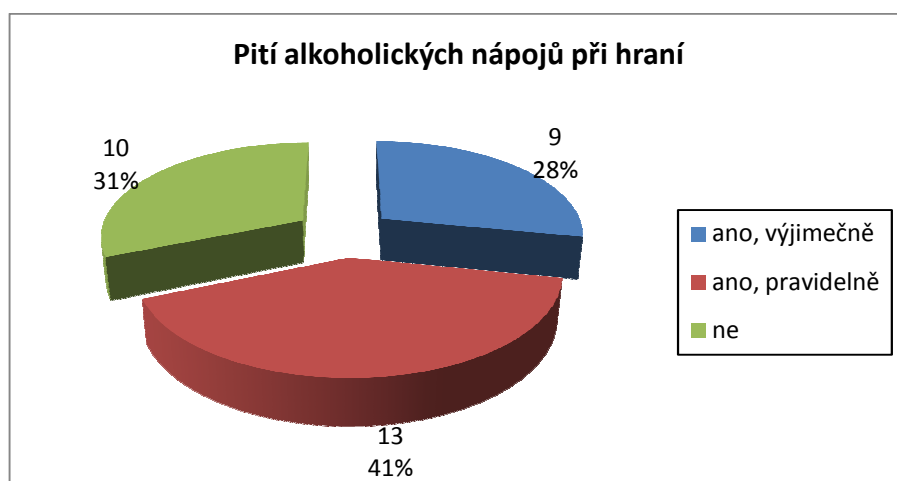
K tomuto dále Vágnerová (2003, s. 95) uvádí, že patologičtí hráči mají silnou touhou po určitém prožitku a sníženou schopností odolávat nutkání k této činnosti.

Otázka č. 16: Pijete při hraní hazardních her alkoholické nápoje?

Tabulka č. 21 – otázka č. 16

N ₁ = 32	
ano, výjimečně	9
ano, pravidelně	13
ne	10

Graf č. 16 – otázka č. 16



Komentář k tabulce č. 21 a grafu č. 16

Z výzkumného vzorku respondentů 41 % (13) uvedlo, že při hraní hazardních her pijí pravidelně alkoholické nápoje.

Tento výsledek není vůbec překvapující, neboť jak již bylo uvedeno v teoretické části diplomové práce, tak bývá u patologických hráčů velice častá kombinovaná závislost. Celkem 9 respondentů uvedlo, že alkoholické nápoje při hraní hazardních her pijí jen výjimečně. Zbýlých 10 respondentů nepije při hraní hazardních her žádné alkoholické nápoje, což je poněkud překvapující.

V teoretické části bylo dále uvedeno, že alkoholické nápoje mají negativní vliv na proces vzniku patologického hráčství. Alkohol může dle Nešpora (2006, s. 10) otupit zbytky zdravého rozumu a následné problémy s hrou přivedou hráče k dalšímu pití. Výsledkem tak bývá kombinovaná závislost.

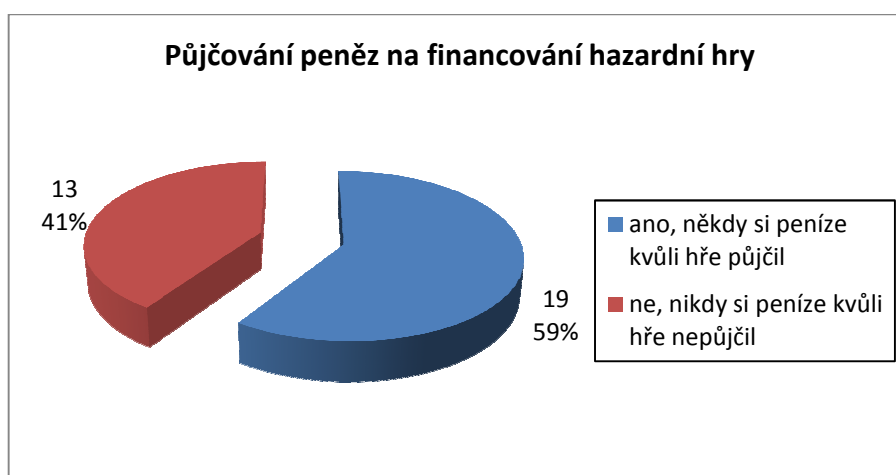
Můžeme zde tedy konstatovat, že většina oslovených respondentů potvrzuje Nešporova slova a trpí svým způsobem kombinovanou závislostí.

Otázka č. 17: Půjčil/-a jste si někdy peníze, abyste financoval/-a hru?

Tabulka č. 22 – otázka č. 17

N ₁ = 32	
ano, někdy si peníze kvůli hře půjčil	19
ne, nikdy si peníze kvůli hře nepůjčil	13

Graf č. 17 – otázka č. 17



Komentář k tabulce č. 22 a grafu č. 17

Ze zkoumaného vzorku respondentů 19 odpovědělo, že si peníze na financování hry někdy půjčili. Naproti tomu 13 respondentů uvedlo, že si peníze na hraní hazardních her nikdy nepůjčili.

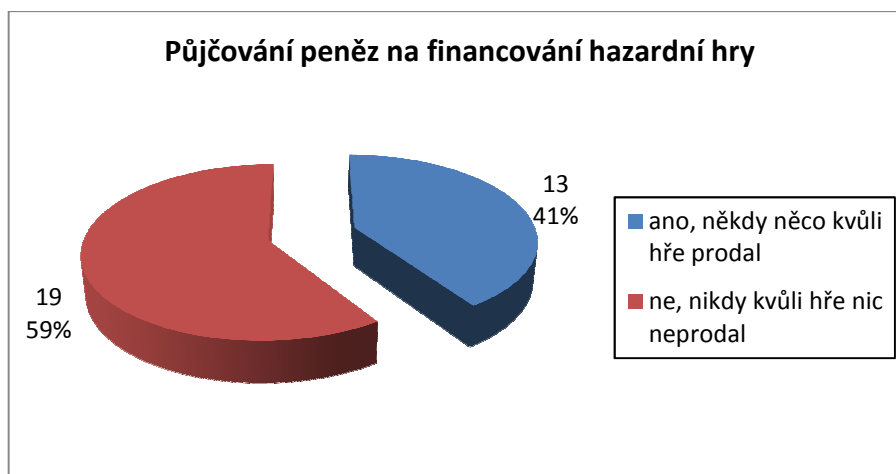
Výsledky této otázky jsou celkem překvapující, neboť bylo očekáváno, že kladně na tuto otázku odpoví 20 až 30 % respondentů. To z důvodu, že v této otázce budou respondenti lhát z důvodu svého studu či nepřiznání si své závislosti. Počet kladných odpovědí je zde tedy poněkud překvapující, ale v celkovém důsledku zcela očekávající.

Otázka č. 18: Prodal/-a jste v minulosti něco, abyste financoval/-a hru?

Tabulka č. 23 – otázka č. 18

N ₁ = 32	
ano, v minulosti kvůli hře něco prodal	13
ne, nikdy kvůli hře nic neprodal	19

Graf č. 18 – otázka č. 18



Komentář k tabulce č. 23 a grafu č. 18

Na tuto otázku, tedy zdali respondenti někdy v minulosti něco prodali, aby tak mohli financovat hazardní hru, 13 odpovědělo, že někdy v minulosti kvůli

financování hry něco prodali. Naopak 19 respondentů uvedlo, že kvůli financování hry nikdy nic neprodali.

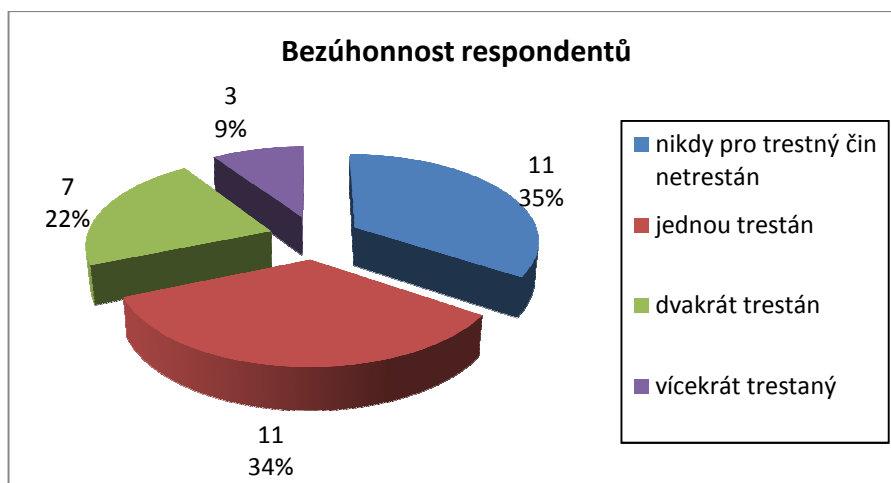
Alarmující je zde dosti vysoký počet respondentů, kteří z důvodu své závislosti prodávají věci. Celých 41 % je opravdu vysoké číslo. Není zde však zřejmá odpověď, zdali se jednalo o osobní věci, věci patřící celé rodině či věci pocházející např. z krádeže.

Otázka č. 19: Byl/-a jste někdy trestán/-a pro nějaký trestný čin?

Tabulka č. 24 – otázka č. 19

N ₁ = 32	
nikdy pro trestný čin netrestán	11
trestán jednou	11
trestán dvakrát	7
vícekrát trestaný	3

Graf č. 19 – otázka č. 19



Komentář k tabulce č. 24 a grafu č. 19

Z výzkumného vzorku respondentů 11 uvedlo, že do současné doby nikdy nebyli trestáni pro trestný čin. Stejný počet respondentů uvedlo, že byli trestáni pouze

jednou, 7 respondentů uvedlo, že byli trestáni dvakrát a 3 respondenti uvedli, že byli trestáni vícekrát.

Jelikož má patologický hráč postupem času stále méně finančních prostředků k hraní hazardních her, a tyto jsou pro hraní nezbytné, vede toto logicky v mnohých případech k páchání převážně majetkové trestné činnosti, jako jsou krádeže, podvody aj.

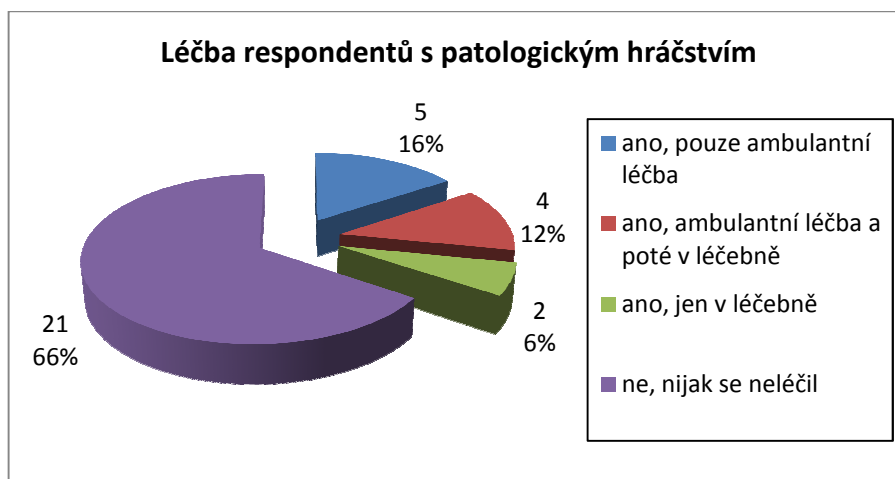
Výsledky této otázky jsou tedy očekávající. Nabízí se zde však otázka, kolik z již trestaných respondentů bylo trestáno v přímé souvislosti s patologickým hráčstvím.

Otázka č. 20: Léčil/-a jste se někdy s gamblerstvím?

Tabulka č. 25 – otázka č. 20

N ₁ = 32	
ano, pouze ambulantní léčba	5
ano, ambulantní léčba a poté v léčebně	4
ano, jen v léčebně	2
ne, nijak se neléčil	21

Graf č. 20 – otázka č. 20



Komentář k tabulce č. 25 a grafu č. 20

Na tuto otázku odpovědělo 5 respondentů, že se s patologickým hráčstvím léčilo, ale pouze ambulantní léčbou, 4 respondenti uvedli, že se s patologickým hráčstvím

léčili ambulantní léčbou a poté i léčbou ústavní, 2 respondenti uvedli, že se léčili pouze ústavní léčbou a 21 respondent uvedl, že se s patologickým hráčstvím nijak neléčil.

Výsledky této otázky nejsou nijak překvapující. Celých 66 % oslovených respondentů se s patologickým hráčstvím nijak neléčilo, což může značit několik faktorů. Prvním z nich je, že si svojí závislost neuvědomují, a proto o jakékoli léčbě patologického hráčství ani nepřemýšlejí. Druhý z nich je, že si jsou svojí závislostí vědomi, ale díky studu a jiným aspektům odbornou pomoc nevyhledávají nebo jejich závislost ještě není ve stádiu zoufalství či ve stádiu rezignace. V těchto stádiích totiž dochází k soustavnému prohrávání, pověst hráče je velmi poškozena a od hráče se odvracejí nejen všichni jeho známí a kamarádi, ale především jeho rodina. Dle odborné literatury nejčastěji až v těchto stádiích gambleři vyhledávají odbornou pomoc.

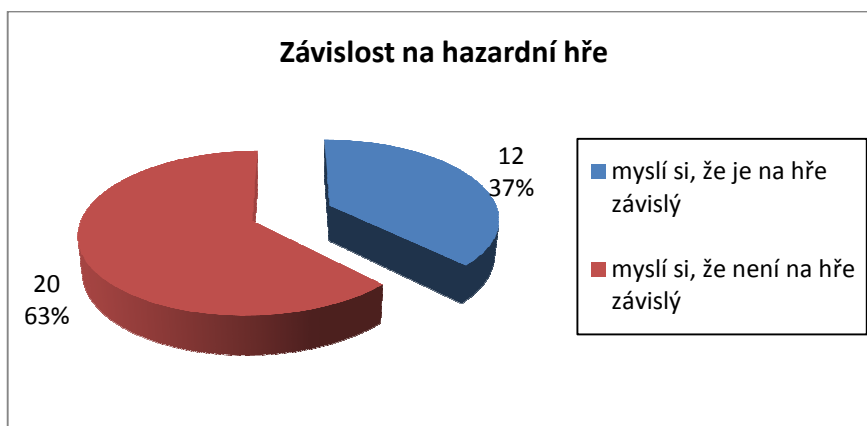
Naopak 34 % respondentů, kteří se s patologickým hráčstvím léčili, není také vůbec malý a snadno přehlédnutelný počet.

Otázka č. 21: Myslíte si, že jste na hře závislý/-á?

Tabulka č. 26 – otázka č. 21

N ₁ = 32	
myslí si, že je na hře závislý	12
myslí si, že není na hře závislý	20

Graf č. 21 – otázka č. 21



Komentář k tabulce č. 26 a grafu č. 21

Jak bylo u předchozí otázky patrné, tak 66 % (21) respondentů se s patologickým hráčstvím nijak neléčilo, proto zůstává otázkou, zdali si respondenti uvědomují svojí možnou závislost na hraní hazardních her.

Z výzkumného vzorku respondentů 12 odpovědělo kladně, tedy, že si myslí, že jsou na hraní hazardních her závislí. Zbýlých 20 respondentů odpovědělo, že si nemyslí, že by byli na hře závislí. Tendence respondentů popírat svoji závislost by se zde mohla zdát jako značná. Avšak jak již bylo uvedeno, tak nejenže si nejsou respondenti mnohdy svojí závislostí vědomi, ale oni o tomto problému ani nepřemýšlejí a nepřipouštějí si ho.

Jelikož bylo u předchozí otázky zjištěno, že 66 % respondentů se se svojí závislostí nijak neléčilo, mohlo by se zde jednat o stejné respondenty, kteří si myslí, že na hře nejsou závislí (63 % respondentů).

Naopak respondenti, kteří si myslí, že jsou na hře závislí (37 %) by se teoreticky s patologickým hráčstvím již v minulosti mohli léčit (jak bylo zjištěno u předchozí otázky – 34 %).

Vyhodnocení dotazníků pro partnery patologických hráčů

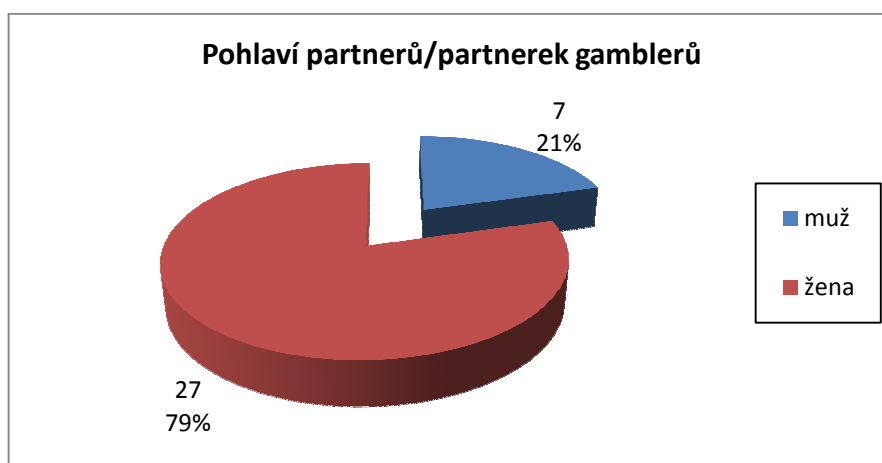
Výzkum zaměřující se na partnery patologických hráčů probíhal od listopadu roku 2013 do ledna roku 2014. Po zpracování všech získaných dat jsem dospěl k následujícím zjištěním a závěrům.

Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

Tabulka č. 27 – otázka č. 1

N ₂ = 34	
muž	7
žena	27

Graf č. 22 – otázka č. 1



Komentář k tabulce č. 27 a grafu č. 22

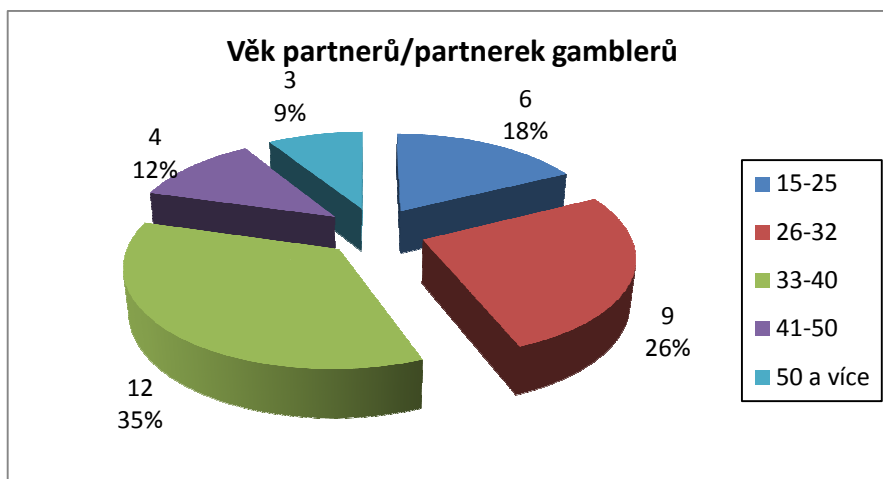
Ačkoli je tato otázka poněkud zavádějící z důvodu samotného výběru respondentů, jsou i přes tento fakt výsledky očekávané. Potvrdilo se zde, že je patologické hráčství fenoménem mužské populace, čemuž odpovídají i výsledky na tuto otázku – 79 % partnerů gamblerů je ženského pohlaví (muž je gambler) a pouze 21 % má za partnerku ženu závislou na hraní (žena je gamblerka). Dalo by se však konstatovat, že 21 % mužů, kteří mají za partnerku ženu závislou na hraní, je hodnota vyšší, než která byla před výzkumem očekávána.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 28 – otázka č. 2

N ₂ = 34	
15 – 25 let	6
26 – 32 let	9
33 – 40 let	12
41 – 50 let	4
50 a více let	3

Graf č. 23 – otázka č. 2



Komentář k tabulce č. 28 a grafu č. 23

Jednalo se zde o otevřenou otázku, ve které partneři gamblerů uváděli svůj věk. Pro přehlednost a zjednodušení byla z výsledků na tuto otázku vytvořena tabulka. Z výsledků bylo tedy zjištěno, že průměrný věk partnerů gamblerů je 35 let, kdy nejmladšímu partnerovi bylo 18 let a nejstaršímu 66 let.

Výsledky na tuto otázku jsou očekávané, kdy průměrný věk partnera gamblera, který je 35 let, je v normě, vezmeme-li v potaz, že se jedná převážně o ženy, kdy samotným gamblerům (mužům) je tak tedy přibližně *kolem 38 let*.⁴⁰

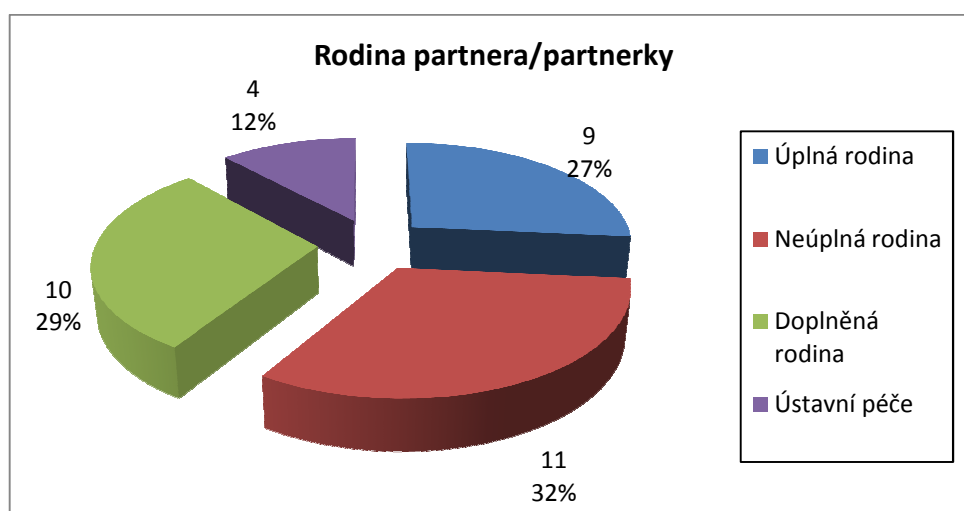
⁴⁰ Dle výzkumu Ettlerové (2007, s. 18) z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí je průměrný věkový rozdíl mezi partnery, tedy mezi mužem a ženou, tři roky, kdy v 78% je muž starší nežli jeho partnerka.

Otázka č. 3: V jaké rodině jste vyrůstal/-a?

Tabulka č. 29 – otázka č. 3

N ₂ = 34	
Úplná rodina	9
Neúplná rodina	11
Doplněná rodina	10
Ústavní péče	4

Graf č. 24 – otázka č. 3



Komentář k tabulce č. 29 a grafu č. 24

Na otázku, v jaké rodině partneři gamblerů vyrůstali, odpovědělo z celkového počtu pouze 9 (27 %), že vyrůstali v úplném rodinném prostředí, dále 11 (32 %) z neúplného rodinného prostředí, 10 (29 %) vyrůstalo v rodině doplněné a 4 (12 %) „prošli“ ústavní výchovou.

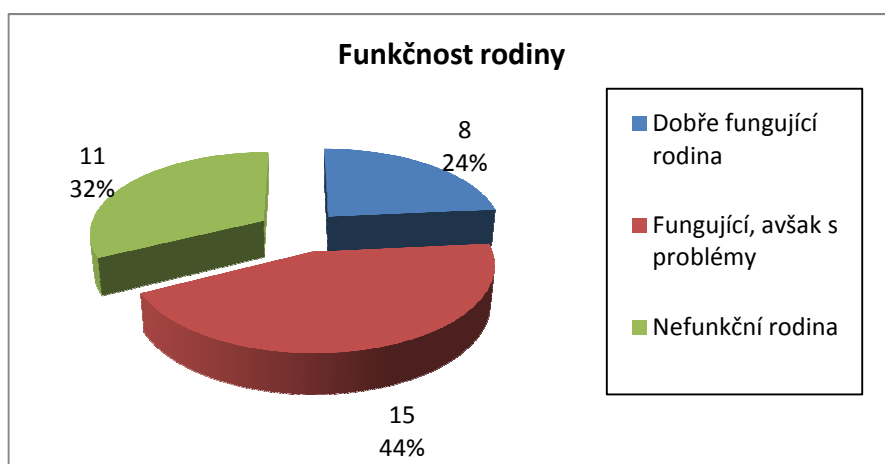
V odpovědích na tuto otázku je několik zajímavostí. První z nich je, že všichni partneři gamblerů znali odpověď na danou otázku, kdy se někteří „nestyděli“ uvést, že prošli ústavní výchovou. Další zajímavostí je poměrně málo partnerů, kteří vyrůstali v úplné rodině a naopak mnoho partnerů vyrůstajících v neúplné rodině. Toto může být dáno zejména funkčností dané rodiny, jak je uvedeno v následující otázce.

Otázka č. 4: Byla rodina, ve které jste vyrůstal/-a fungující?

Tabulka č. 30 – otázka č. 4

N ₂ = 34	
Dobře fungující rodina	8
Fungující, avšak s problémy	15
Nefunkční rodina	11

Graf č. 25 – otázka č. 4



Komentář k tabulce č. 30 a grafu č. 25

Tato otázka přímo souvisí s otázkou předchozí. Je zde patrné, že počet partnerů vyrůstajících v úplném rodinném prostředí (9), taktéž vyrůstalo v rodině dobře fungující (8). Naopak, u partnerů vyrůstajících ať již v neúplné rodině, rodině doplněné či ústavní výchově (celkem 25) se minimálně objevily „nějaké“ problémy nebo byla rodina nefunkční (celkem 26).

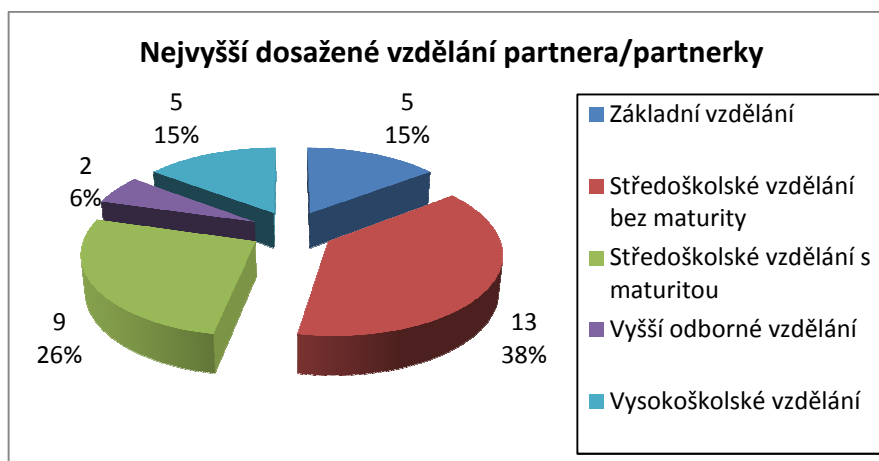
Výsledky této otázky korespondují s teoretickou částí, kde je uvedeno, že v doplněných či neúplných rodinách se velmi často projevují značné problémy jak mezi partnery, tak na úrovni rodič x dítě. Jak uvádí Sobotková (2001, s. 144), tak jsou tyto problémy důsledkem zmenšené pozornosti rodičů věnované dětem v době kolem rozvodu a po něm, nebo dlouhodobým důsledkem partnerského konfliktu. Takovéto problémy se u dětí projevují jako příznaky úzkosti či deprese, poruchami chování, experimentování s drogami či v sexuální oblasti, delikvence a zhoršení školního prospěchu u všech věkových kategorií.

Otázka č. 5: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 31 – otázka č. 5

N ₂ = 34	
Základní vzdělání	5
Středoškolské vzdělání bez maturity	13
Středoškolské vzdělání s maturitou	9
Vyšší odborné vzdělání	2
Vysokoškolské vzdělání	5

Graf č. 26 – otázka č. 5



Komentář k tabulce č. 31 a grafu č. 26

Z dotazovaných respondentů mělo 15 % základní vzdělání, 38 % středoškolské vzdělání bez maturity, 26 % středoškolské vzdělání s maturitou, 6 % vyšší odborné vzdělání a 15 % respondentů mělo vysokoškolské vzdělání.

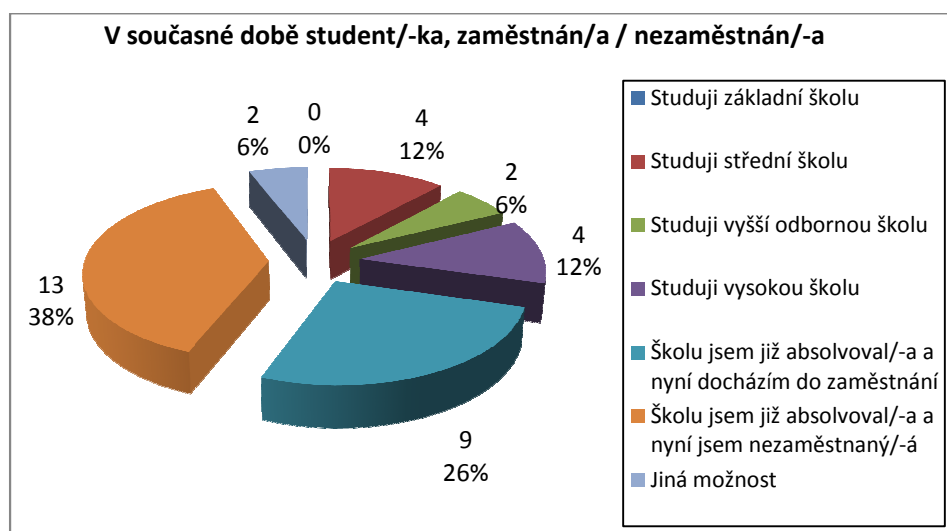
Na základě těchto výsledků bylo zjištěno, že jako i u samotných gamblerů, tak i u jejich partnerů nehraje téměř žádnou roli jejich vzdělání a gambling tak postihuje rodiny bez rozdílu vzdělání jejich členů.

**Otázka č. 6: Jste v současné době stále ještě student/-ka či již zaměstnán/-a / ,
nezaměstnán/-a?**

Tabulka č. 32 – otázka č. 6

	N ₂ = 34
Studuji základní školu	0
Studuji střední školu	4
Studuji vyšší odbornou školu	2
Studuji vysokou školu	4
Školu jsem již absolvoval/-a a nyní docházím do zaměstnání	9
Školu jsem již absolvoval a nyní jsem nezaměstnaný/-á	13
Jiná možnost	2

Graf č. 27 – otázka č. 6



Komentář k tabulce č. 32 a grafu č. 27

Z celkového počtu 34 respondentů jich 10 (30 %) stále ještě studuje, a to ať již střední či vysokou školu. Žádný z partnerů nestuduje základní školu. Tyto výsledky taktéž odpovídají průměrnému věku partnera gamblera, který je 35 let. Dalších 26 % partnerů je zaměstnaných a 38 % nezaměstnaných. Pouze 2 respondenti v dotazníku uvedli jinou možnost, ke které následně uvedli: „mateřská dovolená“.

Nezaměstnanost partnerů gamblerů může být dána jak celkovou nezaměstnaností a trhem práce obecně, tak také ekonomickou situací, bydlištěm,

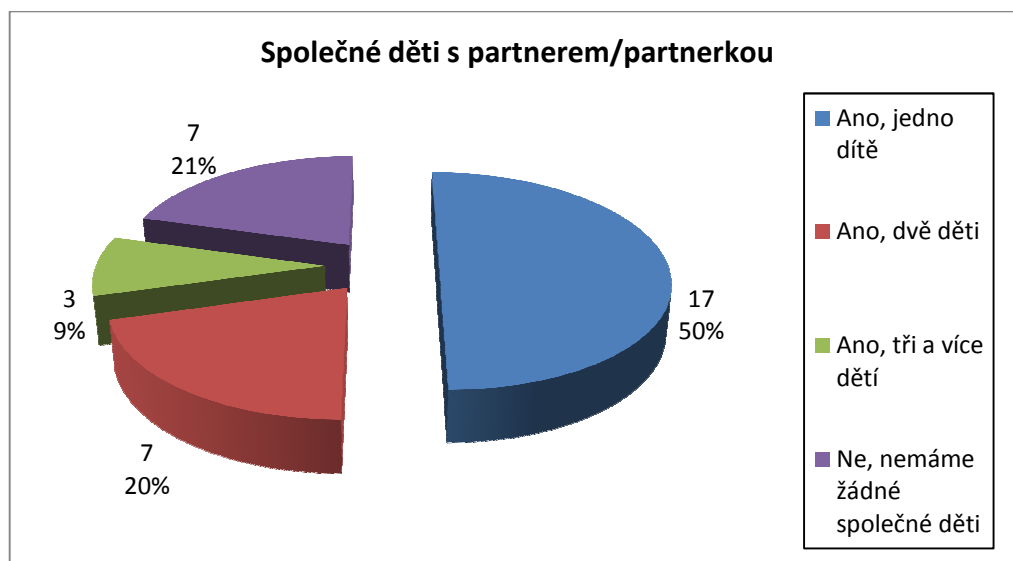
vzděláním a jinými sociálními a demografickými faktory. Vzdelanost partnerů zde však pravděpodobně nebude mít zásadní vliv na gamblera či gamblerství obecně.

Otázka č. 7: Máte s partnerem/partnerkou nějaké společné děti?

Tabulka č. 33 – otázka č. 7

N ₂ = 34	
Ano, jedno dítě	17
Ano, dvě děti	7
Ano, tři a více dětí	3
Ne, nemáme žádné společné děti	7

Graf č. 28 – otázka č. 7



Komentář k tabulce č. 33 a grafu č. 28

Z celkového počtu respondentů jich přesně polovina (17 – 50 %) uvedla, že mají s gamblérem jedno společné dítě. Dalších 20 % (7) jich uvedlo, že mají s gamblérem dvě společné děti, 9 % (3) mají tři a více společných dětí a pouze 21 % (7) nemají s gamblérem žádné společné děti.

Otázkou zde zůstává, zdali dvě partnerky patologických hráčů, které u předchozí otázky uvedly, že jsou v současné době na mateřské dovolené, onou mateřskou

dovolenou mají na mysli. Tedy zdali jsou *těhotné či již své dítě porodily*.⁴¹ V případě, že dítě již porodily, by celých 56 % (19) respondentů mělo s patologickým hráčem minimálně jedno společné dítě.

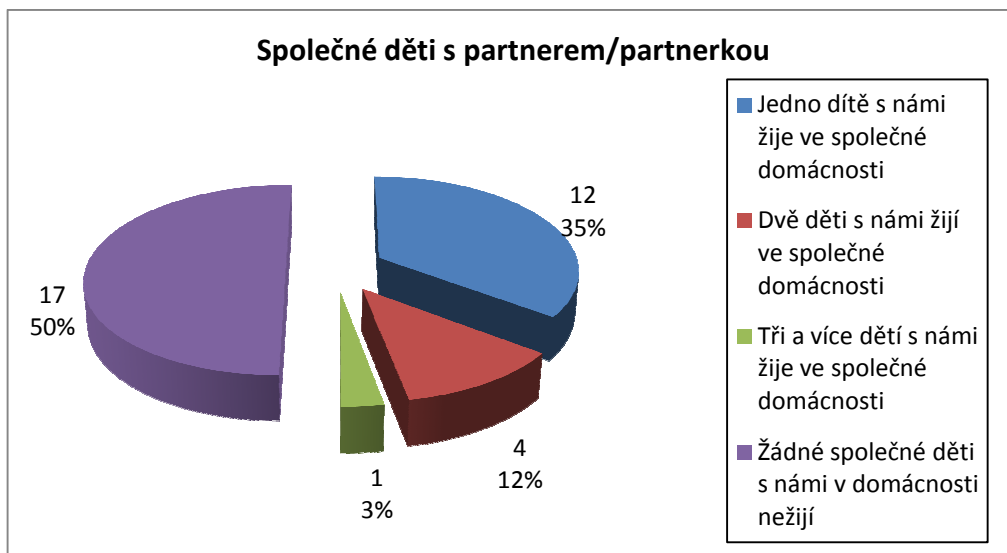
Tyto výsledky opět dokazují, že mohou patologickému hráčství podlehnout i jedinci, kteří vedou plnohodnotný život, tzn., že jsou vzdělaní, žijí partnerským životem a mají potomky.

Otázka č. 8: Kolik ze společných dětí s Vámi žije v domácnosti?

Tabulka č. 34 – otázka č. 8

N ₂ = 34	
Jedno dítě s námi žije ve společné domácnosti	12
Dvě děti s námi žijí ve společné domácnosti	4
Tři a více dětí s námi žije ve společné domácnosti	1
Žádné společné děti s námi v domácnosti nežijí	17

Graf č. 29 – otázka č. 8



⁴¹ Dle ustanovení § 195 odst. 1 a 2 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, přísluší zaměstnankyni mateřská dovolená po dobu 28 týdnů; porodila-li zároveň 2 nebo více dětí, přísluší jí mateřská dovolená po dobu 37 týdnů. Mateřskou dovolenou zaměstnankyně nastupuje zpravidla od počátku 6 týdne před očekávaným dnem porodu, nejdříve však od počátku 8 týdne před tímto dnem.

Komentář k tabulce č. 34 a grafu č. 29

Na tuto otázku polovina partnerů uvedla, že ve společné domácnosti s žádným společným dítětem nežijí. Dalších 35 % partnerů uvedlo, že s nimi v domácnosti žije jedno dítě, 12 % uvedlo, že ve společné domácnosti žijí se dvěma společnými dětmi a pouze 1 % uvedlo, že ve společné domácnosti žijí se třemi a více společnými dětmi.

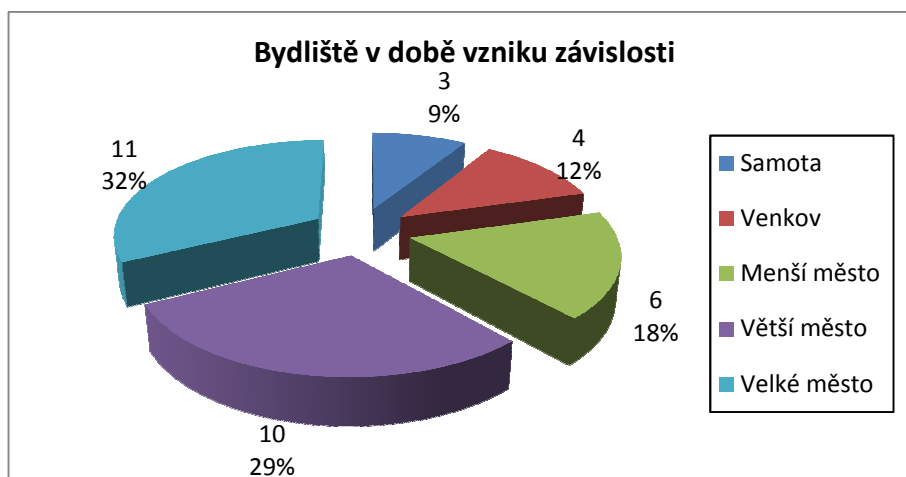
Tyto výsledky opět dokazují, že patologickému hráčství mohou podlehnout i jedinci, kteří nejen že mají potomky, ale tito potomci s nimi žijí ve společné domácnosti (u poloviny z dotazovaných partnerů).

Otázka č. 9: Když došlo ke vzniku partnerovy/partnerčiny závislosti, kde jste bydleli?

Tabulka č. 35 – otázka č. 9

N ₂ = 34	
Samota	3
Venkov (vesnice do 100 obyvatel)	4
Menší město (od 100 do 38.000 obyvatel)	6
Větší město (od 38.000 do 100.000 obyvatel)	10
Velké město (více jak 100.000 obyvatel)	11

Graf č. 30 – otázka č. 9



Komentář k tabulce č. 35 a grafu č. 30

Z výsledků na danou otázku vyplývá, že pouze 9 % partnerů v době, kdy došlo k závislosti, bydlelo na samotě, 12 % partnerů bydlelo na *venkově*,⁴² 18 % v *menším městě*,⁴³ 29 % ve *větším městě*⁴⁴ a 32 % ve *velkém městě*.⁴⁵

U patologického hráčství tak dle zjištěných výsledků nejen že nehraje téměř žádnou roli rodinné zázemí, vzdělání či věk, ale ani bydliště gamblerů. Laická i odborná veřejnost se často domnívá, že patologické hráčství postihuje zejména osoby žijící ve velkých městech, kde jsou svody hazardu mnohonásobně vyšší, nežli tomu je na venkově či v malých městech. Výsledky tomu zdá se napovídají, ale i tak je 39 % gamblerů, u kterých k patologickému hráčství došlo v době, kdy bydleli na samotě, venkově, či v malém městě, je poměrně vysoké číslo. Důvodem by mohlo být jejich dojíždění do většího či velkého města do zaměstnání, školy apod.

⁴² Pro potřeby této práce považujeme za venkov obec do 100 obyvatel.

⁴³ Menší město, město od 100 obyvatel do 38.000 obyvatel.

⁴⁴ Větší město, město od 38.000 obyvatel do 100.000 obyvatel.

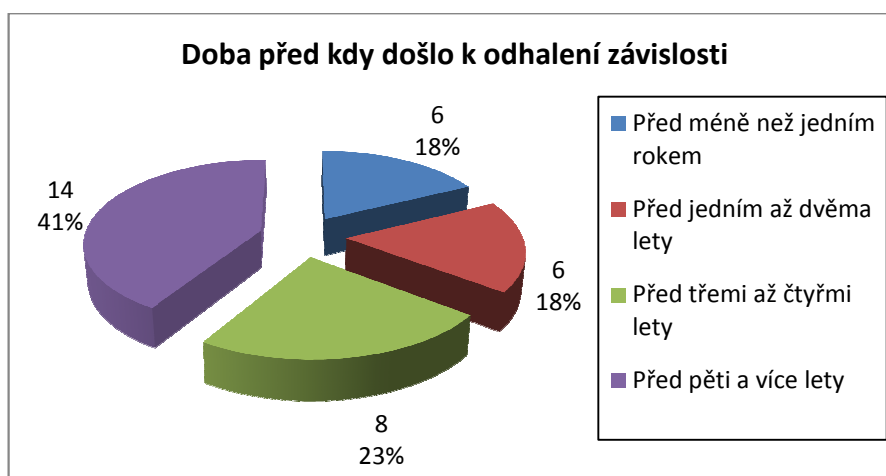
⁴⁵ Velké město, město nad 100.000 obyvatel.

Otázka č. 10: Před jakou dobou jste odhalil/-a partnerovo/partnerčino hraní?

Tabulka č. 36 – otázka č. 10

N ₂ = 34	
Před méně než jedním rokem	6
Před jedním až dvěma lety	6
Před třemi až čtyřmi lety	8
Před pěti a více lety	14

Graf č. 31 – otázka č. 10



Komentář k tabulce č. 36 a grafu č. 31

Z dotazovaných partnerů 6 uvedlo, že na gamblersství u patologického hráče přišlo před méně než jedním rokem, stejný počet partnerů před jedním až dvěma lety, 8 partnerů před třemi až čtyřmi lety a nejvyšší počet, 14 před pěti a více lety.

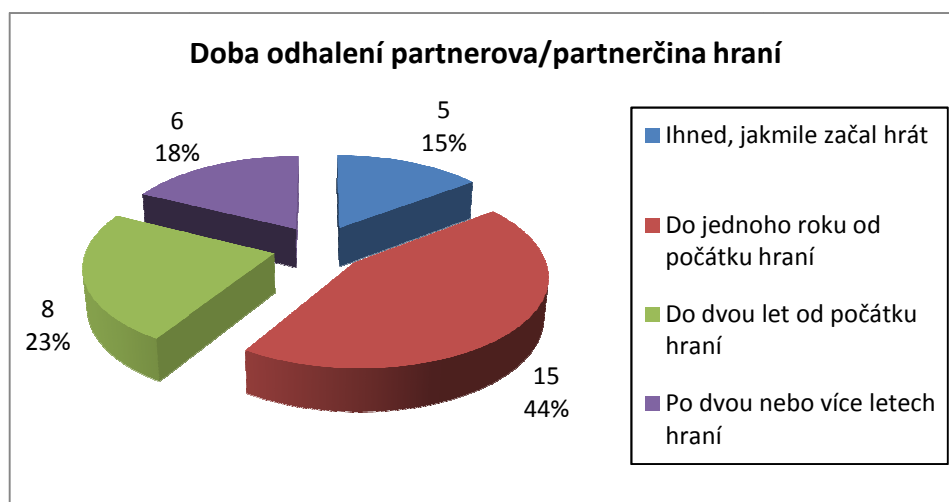
Z tohoto je nejen patrné, že 14 gamblerů (41 %) hraje hazardní hry již více jak čtyři roky, ale zejména, že i přes tuto závislost spolu gambler i jeho partner stále žijí. Důvodem mohou být společné děti (jak tomu je u 79 %) či děti žijící ve společné domácnosti (jak tomu je u 50 %).

Otázka č. 11: Jak dlouho trvalo, než jste odhalil/-a partnerovo/partnerčino hraní?

Tabulka č. 37 – otázka č. 11

N ₂ = 34	
Ihned, jakmile začal hrát	5
Do jednoho roku od počátku hraní	15
Do dvou let od počátku hraní	8
Po dvou nebo více letech hraní	6

Graf č. 32 – otázka č. 11



Komentář k tabulce č. 37 a grafu č. 32

Výsledky této otázky mohou být poněkud zavádějící, neboť může být subjektivním dojmem partnera, kdy na gamblerství přišel. I tak je ale patrné, že pouze 15 % partnerů na patologické hráčství přišlo ihned, jakmile začal gambler hrát.

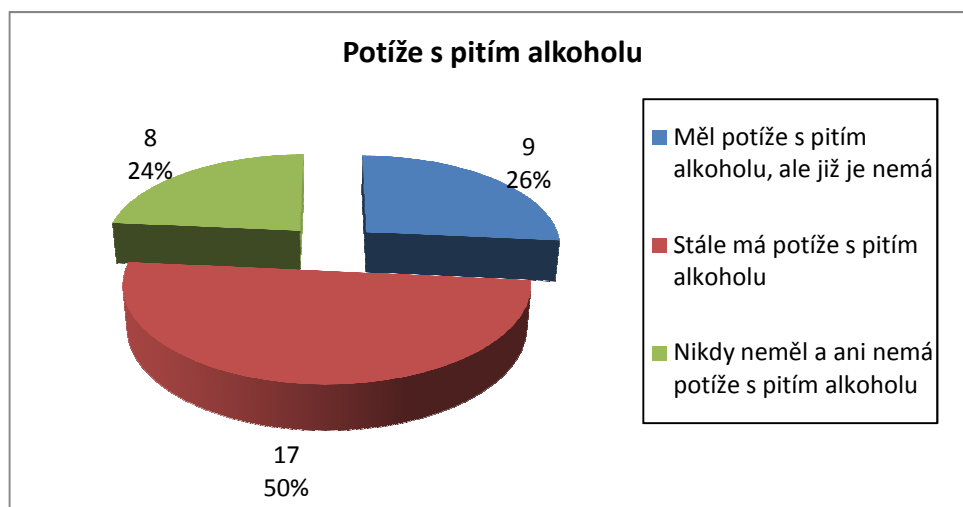
Potvrzují se zde teoretické poznatky Prunnera (2008, s. 105), který uvádí, že cesta vedoucí k patologické herní závislosti může být různě dlouhá, nenápadná a probíhá v několika fázích. Přejchod od rekreačního hraní v patologické hráčství bývá různě rychlý. Opět se zde potvrdilo, že patologické hráčství bývá velmi často dosti nenápadné a latentní.

Otázka č. 12: Měl, nebo má Váš partner/-ka potíže s pitím alkoholu?

Tabulka č. 38 – otázka č. 12

$N_2 = 34$	
Měl potíže s pitím alkoholu, ale již je nemá	9
Stále má potíže s pitím alkoholu	17
Nikdy neměl a ani nemá potíže s pitím alkoholu	8

Graf č. 33 – otázka č. 12



Komentář k tabulce č. 38 a grafu č. 33

Skutečnost, že u 50 % gamblerů pozorují jejich partnerky (resp. partneři) potíže s pitím alkoholu je očekávaným jevem, neboť jak bylo uvedeno již v dotazníku pro patologické hráče, tak u 41 % případů se sami gambleři přiznali k tomu, že u hazardních her pijí alkoholické nápoje. Z tohoto je tedy patrné, že gambleři nepijí alkohol jen u hraní hazardních her, ale s alkoholem mají potíže obecně, což pozorují i jejich partneři.

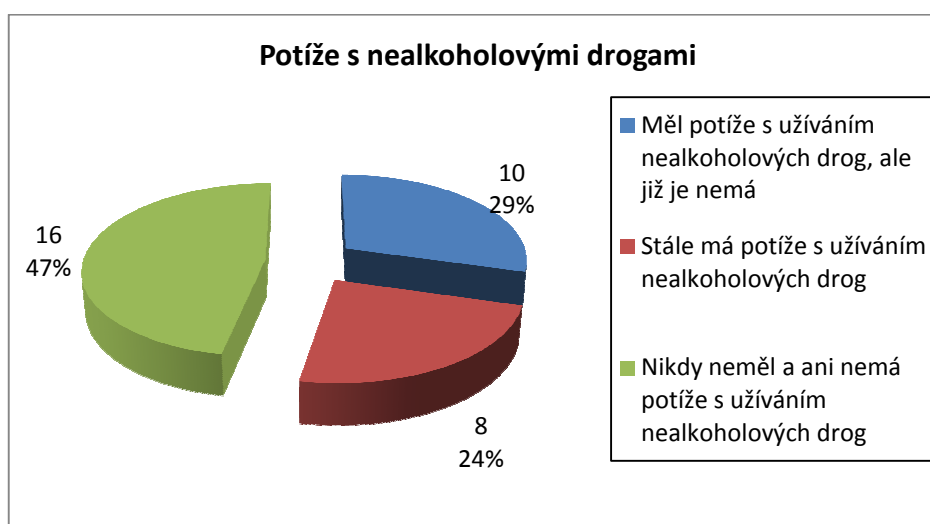
Pouze u 24 % (8) gamblerů jejich partneři nepozorují potíže s pitím alkoholu. Může se zde jednat o stejnou skupinu hráčů, u kterých byla závislost jejich partnery zpozorována před méně než jedním rokem (6) a potíže s pitím alkoholu tak nemusejí být jejich partnery ještě zpozorovány.

Otázka č. 13: Měl, nebo má Váš partner/-ka potíže s užíváním nealkoholových drog?

Tabulka č. 39 – otázka č. 13

N ₂ = 34	
Měl potíže s užíváním nealkoholových drog, ale již je nemá	10
Stále má potíže s užíváním nealkoholových drog	8
Nikdy neměl a ani nemá potíže s užíváním nealkoholových drog	16

Graf č. 34 – otázka č. 13



Komentář k tabulce č. 39 a grafu č. 34

Potíže s užíváním *nealkoholových drog*⁴⁶ mělo nebo stále ještě má celkem 53 % gamblerů, což je ve srovnání s užíváním alkoholu „poměrně nízké číslo“, vezme-li v potaz, že velmi častým negativním následkem hráčských závislostí jsou dle Prunnera (2008, s. 76-77) drogové závislosti. U 47 % (16) gamblerů nepozorovali jejich partneři potíže s nealkoholovými drogami, což však neznamená, že tyto problémy nemohou vyvstat nebo si jich partneři do současné doby nevšimli.

Jak bylo dále zjištěno, tak má 24 % gamblerů potíže s užíváním nealkoholových drog, kdy se zde opět projevuje kombinovaná závislost. Může se zde jednat o stejné

⁴⁶ Pro potřeby této práce považujeme za nealkoholové drogy zejména kanabinoidy (marihuana, hašiš aj.), stimulační látky (pervitin, kokain, crack aj.), opiáty (opium, morfium, heroin aj.), halucinogeny (LSD, lysohlávký aj.), těkavé látky (toluen, aceton aj.), tlumící látky (rohypnol, diazepam aj.). Neřadíme sem např. tabakismus, závislost na kávě apod.

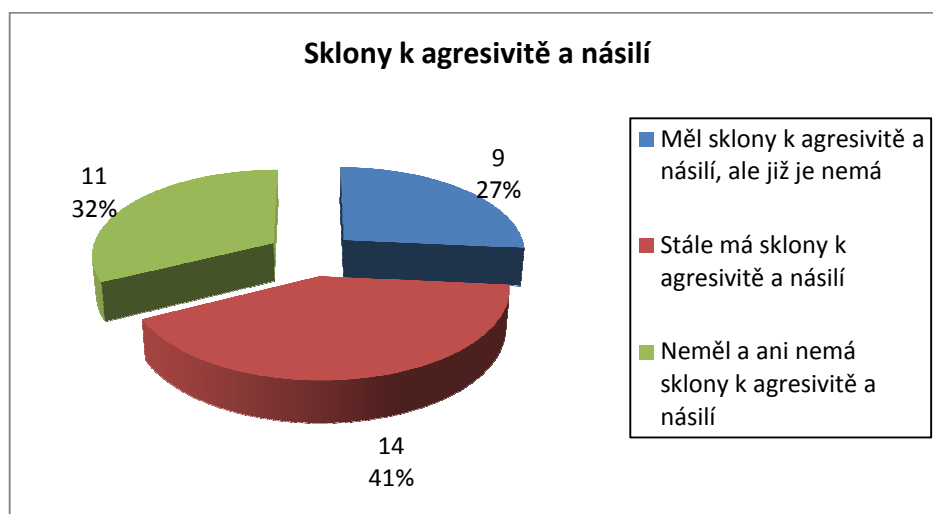
gamblerů, kteří mají také problémy s pitím alkoholu. Jak uvádí Prunner (2008, s. 77), tak není výskyt řady problémů typu alkoholové závislosti či drogové závislosti u patologicky závislých hráčů ojedinělý a nahodilý. U řady z nich se objevuje v kumulované formě.

Otázka č. 14: Měl nebo má Váš partner/-ka sklony k agresivitě a násilí?

Tabulka č. 40 – otázka č. 14

N ₂ = 34	
Měl sklony k agresivitě a násilí, ale již je nemá	9
Stále má sklony k agresivitě a násilí	14
Neměl a ani nemá sklony k agresivitě a násilí	11

Graf č. 35 – otázka č. 14



Komentář k tabulce č. 40 a grafu č. 35

Z výsledků na výše uvedenou otázku celkem 68 % (23) partnerů uvedlo, že gambler měl nebo stále ještě má sklony k agresivitě a násilí. Zde můžeme konstatovat, že se jedná o dosti vysoké číslo vzhledem k faktu, že u 50 % gamblerů a jejich partnerů žije ve společné domácnosti minimálně jedno dítě. Je zde tak velmi pravděpodobné, že v těchto rodinách může docházet nejen k domácímu násilí, ale také k zanedbávání nebo zneužívání dětí, možné izolaci rodiny od příbuzných, přátel

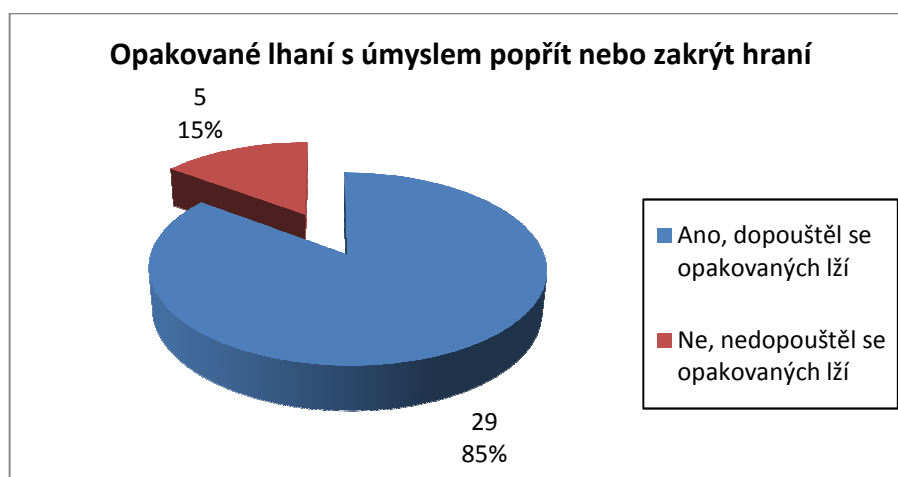
či celého sociálního okolí, popř. se rodina dostala nebo dostává do hmotné nouze. Takovou rodinu můžeme označit jako rodinu klinickou, která se pro samotné dítě nestává rodinou bezpečnou a jistou.

Otázka č. 15: Dopouštěl se Váš partner/-ka opakovaných lží s úmyslem zakrýt nebo popřít hraní?

Tabulka č. 41 – otázka č. 15

$N_2 = 34$	
Ano, dopouštěl se opakovaných lží	29
Ne, nedopouštěl se opakovaných lží	5

Graf č. 36 – otázka č. 15



Komentář k tabulce č. 41 a grafu č. 36

Pouze 5 respondentů ze všech dotazovaných uvedlo, že se jejich partner nedopouštěl opakovaných lží s úmyslem zakrýt nebo popřít hraní. Zbýlých 29 (85 %) dotazovaných konstatovalo opak, tedy, že se jejich partner dopouštěl opakovaných lží s úmyslem popřít nebo zakrýt svojí závislost.

Potvrzuje se zde konstatování jak Vágnerové (2003, s. 91), tedy, že je patologické hráčství charakteristické nadměrným zaujetím hrou a nutkáním ke hře, bez ohledu na nežádoucí následky takového jednání, tak také Nešpora (1996a, s. 14-15), který

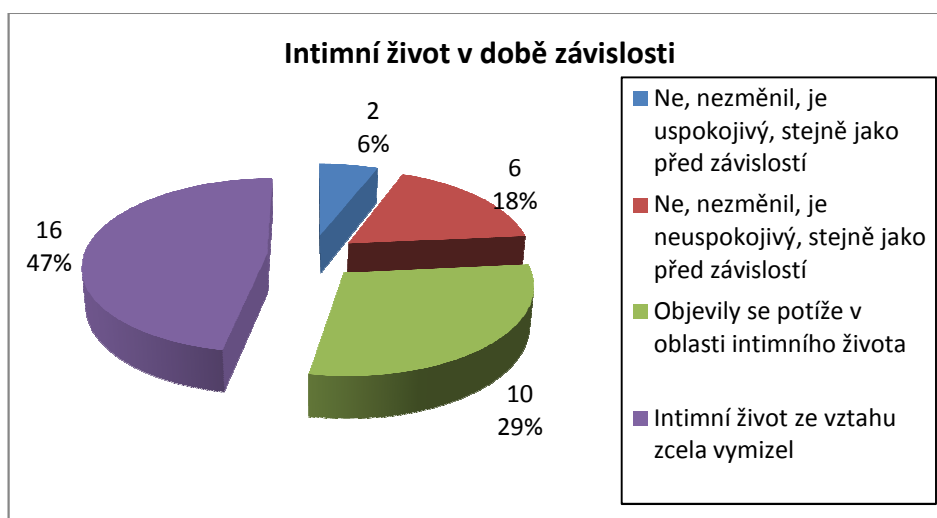
podložil svojí definici patologického hráčství mj. tím, že gambler lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou.

Otázka č. 16: Změnil se Váš intimní život v době partnerovy/partnerčiny závislosti?

Tabulka č. 42 – otázka č. 16

N ₂ = 34	
Ne, nezměnil, je uspokojivý, stejně jako před závislostí	2
Ne, nezměnil, je neuspokojivý, stejně jako před závislostí	6
Objevily se potíže v oblasti intimního života	10
Intimní život ze vztahu zcela vymizel	16

Graf č. 37 – otázka č. 16



Komentář k tabulce č. 42 a grafu č. 37

Ze získaných výsledků můžeme konstatovat, že má patologické hráčství obrovský vliv na intimní život partnerů. Dokladem tohoto je 76 % partnerů, kteří uvedli, že se buď objevily potíže v oblasti intimního života, popř. intimní život ze vztahu zcela vymizel. U 18 % dotazovaných je intimní život neuspokojivý, stejně jako před závislostí a pouze u 6 % dotazovaných se intimní život v době závislosti nezměnil a je uspokojivý.

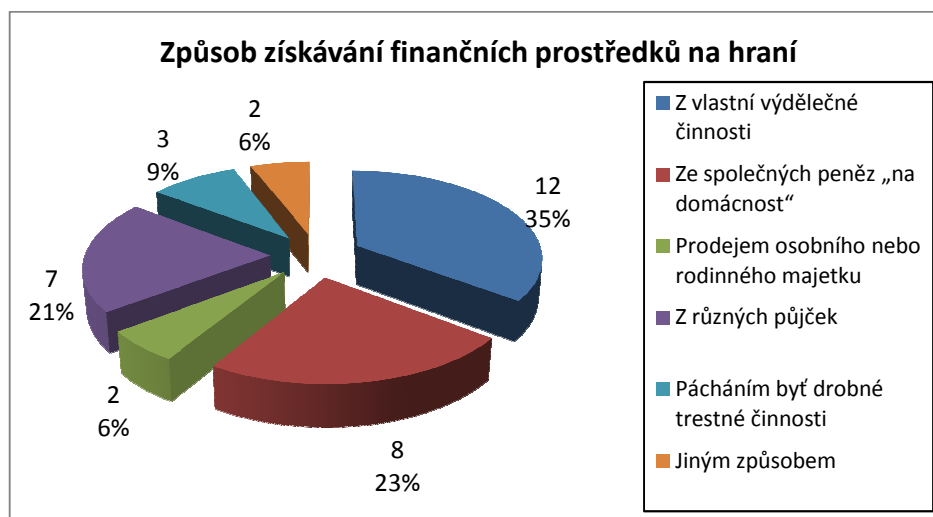
Můžeme si tak povšimnout, že 76 % gamblerů si již prošlo tzv. „fází prohrávání“, u které jsou charakteristické právě problémy v oblasti intimního života, popř. nešťastný rodinný život.

Otázka č. 17: Jakým způsobem získává Váš partner/-ka finanční prostředky na hraní hazardních her?

Tabulka č. 43 – otázka č. 17

N ₂ = 34	
Z vlastní výdělečné činnosti	12
Ze společných peněz „na domácnost“	8
Prodejem osobního nebo rodinného majetku	2
Z různých půjček	7
Pácháním byt drobné trestné činnosti	3
Jiným způsobem	2

Graf č. 38 – otázka č. 17



Komentář k tabulce č. 43 a grafu č. 38

Na danou otázku odpovědělo nejvíce respondentů, že jejich partneři (patologičtí hráči) získávají peníze na hazardní hru z vlastní výdělečné činnosti (35 %), dále ze společných peněz na domácnost (23 %), z různých půjček (21 %), pácháním byt drobné trestné činnosti (9 %), prodejem osobního nebo rodinného majetku (6 %) a jiným způsobem (6 %).

drobné trestné činnosti (9 %), prodejem osobního nebo rodinného majetku (6 %) a zbylí (6 %) uvedli jiným způsobem. Jeden respondent do kolonky „jiným způsobem“ uvedl: „sázením na sportovní zápasy na internetu“ a druhý respondent uvedl: „nevím, manžel mi to odmítá sdělit“.

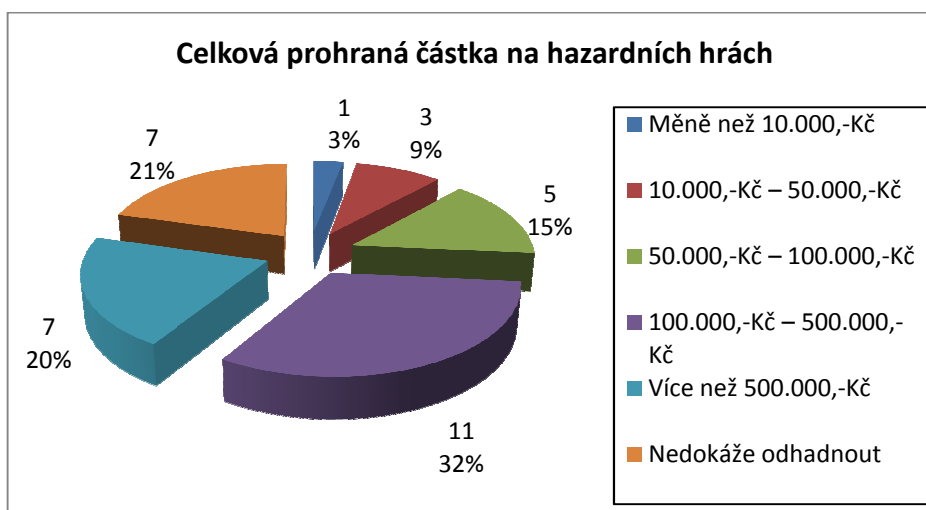
Výsledky na tuto otázku jsou očekávané. Zajímavostí pouze je, že jeden gambler dle svého partnera získává peníze na hru, hrou jiného typu (popř. je závislý na sázení na internetu). U respondenta, který uvedl, že neví s tím, že toto manžel odmítá sdělit je velmi pravděpodobné páchání majetkové trestné činnosti či braní půjček gamblera (o prodávání majetku by respondent věděl a kdyby se jednalo o peníze z vlastní výdělečné činnosti nebo z peněz na domácnost, tak toto by gambler neodmítal sdělit).

Otázka č. 18: Jaká si myslíte, že je celková finanční částka, kterou Váš partner/-ka na hazardních hrách prohrál za celou dobu jeho hazardního hraní?

Tabulka č. 44 – otázka č. 18

N ₂ = 34	
Měně než 10.000,-Kč	1
10.000,-Kč – 50.000,-Kč	3
50.000,-Kč – 100.000,-Kč	5
100.000,-Kč – 500.000,-Kč	11
Více než 500.000,-Kč	7
Nedokáže odhadnout	7

Graf č. 39 – otázka č. 18



Komentář k tabulce č. 44 a grafu č. 39

Zde odpovídali respondenti na otázku týkající se celkové prohrané částky za celou dobu hraní svých partnerů. Pouze 1 respondent uvedl, že jejich partner – gambler prohrál méně než 10.000,-Kč, 3 uvedli částku od 10.000,-Kč do 50.000,-Kč, 5 uvedlo částku od 50.000,-Kč do 100.000,-Kč, 11 uvedlo od 100.000,-Kč do 500.000,-Kč, 7 uvedlo více než 500.000,-Kč a stejný počet jich nedokáže celkovou částku, kterou gambler za celou svojí „hrací kariéru“ prohrál, odhadnout.

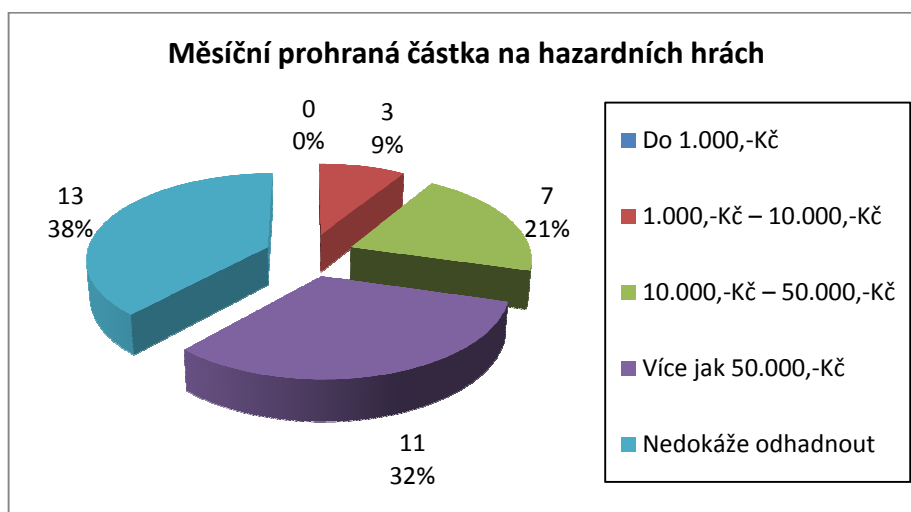
Z těchto výsledků je zřejmé, že hráčova závislost značným způsobem zasahovala, resp. zasahuje do rodinného rozpočtu a tím pádem i do běžného života.

Otázka č. 19: Jaká si myslíte, že je měsíční částka, kterou Váš partner/-ka na hazardních hrách prohrál?

Tabulka č. 45 – otázka č. 19

N ₂ = 34	
Do 1.000,-Kč	0
1.000,-Kč – 10.000,-Kč	3
10.000,-Kč – 50.000,-Kč	7
Více jak 50.000,-Kč	11
Nedokáže odhadnout	13

Graf č. 40 – otázka č. 19



Komentář k tabulce č. 45 a grafu č. 40

Na otázku, kolik peněz si respondenti myslí, že jejich partner – gambler prohraje měsíčně, neuvedl žádný z nich částku do 1.000,-Kč, 9 % uvedlo částku od 1.000,-Kč do 10.000,-Kč, dalších 21 % uvedlo částku od 10.000,-Kč do 50.000,-Kč, částku vyšší jak 50.000,-Kč prohraje dle svých partnerů celkem 32 % gamblerů a 38 % respondentů nedokáže měsíční prohranou částku svých partnerů odhadnout.

Zde se potvrzují stejné předpoklady jako u předchozí otázky, tedy, že patologické hráčství významným způsobem zasahuje do rodinného rozpočtu. Jak je z výsledků patrné, tak dle respondentů prohraná částka více jak 50.000,-Kč měsíčně je téměř u jedné třetiny gamblerů velmi vysoký počet.

Otázka č. 20: Ztratil Váš partner/-ka z důvodu hráčství zájem o aktivity, kterými se dříve zabýval?

Tabulka č. 46 – otázka č. 20

N ₂ = 34	
Ztratil zájem o všechny aktivity	11
Ztratil zájem jen o některé	18
Neztratil zájem o žádné z dřívějších aktivit	5

Graf č. 41 – otázka č. 20



Komentář k tabulce č. 46 a grafu č. 41

Z celkového počtu respondentů jich celkem 85 % uvedlo, že jejich partner z důvodu hráčství buď přišel pouze o některé z dřívějších aktivit, nebo ztratil zájem o všechny své aktivity. Tento počet je opět velmi vysoký avšak očekávaný. Jak uvádí Vágnerová (2008, s. 586) potřeba hry se stala větší hodnotou než citový vztah. Dochází k určitému emočnímu oploštění, bezohlednosti, k zúžení hodnot a ke ztrátě zájmu o blízké lidi.

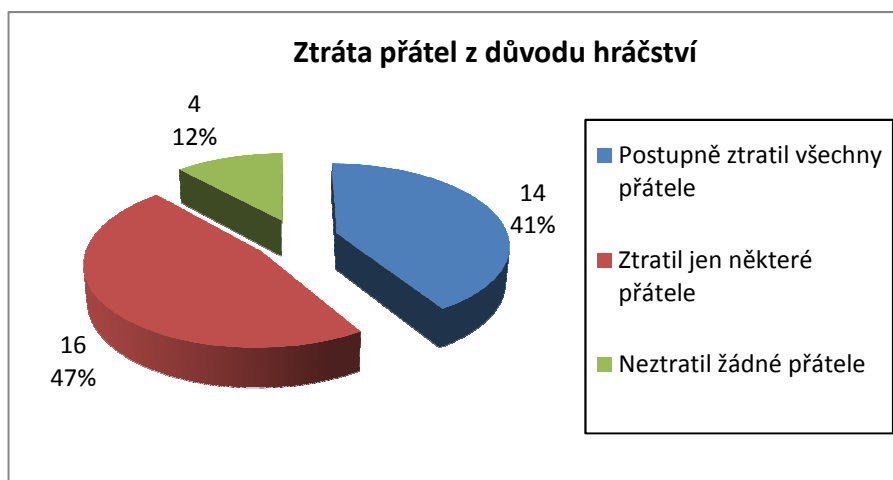
Pouze 15 % respondentů si nemyslí, že by jejich partner – gambler neztratil zájem o žádné z dřívějších aktivit. Zde se může jednat zejména o gamblery, kteří se nacházejí někde mezi stádiem výher a stádiem prohrávání.

Otázka č. 21: Ztratil Váš partner/-ka z důvodu hráčství přátele?

Tabulka č. 47 – otázka č. 21

N ₂ = 34	
Postupně ztratil všechny přátele	14
Ztratil jen některé přátele	16
Neztratil žádné přátele	4

Graf č. 42 – otázka č. 21



Komentář k tabulce č. 47 a grafu č. 42

Mohli bychom říci, že výsledky této otázky souvisejí s otázkou předchozí, tedy, že je v případě ztráty zájmu o aktivity velmi pravděpodobný i zájem o přátele. Tomuto odpovídají i výsledky, kdy 88 % respondentů uvedlo, že gambler postupně ztratil buď všechny své přátele, nebo pouze některé. Pouze 12 % respondentů si nemyslí, že by jejich partner přišel z důvodu svého hraní o některé přátele.

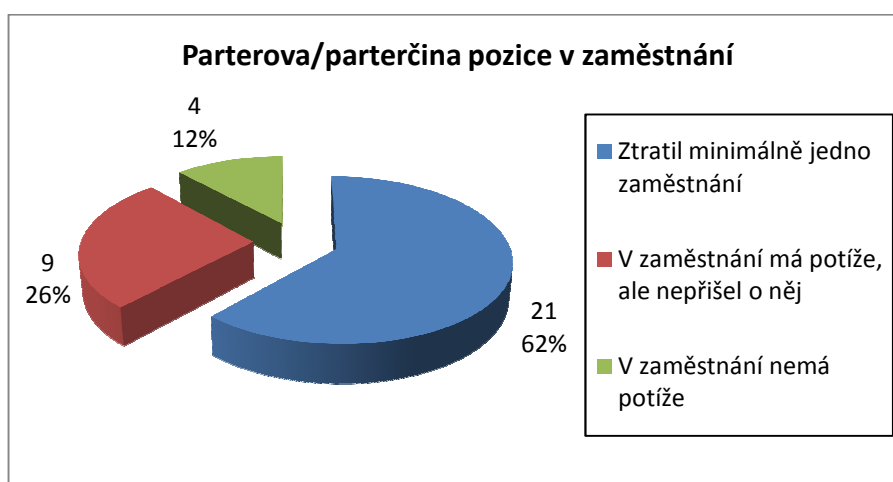
I zde se potvrdilo, že potřeba hazardního hraní je silnější nežli přátelství či volnočasové aktivity.

Otázka č. 22: Ovlivnilo patologické hráčství partnerovu/partnerčinu pozici v zaměstnání?

Tabulka č. 48 – otázka č. 22

N ₂ = 34	
Ztratil minimálně jedno zaměstnání	21
V zaměstnání má potíže, ale nepřišel o něj	9
V zaměstnání nemá potíže	4

Graf č. 43 – otázka č. 22



Komentář k tabulce č. 48 a grafu č. 43

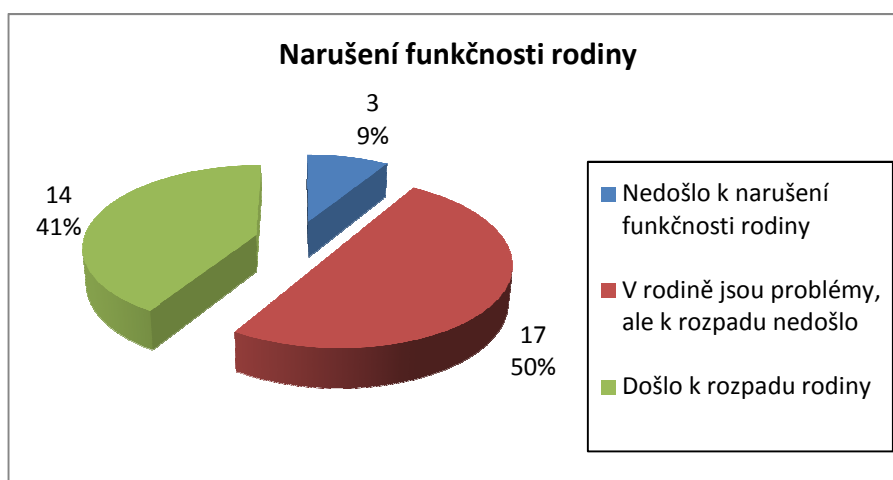
Výsledky této otázky mohou být poněkud zavádějící, neboť u 62 % gamblerů, kteří přišli o zaměstnání, nemusí být toto dáno přímo patologickým hráčstvím, nýbrž současnou situací na pracovním trhu a jinými podobnými aspekty. I přes tento fakt si partneři gamblerů myslí, že na ztrátě zaměstnání měla přímo vliv závislost gamblera. Celkem 26 % respondentů je toho názoru, že jejich partner sice o zaměstnání nepřišel, ale má v něm určité problémy. Pouhých 12 % partnerů uvádí, že jejich partner potíže v zaměstnání nemá. Může se zde jednat o stejnou skupinu hráčů, kteří do současné doby nepřišli o žádné z přátel ani o žádnou z dřívějších aktivit.

Otázka č. 23: Narušilo partnerovo/partnerčino hráčství funkčnost Vaší rodiny?

Tabulka č. 49 – otázka č. 23

N ₂ = 34	
Nedošlo k narušení funkčnosti rodiny	3
V rodině jsou problémy, ale k rozpadu nedošlo	17
Došlo k rozpadu rodiny	14

Graf č. 44 – otázka č. 23



Komentář k tabulce č. 49 a grafu č. 44

Z dotazovaných respondentů pouze 9 % uvedlo, že nedošlo z důvodu patologického hráčství partnera k narušení funkčnosti rodiny. U zbylých 91 % je z výsledků patrné, že se jedná o rodiny nefunkční, klinické, do kterých Matoušek (2003, s. 110) řadí zejména rodiny s dospělým alkoholikem či gamblerem nebo rodiny se zneužívanou nebo týranou ženou. U těchto rodin je ve velké míře narušena jejich funkčnost, resp. funkce reprodukční, materiální, výchovná a především funkce emocionální. V takovéto rodině dochází často k různým sociálně patologickým jevům, v konečné míře k nesprávné socializaci spolužijícího dítěte.

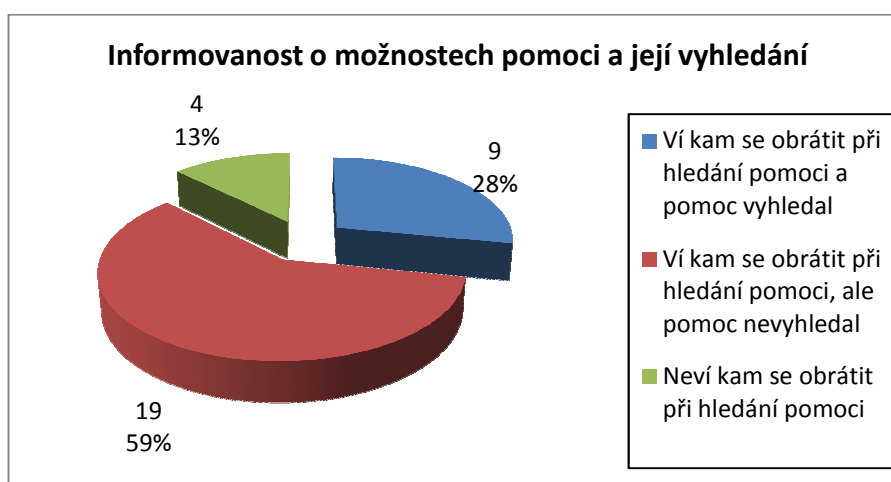
Celkem 31 (91 %) partnerů gamblerů, kteří žijí nebo žili z důvodu gamblerství svého partnera nešťastný rodinný život, je velmi vysoký počet, kterému je dále potřeba věnovat velkou pozornost.

Otázka č. 24: Myslíte si, že Váš partner/-ka ví, kam se obrátit při hledání pomoci a vyhledal již tuto pomoc?

Tabulka č. 50 – otázka č. 24

N ₂ = 34	
Ví kam se obrátit při hledání pomoci a pomoc vyhledal	9
Ví kam se obrátit při hledání pomoci, ale pomoc nevyhledal	19
Neví kam se obrátit při hledání pomoci	4

Graf č. 45 – otázka č. 24



Komentář k tabulce č. 50 a grafu č. 45

Z celkového počtu respondentů jich 9 (28 %) uvedlo, že jejich partner – gambler ví, kam se obrátit při hledání pomoci a pomoc také vyhledal. Dalších 19 (59 %) respondentů uvedlo, že sice jejich partner ví, kam se obrátit při hledání pomoci týkající se své závislosti, avšak pomoc do současné doby nevyhledal. Kam se obrátit při hledání pomoci neví, dle dotazovaných respondentů, pouze 4 gambleři, tj. 13 %.

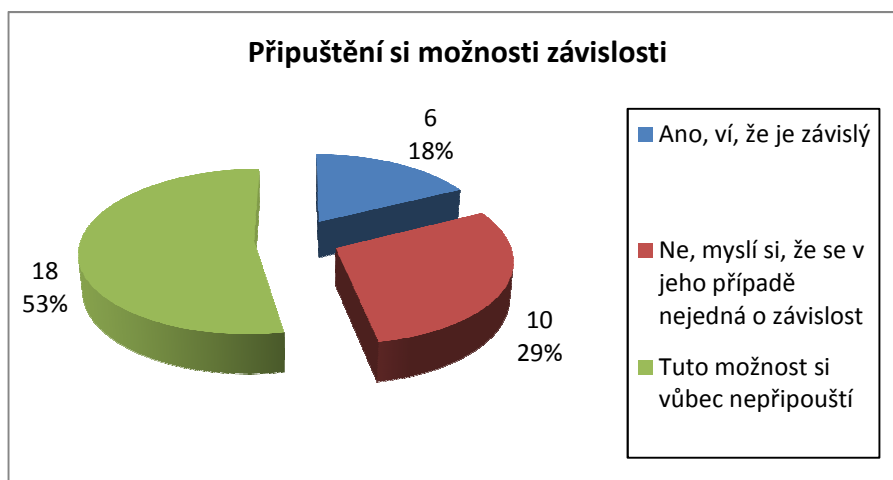
Bezmála 60 % gamblerů tedy ví, kam se obrátit při hledání pomoci své závislosti, ale tuto pomoc nevyhledali. Důvodem může být jejich odmítání či neuvědomování si závislosti. Z výsledků je dále patrné, že téměř 30 % gamblerů pomoc již vyhledalo, avšak zůstává otázkou, zdali byla tato léčba platná a pomohla tak jak samotnému hráči, jeho partneru, rodině, potažmo společnosti.

Otázka č. 25: Přiznává si Váš partner/-ka, že je závislý na hazardních hrách?

Tabulka č. 51 – otázka č. 25

$N_2 = 34$	
Ano, ví, že je závislý	6
Ne, myslí si, že se v jeho případě nejedná o závislost	10
Tuto možnost si vůbec nepřipouští	18

Graf č. 46 – otázka č. 25



Komentář k tabulce č. 51 a grafu č. 46

Vzhledem k předchozí otázce a jejím výsledkům se daly výsledky této otázky očekávat. Více jak polovina gamblerů si dle svých partnerů nepřipouští svoji závislost na hazardních hrách. Může se zde jednat o stejné hráče, kteří sice vědí kam se obrátit při hledání pomoci se svojí závislostí, avšak tuto pomoc nikdy nevyhledali. Potvrdilo se zde tedy, že hlavním důvodem nevyhledání pomoci je nepřipouštění si závislosti. Dle 18 % dotazovaných respondentů ví jejich partner – gambler, že je závislý. Opět se zde může jednat o stejné gamblery, kteří již léčbu vyhledali. Dalších 29 % respondentů uvedlo, že si jejich partner nemyslí, že se v jeho případě jedná o závislost.

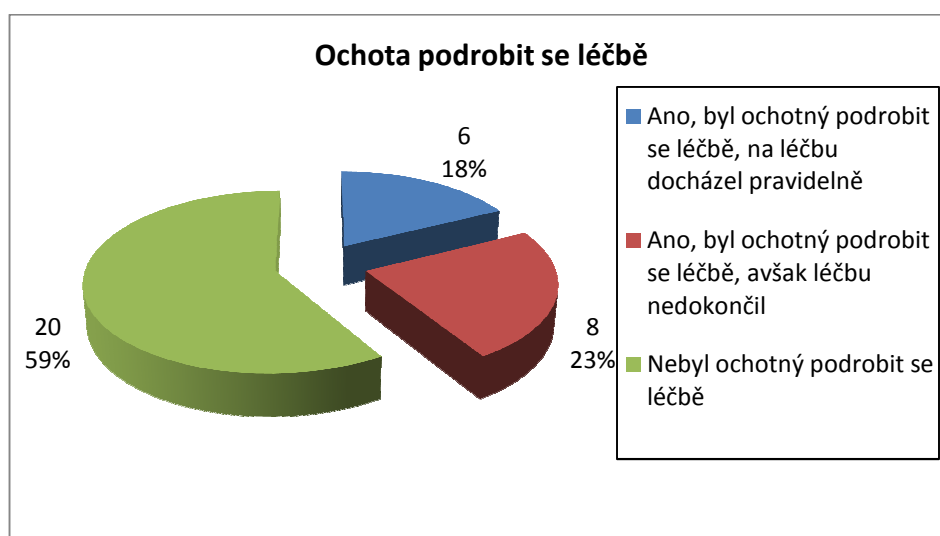
Z celkového počtu respondentů si tedy 82 % gamblerů buď nemyslí, že se jedná v jejich případě o závislost nebo závislost odmítají.

Otázka č. 26: Byl Váš parter/-ka ochotný podrobit se léčbě s patologickým hráčstvím?

Tabulka č. 52 – otázka č. 26

N ₂ = 34	
Ano, byl ochotný podrobit se léčbě, na léčbu docházel pravidelně	6
Ano, byl ochotný podrobit se léčbě, avšak léčbu nedokončil	8
Nebyl ochotný podrobit se léčbě	20

Graf č. 47 – otázka č. 26



Komentář k tabulce č. 52 a grafu č. 47

Tato otázka a její výsledky jsou at již přímo či nepřímo závislé na výsledcích dvou předchozích otázek. V případě gamblerů, kteří se dle svých partnerů, nebylo ochotno podrobit se léčbě s patologickým hráčstvím – 59 %, se s největší pravděpodobností jedná o stejné hráče, kteří svoji závislost buď odmítají (29 %), resp. si ji nepřipouštějí (53 %) a pomoc do současné doby nevyhledali (59 %).

Gambleři, kteří se léčbě již podrobili a na tuto docházeli pravidelně – 18 %, o své závislosti vědí (18 %), a vědí také kam se při hledání pomoci obrátit a pomoc vyhledali (28 %).

Posledních 23 % respondentů uvedlo, že jejich partner – gambler byl ochotný se léčbě podrobit, avšak tuto z různých důvodů nedokončil.

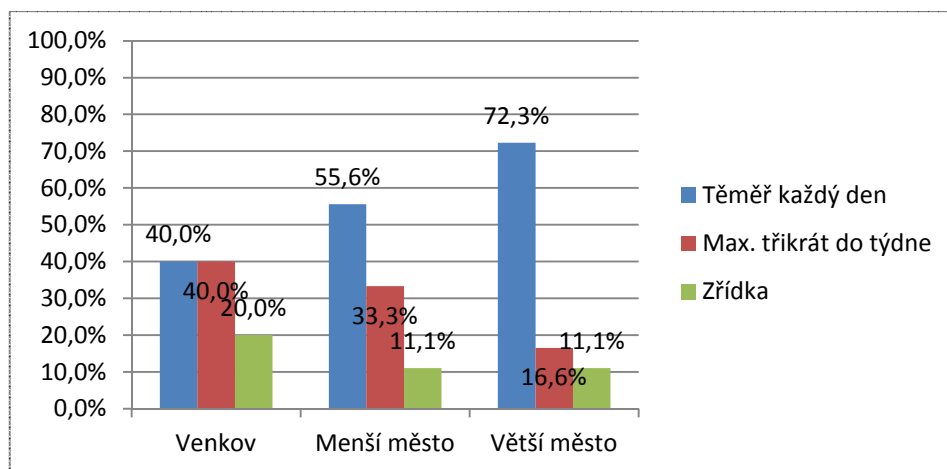
10.5 Analýza dat

Hypotézy vztahující se k patologickým hráčům

H₁ Gambleři trvale žijící ve větším městě navštěvují hernu častěji než respondenti žijící na venkově.

	Venkov		Menší město		Větší město		Celkem	
Téměř každý den	2	40%	5	55,6%	13	72,3%	20	62,5%
Max. třikrát do týdne	2	40%	3	33,3%	3	16,6%	8	25%
Zřídka	1	20%	1	11,1%	2	11,1%	4	12,5%
Celkem	5	100%	9	100%	18	100%	32	100%

Tabulka č. 53 – Souvislost mezi bydlištěm a četností návštěv herny



Graf č. 48 – Souvislost mezi bydlištěm a časem stráveným v hernách

Jak vyplývá ze zpracovaných výsledků výzkumu k tabulce č. 53 a grafu č. 48, tak byla tato hypotéza **verifikována**. Gambleři žijící ve větším městě dle zpracovaných výsledků skutečně navštěvují herny častěji (72,3 %), než gambleři žijící na venkově (40 %).

I přes verifikaci této hypotézy je 40 % gamblerů žijících na venkově a současně navštěvujících hernu téměř každý den velmi vysoké číslo. Potvrzují se zde tak mnohá teoretická tvrzení vztahující se jednak k vysokému počtu heren v celé ČR, potažmo

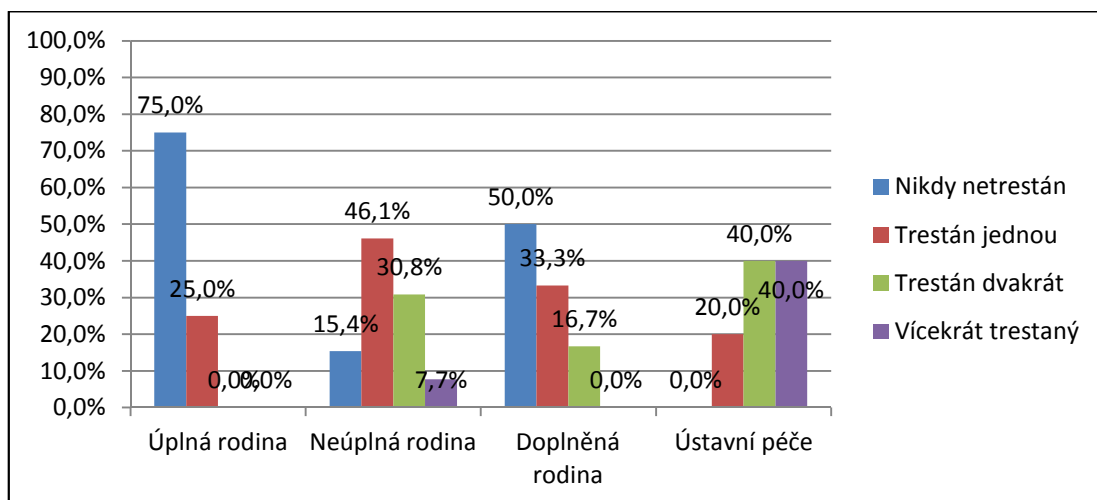
na venkově, současnou vysokou nezaměstnaností a možného trávení tak volného času v hernách. Dále také dojížděním do většího města z různých důvodů, kdy na venkově gambler pouze bydlí.

Z výsledků výzkumu je tedy patrné, že zde platí přímá úměra, tedy že čím větší město, tím častější je hraní gamblerů. Toto může být dáno jak anonymitou velkého města, tak např. i značným svodům ke gamblingu, vysokým počtem heren a s tím související různé druhy hazardních her od hracích automatů, provozoven kde se hrají karetní hry až po sázkové kanceláře či kasina.

H₂ Gambleři pocházející z úplného rodinného prostředí byli méně často trestáni pro trestný čin, než gambleři pocházející z neúplného rodinného prostředí.

	Úplná rodina		Neúplná rodina		Doplněná rodina		Ústavní péče		Celkem	
Nikdy netrestán	6	75%	2	15,4%	3	50%	0	0%	11	34,3%
Trestán jednou	2	25%	6	46,1%	2	33,3%	1	20%	11	34,4%
Trestán dvakrát	0	0%	4	30,8%	1	16,7%	2	40%	7	21,9%
Vícekrát trestaný	0	0%	1	7,7%	0	0%	2	40%	3	9,4%
Celkem	8	100%	13	100%	6	100%	5	100%	32	100%

Tabulka č. 54 – Souvislost mezi rodinou a odsouzením za trestný čin



Graf č. 49 – Souvislost mezi rodinou a odsouzením za trestný čin

Tato hypotéza byla **verifikována**. Jak vyplývá z výsledků výzkumu, tak gambleři, kteří pocházejí z úplného rodinného prostředí, nebyli nikdy trestáni pro trestný čin (75 %). Naopak gambleři pocházející z neúplné rodiny byli ve 46,1 % případů trestáni jednou pro trestný čin, ve 30,8 % případů trestáni dvakrát pro trestný čin a v 7,7 % případů dokonce vícekrát trestáni pro trestný čin.

Opět se zde potvrzuje názor Langmeiera (1963, s. 56), tedy, že chybí-li v rodině některý základní člen, je dítě snadno ohroženo deprivací, neboť nelze vždy zastoupit roli, kterou měl jeden z rodičů plnit. V takovéto rodině mohou dle Nakonečného (2009, s. 425) stresované dospívající děti hledat náhradní rodinné prostředí v partách vrstevníků, rodiče v mimomanželských vztazích. Nezastupitelná výchova dětí je tím ohrožena a může to u nich vést k různým poruchám chování a vzniku různých sociálně patologických jevů.

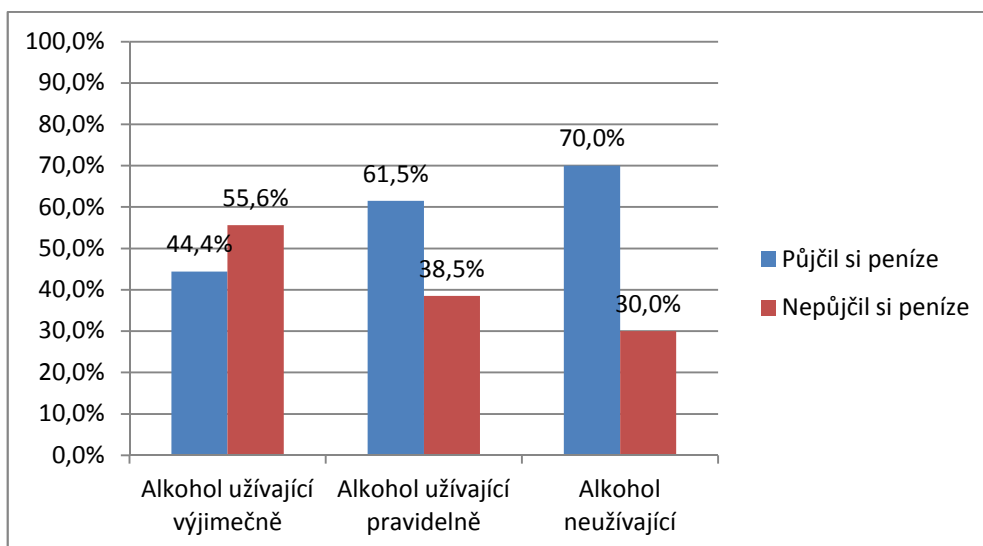
Z výše uvedených výsledků však nemusí být skutečností, že gambleři (75 %) pocházející z úplné rodiny, kteří nikdy nebyli trestáni pro trestný čin, se trestného činu nedopustili, neboť mohlo v jejich případech dojít *k odklonu v trestním řízení*⁴⁷ a nemuseli tak být za trestný čin potrestáni, resp. odsouzeni, jak je zakotveno v zákoně č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním, v platném znění (dále jen „tr. řád“).

⁴⁷ Podmíněné zastavení trestního stíhání (§§ 307-308 tr. řádu), narovnání (§§ 309-314 tr. řádu), podmíněné odložení podání návrhu na potrestání (179g-179h tr. řádu), trestní příkaz (§§ 314e-314g) atd.

H₃ Více gamblerů, kteří při hraní hazardních her pijí alkoholické nápoje, si půjčilo peníze, aby financovali hru, než gambleři, kteří alkohol při hazardním hraní neužívají vůbec.

	Alkohol užívající výjimečně		Alkohol užívající pravidelně		Alkohol neužívající		Celkem	
Půjčil si peníze	4	44,4%	8	61,5%	7	70%	19	59,4%
Nepůjčil si peníze	5	55,6%	5	38,5%	3	30%	13	40,6%
Celkem	9	100%	13	100%	10	100%	32	100%

Tabulka č. 55 – Souvislost mezi užíváním alkoholu a půjčováním si peněz na hru



Graf č. 50 – Souvislost mezi užíváním alkoholu a půjčováním si peněz na hru

Hypotéza byla **falzifikována**, neplatí. Ve výzkumném šetření se nepotvrdilo, že by více gamblerů, kteří při hraní hazardních her pijí alkoholické nápoje, si půjčilo peníze, aby financovalo hru, než gambleři, kteří při hazardním hraní alkohol neužívají vůbec.

Tyto výsledky mohou být dány zejména tím, že užívání alkoholu gamblera nemá podstatný vliv na půjčování si peněz na financování hry a opačně, jak se dosud společnost mylně domnívala. Bylo očekáváno, že když se alkohol velmi významným způsobem spolupodílí na výšce vsazených investic, tím, že se alkoholem posílený

hráč nechá vtáhnout do vyhrocené atmosféry hry, jehož důsledkem následně všechny své peníze prohraje, tak tím více si bude půjčovat peníze, aby hru financoval. I přes tato teoretická tvrzení se hypotéza nepotvrdila, byla falzifikována.

Můžeme tedy konstatovat, že gambleři, kteří při hře neužívají alkoholické nápoje, si ve větší míře půjčují peníze, aby financovali hru (70 %), než gambleři, kteří alkoholické nápoje při hře užívají pravidelně (61,5 %).

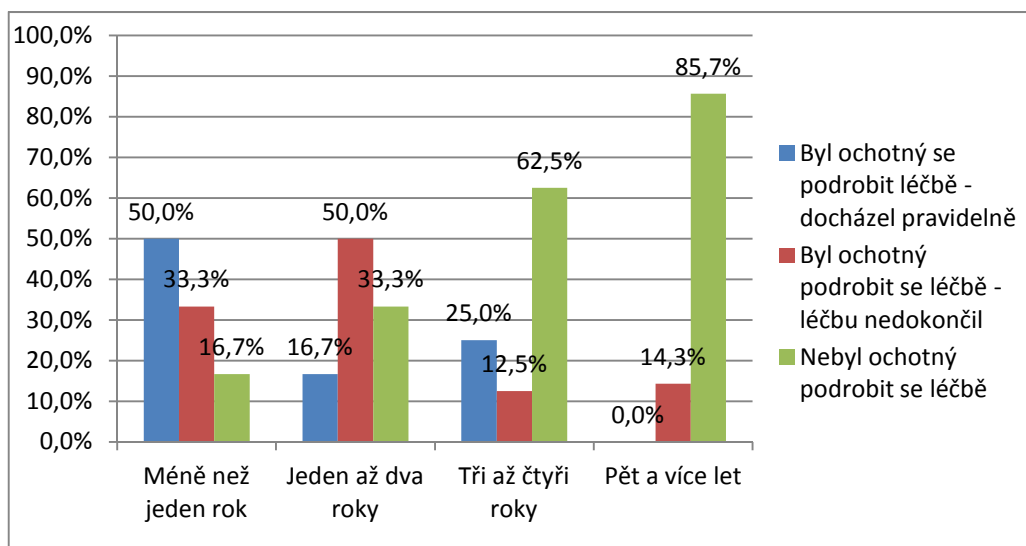
I přes tyto výsledky je 61,5 % gamblerů, kteří si půjčují peníze a pravidelně užívají alkohol, je velmi vysoké číslo. Dochází tak k zadluženosti jak jich samotných, tak celé rodiny. S tímto dále souvisí celkově špatné klima v rodině, které se poté „podepisuje“ na dětech žijících ve společné domácnosti a jejich výchově.

Hypotézy vztahující se k partnerům patologických hráčů

H₁ Čím delší je doba hazardního hraní gamblera, tím menší je ochota podrobit se léčbě patologického hráčství.

	Méně než jeden rok		Jeden až dva roky		Tři až čtyři roky		Pět a více let		Celkem	
Byl ochotný podrobit se léčbě - docházel pravidelně	3	50%	1	16,7%	2	25%	0	0%	6	17,7%
Byl ochotný podrobit se léčbě - léčbu nedokončil	2	33,3%	3	50%	1	12,5 %	2	14,3%	8	23,5%
Nebyl ochotný podrobit se léčbě	1	16,7%	2	33,3%	5	62,5 %	12	85,7%	20	58,8%
Celkem	6	100%	6	100%	8	100%	14	100%	34	100%

Tabulka č. 56 – Souvislost mezi dobou hazardního hraní a ochotou léčit se



Graf č. 51 – Souvislost mezi dobou hazardního hraní a ochotou léčit se

Jak vyplývá ze zpracovaných výsledků výzkumu k tabulce č. 56 a grafu č. 51, tak byla tato hypotéza **verifikována**. Celkem 85,7 % gamblerů hrajících hazardní hry více jak 5 let nebylo ochotno se se svojí závislostí léčit. Skutečně se zde potvrzuje, že čím déle je gambler závislý, tím menší je ochota podrobit se léčbě – klesající tendence viditelná na grafu č. 51 (zelený sloupec, zprava doleva). Dále je patrné, že čím menší je doba hazardního hraní, tím větší je ochota podrobit se léčbě (klesající tendence, modrý sloupec, zleva doprava).

Výsledky výzkumu mohou být dány několika faktory. Prvním faktorem může být, že čím déle je gambler závislý na hazardních hrách, tím méně si svoji závislost uvědomuje, nebo ji odmítá. Naopak, v případě krátkodobého hazardního hraní gamblera si tento může uvědomovat, že něco není v pořádku, kdy buď on sám, nebo jeho blízké okolí, začne zjišťovat změny v chování, začínající dluhy aj. Na základě těchto zjištění a tlaku blízkého sociálního okolí může být gambler ochotný podrobit se léčbě.

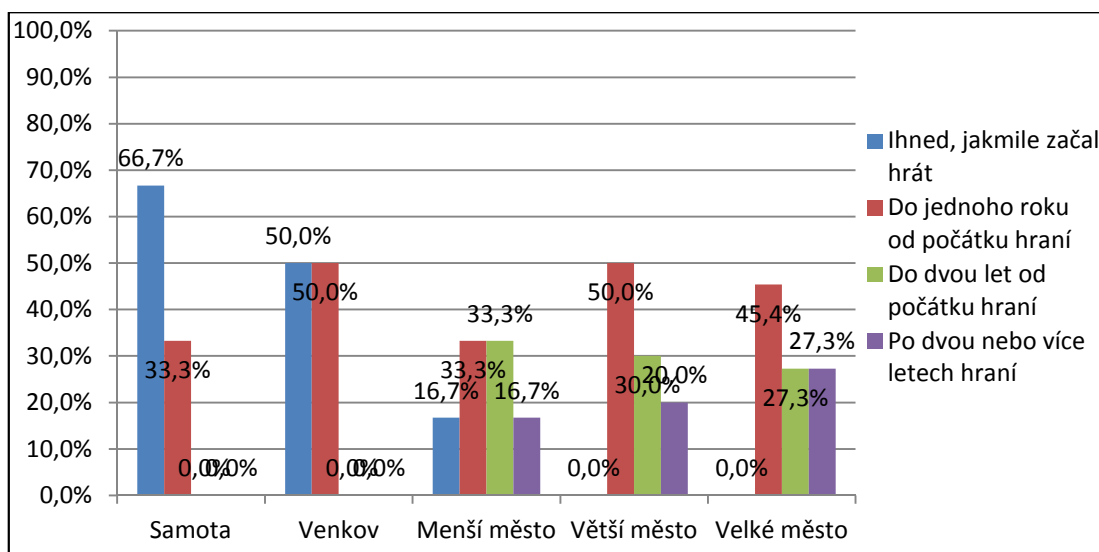
Dalším faktorem může být fáze gamblerova hraní. Jak uvádí Vágnerová (2002, s. 579), v případě, že je gambler závislý do dvou let od počátku hraní, nachází se ve fázi rekreačního hraní či vázanosti na výhru. V těchto fázích je ještě poměrně velká ochota podrobit se léčbě (toto je patrné i z grafu č. 51). Naopak, když se gambler nachází ve fázi závislosti na hře či sociálního selhání, je ochota podrobit se léčbě mizivá (více jak čtyři roky hazardního hraní – taktéž patrné z grafu č. 51). Takto by se dala ochota podrobit se léčbě klasifikovat i dle Schafferovy pětibodové stupnice vážnosti problému – od úrovně „0“ až do úrovně „2“ má gambler ochotu podrobit se léčbě, avšak od úrovně „3“ až do úrovně „4“ se již gambler léčit nechce a svoji závislosti odmítá.

H₂

U patologických hráčů bydlících na samotě či venkově došlo ze strany partnera k odhalení patologického hráčství dříve, než u patologických hráčů pocházejících z většího či velkého města.

	Samota		Venkov		Menší město		Větší město		Velké město		Celkem	
Ihned jakmile začal hrát	2	66,7%	2	50%	1	16,7%	0	0%	0	0%	5	14,7%
Do jednoho roku od počátku hraní	1	33,3%	2	50%	2	33,3%	5	50%	5	45,4%	15	44,1%
Do dvou let od počátku hraní	0	0%	0	0%	2	33,3%	3	30%	3	27,3%	8	23,5%
Po dvou nebo více letech hraní	0	0%	0	0%	1	16,7%	2	20%	3	27,3%	6	17,7%
Celkem	3	100%	4	100%	6	100%	10	100%	11	100%	34	100%

Tabulka č. 57 – Souvislost mezi bydlištěm a odhalením patologického hráčství



Graf č. 52 – Souvislost mezi bydlištěm a odhalením patologického hráčství

Hypotéza byla **verifikována**. Jak je patrné z tabulky č. 57 a grafu č. 52, tak na samotě partner patologického hráče odhalil jeho hraní ihned, jakmile začal hrát v 66,7 % případů. Na venkově tomu bylo v 50 % případů. Naopak jak ve větším či velkém městě se partnerovi gamblera nepodařilo ani v 1 % případu odhalit gamblerovo hraní ihned, jakmile začal hrát (většinou do jednoho roku). Opět si zde

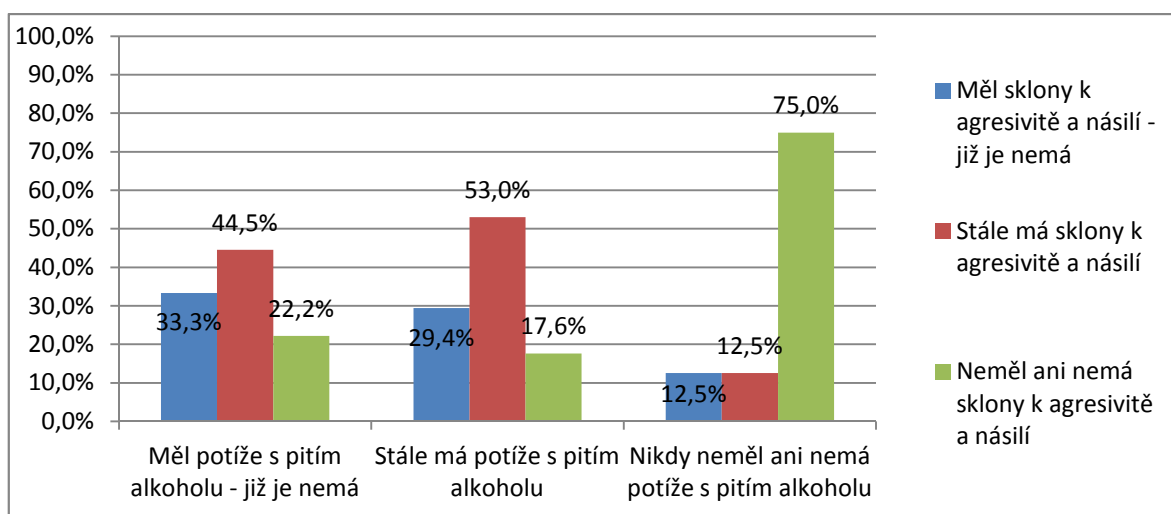
můžeme povšimnout přímé úměry, tedy – čím menší město, tím dříve partner gamblera odhalí jeho hraní, a naopak.

Tuto skutečnost můžeme připisovat zejména anonymitou měst a celkovému městskému prostředí, kde lze poměrně jednoduše gamblerství do určité doby skrýt.

H₃ Více patologických hráčů užívající alkohol se chová vůči svému partneru agresivně, než těch, kteří alkohol neužívají.

	Měl potíže s pitím alkoholu - již je nemá		Stále má potíže s pitím alkoholu		Nikdy neměl ani nemá potíže s pitím alkoholu		Celkem	
Měl sklony k agresivitě a násilí - již je nemá	3	33,3%	5	29,4%	1	12,5%	9	26,5%
Stále má sklony k agresivitě a násilí	4	44,5%	9	53%	1	12,5%	14	41,2%
Neměl a ani nemá sklony k agresivitě a násilí	2	22,2%	3	17,6%	6	75%	11	32,3%
Celkem	9	100%	17	100%	8	100%	34	100%

Tabulka č. 58 – Souvislost mezi užíváním alkoholu a agresivitou



Graf č. 53 – Souvislost mezi užíváním alkoholu a agresivitou

Tato hypotéza byla **verifikována**. Výsledky výzkumu zde potvrdily, že gambleři mající potíže s pitím alkoholu, mají taktéž sklony k agresivitě a násilí (53 %), než gambleři, kteří alkohol neužívají (12,5 %). Z grafu č. 53 je dále nanejvýš pozoruhodné, nikoli však překvapivé, že v 75 % případů, gambleři, kteří nikdy neměli ani nemají potíže s pitím alkoholu, zároveň nikdy neměli ani nemají sklony k agresivitě a násilí. Pozoruhodné na tomto je poněkud vysoké procento gamblerů, kdy 75 % případů je opravdu vysoké číslo.

Naproti tomu z výsledků dále vychází najevo, že v minimálně 53 % případů, kdy má gambler jak potíže s pitím alkoholu, tak sklony k agresivitě a násilí, dochází s největší pravděpodobností v těchto rodinách ke zneužívání či týrání člena rodiny, domácímu násilí a jiným sociálně patologickým jevům, kdy takovéto rodiny označujeme jako dysfunkční. Přičteme-li k tomu fakt, že v 76 % případů se jedná o rodiny funkční, avšak s problémy či rodiny nefunkční a v 50 % případů žije v rodině společně minimálně jedno dítě, je zde osobnost dítěte velmi ohrožena, kdy jeho vývoj, popř. socializace neprochází, řekněme „standardním vývojem“ – můžeme zde hovořit o nefunkční (dysfunkční) socializaci dítěte. Krůček k deviantnímu chování dítěte je poté již velmi malý.

11 Závěr

Diplomová práce se zabývá problematikou patologického hráčství a to z obecného hlediska, z hlediska patologických hráčů, tak i z hlediska vlivu gamblerů na nejbližší sociální okolí hráče, zejména pak na jejich partnery, potažmo celé rodiny, děti nevyjímaje.

Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že je tento sociálně patologický jev skutečně velkou hrozbou nejen pro samotné hráče. Můžeme říci, že se jedná o celospolečenský problém, který na sebe nabaluje další negativní jevy, chceme-li závislosti, jako např. závislost na alkoholu, drogách, kriminální chování různého charakteru apod. Z těchto důvodů je tomuto jevu potřeba věnovat velkou pozornost a nespolehat se pouze na správnou výchovu dětí ze strany rodičů, preventivní opatření, které jsou v současné době nedostatečná a ne zcela účinná a na případný včasný zásah partnerů, rodin nebo blízkého okolí hráče.

Jak bylo z výzkumného šetření u patologických hráčů zjištěno, může gamblerství postihnout širokou veřejnost a to téměř bez jakýchkoli rozdílů, jako je např. věk, pohlaví, vzdělání, sociální zázemí, místo bydliště apod. Bylo však zjištěno, že gamblingu podléhají převážně mladí dospělí ve věku 26-32 let, se středním nebo vyšším vzděláním, pocházející z neúplných rodin.

K vlivu patologického hráče na své partnery a gamblingu obecně, bylo výzkumným šetřením zjištěno, že vliv na partnery je obrovský a zcela zásadní. Dle partnerů patologických hráčů kvůli gamblingu ze vztahu ve většině případů zcela vymizel intimní život, gambleři v nadměrné míře užívají alkoholické nápoje, v jejichž důsledku poté dochází k agresivnímu chování vůči svému partneru a ve většině případů je rodina dysfunkční nebo zcela nefunkční.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký vliv má patologické hráčství na nejbližší sociální okolí hráče a možnosti sociální práce s nimi. Jak již bylo výše uvedeno, vliv patologických hráčů na své nejbližší sociální okolí je zásadní, s negativními dopady jak na partnery a rodiny, tak na děti, které v daných rodinách vyrůstají. K možnostem sociální práce s gamblery a jejich rodinami je nutno uvést, že

z důvodu specifčnosti této závislosti je sociální práce s touto cílovou skupinou velmi obtížná zejména z důvodu latentnosti patologického hráčství, rychlým vznikem závislosti a strmým pádem. Práce sociálních pracovníků je z těchto důvodů podstatně ztížena, kdy jejich práce má převážně preventivní charakter a ve vztahu k rodinám gamblerů charakter poradenský. Možností gamblerů a jejich partnerů je využití sociálních služeb, které se problematikou sociálně patologických jevů zabývají.

Studiem odborné literatury, a právních předpisů s touto problematikou související, byly zjištěny teoretické poznatky týkající se nejen patologického hráčství jako sociálně patologického jevu, ale také osobnosti gamblera, jejich partnerů a možnosti sociální práce s nimi. Tyto byly dále rozšířeny o vlastní poznatky, názory a zkušenosti.

Celkově shrnuto, jsem přesvědčen, že i přes nepatrné obtíže a počáteční obavy se mi podařilo stanovený cíl splnit a alespoň částečně obohatit nebo upřesnit poznatky týkající se patologického hráčství, gamblerů a jejich partnerů. Věřím, že tato diplomová práce může jakkoli, zejména pak svou empirickou částí, napomoci nejen odborníkům, kteří se patologickým hráčstvím nebo jinými sociálně patologickými jevy zabývají, ale i partnerům patologických hráčů, kteří se s tímto jevem každodenně setkávají.

Na závěr bych si zde dovolil citovat Benjamina Seeboma Rowntreeho, který se k hazardnímu hráčství ve společnosti vyjádřil následovně:

„Není pochyb o tom, že svědomí společnosti se dosud zcela neprobudilo, že dosud nepochopilo rozšíření zla, které hazardní hra představuje, a jeho důsledků.

Podobná rakovině tato špatná věc prorůstá jedovatými kořeny skrz
naskrz celou zemí, a kde udeří, tam nastává neštěstí, bída,
oslabení charakteru a zločin.“

(Rowntree in Nešpor 1996a, s. 74).

12 Navrhovaná opatření

Jak zde již bylo mnohokrát uvedeno, tak je patologické hráčství v současné době nejen na našem území, ale i v mnoha jiných zemích velice rozšířený sociálně patologický jev, kterému je nutno věnovat velkou pozornost. Patologické hráčství má pro gamblery, jejich rodiny a blízké sociální okolí mnoho nepříznivých důsledků, a to zejména v oblasti sociální, ekonomické a kulturní.

Navrhovaná opatření, která by snížila počet gamblerů, odradila mnoho potencionálních gamblerů či osob, které bychom mohli zařadit do rizikových skupin, a od hraní hazardních her tak odradit většinovou společnost, nejsou v žádném případě jednoduchá, neboť jsou ovlivňována mnoha faktory, které by měl stát striktně vymezit a přispět tak k podstatnému snížení počtu osob s touto závislostí.

Jako u jiných sociálně patologických jevů je na prvním místě velice důležitá **prevence**. V tomto případě zejména prevence primární. Jak bylo v teoretické části uvedeno, nejúčinnější jsou tzv. „peer programy“ a prevence založená na spolupráci různých složek společnosti. Vhodná by tedy byla účast předem připravených vrstevníků (peer programy), kteří mají být sebemenší zkušenosti s gamblerským, a odradit tak potencionální hráče již ve věku mladého školního či osoby v období dospívání, neboť právě s těmito skupinami se nejlépe „pracuje“ a právě v těchto obdobích je největší riziko vzniku patologického hráčství. V rámci školských zařízení by tedy mělo být s primární prevencí započato již na prvním stupni základní školy.

Nelze zde však přehlížet ani prevenci sekundární a terciární. Tato prevence by se měla více zaměřit nejen na gamblery samotné, ale také na jejich rodiny či blízké sociální okolí, zůstávat s nimi v kontaktu v průběhu závislosti i po ukončení léčby a předcházet tak recidivě, která je u patologického hráčství obvyklá. Velice důležitá je dále pomoc rodinám gamblerů obnovit již tak zprerhané sociální vazby a nalézt správné cesty jak splatit dluhy, které v průběhu závislosti gambler nadělal.

Nejen různá preventivní opatření, ale také represe ze stran obcí, různých státních institucí a státu je neméně důležitá, a dalo by se říci, nezbytná. Stát se ke gamblingu konečně musí postavit čelem a uvědomit si jaké důsledky má tento jev nejen na

gamblery samotné, ale především na jejich rodiny a děti. Stát by měl tedy vytvořit taková „pravidla“, jejichž cílem by nebyl úplný zákaz hazardu, ale **snížení počtu heren a automatů** obecně, a tím podstatně snížit riziko vzniku této závislosti. S tímto přímo souvisí zprůhlednění a ujasnění procesů povolování hazardních her ze strany státu a obcí a striktnější vymezení oblastí, kde může být hazard provozován – vytěsnění z center měst, daleko od mateřských, základních či středních škol apod.

Jak již bylo uvedeno, tak prvním krokem k úspěšnému boji proti vzniku patologického hráčství je **nezbytná změna současných právních norem**, které ať již přímo či nepřímo souvisejí s hazardním hraním. Nejen omezení dostupnosti hazardních her, ale také jiná opatření, jako např. zákaz nepřetržitého provozu heren (otevírací doba max. do 22:00 hod.), zřízení registru osob, kterým nesmí být umožněno hraní hazardních her (osoby, které mají soudem zakázáno hrát hazardní her, osoby, které pobírají různé sociální dávky apod.), je nutno vytvořit ke snížení počtu gamblerů a zamezení tak mnoha rodinným tragédiím, které s sebou patologické hráčství přináší.

Tyto, a mnohé další omezení by měly být zakotveny v našem právním řádu. **Vyšší zdanění hazardu** či **celková transparentnost** je samozřejmostí, o které se již dále není nutno zmiňovat.

Seznam použitých zdrojů

BAUEROVÁ, J., 1987. *Proměny ženy v rodině, práci a ve veřejném životě*. 1. vyd. Praha: Svoboda.

Celostní medicína: Serotonin. [online]. [vid. 2014-01-08]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/serotonin.htm>

CSÉMY, L., NEŠPOR, K., 1996. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha – Bohnice. ISBN: 80-85121-52-2.

Domáci násilí.cz: Statistiky. [online]. [vid. 2014-01-29]. Dostupné z: <http://www.domacinasili.cz/statistiky/>

ETTLEROVÁ, S., 2007. *Rodina a zaměstnání I. Svobodní jedinci*. [online]. [vid. 2014-01-26]. Dostupné z: praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_233.pdf

GÖHLERT, CH., KÜHN, F., 2001. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar. ISBN: 80-7202-950-9.

HARTL, P., 1993. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Budka. ISBN: 80-901549-0-5.

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

HÁŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN: 978-80-87109-19-9.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., aj., 1996. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 80-7169-277-8.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., aj., 2011. *Pavučina závislosti*. 1. vyd. Praha: Togga. ISBN: 978-80-87258-62-0.

HELUS, Z., 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1168-3.

HLUBUČEK, V., 2012. *Patologické hráčství: bakalářská práce*. Liberec: Technická univerzita, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická, Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky, 84 l., 5 l. příl. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Jan Sochůrek, Ph.D.

HORÁČEK, M., 2000. *Los a sázka*. Praha: Fortuna. ISBN: 80-239-0179-6.

HOSEK, J., 1998. *Sám proti alkoholu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 80-7169-624-2.

CHALOUPKA, O., 1995. *Rodina a počátky dětského čtenářství*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing. ISBN: 80-85865-40-8.

KALINA, K., aj., 2003. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. 1. Vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN: 80-86734-05-6.

KOHOUT, P., 2000. *Jsem hazardní hráč aneb Zpověď gamblera*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 80-7169-958-6.

KOTASOVÁ, J., 2000. *Vybrané kapitoly z patopsychologie*. 1. vyd. Olomouc: Hanex. ISBN: 80-85783-30-4.

KRAMÁŘ, K., HUŠÁK, A., 2006. *Herní právo*. 1. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk. ISBN: 80-86898-80-6.

KRAUS, B., HRONCOVÁ, J., 2010. *Sociální patologie*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN: 978-80-7435-080-1.

KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V., aj., 2001. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-004-2.

LANGMEIER, J., 1963. *Psychická deprivace v dětství*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

MARÁDOVÁ, E., 2006. *Prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN: 80-86991-70-9.

MATĚJČEK, Z., 1992. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN: 80-04-25236-2.

MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z., 1999. *Nevlastní rodiče a nevlastní děti*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 80-7169-897-0.

MATOUŠEK, O., 1993. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN: 80-901424-7-8.

MATOUŠEK, O., 2001. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, O., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O., 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN: 80-86429-19-9.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: Desátá revize, aktualizovaná k 1. 1. 2013. [online]. [vid. 2013-08-28]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Moje psychologie: Gambling. Hraju až na dno [online]. [vid. 2011-08-03]. Dostupné z: <http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=343283>

MOŽNÝ, I., 2008. *Rodina a společnost*. 2. uprav. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN: 978-80-86429-87-8.

MÜHLPACHR, P., 2001. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 80-210-2511-5.

MÜHLPACHR, P., 2002. *Sociální patologie*. 1. vyd. 2. dotisk. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 80-210-2511-5.

MÜHLPACHR, P., 2008. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 978-80-210-4550-7.

MÜHLPACHR, P., 2008. *Sociopatologie pro sociální pracovníky*. 1. vyd. Brno: MSD. ISBN: 978-80-7392-069-2.

NAKONEČNÝ, M., 2009. *Sociální psychologie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Academia. ISBN: 978-80-200-1679-9.

NAVRÁTIL, P., 2001. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman. ISBN: 80-903070-0-0.

NEŠPOR, K., 1994. *Hazardní hra jako nemoc*. 1. vyd. Ostrava: nakl. Aleny Krtílkové.

NEŠPOR, K., 1996a. *Jak překonat problém s hazardní hrou*. 1. vyd. Praha: Sportpropag.

NEŠPOR, K., 1996b. Patologické hráčství. *Časopis lékařů českých*. č. 3. ISSN 0008-7335.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H., 1996. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních školách*. Praha: Sportpropag pro Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. ISBN: 80-260-3877-0.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., 1997. *Alkohol, drogy a Vaše děti*. 4. rozš. vyd. Praha: Besip.

NEŠPOR, K., 2000. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-831-7.

NEŠPOR, K., 2002. Psychoterapie patologického hráčství. *Psychologie dnes*. č. 4. ISSN 1211-5886.

NEŠPOR, K., 2006. *Už jsem prohrál dost*. Praha: Sportpropag.

NEŠPOR, K., 2011. *Hazard v Česku je třeba konečně omezit*. [online]. [vid. 2011-08-26]. Dostupné z: www.drnespor.eu/Red_hazF.doc

NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-908-8.

PEČENKA, M., 2007. *Právní aspekty osvojení*. [online]. [vid. 2013-10-16]. Dostupné z: is.muni.cz/th/251161/pravf_r/PRAVNI_ASPEKTY_OSVOJENI.pdf

PEŠATOVÁ, I., 2007. *Sociálně patologické jevy u dětí školního věku*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN: 978-80-7372-291-3.

POKORNÁ, L., 2010. *Patologické hráčství a jeho dopady na rodinu*. [online]. [vid. 2013-10-11]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/173657/pedf_m/DP_konecna_verze.pdf

POKORNÝ, V., aj., 2002. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. ISBN: 80-86568-02-04.

Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti: Jak mohou rodiče předcházet hráčství u svých dětí? [online]. [vid. 2011-08-02]. Dostupné z: <http://www.poradenskecentrum.cz/gambling-prevence.php>

POTENZA, M., 2001. Patologické hráčství. *Jama*. roč. 9, č. 10. ISSN 1210-4132.

PRUNNER, P., 2008. *Psychologie gamblerství aneb Sázka na štěstí*. 1. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk. ISBN: 978-80-7380-074-1.

Psychologie dnes [online]. 2006, roč. 12, č. 5 [vid. 2011-08-02]. ISSN 1212-9607. Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=9416>

Psychologie v teorii a praxi: Drogové závislosti, alkoholismus a nikotinismus. [online]. [vid. 2013-08-27]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0811/drogove-zavislosti-alkoholismus-nikotinismus>

RODGERS, F., aj., 1999. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN: 80-7169-836-9.

SALIVAR, L., VLASÁKOVÁ, M., 2011. *Hazard provozovaný na hracích automatech* [online]. 1. vyd. Praha: UK. [vid. 2013-08-30]. Dostupné z: http://www.verejna-politika.cz/index.php?option=com_rubberdoc&view=doc&id=72&format=raw

SOBOTKOVÁ, I., 2001. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-559-8.

SOCHŮREK, J., 2009. *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN: 978-80-7372-448-1.

Středisko náhradní rodinné péče: Systém náhradní rodinné péče. [online]. [vid. 2013-10-16]. Dostupné z: http://www.nahradnirodina.cz/nahradni_rodinna_pecel.html

STŘELEČ, S., 2005. *Studie z teorie a metodiky výchovy II*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 80-210-3687-7.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 1992. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN: 80-85121-37-9.

ŠPAŇHELOVÁ, I., 2013. *Psychické potíže u osvojených dětí*. [online]. [vid. 2013-10-17]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/1801-psychicke-potize-u-osvojenych-deti>

TOUFAR, P., 2008. *Opilci, falešní hráči a mlsní žrouti aneb Ze života našich předků*. 1. vyd. Benešov: Start. ISBN: 978-80-86231-46-4.

Týden.cz: Klaus podepsal daňovou reformu, odvody z hazardu i školský zákon. [online]. [vid. 2013-09-09]. Dostupné z: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/klaus-si-vycistil-stul-podepsal-danovou-reformu-odvody-z-hazardu-i-skolsky-zakon_221063.html

URBAN, E., 1973. *Toxikománie*. 1. vyd. Praha: Avicenum.

ÚLEHLA, I., 1996. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální práce*. Písek: Renesance.

VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Psychologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky, druhá část*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M., 2003. *Psychopatologie pro pracovníky Policie a vězeňské služby 2 díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN: 80-7083-703-9.

VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0956-0.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-414-4.

VYKOPALOVÁ, H., 2002. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN: 80-244-0337-4.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 1998. *Aplikovaná sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-269-6.

Závislosti: Hraní jako nemoc. [online]. [vid. 2011-10-18]. Dostupné z: <http://www.zavislosti.com/index.php?sekce=clanky>

Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), v platném znění. In: *Sbírka zákonů české republiky*. 1961, částka 66, s. 513–576

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů české republiky*. 1963, částka 53, s. 339–350.

Zákon č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1990, částka 35, s. 828–837.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů české republiky*. 2006, částka 37, s. 1257–1289.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů české republiky*. 2006, částka 84, s. 3146–3241.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů české republiky*. 2009, částka 11, s. 353–464.

Zákon č. 89/2012., občanský zákoník, v platném znění. In: *Sbírka zákonů české republiky*. 2012, částka 33, s. 1026–1365.

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Neurobehaviorální model patologického hráčství.....	38
Obrázek č. 2 – Doplněná rodina v podání šestiletého chlapce.....	92

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Pět podtypů patologického hráče.....	36
Tabulka č. 2 – Čtyři hlavní faktory patologického hraní.....	37
Tabulka č. 3 – Dělení prevence na návykových látkách v USA.....	61
Tabulka č. 4 – Účinnost strategií prevence škod působených návykovými látkami..	64
Tabulka č. 5 – Rozdíly mezi „neklinickou“ a klinickou rodinou.....	89

Vyhodnocení dotazníků pro patologické hráče.....

110

Tabulka č. 6 – otázka č. 1	110
Tabulka č. 7 – otázka č. 2	111
Tabulka č. 8 – otázka č. 3	112
Tabulka č. 9 – otázka č. 4	113
Tabulka č. 10 – otázka č. 5	114
Tabulka č. 11 – otázka č. 6	115
Tabulka č. 12 – otázka č. 7	116
Tabulka č. 13 – otázka č. 8	117
Tabulka č. 14 – otázka č. 9	118
Tabulka č. 15 – otázka č. 10	119
Tabulka č. 16 – otázka č. 11	120
Tabulka č. 17 – otázka č. 12	121
Tabulka č. 18 – otázka č. 13	122
Tabulka č. 19 – otázka č. 14	123
Tabulka č. 20 – otázka č. 15	124
Tabulka č. 21 – otázka č. 16	125
Tabulka č. 22 – otázka č. 17	126
Tabulka č. 23 – otázka č. 18	127
Tabulka č. 24 – otázka č. 19	128
Tabulka č. 25 – otázka č. 20	129
Tabulka č. 26 – otázka č. 21	130

Vyhodnocení dotazníků pro partnery patologických hráčů	132
Tabulka č. 27 – otázka č. 1	132
Tabulka č. 28 – otázka č. 2	133
Tabulka č. 29 – otázka č. 3	134
Tabulka č. 30 – otázka č. 4	135
Tabulka č. 31 – otázka č. 5	136
Tabulka č. 32 – otázka č. 6	137
Tabulka č. 33 – otázka č. 7	138
Tabulka č. 34 – otázka č. 8	139
Tabulka č. 35 – otázka č. 9	140
Tabulka č. 36 – otázka č. 10	142
Tabulka č. 37 – otázka č. 11	143
Tabulka č. 38 – otázka č. 12	144
Tabulka č. 39 – otázka č. 13	145
Tabulka č. 40 – otázka č. 14	146
Tabulka č. 41 – otázka č. 15	147
Tabulka č. 42 – otázka č. 16	148
Tabulka č. 43 – otázka č. 17	149
Tabulka č. 44 – otázka č. 18	151
Tabulka č. 45 – otázka č. 19	152
Tabulka č. 46 – otázka č. 20	153
Tabulka č. 47 – otázka č. 21	154
Tabulka č. 48 – otázka č. 22	155
Tabulka č. 49 – otázka č. 23	156
Tabulka č. 50 – otázka č. 24	157
Tabulka č. 51 – otázka č. 25	158
Tabulka č. 52 – otázka č. 26	159
 Hypotézy vztahující se k patologickým hráčům	 160
Tabulka č. 53 – Souvislost mezi bydlištěm a četností návštěv herny	160
Tabulka č. 54 – Souvislost mezi rodinou a odsouzením za trestný čin	161
Tabulka č. 55 – Souvislost mezi užíváním alkoholu a půjčováním si peněz na hru.....	163

Hypotézy vztahující se k partnerům patologických hráčů	165
Tabulka č. 56 – Souvislost mezi dobou hazardního hraní a ochotou léčit se	165
Tabulka č. 57 – Souvislost mezi bydlištěm a odhalením patologického hráčství	167
Tabulka č. 58 – Souvislost mezi užíváním alkoholu a agresivitou	168

Seznam grafů

Vyhodnocení dotazníků pro patologické hráče.....	110
Graf č. 1 – otázka č. 1	110
Graf č. 2 – otázka č. 2	111
Graf č. 3 – otázka č. 3	112
Graf č. 4 – otázka č. 4	113
Graf č. 5 – otázka č. 5	114
Graf č. 6 – otázka č. 6	115
Graf č. 7 – otázka č. 7	116
Graf č. 8 – otázka č. 8	117
Graf č. 9 – otázka č. 9	118
Graf č. 10 – otázka č. 10	119
Graf č. 11 – otázka č. 11	120
Graf č. 12 – otázka č. 12	121
Graf č. 13 – otázka č. 13	122
Graf č. 14 – otázka č. 14	123
Graf č. 15 – otázka č. 15	124
Graf č. 16 – otázka č. 16	125
Graf č. 17 – otázka č. 17	126
Graf č. 18 – otázka č. 18	127
Graf č. 19 – otázka č. 19	128
Graf č. 20 – otázka č. 20	129
Graf č. 21 – otázka č. 21	130
 Vyhodnocení dotazníků pro partnery patologických hráčů	 132
Graf č. 22 – otázka č. 1	132
Graf č. 23 – otázka č. 2	133
Graf č. 24 – otázka č. 3	134

Graf č. 25 – otázka č. 4	135
Graf č. 26 – otázka č. 5	136
Graf č. 27 – otázka č. 6	137
Graf č. 28 – otázka č. 7	138
Graf č. 29 – otázka č. 8	139
Graf č. 30 – otázka č. 9	140
Graf č. 31 – otázka č. 10	142
Graf č. 32 – otázka č. 11	143
Graf č. 33 – otázka č. 12	144
Graf č. 34 – otázka č. 13	145
Graf č. 35 – otázka č. 14	146
Graf č. 36 – otázka č. 15	147
Graf č. 37 – otázka č. 16	148
Graf č. 38 – otázka č. 17	149
Graf č. 39 – otázka č. 18	151
Graf č. 40 – otázka č. 19	152
Graf č. 41 – otázka č. 20	153
Graf č. 42 – otázka č. 21	154
Graf č. 43 – otázka č. 22	155
Graf č. 44 – otázka č. 23	156
Graf č. 45 – otázka č. 24	157
Graf č. 46 – otázka č. 25	158
Graf č. 47 – otázka č. 26	159

Hypotézy vztahující se k patologickým hráčům

Graf č. 48 – Souvislost mezi bydlištěm a časem stráveným v hernách.....	160
Graf č. 49 – Souvislost mezi rodinou a odsouzením za trestný čin.....	161
Graf č. 50 – Souvislost mezi užíváním alkoholu a půjčováním si peněz na hru	163

Hypotézy vztahující se k partnerům patologických hráčů

Graf č. 51 – Souvislost mezi dobou hazardního hraní a ochotou léčit se	165
Graf č. 52 – Souvislost mezi bydlištěm a odhalením patologického hráčství.....	167
Graf č. 53 – Souvislost mezi užíváním alkoholu a agresivitou	168

Přílohy

Příloha A - Dotazník na patologické hráčství organizace Gamblers Anonymous	I
Příloha B - Dotazník pro patologické hráče.....	II
Příloha C - Dotazník pro partnery patologických hráčů	VI
Příloha D - Systém náhradní rodinné péče	XI

Příloha A - Dotazník na patologické hráčství organizace Gamblers Anonymous

Odpovídejte prosím pouze „ano“ nebo „ne“ podle toho, jestli je pravdivá odpověď bližší „ano“ nebo „ne“.

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

Spočítejte kladné odpovědi.

Vyhodnocení: Patologický hráč většinou odpoví kladně na sedm nebo více otázek.

Příloha B - Dotazník pro patologické hráče

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentem Technické univerzity v Liberci a pro účely své diplomové práce se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na průzkum patologického hráčství (gamblerství), resp. na zjištění sociálního statusu hazardních hráčů.

V níže uvedeném anonymním dotazníku zaškrtněte, popř. pište, prosím vždy odpověď, se kterou se právě Vy ztotožňujete. Dotazník prosím vyplňujte zodpovědně, dle svého nejlepšího uvážení.

Děkuji Vám za spolupráci

Vojtěch Hlubuček

1. Jakého jste pohlaví?

- ☐ Muž
- ☐ Žena

2. Kolik je Vám let?

- ☐ 15 – 25 let
- ☐ 26 – 32 let
- ☐ 33 – 40 let
- ☐ 41 – 50 let
- ☐ 50 let a více

3. Jaká je Vaše národnost?

- ☐ Uveďte

4. Kolik máte sourozenců?

- ☐ Jsem jedináček
- ☐ Mám jednoho sourozence
- ☐ Mám dva sourozence
- ☐ Mám tři a více sourozenců

5. V jaké rodině jste vyrůstal/-a?

- ☐ Úplná rodina
- ☐ Neúplná rodina
- ☐ Doplněná rodina
- ☐ Ústavní péče

6. Bydlíte na venkově nebo ve městě?

- ☐ Bydlím na venkově
- ☐ Bydlím v menším městě
- ☐ Bydlím ve větším městě

7. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ Nedokončil/-a jsem základní školu
- ☐ Dokončil/-a jsem pouze základní školu
- ☐ Mám středoškolské vzdělání bez maturity
- ☐ Mám středoškolské vzdělání s maturitou
- ☐ Vystudoval/-a jsem vyšší odbornou školu
- ☐ Vystudoval/-a jsem vysokou školu

8. Jaký byl Váš prospěch ve škole?

- ☐ Pravidelně s vyznamenáním
- ☐ Průměrný prospěch
- ☐ Špatný prospěch
- ☐ Minimálně jednou jsem opakoval/-a ročník

9. Jste v současné době stále ještě student/-ka či již zaměstnán/-a /, nezaměstnán/-a?

- ☐ Studuji základní školu
- ☐ Studuji střední školu
- ☐ Studuji vyšší odbornou školu
- ☐ Studuji vysokou školu
- ☐ Školu jsem ukončil/-a a jsem nezaměstnaný
- ☐ Školu jsem ukončil/-a a jsem zaměstnaný

10. Když jste hrál/-a na výherních automatech poprvé, bylo Vám méně jak 18 let?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

11. Kde poprvé jste se setkal/-a s hazardními hrami?

- ☐ Uved'te.....

12. Kdo Vás k hazardním hrám přivedl?

- ☐ Jeden z rodičů
- ☐ Sourozenec
- ☐ Kamarádi
- ☐ Někdo jiný
- ☐ Nikdo – přišel/-a jsem sám/-a

13. Jaký typ hazardní hry hrajete nejvíce?

- ☐ Uved'te.....

14. Jaká je Vaše denní průměrná doba strávená hraním hazardních her?

- ☐ 1 – 2 hodiny
- ☐ 2 – 3 hodiny
- ☐ 3 – 4 hodiny
- ☐ 4 a více hodin

15. Jak často navštěvujete provozovny, kde se hrají hazardní hry?

- ☐ Hernu navštěvuji pravidelně téměř každý den
- ☐ Hernu navštěvuji maximálně 3x do týdne
- ☐ Hernu navštěvuji zřídka

16. Pijete při hraní hazardních her alkoholické nápoje?

- ☐ Ano, výjimečně
- ☐ Ano, pravidelně
- ☐ Ne

17. Půjčil/-a jste si někdy peníze, abyste financoval/-a hru?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

18. Prodal/-a jste v minulosti něco, abyste financoval/-a hru?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

19. Byl/-a jste někdy trestán/-a pro nějaký trestný čin?

- ☐ Nikdy netrestán/-a pro trestný čin
- ☐ Trestán/-a jednou
- ☐ Trestán/-a dvakrát
- ☐ Vícekrát trestaný/-á

20. Léčil/-a jste se někdy s patologickým hráčstvím?

- ☐ Ano, pouze ambulantní léčbou
- ☐ Ano, ambulantní léčbou a poté v léčebně
- ☐ Ano, jen v léčebně
- ☐ Ne, nijak jsem se neléčil/-a

21. Myslíte si, že jste na hře závislý/-a?

- ☐ Ano
- ☐ Ne

Toto místo můžete využít pro další sdělení, která považujete za důležitá.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha C - Dotazník pro partnery patologických hráčů

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentem Technické univerzity v Liberci a pro účely své diplomové práce se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na průzkum dopadů gamblerství na nejbližší sociální okolí hráčů, zejména partnerů či rodiny.

V níže uvedeném anonymním dotazníku zaškrťávejte, popř. pište, prosím vždy odpověď, se kterou se právě Vy ztotožňujete. Dotazník prosím vyplňujte zodpovědně, dle svého nejlepšího uvážení.

Děkuji Vám za spolupráci

Vojtěch Hlubuček

1. Jakého jste pohlaví?

- ☐ Uved'te.....

2. Kolik je Vám let?

- ☐ Uved'te.....

3. V jaké rodině jste vyrůstal/-a?

- ☐ Úplná
- ☐ Neúplná
- ☐ Doplněná rodina
- ☐ Ústavní péče

4. Byla rodina, ve které jste vyrůstal/-a fungující?

- ☐ Dobře fungující rodina
- ☐ Fungující, avšak s problémy
- ☐ Nefunkční rodina

5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ Základní vzdělání
- ☐ Středoškolské vzdělání bez maturity
- ☐ Středoškolské vzdělání s maturitou
- ☐ Vyšší odborné vzdělání
- ☐ Vysokoškolské vzdělání

6. V současné době ... (vyberte jednu možnost)

- ☐ Studuji základní školu
- ☐ Studuji střední školu
- ☐ Studuji vyšší odbornou školu
- ☐ Studuji vysokou školu
- ☐ Školu jsem již absolvoval a nyní docházím do zaměstnání
- ☐ Školu jsem již absolvoval a nyní jsem nezaměstnaný/-á
- ☐ Jiná možnost (prosím popište vlastními slovy).....

7. Máte s partnerem/partnerkou nějaké společné děti?

- ☐ Ano, jedno dítě
- ☐ Ano, dvě děti
- ☐ Ano, tři a více dětí
- ☐ Ne, nemáme žádné společné děti

8. Kolik ze společných dětí s vámi žije v domácnosti?

- ☐ Jedno dítě s námi žije ve společné domácnosti
- ☐ Dvě děti s námi žijí ve společné domácnosti
- ☐ Tři a více dětí s námi žije ve společné domácnosti
- ☐ Žádné společné děti s námi v domácnosti nežijí

9. Když došlo ke vzniku partnerovy/partnerčiny závislosti, kde jste bydleli?

- ☐ Samota
- ☐ Venkov (vesnice do 100 obyvatel)
- ☐ Menší město (od 100 do 38.000 obyvatel)
- ☐ Větší město (od 38.000 do 100.000 obyvatel)
- ☐ Velké město (více jak 100.000 obyvatel)

10. Před jakou dobou jste odhalil/-a partnerovo/partnerčino hraní?

- Před méně než jedním rokem
- Před jedním až dvěma lety
- Před třemi až čtyřmi lety
- Před pěti a více lety

11. Jak dlouho trvalo, než jste odhalil/-a partnerovo/partnerčino hraní?

- Ihned, jakmile začal hrát
- Do jednoho roku od počátku hraní
- Do dvou let od počátku hraní
- Po dvou nebo více letech hraní

12. Měl, nebo má Váš partner/-ka potíže s pitím alkoholu?

- Měl potíže s pitím alkoholu, ale již je nemá
- Stále má potíže s pitím alkoholu
- Nikdy neměl a ani nemá potíže s pitím alkoholu

13. Měl, nebo má Váš partner/-ka potíže s užíváním nealkoholových drog?

- Měl potíže s užíváním nealkoholových drog, ale již je nemá
- Stále má potíže s užíváním nealkoholových drog
- Nikdy neměl a ani nemá potíže s užíváním nealkoholových drog

14. Měl nebo má Váš partner/-ka sklony k agresivitě a násilí?

- Měl sklony k agresivitě a násilí, ale již je nemá
- Stále má sklony k agresivitě a násilí
- Neměl a ani nemá sklony k agresivitě a násilí

15. Dopouštěl se Váš partner/-ka opakovaných lží s úmyslem zakrýt nebo popřít hraní?

- Ano, dopouštěl se opakovaných lží
- Ne, nedopouštěl se opakovaných lží

16. Změnil se Váš intimní život v době partnerovy/partnerčiny závislosti?

- ☐ Ne nezměnil, je uspokojivý, stejně jako před závislostí
- ☐ Ne nezměnil, je neuspokojivý, stejně jako před závislostí
- ☐ Objevily se potíže v oblasti intimního života
- ☐ Intimní život ze vztahu zcela vymizel

17. Jakým způsobem získává Váš partner/-ka finanční prostředky na hraní hazardních her?

- ☐ Z vlastní výdělečné činnosti
- ☐ Ze společných peněz „na domácnost“
- ☐ Prodejem osobního nebo rodinného majetku
- ☐ Z různých půjček
- ☐ Pácháním byt drobné trestné činnosti
- ☐ Jiným způsobem, naznačte jakým

18. Jaká si myslíte, že je celková finanční částka, kterou Váš partner/-ka na hazardních hrách prohrál za celou dobu jeho hazardního hraní?

- ☐ Uved'te.....,-Kč
- ☐ Nedovedu odhadnout

19. Jaká si myslíte, že je měsíční částka, kterou Váš partner/-ka na hazardních hrách prohrál?

- ☐ Uved'te.....,-Kč
- ☐ Nedovedu odhadnout

20. Ztratil Váš partner/-ka z důvodu hráčství zájem o aktivity, kterými se dříve zabýval?

- ☐ Ztratil zájem o všechny aktivity
- ☐ Ztratil zájem jen o některé
- ☐ Neztratil zájem o žádné z dřívějších aktivit

21. Ztratil Váš partner/-ka z důvodu hráčství přátele?

- ☐ Postupně ztratil všechny přátele
- ☐ Ztratil jen některé přátele
- ☐ Neztratil žádné přátele

22. Ovlivnilo patologické hráčství partnerovu/partnerčinu pozici v zaměstnání?

- ☐ Ztratil minimálně jedno zaměstnání
- ☐ V zaměstnání má potíže, ale nepřišel o něj
- ☐ V zaměstnání nemá potíže

23. Narušilo partnerovo/partnerčino hráčství funkčnost Vaší rodiny?

- ☐ Nedošlo k narušení funkčnosti rodiny
- ☐ V rodině jsou problémy, ale k rozpadu nedošlo
- ☐ Došlo k rozpadu rodiny

24. Myslíte si, že Váš partner/-ka ví, kam se obrátit při hledání pomoci a vyhledal již tuto pomoc?

- ☐ Ví kam se obrátit při hledání pomoci a pomoc vyhledal
- ☐ Ví kam se obrátit při hledání pomoci, ale pomoc nevyhledal
- ☐ Neví kam se obrátit při hledání pomoci

25. Přiznává si Váš partner/-ka, že je závislý na hazardních hrách?

- ☐ Ano, ví, že je závislý
- ☐ Ne, myslí si, že se v jeho případě nejedná o závislost
- ☐ Tuto možnost si vůbec nepřipouští

26. Byl Váš parter/-ka ochotný podrobit se léčbě s patologickým hráčstvím?

- ☐ Ano, byl ochotný podrobit se léčbě, na léčbu docházel pravidelně
- ☐ Ano, byl ochotný podrobit se léčbě, avšak léčbu nedokončil
- ☐ Nebyl ochotný podrobit se léčbě

Toto místo můžete využít pro další sdělení, která považujete za důležitá.

.....

.....

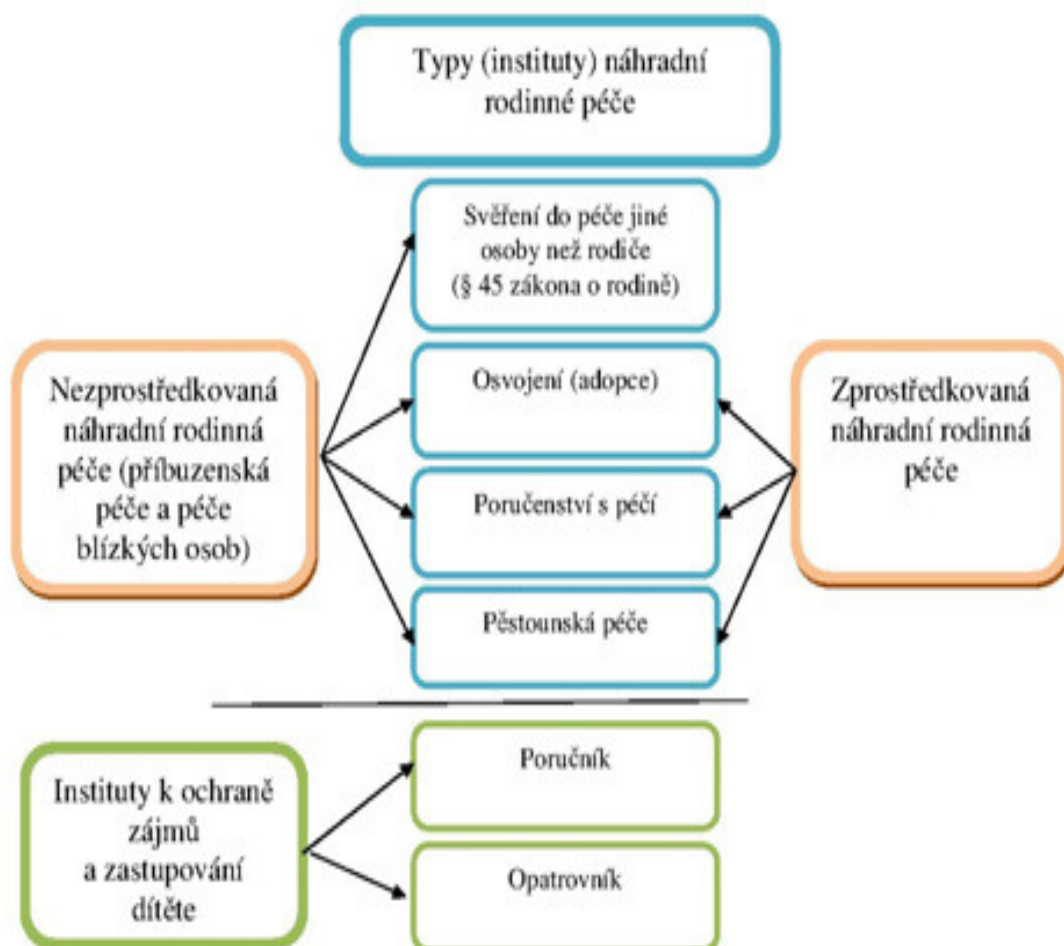
.....

.....

.....

.....

Příloha D - Systém náhradní rodinné péče



(Středisko náhradní rodinné péče 2013)