



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Psychiatrické centrum Praha
Oddělení lékařské psychologie

Ivan Broulík

***Patologické hráčství:
moderní přístupy v prevenci a léčbě***
*Pathological gambling: recent approaches to
prevention and treatment*

Diplomová práce

Praha, únor 2009

Autor práce: Ivan Broulík

Studijní program: Všeobecné lékařství s preventivním zaměřením

Vedoucí práce: **PhDr. Ladislav Csémy**

Pracoviště vedoucího práce:

Oddělení lékařské psychologie Psychiatrického centra Praha

Datum a rok obhajoby: 19.února 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 2.února 2009

Ivan Broulík

Poděkování

Moje poděkování patří především mému školiteli, kterým byl PhDr Ladislav Csémy. Děkuji také panu primáři Nešporovi za možnost účastnit se léčebných skupin na jeho oddělení. V neposlední řadě děkuji i všem patologickým hráčům, od kterých jsem se o této nemoci mnoho dozvěděl.

Úvod	7
1 Patologické hráčství v souvislostech	8
1.1 Historické aspekty hazardních her	8
1.2 Nejčastější varianty hazardních her	8
1.2.1 Hazardní automaty	8
1.2.2 Ruleta	9
1.2.3 Blackjack	9
1.2.4 Poker	9
1.2.5 Hra v kostky	9
1.2.6 Sportovní sázky	10
1.2.7 Ostatní	10
1.3 Epidemiologie	10
1.4 Diagnostická kritéria	10
1.4.1 Diagnostická kritéria pro patologické hráčství (F63.0) podle ICD-10	10
1.4.2 Diagnostická kritéria pro patologické hráčství (312.31) podle DSM-IV	11
1.5 Fáze hráčské kariéry	12
1.5.1 Stadium výher	12
1.5.2 Stadium prohrávání	12
1.5.3 Stadium zoufalství	12
1.6 Příčiny vzniku patologického hráčství	13
1.6.1 Vlastnosti hazardní hry	13
1.6.2 Charakteristika hráče	13
1.6.3 Sociální prostředí	15
1.7 Individuální a sociální následky	15
1.7.1 Tělesné zdraví	15
1.7.2 Finanční situace a zadlužení	16
1.7.3 Emoční zátěž a riziko sebevraždy	16
1.7.4 Náklady na národní hospodářství	16
1.8 Svépomocná organizace Anonymní hráči (GA)	16
2 Léčba patologického hráčství	17
2.1 Ambulantní léčba	17
2.2 Ústavní (stacionární) léčba	19
2.2.1 Indikace	19
2.2.2 Fáze a těžiště stacionární terapie	20
2.2.3 Skupinová terapie jako klíčová část multimodálního léčebného konceptu	22
2.2.4 Individuální terapie	23
2.2.5 Sport, kreativní činnost a léčba prací	23
2.2.6 Zvláštnosti léčby u žen	24
3 Prevence patologického hráčství	25
3.1 Ochrana hráčů	25
3.2 Možnosti primární prevence	26
3.2.1 Dostupnost	26
3.2.2 Ochrana spotřebitelů (tedy hráčů)	26
3.2.3 Ochrana dětí a mladistvých	27
3.2.4 Reklama	27
3.2.5 Práce s veřejností	27

3.2.6	Daňová politika	27
3.2.7	Konzum alkoholu	27
3.2.8	Platební styk	28
3.3	Možnosti rozpoznání patologických hráčů při hře	28
3.4	Nepřipuštění ke hře.....	29
3.5	Prevence ovlivněním rizikových a protektivních faktorů v sociálním prostředí.....	29
3.6	Kdo může co konkrétního udělat v prevenci patologického hráčství.....	30
3.6.1	Co může udělat jednotlivec	30
3.6.2	Co může dělat škola.....	31
3.6.3	Co mohou dělat zaměstnavatelé	31
3.6.4	Co mohou dělat ti, kdo hazardní hru provozují.....	31
3.6.5	Co mohou dělat sdělovací prostředky	32
3.6.6	Co může dělat společnost	32
3.7	Jak předcházet recidivám.....	32
3.7.1	Prevence recidivy na úrovni myšlení.....	32
3.7.2	Prevence na úrovni pocitů a emocí.....	33
3.7.3	Prevence na úrovni chování.....	34
	Diskuze	35
	Závěr.....	37
	Souhrn.....	38
	Summary.....	39
	Seznam použité literatury:	40

Úvod

Hraní je lidské. S tímto sloganem provozovatelů hazardního průmyslu lze zcela souhlasit, avšak v úplně jiné souvislosti nežli s hraním hazardních her. Hra je nezbytnou součástí zdravého vývoje lidského jedince. Děti se pomocí hry (např. s míčem) učí porozumět našemu světu a i pro dospělé je hra (např. šachy) přirozenou součástí života. Nikoliv ovšem hra hazardní, která se od ostatních odlišuje prvkem náhody, která pak zcela výhradně, nebo z větší části, rozhoduje o výhře či prohře. Pravidlem bývá, že se hraje s penězi a o peníze.

Fenomén hazardní hry velmi přesně popsal francouzský filozof a matematik Blaise Pascal (1623-1662): „Neočekáváme tak docela peníze, když hrajeme pro zábavu. Člověk může zaplašit nudu trochou hry. Zkuste mu dát každé ráno peníze, které by jinak vyhrál během dne, za podmínky, že nebude hrát. Zjistíte, že nebude ani trochu spokojen. Dalo by se říct, že touží po radosti ze hry a ne z výhry. Potom ho tedy nechte hrát bez sázek o výhry, bude mu to připadat nezajímavé a bude se nudit. Netouží tedy pouze po potěšení ze hry. Potřebuje vzrušení, potřebuje se klamat představami, jak bude šťastný, až vyhraje, aby mohl dosáhnout vzrušení, po němž touží, a probudit svou touhu, svůj hněv, svůj strach, aby dosáhl tohoto vrcholu, tak jako se děti lekají obličejů, který samy začernily.“

Patologické hráčství uznala Americká psychiatrická asociace jako nemoc v roce 1980 a zařadila ji do diagnostického a statistického manuálu psychiatrických poruch (DSM-III). Světová zdravotnická organizace zavedla tento pojem do 10. revize klasifikace psychiatrických nemocí (ICD-10) v roce 1991. U nás se diagnóza patologického hráčství oficiálně používá od 1.1.1994.

1 Patologické hráčství v souvislostech

1.1 Historické aspekty hazardních her

První zmínky o hazardních hrách jsou z egyptské kultury 3000 let před naším letopočtem.

Jednou z nejstarších her byla hra v kostky, jak dokládá nález kostek ze slonoviny v Egyptě z roku 1573 před naším letopočtem. Pro staré Římany byla hazardní hra neodmyslitelnou součástí společenské zábavy. Přesto, že všechna velká náboženství hazardní hru zatracují, byli v 16. století v Evropě církví provozované loterie velmi populární. V roce 1735 dokonce jednu takovou založil v Římě sám papež Clemens XII. Podle Petersmanna (Petersmann, 1995, in Meyer, 2005, p.9) první konkrétní vylíčení přechodu od neškodné zábavy k patologické závislosti včetně popisu příčin, symptomů a postupů léčby podal lékař a filozof Paquier Joostens v roce 1561. V 17.století spatřila světlo světa ruleta zásluhou francouzského matematika a filozofa Blaise Pascala (1623-1662). Po zákazu hazardních her ve Francii roku 1837 se ruleta usadila v německých lázeňských střediscích Bad Homburg, Baden-Baden a Wiesbaden. Sem přijel v roce 1862 také ruský spisovatel F.M.Dostojevskij a sám zde propadl během několika málo roků takové hráčské vášni, že by byla dnes podle současných kritérií posuzována jako patologické hráčství. Napsal zde téměř autobiografický román Hráč, kde podal mistrovský popis chování a myšlení patologického hráče. Ve druhé polovině 20. století se rozšířily příležitosti k hazardní hře natolik, že se stala součástí každodenní masové zábavy milionů lidí po celém světě včetně České republiky.

1.2 Nejčastější varianty hazardních her

1.2.1 Hazardní automaty

Nesprávně nazývané též výherní automaty. Po listopadu roku 1989 u nás tato forma hry u lidí, kteří mají vážné problémy, pro něž se přicházejí léčit, jednoznačně převládá. V německé studii (Meyer et al., 1998, in Meyer, 2005, p.14) byl počet těch, kteří mají problémy s hazardními automaty, mezi hráči, kteří se přišli léčit, 91,3 procent. Pro srovnání toto číslo činilo pro karetní hry 31,1 procenta, pro ruletu 16,1 procenta, pro sázky na výsledky dostihů 6 procent a pro spekulování na burze 1,7 procenta. Mezi hazardní automaty nelze počítat automaty zábavní, které neumožňují hazardní hru. U zábavních automatů si hráč kupuje čas. Nicméně i ony mají svá rizika, obzvláště v souvislosti s dětmi a mladistvými.

1.2.2 Ruleta

Ruleta patří vedle karetních her blackjack a poker mezi tři nejrozšířenější kasinové hry. Ruleta získala mezi hráči tolik na oblibě, že je již běžně v hospodských a zábavních zařízeních dostupná její elektronická verze, kde provozovatel ušetří na živé obsluze. Matematická výhoda provozovatele je vždy 2,7 procenta, což je sice řádově méně nežli 40 procent u hazardních automatů (zde z každé vsazené stokoruny automat vyplatí v průměru pouze 60 korun na výhrách), nicméně při dostatečně dlouhém a opakovaném hraní odsoudí každého hráče k prohře. Všechné matematické systémy, jak vyhrávat na ruletě, jsou nesmyslem. Mnohdy jsou tzv. hráčským bludem, v tomto případě bludem o vlastní genialitě. Mezi ústavně léčenými patologickými hráči s tímto bludem patří lidé dojemně prostí, ale i třeba vysokoškolský učitel matematiky.

1.2.3 Blackjack

Tato karetní hra je hrou bezesporu hazardní, ale nabízí hráči podílet se svými rozhodnutími na výsledku. Pouze nepatrný zlomek hráčů, kteří se musí věnovat této hře profesionálně, dokáže technikou počítání karet obrátit výhodu podniku ve svůj prospěch. Nicméně i ti jsou ohroženi závislostí, protože ztráta soudnosti a kontroly není u těchto profesionálních hráčů ničím vzácným.

1.2.4 Poker

Poker je bezkonkurenčně nejrozšířenější karetní hra ve Spojených státech amerických. V posledních letech lze doslova mluvit o epidemii pokeru, především jeho nejhranější variantě Texas Hold'em. I v Evropě je bezpočet kanálů přenášejících živě pokerové turnaje a hra se nevyhýbá ani např. studentským kolejiím a kampusům. Mnozí považují poker spíše za sport nežli gambling, protože největší světové turnaje vyhrávají stále stejní hráči, využívajíc toho, že náhoda zde hraje sice nezastupitelnou, ale minoritní roli oproti schopnostem hráče. Nicméně možnost hry v on-line hernách na internetu skrývá ohromné nebezpečí právě pro ty, kteří tyto schopnosti nemají.

1.2.5 Hra v kostky

V historických spisech z Indie jsou popsány osudy mnoha hráčů, kteří ztratili veškerý svůj majetek hrou v kostky. Rizika této starobylé formy hazardu trvají až do současnosti a kostky neztrácejí mezi hráči na své oblibě.

1.2.6 Sportovní sázky

Z hlediska patologického hráčství mají sázky na výsledky sportovních událostí do jisté míry ochranný faktor v tom, že výsledek je znám s časovým odstupem a vyplacení výher se koná obvykle nejdříve až druhý den. Lze sem také zařadit sázky na výsledky dostihů. I u nás jsou známy případy lidí, kteří pouze kvůli sportovním sázkám skončili jako patologičtí hráči na ulici.

1.2.7 Ostatní

Každá hra nabízející možnost hmotné nebo finanční výhry může vést k patologickému hráčství. To nelze vyloučit ani u loterií, v České republice například pod názvem Sportka. Nebezpečnost tohoto druhu hazardní hry poněkud snižuje okolnost, že sázky jsou poměrně malé a možnost vsadit mají hráči obvykle jen několikrát do týdne. Ve Spojených státech amerických nejsou výjimkou ani patologičtí hráči nebo častěji hráčky binga, stejně jako spekulanti na burzách.

1.3 Epidemiologie

Přesná čísla výskytu nejsou pro Českou republiku známa. Ve světě se užívají hodnoty pro problematické hráčství a patologické hráčství, a to buď celoživotně, nebo vztaženo pouze na poslední rok života. Jestliže se budeme zajímat o nejnižší hodnoty, tedy počet patologických hráčů a prevalenci za poslední rok, podle německé monografie o patologickém hráčství (Meyer, Bachmann, 2005, p.52) dostaneme např. tyto hodnoty: USA 1,46% (Schaffer, Hall 2001), Hongkong 1,8% (Wong, So, 2003), Velká Británie 0,6-0,8% (Oxford et al., 2003), Švédsko 0,6% (Volberg et al., 2001), Španělsko 1,5% (Becona, 1996), Švýcarsko 0,8% (Bondolfi et al., 2002). Počet postižených, kteří vyhledali v Německu odbornou pomoc, mluví o 80 000, což je 0,1% celkové populace (Meyer, 2005). Skutečný počet patologických hráčů a lidí, jež mají s hraním problémy, je v Německu podstatně vyšší. Počet postižených u nás by se neměl vymykat z rozmezí srovnatelných evropských zemí, tedy 0,15-1,5% celkové populace. Dalším varovným signálem je fakt, že ve světě i u nás počet postižených neustále roste, což dokládají četné studie (Meyer, 2004); u nás pak zkušenosti odborníků, kteří se touto problematikou zabývají. Roste také poměr mladistvých mezi patologickými hráči.

1.4 Diagnostická kritéria

1.4.1 Diagnostická kritéria pro patologické hráčství (F63.0) podle ICD-10

1. trvalé, opakované hraní

2. neustávající a často ještě rostoucí hraní přes negativní sociální konsekvence, jako zchudnutí, pokažené rodinné vztahy a zničené osobní poměry

1.4.2 Diagnostická kritéria pro patologické hráčství (312.31) podle DSM-IV

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

1. zaměstnává se hazardní hrou (např. znovu prožívá minulé zážitky související s hazardní hrou, plánuje další hazardní hru, uvažuje o tom, jak si opatřovat prostředky k další hazardní hře)
2. aby docílil žádoucího vzrušení musí zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry
3. opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat
4. když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost
5. používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu (např. pocity bezmocnosti, viny, úzkosti, deprese)
6. po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět
7. lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou
8. dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře
9. ohrozil nebo ztratil kvůli hazardní hře signifikantní vztahy, zaměstnání, vzdělání nebo kariéru
10. spoléhá na druhé, aby mu poskytovali finanční prostředky a mírnili tak zoufalou finanční situaci, do které se dostal kvůli hazardní hře

B. Hazardní hraní nelze lépe vysvětlit manickou epizodou

Posouzení stavu mohou usnadnit dotazníky. Nejjednodušší z nich je dotazník organizace Gamblers Anonymus (Anonymní hazardní hráči). Komplikovanější dotazník „South Oaks Gambling Screen“ pochází také ze Spojených států amerických a vypracovali jej profesionální odborníci, kteří se zabývají léčbou patologických hráčů.

Z hlediska diferenciální diagnostiky by se mělo patologické hráčství rozlišovat od:

1. hráčství a sáňkařství (Z72.6), včetně tzv. sociálního hraní a profesionálního hraní
2. nadměrné hráčství u manických pacientů (F30)
3. hráčství u sociopatických osobností (F60.2)

Zde je třeba dodat, že typický patologický hráč, pokud se dopustí trestné činnosti, dopustí se jí až poté, co se stal patologickým hráčem. Sociopatická osobnost se trestné činnosti zpravidla dopouští ještě předtím, než začne intenzívně hazardně hrát.

1.5 Fáze hráčské kariéry

Následující rozdělení dráhy patologického hráče do stadií nemoci a uzdravování pochází ze Spojených států, kde mají s touto problematikou dlouhodobé rozsáhlé zkušenosti. Cluster (Cluster, 1987, in Meyer, 2005, p.37) je označuje jako stadium výher, stadium prohrávání a stadium zoufalství. Vyjmenovává symptomy pro jednotlivé fáze, přičemž lze rozpoznat analogie k Jelinkovu modelu fází alkoholismu z roku 1952 (Dickerson, 1984, in Meyer, 2005, p.39). Uvedené symptomy se však nemusí vyskytovat v plné míře, některé mohou chybět a také jejich pořadí nemusí přesně kopírovat spíše idealistický model.

1.5.1 Stadium výher

Občasné hraní zprvu nepřináší větší problémy. Časté jsou fantazie o velké výhře. Neštěstím, které celý průběh podstatně urychluje, bývá velká výhra.

1.5.2 Stadium prohrávání

V této fázi už většinou jde o patologické hráčství. Postižený myslí hlavně na hraní a s hrou nedokáže přestat. Své hraní skrývá před rodinou a blízkými lidmi. Splácení dluhů odkládá a vypůjčuje si znovu větší částky peněz. Trpí zaměstnání. Člověk, který dospěl až sem, se stává neklidný, podrážděný a uzavřený. Zanedbává své zdraví. Může se snažit získávat peníze nezákonně.

1.5.3 Stadium zoufalství

Pověst hráče je poškozena. Přichází soudní jednání, tresty, odcizení od rodiny a přátel, osamělost. Stále více času tráví hráč hrou nebo fantaziemi o ní. Dále prohrává. Má tendenci obviňovat z odpovědnosti za své neštěstí druhé. Lituje se, propadá depresi a beznaději. Přichází panika. Typické jsou krádeže, zpronevěry, podvody. Někteří uvažují o sebevraždě

nebo za sebou mají sebevražedné pokusy. Řada z nich se hroučí. Někteří se snaží unikat k alkoholu nebo jiným návykovým látkám.

I v procesu uzdravování popisují americké prameny tři stadia:

1. stadium kritičnosti
2. stadium znovuvytvoření
3. fáze růstu

1.6 Příčiny vzniku patologického hráčství

Obecně lze ve vztahu k závislosti na nějaké látce popsat třífaktorový model rozvoje závislosti. Podle tohoto modelu je závislost na droze výsledkem účinku vlastností drogy samotné, osobnosti závislého a prostředí (Tretter, 1998, in Meyer, 2005, p.58).

1.6.1 Vlastnosti hazardní hry

Hazardní hru lze popsat jako proces bezprostředního psychotropního působení. Jakákoliv výhra, často bez ohledu na to, kolik bylo do té chvíle prohráno, může způsobit pocit blaha, veselou a šťastnou náladu až pocit euforie. Hazardní hra má vedle stimulačního působení také sedativní působení. Umožňuje úplné oproštění se od vnějšího světa a těžce prožívané reality a vede tak částečně i k uvolnění od stresů a strachu v běžném životě. Možnost měřit fyziologické reakce během hry vedla k početným vyšetřením. Meyer (2005, p.63-66) shrnuje, že bylo prokázáno zvýšení srdeční frekvence u hráčů blackjacku (Anderson, Brown, 1984), sázkařů na koňské dostihy (Coventry, Norman, 1997) a i u jiných hazardních her. Frekvence roste v průměru o 23,1 tepů za minutu a signifikantně se zvyšuje se zvyšujícím se obnosem vsazené částky (Anderson, Brown, 1984). Zvyšuje se i kožní vodivost, což je další indikátor míry vzrušení (Diskin et al., 2003). Během hazardní hry dochází i ke zvýšení hladin adrenalinu, noradrenalinu, dopaminu, ACTH, kortizonu a beta-endorfinů v plazmě (Meyer et al., 2004)

1.6.2 Charakteristika hráče

Nejobsáhlejší skupinu, zohledňující charakteristiku a vlastnosti hráče, můžeme pro zjednodušení rozdělit do podskupin: genetická výbava, neurobiologický podklad, struktura osobnosti, poruchy efektivity, pohlaví a sociodemografické ukazatele.

- a. genetická výbava

Podle genetické studie patologických hráčů (Comings et al., 1996, in Meyer, 2005, p.70) bylo 50,9% probandů nositeli D2A1 varianty genu pro dopaminový receptor D2. V kontrolní skupině tuto variantu vykazovalo 25,9% osob. Jednalo-li se o těžké případy hráčství, stoupla tato hodnota na 63,8% a v případě mužů, kteří vykazovali komorbiditu pro zneužívání návykových látek, to bylo 72%. Alela D2A1 se vyskytuje u závislých nemocných obecně (alkohol, drogy, nikotin nebo též mentální anorexie), stejně jako u osobností s impulzivním způsobem chování (ADHD, antisociální porucha osobnosti) signifikantně častěji nežli u normální populace.

b. neurobiologický podklad

Některé vědecké práce dávají patologické hráčství do souvislosti s poruchou kontroly impulzivity (López-Ibor, Carrasco, 1995, in Meyer, 2005, p.70). Různé neurobiologické parametry noradrenergního, serotoninergního a dopaminergního systému byly nashromážděny u patologických hráčů a kontrolních osob. Výsledky poskytují důkazy pro neurobiologický podklad patologického hráčského chování (Chambers, Potenza, 2003, in Meyer, 2005, p.70).

c. struktura osobnosti

Přes velmi početné pokusy hledání společného jmenovatele ve struktuře osobnosti (chuť po senzaci, vyhledávání nového, ochota k riziku, ztráta kontroly impulzivity apod.) zůstává skutečností, že nějaká typická hráčská osobnost neexistuje stejně jako u alkoholiků nebo osob závislých na drogách. Výzkumy poukazují spíše na osobností způsobené rizikové faktory, které jsou ale velmi individuální. Ty mohou být podkladem pro účast na hazardních hrách, nepředstavují ale nutnou podmínku.

d. poruchy afektivity

Podle početných nálezů je patologické hráčství často spojeno s depresí (Klepech et al., 1989; Griffiths, 1995, in Meyer, 2005, p.74). Zde je však nedořešena otázka příčiny a následku, tedy to, zda se deprese vyskytovala již před hráčskou kariérou, nebo byla jejím následkem.

e. pohlaví

Zatímco byla hráčská scéna dříve téměř výhradně složena z mužů, představuje dnes pohlaví čím dál menší roli, protože čím dál více žen hraje a stávají se patologickými hráčkami. Poměr žen velmi kolísá podle formy hazardní hry, ale v průměru podle DSM-IV činí třetinu z počtu postižených.

f. sociodemografické ukazatele

Údaje o typickém hráči dávají odlišné výpovědi. Zatímco návštěvníci kasin nevykazují ve věku a společenské vrstvě znatelné rozdíly od normální populace, jsou hráči hazardních automatů výrazně mladší a mají nižší příjmy i vzdělání.

1.6.3 Sociální prostředí

Celá řada sociokulturelních a psychosociálních faktorů ovlivňuje hráčské chování a usnadňuje rozvoj psychické závislosti na hazardních hrách. Patří sem např. snadná dostupnost hazardních her, sociální akceptace tohoto způsobu zábavy apod. Vedle společenských podmínek je také třeba brát na zřetel rodinnou strukturu a rizikové faktory vycházející z ní.

1.7 Individuální a sociální následky

Následky patologického hráčství postihují jak hráče samotného, tak jeho okolí. Podle jistého vzorku ze skupiny „anonymních hráčů“ byla finanční situace postižena u 91% z nich, partnerský či rodinný život u 80,2% a tělesné zdraví „pouze“ u 31,1%.

1.7.1 Tělesné zdraví

Američtí lékaři přirovnávají patologické hráčství k závislosti na kokainu. V obou případech dochází k nebezpečnému vybičování tělesných funkcí a pak ke stavům vyčerpání. Z uvedeného vyplývají i rizika patologického hráčství pro tělesné zdraví:

1. Je ohroženo srdce. Většina patologických hráčů jsou muži, u nichž je vyšší riziko srdečních chorob než u žen i za normálních okolností. Patologické hráčství toto riziko ještě zvyšuje. U hráčů bylo prokázáno signifikantně zvýšené riziko srdečního infarktu (Potenza et al., 2002, in Meyer, 2005, p.63). Může za to stres spojený s hrou, často chaotický způsob života a vleklé vyčerpání.
2. Zhoršovat se mohou i další nemoci související se stresem, jako např. vysoký krevní tlak, vředová choroba žaludku a dvanáctníku, střevní nemoci nebo cukrovka. O celé řadě psychosomatických doprovodných onemocněních na podkladě stresu referovali Lorenz a Yaffee (1986, in Meyer, 2005, p.63).
3. Mnoho hodin strávených vysedáváním u hracích automatů a stres působí nepříznivě zejména na krční a bederní páteř a může vést k bolestivým potížím.
4. Zaujetí hrou u patologických hráčů přináší zanedbání péče o zdraví. U hráčů se tedy můžeme setkat s opomíjenými a neléčenými nemocemi (např. chrupu).
5. Zanedbávání výživy, často jednostranná výživa, chudé a nezdravé jídlo.

6. Zvyšuje se riziko tělesných problémů působených alkoholem, tabákem a jinými návykovými látkami.

1.7.2 Finanční situace a zadlužení

Málokterý patologický hráč se při dlouhodobém hraní vyhne zadlužení. Přes velmi kreativní způsoby získávání peněz se např. v Německu počítalo, že ústavně léčenými hráči činí průměrný dluh 18800 EUR. U 8,8% se jejich zadlužení vyšplhalo na více než 50000 EUR (Schwarz, Lindner, 1990, in Meyer, 2005, p.110).

1.7.3 Emoční zátěž a riziko sebevraždy

U patologických hráčů lze doložit podobnou výši rizika sebevraždy jako u jiných závislostí (Petry, Kiluk, 2002, in Meyer, 2005, p.110). Velmi názorná byla studie (Philips et al., 1997, in Meyer, 2005, p.111), která ve Spojených státech zkoumala vztah nabídky hazardních her v amerických městech a odpovídající sebevražedností v těchto městech. Las Vegas vykazovalo bezkonkurenčně nejvyšší počet sebevražd v poměru k počtu obyvatel, a to jak pro stálé obyvatele, tak i pro návštěvníky. Zatímco průměr v USA byl 0,97%, v Las Vegas činil 4,28%. V ostatních centrech hazardu jako Atlantic City a Reno tato hodnota byla 2,31%, resp. 1,87%.

1.7.4 Náklady na národní hospodářství

Zatímco průmysl s hazardními hrami obstarává státu miliardové příjmy z daní, dají se výdaje státu v této souvislosti jen odhadovat. Podílí se na nich např. financování ambulantního a ústavního léčení, následky kriminality doprovázející zaopatřování si peněz na hru, vypadnutí z pracovního procesu, podpora výzkumu a preventivních opatření. Pro stát je proto v konečném důsledku hazardní průmysl poměrně „drahou zábavou“.

1.8 Svépomocná organizace Anonymní hráči (GA)

Organizace Anonymní hráči (Gamblers Anonymous) vznikla po vzoru organizace Anonymní alkoholici v USA v září 1957. Od té doby toto společenství stále roste a přibývá skupin po celém světě. Začátkem 80.let vzniká první pobočka v Německu a v 90.létech i u nás. Děje se tak při Oddělení pro léčbu závislostí v Psychiatrické léčebně Bohnice. Skupiny Anonymních hráčů jsou od té doby běžnou součástí léčebného programu.

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.

Nevybírají se členské příspěvky, Anonymní hráči jsou soběstační díky vlastním dobrovolným příspěvkům. Jejich prvotním cílem je přestat hrát a pomáhat druhým, nutkavým hráčům, aby i oni přestali (Gamblers Anonymous sponsorship manual, 1990).

Účastníci nehovoří obecně, nekritizují a nehodnotí, popisují pouze vlastní zkušenosti. To je jeden z podstatným rozdílům oproti běžným psychoterapeutickým skupinám. O slovo se účastníci hlásí zdvižením ruky. Účastníci se zásadně oslovují křestními jmény, příjmení si nesdělují a očekává se, že zachovají o obsahu schůzky mlčenlivost. V dobře pracující svépomocné skupině se daří vytvářet atmosféru vzájemného pochopení a pomoci.

Ferentzy a Skinner (2003, in Meyer, 2005, p.139) přinesli kritický pohled na literaturu ohledně GA. Uvádí, že obecně je velmi málo, když pouze 8% hráčů dosáhne abstinence pomocí GA. Diskutují, proč tolik účastníků považuje setkání za nepřínosná a spousta jich kontakt s GA přeruší. Uvádí důvod, že u GA je velmi málo prostoru věnováno vyjadřování a diskuzi nad pocity a emocemi. Anonymní alkoholici pracují účinněji, protože dokáží více vtáhnout celou osobu postiženého. Kromě toho u GA je nedostatečně zohledněno, že více než polovina z nich užívá ještě v nadměrné míře alkohol a jiné drogy.

Ukázalo se (Meyer, 1989, in Meyer, 2005, p.141), že návštěvy svépomocné skupiny jsou teprve potom úspěšné, když:

1. je splněna pravidelná účast
2. se účastník poznává v líčeních druhých
3. hráč dá najevo svoje zkušenosti, myšlenky a pocity a upřímně si je vyměňuje s druhými
4. skupina pomáhá s překonáváním problémů
5. je projevena náklonnost a porozumění

Lze shrnout, že Anonymní hráči jsou velmi potřebná a záslužná organizace, která však musí fungovat jako doplněk k jiné, profesionální léčbě a pomoci, jel-i jí potřeba.

2 Léčba patologického hráčství

2.1 Ambulantní léčba

Zkušenosti pracovníků z ambulantních míst pro pomoc patologickým hráčům dokládají, že kromě svépomocných skupin jsou také ambulantní zařízení prvním místem, na která se nutkaví hráči a jejich příbuzní často obracejí o pomoc a rady. Od prvního, často velmi

složitého zachycení postiženého, přes komplexní proces odvykání až po péči o ty, kteří skončili ústavní léčbu, pokrývá tak ambulantní léčba ve spolupráci se svépomocnými skupinami největší poptávku po léčbě. Přitom nejsložitějším úkolem těchto zařízení je po prvním přijetí nemocného motivovat ke komplexní terapii a podpořit ho v abstinenci. S vědomím vysokého poměru těch, co léčbu přeruší, je motivace ke změně hráčského chování a zájem na pokračování léčby ústředním tématem léčby a zároveň předpokladem úspěchu.

Pro patologické hráčství platí stejně jako pro jiné nemoci to, že prognóza je o to lepší, o co dříve je zastaven průběh nemoci. Proto se čím dál tím více prosazuje aktivní intervence (např. metodou rodinné intervence), čímž se zkrátí časový rozdíl, nežli by postižený sám projevil ochotu ke změně a léčbě. Rodina však nesmí být v této těžké fázi popudu k léčbě ponechána sama.

Výhoda ambulantního léčení spočívá v tom, že hráč zůstává v jeho sociálním prostředí a tam může rozvinout a vyzkoušet nezbytné změny v chování v jemu přirozeném prostředí. Zároveň je to ale při těchto okolnostech výrazně těžší dosáhnout hráčské abstinence, protože spouštěcí situace a podněty jsou nadále masivně zastoupeny.

Léčení hráčů probíhá nejlépe ve skupinách. Pouze tak si můžou postižení vyměňovat důležité zkušenosti, jako např. jak dosáhnout hráčské abstinence, jaké vjemy jsou při tom zpracovávány, v čem spočívají možné alternativy ke hraní a jak podporovat náhled na nemoc a upevňovat přání po abstinenci. Pokročilí pacienti mají pro nové členy ve skupině důležitou funkci vzoru, jak se otevřít a vypořádat se s problematikou závislosti a jak přemoci pocity studu a viny. Časové období bezprostředně po ústavní léčbě je obzvláště kritické a hráč potřebuje podporu, aby tento „skok do studené vody“ přestál bez hráčského relapsu. Terapeutická nabídka ambulantních zařízení může výrazně přispět k dlouhodobému léčebnému úspěchu po propuštění z ústavní léčby.

Pokud veškeré ambulantní terapeutické pokusy ztroskotají nebo se objeví silné psychické a psychiatrické problémy či pokud hrozí nevratné sociální a existencionální škody, je indikováno ústavní léčení. V tomto případě má ambulantní zařízení důležitý úkol, a to zprostředkovat pro hráče tuto ústavní léčbu, připravit ho na jeho koncepci a v tomto čase ho obrazně řečeno doprovázet.

2.2 Ústavní (stacionární) léčba

Několikatýdenní pobyt na oddělení mimo obvyklé rodinné příjmy a příjmy ze zaměstnání, vyšší podíl cizí kontroly a strukturovaná nabídka multimodálního programu léčby jsou pouze některé aspekty, ve kterých se liší stacionární léčba od léčby ambulantní.

Začátkem 70.let minulého století byl v USA nabídnut první stacionární léčebný koncept pro hráčské skupiny. Tuto pionýrskou práci vedl americký psychiatr Cluster (Cluster, Milt, 1985, in Meyer, 2005, p.179), ředitel pro léčbu alkoholické závislosti Veterans Administration Hospital v Becksville. Cluster byl tenkrát osloven členy Gamblers Anonymous, protože se vyskytly velké problémy při léčbě některých členů, kteří měli problémy se zákonem a s pokusy o sebevraždu.

Cluster zformuloval následující cíle léčby:

1. uschopnit hráče k tomu, aby přestal hrát
2. posílit sebedůvěru a sebevědomí, čímž pacient závislý na hazardní hře nemá dále potřebu utíkat ke hře od reálných životních problémů a vyhledávat tak svět iluzí
3. napomoci při nacházení jiných možností uspokojení a naplnění volného času, jejichž potřeba přirozeně vznikne poté, když pacient přestane hrát
4. pomoci pacientovi s potřebou napravit vzniklé nepatříčnosti, a to na reálném podkladě
5. naplánovat na čas po propuštění ze stacionární léčby dostačující ambulantní péči

K dosažení těchto cílů rozvinul Cluster následující program léčby, který počítá i v zapojení příbuzných postiženého:

1. skupinová terapie s hráčem, následovaná
2. individuální terapií, po které přijde
3. individuální terapie pro manželku/manžela nebo partnerku/partnera, potom
4. společná párová terapie, k tomu
5. relaxační terapie a léčba prací, a také
6. GA pro hráče a tzv. „Gam-Anon“ pro jeho partnera

2.2.1 Indikace

Je zřejmé, že pro indikaci stacionárního léčení nevystačíme s diagnostickými kritérii DSM-IV nebo ICD 10. Pro časné přijetí do odpovídajícího ústavního zařízení (u nás např. pavilón 31 Oddělení pro léčbu závislostí v Psychiatrické léčebně Bohnice a jiná po republice zřízená místa, obvykle při jiných odděleních v psychiatrických léčebnách. V západní Evropě a

USA mají k tomuto účelu i specializované kliniky pro léčbu patologického hráčství, např. v Německu jich bylo k roku 2005 již šest) mluví:

1. okolnost, kdy je nutně indikována terapeutická pomoc, ale v okolí není možnost žádné ambulantní pomoci
2. situace, kdy ztroskotaly veškeré ambulantní pokusy zastavit průběh nemoci
3. pokud jsou přítomny silné psychické potíže, jako např. pokusy o sebevraždu, velmi vyjádřené neurotické symptomy jako strach a depresivní rozlady, stejně tak jako velká sociální nouze nebo hrozící delikvence

2.2.2 Fáze a těžiště stacionární terapie

Moderní specializovaná zařízení k léčbě patologického hráčství v současné době nabízejí multimodální léčebný program složený z klasické lékařské terapie, skupinové terapie, individuální terapie, rodinné terapie, léčby prací a kreativní tvorby, fyzikálních aplikací, sportu a gymnastiky, relaxačního tréninku a informačních lekcí k otázkám stran závislosti a všeobecného zdraví a zdravého životního stylu.

Dříve, než budou podrobněji popsány skupinová terapie, individuální terapie, sport a léčba prací, budou nyní nastíněny některé klíčové části celé léčby.

a. „přijímací pohovor“

Na některých klinikách se koná s přijímaným pacientem úvodní pohovor, sloužící k výměně základních informací a určení, zdali je pro postiženého přijetí do tohoto zařízení vhodné. Terapeut sděluje důležité informace o délce léčby a léčebném konceptu. Otázka však nesmí nikdy znít, zdali je pacient vhodný pro konkrétní kliniku, nýbrž zdali je klinika či spíše její terapeutický koncept vhodným prostředkem k tomu, aby pomohl pacientovi. Pro pacienta je pohovor většinou velká psychická zátěž, protože ambulantní pokusy často už selhaly a na postiženého je vyvinuto velké očekávání, např. ze strany příbuzných a zaměstnavatele, má-li ještě nějakého. Přesto, že terapeut sděluje, že stacionární terapie může být důležitý krok ke zdraví, neměl by nikdy vzbuzovat falešná očekávání rychlého zlepšení stavu. Taber (Taber, 1985, in Meyer, 2005, p.182) to shrnuje slovy: „Není lehké odmítnout uchazeče, ale je chybou chtít řešit problémy kdekoho, když toho daný není s to.“

b. finanční situace a management peněz

K podrobné sociální anamnéze by se měli připojit rozhovory o finanční situaci a měly by být podniknuty konkrétní kroky k její regulaci i za pomoci jiných odborníků a

odpovídajících institucí. Chování patologických hráčů je bezprostředně spojeno s problematickým vztahem k penězům (Petry, 1998b, in Meyer, 2005, p.188).

c. atmosféra ve skupině

Poměrně zásadní roli pro dobré léčebné klima je atmosféra uvnitř terapeutického týmu a také kliniky celkově. Terapeutický tým je za dobré klima ve skupině zodpovědný. K včasnému rozpoznání problémů ve skupině by měl terapeut sám častěji navodit téma atmosféry ve skupině tématem skupinových sezení.

d. náhled na onemocnění

Náhled gamblera ve smyslu „jsem patologický hráč a jsem závislý na hazardní hře“ a z toho vyvozený důsledek celoživotní abstinence je centrální terapeutické stanovení cíle v léčbě patologického hráčství.

Stacionární léčebný koncept pro patologické hráče by se měl proto zakládat na přijetí celoživotní nemoci, neschopnosti kontroly v této věci a příkazu abstinence. Pro terapeutické stanovení cílů je však důležité poukázat na to, že pojem ztráty kontroly se vztahuje pouze na hraní a peníze a nikoliv na ostatní oblasti dané osobnosti. Mírnou útěchou pro postižené může být to, že existuje spousta jiných tělesných i psychických onemocnění, která nejsou plně vyléčitelná a stejně tak mohou být spojena se značnou stigmatizací.

e. abstinence

Každý nově přijatý hráč musí při nastoupení stacionární léčby podepsat dokument zakazující na oddělení hraní jakýchkoliv forem hazardní hry, včetně hraní kostek a karet bez jakýchkoliv sázek, protože i taková forma hry znamená zvýšení rizika recidivy. Dále je tímto podpisem akceptován zákaz užívání alkoholu, nenaordinovaných léků a jiných drog. Společenské hry jako šachy jsou řešeny individuálně.

Po propuštění z léčby nastávají otázky, zda by mohl hrát postižený např. se svými vlastními dětmi hry jako „člověče, nezlob se“. Názory německých autorů nejsou jednotné a další diskuse na toto téma bude ještě nutná.

V souvislosti s abstinencí je třeba upozornit na nebezpečí záměny závislosti. Případy hráčů, kteří abstinovali od hraní a stali se alkoholiky jsou běžné a stejně tomu je i naopak. Dohoda o abstinenci k alkoholu má proto i pro patologické hráče velký význam. Smyslem celé léčby je tak mít postoj abstinenta nejen k primárnímu problému (alkohol či hazardní hra), ale k jakékoliv jiné potenciální látce či činnosti způsobující závislost (drogy, internet...)

Dalším rozhodujícím momentem na cestě k dlouhodobé abstinenci je chvíle, kdy sám pacient rozpozná, že život s abstinencí má výhody, kterých se nechce zřeknout ve prospěch krátkodobému pozitivnímu efektu navozeného užíváním drogy, v případě patologického hráče hazardní hrou.

f. hledání příčiny

Získá-li hráč náhled nad vlastní závislostí a akceptuje-li abstinenci jako dlouhodobý cíl, spočívá poslední terapeutický cíl v tom, nalézt a zpracovat příčiny, které byly především zodpovědné za vznik závislosti. Na podkladě sociální anamnézy a klinicko-psychologického vyšetření a diagnostiky je pro každý konkrétní případ k vyšetření, které faktory přispěly ke vzniku a k udržování závislostního hráčského chování. V návaznosti na analýzu příčin jsou společně s pacientem vymyšleny alternativy k hazardní hře, aby funkce, kterou dříve převzala hazardní hra, byla naplněna, stejně jako volný čas vzniklý abstinencí.

2.2.3 Skupinová terapie jako klíčová část multimodálního léčebného konceptu

Terapeutický tým rozdělí pacienty do skupin, které se skládají z přibližně deseti členů, to však ale velmi podléhá možnostem a zkušenostem jednotlivých pracovišť. Přitom jde nejčastěji o otevřené skupiny, což znamená, že se uskutečňuje stálá fluktuace mezi nově přijatými a právě terapii ukončivšími pacienty. Podle četných zkušeností byli patologičtí hráči dobře integrováni se skupinami alkoholiků, popřípadě také pacientů závislých na medikamentech a jiných drogách. K tomu Kellermann a Sostmann (1992, in Meyer, 2005, p.201) poznamenávají: „Závislost je závislost, a konkrétní látka či prostředek jednotlivých pacientů ve skupině má spíše druhotný význam.“

a. Rámcové podmínky skupinové terapie

Skupinové sezení trvá přibližně 1,5 hodiny. Nemělo by být ukončováno výrazně dříve, ale je-li téma vyčerpáno, není také nutné dosedět vyhrazených 90 minut na minutu přesně. Z pohledu zachování autority terapeuta a prevence konfliktů je nutné, aby se skupiny odehrávaly výhradně v teritoriu terapeuta a ne v místnostech, kde se cítí doma spíše pacienti. Na oddělení by tak měla být vyhrazena místnost k tomu určená a ne improvizovaná, kde jinak pacienti tráví volný čas. Skupina by neměla začínat předem připraveným tématem. To naznamená, že by terapeut nemohl přinést vlastní aktuální téma nebo problém, ale měla by být na začátku sezení dána možnost všem účastníkům přijít s tématem vlastním.

b. Doplnkové hráčské skupiny

Skupiny pouze pro patologické hráče (obvykle jedenkrát týdně) slouží k tomu, aby byly probrány témata a problémy pro hazardní hru specifické, které ve společné skupině s alkoholiky nemohou být dostatečně podrobně rozebrány.

c. Účinek skupinové terapie

Yalom (1989, in Meyer, 2005, p.207) rozlišuje 12 „terapeutických faktorů“, které se podílejí na konečném účinku skupinové terapie:

1. interpersonální učení - pacienti si dávají zpětnou vazbu o tom, jaké následky vyvolá vlastní chování u druhých
2. otevřené vyjadřování pocitů ve skupině
3. pocity sounáležitosti ve skupině - „skupinová koheze“
4. nahlédnutí a přijetí vlastních duševních pochodů - „porozumění sama sobě“
5. interpersonální učení - možnost se ve skupině naučit a vyzkoušet nové mezilidské chování
6. existencionální faktory (smrt, svoboda...)
7. vědomost, že tu člověk se svým životem nestojí sám
8. posilovat naději na základě pozorování, jak ostatní postupně přemáhají jejich problémy
9. prožitek schopnosti pomoci ostatním a být pro ně důležitý
10. opětovné oživení vztahů a rodinné situace, tak jak tomu bylo dříve
11. rady a instrukce, které jsou dány ostatními pacienty a terapeuty
12. identifikace - možnost se s ostatními členy skupiny ztotožnit a díky napodobování se od nich učit

2.2.4 Individuální terapie

Z menší míry z ekonomických důvodů, ale převážně z výše uvedených výhod, hraje skupinová terapie dominantní roli v ambulantní i stacionární léčbě patologického hráčství. Individuální terapie má oproti tomu své pevné místo v řešení finanční problematiky, rodinných vztahů, úzkosti, depresivních stavů apod.

2.2.5 Sport, kreativní činnost a léčba prací

Jedná se o neverbální formy terapie, které teprve skrz verbální doprovod nabudou plně na účinku. Tyto formy terapie pomáhají hráči získat nové zkušenosti (např. akceptovat vlastní slabiny, schopnost prohrávat, vytyčit si cíle apod.) a přispívají k rozvinutí nových zájmů a

koníčků. Léčba prací pacienta konfrontuje s jeho vlastním potenciálem a přibližuje realitu běžného pracovního dne.

2.2.6 Zvláštnosti léčby u žen

Ve Spojených státech amerických je odhadováno, že přibližně jedna třetina všech lidí závislých na hazardních hrách jsou ženy. Podivuhodné je, že ale pouze 2-7% všech osob vyhledávajících pomoc (Anonymní hráči) jsou ženy (Lesieur, Blume, 1996, in Meyer, 2005, p.220). To by znamenalo značný nedostatek v podchycení patologických hráček. Předpokládá se, že pro ženy představuje přiznání se k problémům s hazardní hrou větší stigma. Hráčky jsou k tomu ještě častěji svobodné či rozvedené, takže může být vyvinut menší sociální tlak na to, aby se začaly léčit. Častěji nežli u mužů bylo zjištěno problematické dětství (závislí rodiče, sexuální zneužívání atd.). Častěji nežli u mužů došlo k dezolátní finanční situaci a kriminální činnosti. Dalšími typicky ženskými problémy v souvislosti s patologickým hráčstvím je nutkavé přejídání, závislostní sexuální chování a prostituce.

3 Prevence patologického hráčství

Patologické hráčství nemá jedinou příčinu. Proto také účinná včasná opatření zahrnují více rovin. Prevence problémů způsobených hazardní hrou má širší dosah, nežli jen předcházení patologickému hráčství. Prevence problémů způsobených hazardní hrou a alkoholem nebo drogami má mnoho společného. Proto také bývá výhodné je spojovat a zasadit do širšího rámce povzbuzování ke zdravému způsobu života.

Obdobně jako u jiných psychických nebo tělesných nemocí i u patologického hráčství lze rozeznávat prevenci primární, sekundární a terciální. Primární prevence má za účel snižovat incidenci. Oproti tomu sekundární prevence má funkci včasné rozpoznání akutní onemocnění, to pak odvrátit a zabránit hrožícím negativním důsledkům s tím spojeným. Konečně terciální prevence zasahuje do stadia již existující manifestní, chronické poruchy. Její těžiště je v obnovení fyzického a psychického zdraví, sociálního zajištění a v zachování životní úrovně.

Možnosti preventivních opatření vycházejí z již popsaného třífaktorového modelu závislosti (závislostní trias: hazardní hra, individuum, sociální prostředí).

3.1 Ochrana hráčů

Monopol státu v hazardním průmyslu je jedním z klíčových požadavků k ochraně hráčů před negativními důsledky hazardní hry. Jak poukázal Eadington (1997, in Meyer, 2005, p.287), principiálně lze rozlišovat 4 strategie ze strany státu v řízení nabídky hazardního průmyslu. Prvním extrémem je prohibice, která však vede k vedlejšímu efektu vzniku ilegálního trhu s hazardními hrami, vykořisťování, manipulacemi a v konečném důsledku i kriminalizaci. Na opačném spektru přístupu státu je naprostá legalizace hazardního průmyslu a ponechání trhu vlastní regulaci. To vede k neúměrnému obohacování provozovatelů bez nesení jakýchkoliv následků za negativní dopady na hráče samotné, ale i celou společnost.

Dalšími dvěma možnostmi jsou liberální postoj a regulace ve smyslu restrikce. Liberální postoj maximalizuje zisk státu bez proaktivní snahy na poli prevence. Regulace ve smyslu restrikce jediná zajišťuje jakousi zodpovědnost za negativní důsledky např. tím, že se část příjmů automaticky investuje do řešení problematiky patologického hráčství, prevence apod.

Ze strany provozovatelů hazardních her je možno očekávat jeden ze čtyř přístupů, jak poukázal Bellringer (1999, in Meyer, 2005, p.289). Jsou seřazeny od nejnesprávnějšího k tomu, který je pro společnost nejpříhodnější.

1. negování problematiky patologického hráčství a odmítnutí zodpovědnosti. Hráčská závislost jako psychická porucha je popřena anebo označena za sekundární reakci při již dříve přítomné jiné (psychické) poruše.
2. symbolické přiznání. Existence problematického hráčského chování je vnímána a diskutována, avšak bez snah investovat zdroje do preventivních opatření.
3. zavedení jednotlivých opatření. Jedná se o reakce na konkrétní případy bez systematického řešení této problematiky, a proto celkově nenabývá příliš na významu.
4. rozsáhlé závazky v této věci a koordinované zavedení účinných preventivních opatření. Problematické hráčské chování je zde uznáno jako negativní a nechtěný vedlejší efekt nabídky provozovatele hazardních her. Ochrana hráče je zde jedním z ústředních témat v marketingové koncepci provozovatele.

V roce 2005 byl přístup německých provozovatelů nejčastěji mezi stupněm 2 a 3. Vše nasvědčuje tomu, že situace na českém trhu s hazardními hrami je v tomto směru ještě horší a pro potenciální patologické hráče tak nevýhodnější a rizikovější.

3.2 Možnosti primární prevence

Hayer a Meyer (2004 a,b, in Meyer, 2005, p.292) uvádí následující výčet možností primární prevence bez ohledu na formu hazardní hry.

3.2.1 Dostupnost

- zdrženlivý přístup k povolování herní nabídky a restriktivní přístup k jejímu rozšiřování
- umíst'ování těchto podniků na periferie měst a ne do sociálně citlivých míst jako blízkosti škol, sídliště, centra měst apod.
- podpora opatření, která přístup k hazardní hře ztěžují (např. nutnost prokázání totožnosti apod.)

3.2.2 Ochrana spotřebitelů (tedy hráčů)

- jednoznačné a dobře viditelné informace zahrnující upozornění o problematice závislosti

- přiměřené vysvětlení spotřebitelům o pravděpodobnostech výhry, respektive prohry
- ochrana před nadměrnou finanční ztrátou v krátkém časovém úseku; toho lze docílit omezenou výší vkladů, vynuceným snížením herní rychlosti apod.

3.2.3 Ochrana dětí a mladistvých

- určení věkové hranice 18 let pro účast na hazardních hrách
- informační kampaně ve školách a zainteresování učitelů a rodičů
- spojení tématu problematického hráčského chování s problematikou závislosti obecně

3.2.4 Reklama

- omezení reklamy na hazardní hry s relativně nízkým potenciálem vzniku závislosti a zákaz reklamy těch, které mají toto riziko vysoké
- zákazu zavádějících a klamných reklamních strategií
- zákaz obzvláštní pobídky ke hře, jako jsou např. hry zdarma nebo dárky za přivedení nového hráče

3.2.5 Práce s veřejností

- senzibilizace veřejnosti prostřednictvím různých médií
- projekty a výstavy k problematice hazardních her
- vysílat konzistentní a jednoznačné poselství o výhodách a nevýhodách hazardního hraní

3.2.6 Daňová politika

- zvyšování daní z provozování hazardních her
- nemalé povinné odvody na léčbu, výzkum a všechny záležitosti s problematickým hráčstvím související

3.2.7 Konzum alkoholu

- omezení spojení nabídky alkoholu a hazardní hry zároveň
- časová a prostorová nedosažitelnost alkoholu během účasti na hazardní hře (oproti tomu běžná praxe v České republice je taková, že se podávají alkoholické nápoje pro hráče zdarma)

3.2.8 Platební styk

- zamezení možnosti platby bezhotovostně
- zákaz EC-Cash-terminálů v hernách

Organizace prevence

- zavedení nezávislých a interdisciplinárních komisí k evaluaci prevence problematického hráčského chování a společenských následků s povinností o tom informovat příslušná ministerstva. (USA: National Gambling Impact Commission, 1999, England: Gambling Review Body, 2001)
- pravidelná a systematická evaluace preventivních opatření s cílem jejího dalšího rozšíření a optimalizace na základě vědeckých a epidemiologických poznatků

3.3 Možnosti rozpoznání patologických hráčů při hře

Při znalosti následujícího výčtu charakteristického chování patologického hráče při hře je možné jeho včasné rozpoznání a nabídnutí adekvátní pomoci. Toto by mělo být výzvou pro provozovatele a jeho vyškolený personál. Realizace v praxi je však složitá i ve vyspělejších zemích, nežli je Česká republika. U nás naopak spíše funguje opačný přístup a zjevně nemocný člověk je ve hře všelijak podporován, protože se odhaduje, že desítky procent z celkového zisku pro provozovatele jsou získány právě účastí patologických hráčů při hazardních hrách. Výpovědní síla jednotlivých znaků spočívá především v kombinaci s ostatními. Jedná se především o tyto postřehy zaměstnanců kasin:

- opakované čekání na otevření herny, neklid při vpuštění dovnitř
- změny v hráčském chování: vyšší vklady, delší čas strávený hrou, hektické hraní, častější návštěvy, chuť vyhrát vše zpět po větší prohře
- změny ve vnějším vzezření
- půjčování si peněz od ostatních hráčů
- přerušování hraní k sehnání dalších peněz a opakované užívání EC-Cash-automatů při jedné návštěvě
- depresivní nálada během hry, duševní nepřítomnost, zkreslené vnímání („ostatní vyhrají vždy, já nikdy“)
- výbuchy emocí, agresivita
- pověry a rituály jako součást hráčských aktivit
- přisuzování viny krupiérovi či „kuličce“

- setrvávání v kasinu i bez hraní, dělání rádce ostatním, opuštění herny až při zavírací době a mnohdy ještě pouze pod donucením
- hraní na více automatech zároveň
- mluvení s automatem, nadávání automatu, případně jeho proklínání
- použití fyzického násilí na automat
- hlazení automatu

3.4 Nepřipuštění ke hře

Nikoliv z oblasti primární prevence, ale ve chvíli, kdy je již rozvinutá závislost na hře přítomna, lze využít možnosti zákazu vstupu konkrétní osoby do herny. To může být na přání samotného hráče, nebo na cizí popud. V této věci je však nezbytně nutné, aby takový zákaz automaticky platil v celé zemi, nebo nejlépe v celé Evropě, k čemuž bude ještě potřeba zvýšit spolupráci jednotlivých provozovatelů hazardních her.

3.5 Prevence ovlivněním rizikových a protektivních faktorů v sociálním prostředí

Rizikové faktory je nutno v preventivní činnosti zohlednit stejně tak, jako ochranné faktory, které zvyšují rezistenci ke vzniku závislosti na hazardních hrách. Mezi rizikové faktory patří například zneužívání návykových látek (včetně gamblingu) v původní rodině, styl výchovy, nedostatek kontaktů s vrstevníky, snadná dostupnost hazardních her a nedostatečné možnosti k smysluplnému vyplnění volného času. Ve stylu výchovy například platí, že není vhodný ani nadměrně protektivní až rozmazlující styl výchovy, ale stejně tak je i špatný dominantní a zanedbávající styl výchovy. Při nedostatečných kontaktech s vrstevníky je snížena možnost nabýt sociální kompetence a často se toto kompenzuje různými zábavními přístroji, jako jsou např. videohry, počítač apod.

Lippmann (Lippmann, 1990, in Meyer, 2005, p.299) uvádí ve své publikaci (Návrhy k prevenci závislostí v oblasti rodiny) faktory, které přispívají k rezistenci na závislostech obecně a jsou i platná pro prevenci patologického hráčství:

- schopnost vyrovnávání se se zátěží
- zvyšování sebedůvěry a sebejistoty
- tělesné zdraví a pozitivní postoj k vlastnímu tělu
- připuštění si nepříjemných pocitů a schopnost s nimi zacházet
- posilování pozitivních pocitů (důvěra, radost, jistota)

- rozpoznat konflikty a přiměřeně je řešit
- nemít příliš malé ani velké požadavky a stejně tak ani žádné extrémy v ochraňování dítěte
- podporovat i jiné smyslové vnímání, nežli jen zrak a sluch
- nevyjadřovat se dvojsmyslně („Tak si teda běž“ s charakteristickou intonací v hlase)
- pozorně naslouchat
- poskytnout více chvály nežli kritiky

3.6 Kdo může co konkrétního udělat v prevenci patologického hráčství

Nešpor (2006) uvádí ve své publikaci „Už jsem prohrál dost“ následující výčet doporučení, co může kdo udělat konkrétního v prevenci patologického hráčství.

3.6.1 Co může udělat jednotlivec

Především sám hazardně nehrát. Může také před hazardní hrou varovat přátele a známé. To je velmi důležité. Právě od vás to možná ten či onen konkrétní člověk přijme lépe než od kohokoliv jiného.

Co mohou udělat rodiče

Je toho hodně a do značné míry se to kryje se zásadami prevence problémů způsobených alkoholem a drogami. Mezi hlavní rady patří:

- získejte důvěru dítěte, naučte se naslouchat tomu, co říká, věnujte mu potřebný čas
- opatřete si o hazardní hře a jiných návykových rizikách informace, abyste o tom mohli s dítětem zasvěceně hovořit; vyberte si k takové debatě vhodný okamžik
- předcházejte tomu, aby se dítě nudilo; toho můžete dosáhnout tím, že ho vhodně zaměstnáte v rodině, nebo mu najdete dobrou společnost a záliby mimo ni
- stanovte a prosazujte zdravá pravidla - základním pravidlem pro nezletilé je nikdy a za žádných okolností žádná hazardní hra; za porušení pravidla by měly následovat přiměřené a předvídatelné sankce, např. krácení kapesného

- buďte pro dítě dobrým modelem - dítě vycítí, že i pro vás mají peníze, které jste si poctivě vydělali, větší cenu, než kdybyste je získali náhodou nebo nepoctivě. Pokud hazardně nehrajete, je to při výchově výhoda; samo o sobě to ještě dítě nechrání, protože je vystaveno i dalším vlivům.
- dítě by mělo vědět, že určité věci prostě musí odmítnout; mezi ně patří i pozvání k hazardní hře
- posilujte zdravé sebevědomí dítěte a oceňujte jeho upřímnou snahu a úsilí; ukazujte mu jeho dobré možnosti
- podle potřeby spolupracujte i s dalšími dospělými, školou, případně odborníky
- jestliže se objeví problémy s hazardní hrou u dítěte, je třeba je energicky zvládnout. Využívejte možnosti profesionální konzultace. Čím dříve se začne problém řešit, tím je to snazší.

3.6.2 Co může dělat škola

Škola může prosazovat zákaz jakýchkoliv hazardních her ve školní budově a jejím okolí. Prevenci problémů působených hazardními hrami je vhodné zasadit do rámce výchovy ke zdravému způsobu života. Pro normální populaci dětí a dospívajících jsou nejučinnější interaktivní programy, při kterých se dítě učí sociálním dovednostem (např. odmítat), relaxaci, kde hledat pomoc pro různé problémy atd. Nabízení pozitivních alternativ k rizikovému chování je účinné zejména u dětí a dospívajících se zvýšeným rizikem. Důležitá je také včas poskytnutá léčba.

3.6.3 Co mohou dělat zaměstnavatelé

Zaměstnanec patologický hráč je něco jako časovaná bomba a může velmi poškodit pověst podniku a způsobit velké ekonomické škody. Prevenci a včasné léčbě proto zejména američtí zaměstnavatelé věnují pozornost. Samozřejmě i v tomto případě se prevence problémů působených hazardní hrou spojuje s prevencí problémů působených alkoholem a drogami a s podporováním zdravého způsobu života zaměstnanců. Důležité je problém co nejdříve rozpoznat a zprostředkovat léčbu.

3.6.4 Co mohou dělat ti, kdo hazardní hru provozují

Měli by ve vlastním zájmu striktně dodržovat věkovou hranici 18 let. Nic totiž nepoškozuje i tak pošramocenou pověst provozovatelů hazardních her jako nezletilí patologičtí hráči. Měli by také umět rozpoznávat patologické hráče a doporučit jim léčbu –

peníze, které jim do heren přinášejí, jsou totiž ukradené, vypůjčené nebo zpronevěřené a jsou zdrojem problémů. Patologický hráč by se měl léčit, ne hrát. Konečně zaměstnanci v tomto oboru by zásadně neměli hazardní hru sami hrát. Hrozí jim totiž, ve větší míře než ostatním, nebezpečí patologického hráčství.

3.6.5 Co mohou dělat sdělovací prostředky

Mohou nabízet lepší možnosti trávení volného času, než je hazardní hra, a nabízet pozitivní modely lidí, kteří mají kvalitní záliby a pro něž je práce důležitá sama o sobě. Média by měla dát prostor i debatě týkající se nebezpečí hazardní hry a tomu, jak ho snižovat. Rozhodně by se sdělovací prostředky neměly propůjčit přímé ani nepřímé reklamě hazardních her.

3.6.6 Co může dělat společnost

Účinná prevence zahrnuje snižování poptávky po hazardní hře a snižování její dostupnosti. Poptávku lze snižovat pomocí účinných programů zahrnujících pokud možno více sektorů (jednotlivec, rodina, vrstevníci, škola, pracoviště, sdělovací prostředky atd.). Dostupnost je možné snižovat zákony a omezeními určitých druhů hazardní hry a samozřejmě nekompromisním prosazováním zákona. To se u nás v současnosti neděje. Výzkumy prokázaly, že ty státy v USA, které mají přísné zákony omezující hazardní hry, mají o 70 procent nižší výskyt patologického hráčství v porovnání se státy, které takové zákony nemají (např. Nevada). Reklama alespoň těch nejnebezpečnějších forem hazardní hry by měla být zakázána. Význam má i společenské klima. Ve výhodě je společnost, která nepovažuje peníze za nejvyšší hodnotu.

3.7 Jak předcházet recidivám

Umět recidivu je důležité. Ještě mnohem důležitější a bezpečnější je dokázat ji předejít. Udržovat si dobrý tělesný a duševní stav a život bez hazardní hry chránit je pro patologické hráče trvalým úkolem. Pro větší přehlednost jsou možnosti prevence rozděleny do tří skupin (Nešpor, 2006):

3.7.1 Prevence recidivy na úrovni myšlení

- Do ní náleží likvidování nebezpečných fantazií. Snění o velké výhře a „přehrávání si“ úspěšných her jen posiluje závislost. Podrobně své představy proto nelitostně kritice,

vycházející z vašich tvrdých životních zkušeností. Zlikviduje veškerá falešná očekávání od hazardní hry.

- Předvídejte nebezpečí a buďte schopni je s předstihem rozpoznat, vyhnout se mu nebo mu čelit. Tato prevence na úrovni myšlení se pak v úrovni chování projeví tím, že se například vyhnete nebezpečným situacím nebo nebezpečným známým. Předvídejte následky svých rozhodnutí.
- Zasaďte svůj problém do rozumného rámce. Anonymní hráči vnímají například patologické hráčství jako nemoc. Tak jako nemocný cukrovkou drží dietu bez cukru, vyplatí se vám dieta bez hazardní hry. Rozum dokáže držet na uzdě city, které by vám mohly škodit. Tak pronikne hlouběji do problému.
- Nejlepší pomstou hazardnímu průmyslu je hazardní hry bojkotovat. Bojkot spotřebitelů je něco, čeho se velmi bojí i silné nadnárodní společnosti.
- Častou chybou myšlení je „budu šťastný až...“. Je to omyl, štěstí v budoucnu neexistuje. I kdyby někdo dosáhl svého cíle, může mu požitek kalit bolest zubu, další ctižádost, závist... Šťastní můžeme být teď, tedy v přítomnosti. Mít radost a být v životě spokojený i v obtížných situacích se dá naučit.

3.7.2 Prevence na úrovni pocitů a emocí

Mezi emoce, které jsou pro pacienty nebezpečné a mohly by vést k recidivě, patří samota, smutek, hněv, úzkost, vyčerpání, nuda, ale překvapivě také radost. Proto:

- dobrým způsobem, jak se emočně přeladit, je jakkoliv trochu vydatnější tělesná aktivita
- příznivě působí také relaxace (např. jóga nebo autogenní trénink) u těch, kdo se relaxovat naučili
- nejlepším lékem na vyčerpání je samozřejmě přiměřený odpočinek
- zázračným lékem pro ty, kdo mají smysl pro humor, je smích
- překonat nudu chce tvořivost a vynalézavost. Jestliže vás trápí tento problém, udělejte seznam dvaceti až třiceti činností, které vás někdy zajímaly, nebo které by vás zajímat mohly. Až vás přepadne nuda, budete mít z čeho vybírat.
- zvyšujte svoji odolnost vůči zklamání (frustrační toleranci). Pocity typu „zasluhuji to, co právě chci teď hned“ jsou dětinské. Dospělý člověk se postupně učí přijímat nevyhnutelná omezení.

3.7.3 Prevence na úrovni chování

- Psychoterapie přináší možnost o svých problémech mluvit s někým, kdo má pochopení. Může to být lékař, psycholog, skupina léčených lidí, organizace Anonymních hráčů. Je to účinný a rozšířený postup.
- V prevenci na úrovni chování pomáhají veškeré aktivity neslučitelné s hazardní hrou. Tedy výlet do přírody s rodinou, koupel, práce na zahradě apod. Patří sem i jóga. Ta působí na lidi, kteří mají problém s hrou, velice dobře. Kombinuje v sobě relaxaci a tělesné cvičení, o jejichž příznivém působení se dobře ví. Člověk se také dostává do bezpečné společnosti lidí, kteří většinou nehrají, nepijí ani neužívají jiné drogy.
- Někteří lidé, když přestanou hrát, cítí napětí a neklid. Většinou to ale netrvá dlouho. Nacházejte v tom, že nehrajete, příjemné stránky. Učte se objevovat nebo znovu objevovat prosté a příjemné radosti života. Naučte se udělat si radost.
- Zázračným lékem, který léčí spoustu nemocí včetně patologického hráčství, je rozumný způsob života. V něm by měla být rovnováha mezi prací a povinnostmi na jedné a odpočinkem a kvalitními zálibami na druhé straně.
- Když odpočíváte, nemějte pocity viny. Odpočívat je vaší povinností vůči sobě. Mimo jiné si tak udržujte stabilní a dlouhodobou pracovní výkonnost.

Diskuze

Nabídka hazardních her se v posledních letech výrazně rozšířila, včetně nových forem, jako např. hraní přes internet. Situace je v každé zemi trochu odlišná, což souvisí s kulturní tradicí, přístupem státu, hodnotami ve společnosti apod. Situace u nás patří ve srovnání s vyspělým světem k těm méně radostným. Díky celkově benevolentnímu přístupu u nás hazardní hry provozuje kolem 500 firem. Z toho 450 provozuje výherní hrací automaty, 28 kasina, 27 sázkové kanceláře, 11 sázkové hry a 10 výherní terminály. To jsou čísla v Evropě ojedinělá, mnohdy až řádově větší nežli v jiných srovnatelných zemích. Občané České republiky již nyní prohrají v průměru ročně 11000 Kč na osobu, tedy zhruba 5 procent průměrné mzdy. To je čtyřikrát více než v USA. Nešpor uvádí, že k roku 2008 se u nás ročně léčí řádově 500 až 1000 lidí, ale těch, kdo se neléčí, i když by léčbu potřebovali, může být stokrát více.

Je zřejmé, že cílem prevence v této problematice nemůže být zcela hazardní hry potlačit, protože to není úplně možné. Na místě je spíše v rámci konceptu „Responsible Gaming“ (American Gaming Association, 1998) vnímat negativní a nechtěné „vedlejší účinky“ hazardních her a dle potřeby nasadit účinná preventivní opatření, a to jak primární, tak i sekundární a terciární prevence. Nutnost posílení role státu v boji proti negativním dopadům hazardního průmyslu bude u nás nezbytná. V tuto chvíli platíme spíše za ráj pro provozovatele hazardních her a potažmo i jejich oběti, pro které se však ráj začne měnit časem v peklo, obzvláště tehdy, rozhodnou-li se trvale abstinovat. Tato problematika zůstává velkou výzvou jak pro komunální politiky, tak i pro ty, kteří zákony tvoří a schvalují. Je nepochybné, že na tomto poli mají politici co dohánět a je jen otázkou, co všechno se podílí na jejich vůli či ne vůli něco změnit. V horším případě může hrát roli politická lobby provozovatelů a příjem z daní, protože v tomto odvětví se ročně točí desítky miliard korun. V lepším případě pak neznalost problematiky a vědomí toho, že je to problematika s nejistými krátkodobými výsledky, tudíž politicky neatraktivní. Dalším samostatným problémem zůstává shánění finančních prostředků na vše, co s patologickým hráčstvím souvisí. Problematika závislosti spadá mezi lékařskými obory do psychiatrie, která je u nás velmi podceněná z hlediska procenta finančních prostředků vydávaných na zdravotnictví. Společenská stigmatizace psychiatrických pacientů je všeobecně známa a patologičtí hráči a alkoholici jsou tradičně vnímáni jako ti, kteří si za svou nemoc můžou převážně sami. Proto je ještě zřejmě daleko doba, kdy budou brát všichni tuto problematiku vážně a budou dostatečné prostředky nejen k

řádné léčbě všech, kteří to potřebují, ale i k dalšímu výzkumu na tomto zajímavém poli adiktologie. Povzbuzením nám na této složité cestě může být příklad zemí (např. Rakousko), které jsou s námi srovnatelné velikostí i kulturně, a kde se podařilo tuto problematiku velmi dobře zvládnout.

Závěr

V této diplomové práci jsem shrnul nejnovější poznatky k problematice patologického hráčství. S ohledem na rozsah práce si tento text nedělá nárok na úplnost a už vůbec nemůže sloužit jako návod k léčbě. V českém jazyce k tomuto účelu slouží knihy pana primáře Nešpora, které za tímto účelem opakovaně vydává se svými kolegy z Psychiatrické léčebny Bohnice a Psychiatrického centra Praha. Z knih jsem čerpal spoustu relevantních informací. Pro všechny zájemce jsou tyto materiály bezplatně dostupné. Jsou zde dopodrobna popsány jednotlivé léčebné postupy, které se mnohdy kryjí s léčbou všech závislostí obecně. Jde o techniky relaxace, dechová cvičení, jógu, zvládání stresu, léčbu smíchem apod. S ohledem na rozsah diplomové práce jsem psal o věcech pro patologické hráčství specifických. Důraz na prevenci v tomto textu je pochopitelný jak z názvu této práce, tak z pohledu důležitosti prevence v řešení tohoto problému obecně. Po napsání této diplomové práce se mi jeví problematika patologického hráčství poměrně složitá, velmi zajímavá a především nanejvýš aktuální.

Souhrn

Tato diplomová práce je přehledem problematiky patologického hráčství v celé její šíři s důrazem na moderní přístupy v prevenci a léčbě patologického hráčství. V první části nazvané Patologické hráčství v souvislostech jsem stručně zpracoval pohled na hazardní hry v minulosti a v současnosti, a dále také epidemiologii, diagnostická kritéria, příčiny a následky patologického hráčství. Nechybí zde ani kapitola o svépomocné organizaci Anonymní hráči. V druhé kapitole pojednávající o léčbě patologického hráčství jsem shrnul nové poznatky o léčbě ambulantní a především ústavní. Přesto práce nemůže a ani nemá sloužit jako léčebný manuál. V poslední třetí kapitole nazvané Prevence patologického hráčství jsem naznačil nutnost komplexního přístupu v prevenci patologického hráčství, která je něčím stejná jako u jiných závislostí a něčím zcela specifická. Závěrečná diskuze se zabývá vážností situace v České republice.

Summary

This thesis gives an overview of a broad issue of the pathological gambling focusing on modern approaches in the prevention and the treatment. In the first section called „Pathological gambling in the context” I delivered briefly insight into games of hazard in the past and in the present; furthermore into epidemiology, diagnostic criteria, causes and consequences of the pathological gambling. A chapter about a friendly society called Anonymous gamblers is not omitted here. In the second section dealing with the treatment of the pathological gambling I summed up new pieces of knowledge about outpatient and especially institutional treatment. The thesis can not and particularly should not serve as a medical guideline, though. In the last section called “The prevention of the pathological gambling” I outlined necessity for a complex approach in the prevention of the pathological gambling. This prevention is in some way very similar as with other addictions and in some way entirely specific. The closing discussion is concerned with seriousness of a situation in the Czech Republic.

Seznam použité literatury:

NEŠPOR, K. Už jsem prohrál dost. 1.vyd. Praha: Sportpropag, 2006.

MEYER, G., BACHMANN, M. Spielsucht, Ursachen und Therapie, 2.vyd. Heidelberg: Springer, 2005.

NEŠPOR, K. Léčba návykových nemocí – interaktivní semináře 1. vyd. Praha: Sportpropag, 2006.

NEŠPOR, K. Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou 2.rozšířené vyd. Praha, 1999.

HOESCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Tigis, 2002.

TUČEK, J., DOLINOVÁ, M. Kasina aneb co nevíte o nejrychlejším hazardu. 1. vyd. Praha: IKAR, 2000.

KASAL, I. Kasina – Svět napětí a zábavy. 1.vyd. Praha: Olympia, 2002.