

Patologické hráčství: souhrn faktů a aktuální situace v České republice

Autor: Petr Verosta | Editor: PhDr. Petr Vejrosta

SOUHRN

Patologické hráčství je impulsivní porucha s obdobnými symptomy jako závislost na návykových látkách. Etiologie gamblerství není zcela jasná, stejně jako není znám ani odhad prevalence problémových a patologických hráčů v populaci České republiky. Patogeneze obsahuje prvky iracionálního myšlení, vznik a prohlubování sociálně patologických jevů a antisociálního chování. Lze sledovat zvýšené suicidální chování oproti jiným návykovým nemocem. Velmi často je u pacientů přítomna psychiatrická komorbidita, nejčastěji skupina depresivních a úzkostných poruch. Závažným symptomem poruchy sociálního zdraví je narušení sociálních vztahů, hluboká zadluženost, trestná činnost a z toho vyplývající represe. Česká republika problematice věnuje minimum pozornosti na úrovni systému péče o patologické hráče a v oblasti prevence rizikového chování.

KLÍČOVÁ SLOVA

Patologické hráčství, hazardní hra, statistika, léčba

ÚVOD

Kalina et al. (2008) uvádí, že závislost je dnes uznávanou nemocí s tichým předpokladem, že příčina závislosti spočívá ve vlastnostech chemických substancí nebo objektů. Závislost na procesech (kam patří i patologické hráčství) se dnes spíše považuje za návykovou a impulsivní poruchu, nicméně praxe léčby těchto poruch se léčí společně či velmi podobným způsobem jako na objekt (drogy) specifikovaná závislost. To a další teorie podporují širší konceptualizaci závislosti, která dokonce již ani nepřipisuje ústřední roli specifickým objektům a hledá přílehavější filosofii závislosti.

Mechanismus vzniku závislostí na procesech (mj. patologické hráčství) je v řadě aspektů podobný jako u drogových závislostí, i když zpravidla přímo (primárně) nepoškozují tělo člověka, jak se děje v důsledku intoxikace. Závislost na procesu a drogová závislost mají společné charakteristiky, zejména pozvolný, plíživý a neuvědomělý vznik, neostrou hranici mezi využíváním, používáním, problémovým užíváním a závislostí.

Shrnutí společných znaků: „v chování je společný neúměrný růst jednoho programu (závislosti) na úkor druhých do té míry, že je schopen vyřadit životně důležité programy a tak nakonec zničit celý organismus včetně sebe samého. Na úrovni tělesné v posledních desetiletích zaznamenáváme neustálý růst podobného chování rakovinové buňky“ (Vacek, 2011).

Z medicínského hlediska lze návykové nemoci (zdraví škodlivé návyky) dělit na **poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním návykových látek (diagnózy F10 – F19):**

- Alkohol, Opioidy, Kanabinoidy, Sedativa nebo hypnotika, Kokain, Jiná stimulancia, vč. kofeinu, Halucinogeny, Tabák, Prchavá rozpouštědla;

a na **nutkavé a impulzivní poruchy (diagnózy F63):**

- **Patologické hráčství**, Patologické zakládání požárů (pyromanie), Patologické kradení (kleptomanie), Trichotillomanie (nutkání k vytrhávání vlasů), Jiná nutkavá a impulzivní porucha (jiné závislosti na procesech jako například na rádiu, hudbě, televizi a videu, na mobilních telefonech, na internetu, virtuální realitě a hrách, včetně videoher, chorobné nakupování a mnohé další).

Všechny tyto návykové nemoci jsou definovány v Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10, 2008), která je jedním z hlavních podkladů pro diagnostiku v systému zdravotní péče a veřejného zdravotního pojištění v České republice.

DEFINICE HRY A HAZARDNÍ HRY

Hra byla vždy nahlížena lidstvem jako věc navýsost příjemná a dobrovolná, jako ideální svobodná lidská činnost, která má zábavný a rekreační charakter. Hra svou povahou probouzí nevědomé části naší psychiky, které nám umožňují být kreativními a kde doufáme i ve vyplnění našich snů, v kouzla. Je to svět jakési předzvěsti virtuální reality, fantazie, světa „jakoby“, kde si můžeme – tak jak si pamatujeme z dětství – vše beztrestně zkusit. Čím častěji a více se zapojujeme do hry, tím více hra přitahuje naši pozornost a běžná realita se nám zdá těžkopádnější, topornější a nezajímavě pracnější. Lehkost myšlenky a její realizace formou hry je něco, co člověka vášnivě přitahuje, a to až natolik, že zapomíná na reálný svět, ve kterém existuje. Je kruté, že do hry je v hazardu (ať již on-line nebo reálném) zabudován skutečný život, od ztráty času a peněz, až po ztrátu rodiny, zaměstnání, koníčků a naposledy též života (Kalina et al., 2008).

Loterií nebo jinou podobnou hrou (hazardní hrou, pozn. autora) 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 (herní plán). Nezáleží přitom na tom, provádí-li se hra pomocí mechanických, elektronickomechanických, elektronických nebo obdobných zařízení (definice dle § 1 odst. 1 zákona č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách, ve znění pozdějších předpisů).

Hazardem je předpoklad hráče, který hraje s vědomím určité nevýhody (statistická pravděpodobnost výhry daná pravidly hry), a který doufá, že bude mít štěstí, které dokáže nevýhodu překonat. U hazardních her pořádaných třetí stranou vždy platí, že poměr vsazených vkladů (sázek) a vyplacených výher je nastaven v neprospěch hráče. Z dlouhodobého hlediska při opakovaném sázení účast na hazardní hře znamená pro sázejícího vždy jen ztrátu.

PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ – MEDICINIZACE A DEFINICE

Patologické hráčství bylo zařazeno do klasifikace nemocí dle Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) v roce 1980.

V Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-IV, 2005) je patologické hráčství definováno následovně:

A. Neustálé a opakované maladaptivní hráčské chování vyznačující se nejméně pěti z následujících příznaků:

1. zaujetí hráčstvím (např. snaha o znovuprožití minulých hráčských zkušeností, následků hazardu nebo plánování nového hazardu nebo přemýšlení o způsobech, jak získat peníze na hraní;

2. potřeba hrát se stále většími částkami peněz za účelem dosažení vzrušení;
3. opakované neúspěšné snahy kontrolovat, přerušit nebo vzdát se hraní;
4. neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo vzdát se hraní;
5. hraní jako způsob útěku od problému nebo snaha zbavit se dysforické nálady, např. pocit bezmoci, viny, úzkosti, deprese;
6. po prohře ve hře se často další den vrací, aby je znovu získal („hon“ za penězi);
7. lže členům rodiny, terapeutům nebo jiným, aby zastřel rozsah svého hráčství;
8. páchá nelegální činy, jako padělání, podvody, krádeže nebo zpronevěry, aby získal peníze na financování hráčství;
9. hráčstvím ohrozil nebo ztratil významné přátele, práci nebo příležitosti ke vzdělání a kariéře;
10. spoléhá se na jiné, že poskytnou peníze a napraví špatnou finanční situaci, způsobenou hráčstvím;

B. Nelze přiřadit k manické epizodě

V Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10, 2008) je patologické hráčství definováno v kapitole V. Duševní poruchy a poruchy chování pod diagnózou F63.0 Patologické hráčství jako: *„porucha spočívající v častých opakovaných epizodách hráčství, které dominují v životě subjektu na újmu hodnot a závazků sociálních, vyplývajících ze zaměstnání, materiálních a rodinných. Kompulzivní hráčství“* (p. 231).

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA. CRAVING

Diagnostiku lze provádět více způsoby, jednak podle definice MKN-10, propracovanější diagnostická kritéria však nabízí DSM-IV (viz výše). Nejpoužívanějším diagnostickým manuálem v současné době je dvacetipoložkový dotazník **The South Oaks Gambling Screen – SOGS** (Lesieur & Blume, 1987), jehož zkrácenou alternativou je tzv. **Lie/Bet Screen** (Johnson et al., 1988). Ten se skládá ze dvou jednoduchých otázek:

1. Pocítili jste někdy potřebu sázet více a více peněz?
2. Lhali jste někdy pro Vás důležitým lidem o tom, jak moc hrajete?

Toneatto (1999) uvádí, že s patologickým hráčstvím se pojí některé kognitivní distorze, z nichž markantní je zvyšování obratnosti v hraní, pověřivost, sklon k vysvětlování opakovaných proher, selektivní paměť pro výhry a iluze kontroly nad štěstím ve hře.

Nešpor (2006) popisuje velké množství bludů patologických hráčů, které jsou součástí definice patologického hráčství, např.:

- o rychlém zbohatnutí;
- o zajímavosti hry;
- o úniku a odreagování;
- o vlastní genialitě;
- „já to mám pod kontrolou“;
- „nikdo se nic nedozví“;
- o štedrých „výherních“ automatech;
- o spořitelně;
- a další; (p. 22).

V průběhu vývoje procesu můžeme mluvit nejprve o návyku, kterému předchází stále větší bažení neboli neurobiologický aspekt „craving“.

Kalina et al. (2008) popisuje craving jako jeden z podstatných projevů závislosti. Je to nutkavá touha užít drogu (také hazardní hru) spojená s kompulsivním užíváním drogy (hazardní hry). Přesný mechanismus cravingu není znám, nicméně je zřejmé, že craving souvisí zejména s dysbalancí dopaminergního systému.

Vyskytuje se při odnětí drogy (zde hazardní hry) nebo během abstinence při kontaktu s drogou (zde s hazardní hrou) či při setkání s kontextem s potenciálem užití drogy (u hazardní hry „peníze v ruce“ hráče, reklama na hazardní hry a všudypřítomnost heren).

Craving lze nahlížet třemi základními způsoby, resp. lze připustit, že pod pojmem craving je skryto více různých stavů s odlišnou podstatou:

- craving jako touha po odměňujících účincích drogy, resp. hazardní hry (s pravděpodobným hlavním podílem dopaminergního a opiodního systému)
- craving jako touha uniknout nepříjemným psychickým stavům, např. při odvykacím stavu (pravděpodobně v důsledku deregulace systému GABAergního a glutamatergního)
- craving jako stav s dominujícím obsesivním charakterem (s pravděpodobností hlavní účasti dysbalance systému serotoninergního)

Šerý (2001) poukazuje na fakt, že craving bývá považován za klíčový moment přesmyku užívání drogy (patologického hráčství) do závislosti, na druhou stranu je nutno podotknout, že relaps (a chování zaměřené na získání drogy, resp. hazardní hra) se může vyskytnout i bez přítomnosti cravingu.

ETIOLOGIE (RŮZNÉ POHLEDY)

Patologické hráčství bývá klasifikováno jako impulsivní porucha, nicméně existuje řada dalších hypotéz. Jedna z významných řadí patologické hráčství mezi poruchy s nesubstančním abúzem (škodlivé užívání bez návykové látky – drogy). Nabízí se paralela mezi patologickým hráčstvím a obsedantně – kompulsivní poruchou na straně jedné a patologickým hráčstvím a poruchou s užíváním alkoholu a drog na straně druhé.

P. Moreyrová (2000) uvádí, že lze formulovat minimálních 5 základních teorií hráčství:

1. hráčství jako porucha kontroly impulsů (koreluje s definicí dle MKN-10);
2. hráčství jako ekvivalent afektivní poruchy (zejména deprese);
3. hráčství jako obsedantně – kompulsivní porucha;
4. hráčství jako nelátková závislost;
5. hráčství jako směsice rozmanitých poruch, charakterizovaných společnými behaviorálními projevy (a z toho vyplývající snaha léčit pacienty prostředky kognitivně – behaviorální terapie);

Zahradník (2005) konstatuje, že patologické hráčství je jako porucha chování (tzv. behaviorální definice) důsledkem medicinizace stále širších oblastí problémového a rizikového chování, což je dáno společenskou potřebou označit a kontrolovat nežádoucí sociálně patologické jevy prostřednictvím medicíny.

Neblahým důsledkem medicinizace je následná dezaktivace veškerých dalších společenských mechanismů, které mohou problémové chování regulovat. Faktem je, že společnost ze závislosti druhých profituje a alespoň částečně má vůči nim pocity viny, což dokazuje snaha o vytváření struktur zdravotnických, sociálních a svépomocích organizací a jejich státní podpora.

Psychoanalytické modely hráčství vycházejí z předpokladu, že zdroje gamblerského chování jsou nevědomé, nacházejí se mimo volní kontrolu jedince. Patologické hráčství zůstává v etiologii obtížnou diagnostickou jednotkou. Zdá se, že i když je možné pokusit se o identifikaci psychodynamických aspektů etiologie patologického hráčství a jejich odrazu v terapii, plného úspěchu v léčbě zřejmě nelze dosáhnout výhradně psychodynamickou nebo psychoanalytickou terapií. Nelze přesvědčivě doložit, že identifikace a interpretace interních konfliktů pacientů vede k odstranění gamblerského chování.

Metodologie analytických prací je odvozována převážně od jednotlivých kazuistik, ze kterých vycházejí rozsáhlejší zobecnění.

Výzkum Norského institutu pro výzkum alkoholu a drog SIRIUS hledal důkazy pro platnost modelu celkové spotřeby v oblasti hazardních her. Výsledky ukázaly, že nabídka hazardních her v populaci odpovídá modelu celkové spotřeby. V populaci s nízkou nabídkou hazardních her byla zjištěna nízká prevalence patologického hráčství než v populaci s vysokou nabídkou. V populaci s nízkou prevalencí bylo zjištěno také nižší hazardní sázení. Bylo zjištěno, že model celkové spotřeby je platný pro hazardní hry, v důsledku toho je třeba chápat hazardní hry jako problém veřejného zdraví. Jednání a chování majoritní většiny nemůže být považováno za důležité pro vývoj prevalence patologických hráčů (Lund, 2008).

Dle neurofysiologů Tailora et al. (in Kalina et al., 2008) jsou tyto formy hazardních her mnohem nebezpečnější ze **dvou důvodů**: **1.** čím kratší odezva na naši akci, tím spíše se na proces soustředíme (syndrom „ponoření se“, v němž nevnímáme nic jiného a máme problém proces ukončit), a **2.** v případě, že uděláme chybu, v další volbě více riskujeme. Atmosféru prostupuje poselství: „Když nehraješ, nikdy nemůžeš vyhrát“, což vyvolává falešnou představu, že v životě nelze vyhrát jinak a člověk bez odvahy (tj. odvahy hrát) je „looser“ – budižkničemu.

PATOGENEZE

Lesier a Custer (1984) popsal u rozvíjejícího se patologického hráčství **tři fáze**:

1. Fáze výher – při níž jedinec hraje spíše příležitostně a slast, kterou mu jednání přináší, jej vede k tomu, že hraje více a častěji a má stále častější fantazie o použití výhry, o které nepochybuje;

2. Fáze ztrát – jedinec hraje stále častěji sám, skrývá svou hráčskou vášeň tak, jak ztrácí nad svým jednáním kontrolu. V myšlenkách se zabývá většinou už jen hazardem. Před rodinou i v zaměstnání stále více lže, dostává se do dluhů a je z toho všeho neklidný, podrážděný. Protože není schopen se svěřit, cítí se velmi osamocený.

3. Fáze zoufalství – jedince zvyšuje sázky a čas, který hrou tráví. Cítí občas pocity viny, zvláště proto, že již dělá ilegální činy a ničí svou pověst, vinu se snaží házet na jiné. Dostává se do stavů paniky, kdy hrozí sebevraždě chování, často se v těchto chvílích přece jen obrací na své přátele a členy rodiny s úzkostným voláním o pomoc – obvykle chce peníze na zaplacení dluhů.

Patologické hráčství je dále charakterizováno třemi základními psychologickými aspekty:

- neschopnost odolat impulsu, pokušení, přestože dotyčný ví, že jeho jednání je nežádoucí - nedokáže odolat hře a také v ní není schopen přestat;
- uvědomované napětí, předcházející tomuto jednání, které dotyčný nedokáže snížit jinak, než tak, že začne hrát („neklid, tlak, nepohoda, výbuch energie“);
- hraní je spojeno s pocitem uspokojení - gambler prožívá příjemné vzrušení, jehož intenzita je přímo úměrná výši hazardu, riziku ztráty;

NEUROBIOLOGIE ZÁVISLOSTI NA PROCESECH

Fišerová (in Kalina et al., 2003) uvádí, že současně s rozvojem stavu závislosti je pozorována na různých úrovních lidského organismu řada změn v reaktivitě při opakovaném závislém chování. V centrální nervové soustavě (CNS) dochází ke změnám na prakticky všech úrovních od neuronálních systémů až k submolekulárním jednotkám – rozvíjí se tzv. adaptační změny (pp. 96-100).

Je prokázána odlišná – zvýšená reaktivita a citlivost nezralých jedinců (dětí) ve vztahu k rozvoji závislosti. Pro navození závislosti je považován za zásadní tzv. mechanismus pozitivního posilování.

Zjednodušeně řečeno zdroj závislosti musí navodit takový účinek, že člověk touží jej zopakovat. Za biologický substrát tohoto mechanismu je považován kortikolimbický dopaminergní systém CNS. Dopaminergní aktivace je většinou vnímána jako příjemná a je i součástí systému chování vedoucího k přežití druhu (libost = odměna – např. potrava, uspokojení sexuálního pudu = uspokojení základních životních potřeb pro přežití jedince a druhu = princip pozitivního posilování). Výraznou aktivaci dopaminergních neuronů reaguje CNS i na hráčskou epizodu. Během dlouhodobého hraní dochází vlivem nekoadaptčních změn k poklesu dopaminergní transmise v limbickém systému během abstinence, a po určitém čase už žádný jiný stimul nedokáže „znormlizovat“ hladinu dopaminu v těchto oblastech CNS, pouze další hráčská epizoda. I tímto mechanismem dochází ke změnám v motivačních systémech závislého a postupně se zájmy závislého zúží jenom na hráčství.

Kalina et al. (2008) poukazují, jak neurobiologický výzkum postupně stále výrazněji dokazuje, že jak psychoaktivní drogy, tak i naše smyslové percepce (krása) a chování (hraní) stimulují podobně neurobiologické systémy a dopaminový odměňující systém, kterému se připisuje primární role ve vývoji a udržování závislosti. Určitá bližší podobnost a vzájemná podpora některých závislostí a kompulzivního chování (také patologické hráčství) ukazují na možnost existence společného faktoru. Dle klinické zkušenosti se zdá, že v kosmu těchto poruch existují jakási souhvězdí závislostí, které mají tendenci se vyskytovat spolu a vzájemně jedna druhou podporovat; v případě, že se již jedna závislost u jedince rozvinula, podoba té další, rozvíjející se má pak spíše environmentální příčiny než jiné.

Množství neurologických výzkumů z USA, Velké Británie a Německa (Abler, Hahlbrock, Unrath, Grön & Kassubek, 2009; Clark, Lawrence, Astley-Jones & Gray, 2009; Potenza, 2008; Van Holst, Van den Brink, Veltman & Goudriaan, 2010), pro toto téma zajímavý český výzkumný záměr MŠMT 0021620816 (Šlamberová, 2008) a mnohé další prokázaly, nejčastěji metodou funkční magnetické rezonance (fMRI), specifické změny mozku patologických hráčů.

Např. výzkumný tým vědců Childress et al. (2008) zkoumal za pomoci funkční magnetické rezonance efekt podprahových podnětů. Už podnět trvající 33 milisekund aktivoval limbický systém. Ten, jak známo, souvisí se systémem odměn, bažení (craving) a emocemi.

S tím jistě také souvisí prevalence patologického hráčství v kontextu s extrémní nabídkou a dostupností výherních automatů a také reklamou na tyto druhy hazardních her s podprahovým efektem ve formě světelných panelů zařízení kumulované výhry Jackpot, resp. jejich napodobenin v ČR.

Podle Lund (2011) hazardní přístroje, Bingo automaty, karetní hry a internetové hazardní hraní mají strukturální vlastnosti, které podporují iracionální myšlení. Rychlejší růst iracionálního myšlení spojený s opakováním hazardní hry je jedním z mechanismů, které činí tyto hry vysoce rizikovými pro vznik patologického hráčství.

PREVALENCE PROBLÉMOVÝCH A PATOLOGICKÝCH HRÁČŮ V POPULACI ČR

V České republice nebyla dosud v historii realizována studie výskytu patologického hráčství v populaci. Nešpor a Csémy (2005) hovoří o 0,5 – 1 %, Šerý (2001) o 3 % prevalenci (tedy v rozmezí od cca 52 000 do 313 000 osob), avšak tyto odhady pocházejí z doby před masivním rozšířením výherních hracích přístrojů, videoloterijních terminálů a dalších derivátů výherních automatů (celkový počet povolených 111 547 ks přístrojů na konci roku 2010).

Pro srovnání; prevalenční odhad problémových uživatelů psychoaktivních drog v České republice v roce 2008 byl 32 500 osob (**0,325 %** z populace), z toho 21 200 uživatelů pervitinu, 11 300 uživatelů opiátů, 31 200 injekčních uživatelů (Centrum adiktologie, 2010). Tento údaj by tedy byl až 10x nižší v porovnání s prevalenčním odhadem patologického hráčství v populaci ČR.

Prevalenční odhad problémových a patologických hráčů v populaci ČR na základě srovnávací analýzy zahraničních národních prevalenčních výzkumů

Z níže uvedené tabulky č. 1 vyplývá, že v zahraničí jsou prevalenční odhady stanoveny evaluačními průzkumy pomocí definovaných metod v rozmezí 0,49 % - 5,5 % z populace.

Aplikací indikátorů evropských průzkumů prevalence problémových a patologických hráčů by se patologické hráčství v České republice v roce 2009 (střední stav 10 429 692 obyvatel) mělo týkat počtu **51 106** (0,49 %) – **573 633** (5,5 %) **obyvatel z populace.**

Důležitým multiplikátorem pro odhad prevalence patologického hráčství je zcela jistě také dostupnost hazardních her v jednotlivých zemích. Je velmi pravděpodobné, že výskyt patologického hráčství v české populaci bude v celosvětovém měřítku nadprůměrný s ohledem na nadprůměrnou dostupnost hazardních her, zejména výherních automatů.

Tab. 1: Prevalence problematických a patologických hráčů ve vybraných zemích (Meyer, 2009)

Země	Studie	Rok průzkumu	Věkový rozsah	Kontrolní vzorek	Odpovědní míra (%)	Metodika	Nástroj	12měsíční prevalence (% osob, KI*, R**)		Celoživotní prevalence (% osob, KI*, R**)	
								Problém. hráči	Patolog. hráči	Problém. hráči	Patolog. hráči
Německo	Bühringer et al. (2007)	2006	18-64	7 817	48	Telefon, Dotazník	DSM-IV-TR	0,29 (149 000) KI: 0,17-0,42	0,2 (103 000) KI: 0,11-0,36	-	-
	Buth & Stöver (2008)	2006	18-65	7 980	56, 68	Telefon, online	DSM-IV	0,64 (340 000)	0,56 (290 000)	-	-
	BZgA (2008)	2007	16-65	10 001	63	Telefon	SOGS	0,41 (225 000)	0,19 (100 000)	-	-
Velká Británie	Sproston et al. (2000)	1999	≥ 16	7 680	65	Dotazník	SOGS	1,2	0,8 (370 000)	-	-
							DSM-IV	0,3	0,3		
								0,6 (275 000)			
	Wardle et al. (2007)	2007	≥ 16	9 003	52	Dotazník (přes telefon a online)	CPGI	1,4	0,5 (263 500)	-	-
							DSM-IV	0,3	0,3		
								0,6 (284 000)			
Itálie	Biganzoli et al. (2004)	2003/2004	18-74	1 093	60	Telefon	SOGS	0,7	0,4	-	-
Švédsko	Volberg et al. (2001)	1999	15-74	7 139	77	Telefon, dotazník	SOGS	1,4 (70 642 - 109 174) KI: 1,1-1,7	0,6 (25 688 - 51 376) KI: 0,4-0,8	2,7 (147 706 - 199 082) KI: 2,3-3,1	1,2 (61 009 – 93 119) KI: 0,95-1,45
Norsko	Götestam & Johansson (2003)	1997	≥ 18	2 014	48	Telefon	DSM-IV	0,45	0,15	-	-
	Lund & Nordlund (2003; in Götestam & Johansson, 2009)	2002	≥ 15	5 235	55	Telefon, dotazník	SOGS	0,4	0,2	0,7	0,3
							NODS	0,4	0,3	1,1	0,6
	Bakken et al. (2008)	2007	16-64	10 000	36	Dotazník	NODS	0,4	0,3	1,1	0,6
Švýcarsko (Německé Švýcarsko a Těšínsko)	Bondolfi et al. (2000,2008)	1998	≥ 18	2 526	59	Telefon	SOGS	1,0	0,2	2,2 (107 090 – 179 759) KI: 1,7-2,9	0,8 (32 712 – 77 768) KI: 0,5-1,2
	Bondolfi et al. (2008)	2005	≥ 18	2 803	47	Telefon	SOGS	0,8 KI: 0,5-1,2	0,5 KI: 0,2-0,7	2,2 KI: 1,6-2,7	1,1 KI: 0,7-1,6
Švýcarsko (Německé Švýcarsko a Těšínsko)	Bondolfi et al. (2008)	2007	≥ 18	6 385	52	Telefon, dotazník	NODS	-	-	0,6 (19 300 – 38 100) KI: 0,4-0,8	0,3 (9 000 – 22100) KI: 0,2-0,5
Španělsko (Katalánsko Galicie Andalusie)	Becona (2009)	1990 až 2003	≥ 18	1 028 / 4 977	různá	Přehled, telefon, osobní pohovor	SOGS	-	-	R: 1,4-2,0 (Ka, Ga, An)	R: 1,4-1,6 (Ka, Ga, An)
							DSM-III-R / DSM-IV	1,6 (Ga)	1,7 (Ga)	3,3 (An)	1,7 (An)
							NODS	0,3 (Ga)	0,3 (Ga)	0,2 (Ga)	0,9 (Ga)
Austrálie	Productivity commission (1999)	1999	≥ 18	10 600	55	Telefon	SOGS	2,8 (399 498)	2,1 (292 737)	-	-
	Delfabbro (2008)	2001 až 2006	≥ 18	1 873 / 30 000	různá	Přehled, telefon	CPGI	R: 0,9-2,7	R: 0,4-0,9	-	-
							SOGS	-	R: 1,1-2,0	-	-
USA	Shaffer et al. (1999)	do 1997	≥ 18	79 037	různá	Meta analýza	SOGS (většinou)	2,8 R: 1,95-3,65	1,1 R: 0,9-1,38	3,9 R: 2,9-4,8	1,6 R: 1,4-1,9
	Gerstein et al. (1999)	1998	≥ 18	2 417	56	Telefon	NODS	0,4	0,1	1,3	1,8
	Welte et al. (2001)	1999/2000	≥ 18	2 638	65	Telefon	SOGS	3,6	1,9	7,5	4,0
							DIS	2,2	1,3	2,8	2,0
	NESARC (in Slutske, 2006)	2001/2002	≥ 18	43 092	81	Osobní pohovor	AUDADIS-IV	-	-	-	0,4
Kessler et al. (2008)	2001/2003	≥ 18	9 282	71	Osobní pohovor	DSM-IV	-	0,3	2,3	0,6	

* Míra spolehlivosti ** Rozmezí

Statistika školní – patologické hráčství u osob mladších 18 let

Účastníkem loterie nebo jiné podobné hry může být jen fyzická osoba, která dovršila 18 let věku. Osobám mladším 18 let je účast výslovně zakázána (§ 1 odst. 7 zákona o loteriích).

Podle Výzkumné zprávy č. 5 Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách ESPAD 2007 (Csémy, Chomynová a Sadílek, 2009) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007, hraje na skupině sázkových her „výherní automaty“:

Tab. 2: Způsob trávení volného času podle pohlaví (v%)

„Výherní automaty“	Pohlaví	Párkrát za rok	1-2krát za měsíc	1krát týdně	Téměř denně
	Chlapci	10,5 %	3,5 %	1,3 %	1,1 %
	Dívky	5,3 %	1,0 %	0,2 %	0,2 %

Výzkum byl proveden u celkem 10 187 žáků v celkem 351 základních školách, gymnáziích, středních školách s maturitou a středních odborných školách ze všech krajů ČR, u ročníků 1990 až 1992 (15 – 17 let věku), konkrétně u 4 793 chlapců (47,3 %) a 5 394 dívek (52,7 %).

Výzkumná zpráva je součástí Zprávy ESPAD za rok 2007 – Užívání návykových látek mezi studenty v 35 evropských zemích, kterou vydává Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA).

Dalším pravidelným průzkumem je například Evidence sociálně patologických jevů ve školním roce 2008/2009 (Zlínský kraj, 2009) ve Zlínském kraji:

Tab. 3: Evidence sociálně patologických jevů ve školním roce 200/2009 ve Zlínském kraji – počet případů gamblerství

Gamblerství					
Reálná zjištění	34	Podezření	365	Počet řešení školou	25

To nasvědčuje také tomu, že není vykonávána dostatečná kontrola ze strany Policie ČR, obecní policie, orgánů státního dozoru nad sázkovými hrami a loteriemi MF ČR, finančních úřadů a státního dozoru na úseku VHP orgány obcí v přenesené působnosti podle zákona o loteriích, což ani nelze při současném počtu povolených VHP a JTHZ v ČR (111 547 ks, 2010).

Účast patologických hráčů na druzích hazardních her

Podle průzkumu provedeného neziskovou organizací OBČANÉ PROTI ZÁVISLOSTEM o.s. (2010) na základě tzv. Evaluační dotazníku pro patologické hráče (rozšířené dotazníkové šetření Addiction Severity Index – Gambling, EMCDDA) v roce 2010 mezi patologickými hráči, léčenými v Psychiatrické léčebně v Kroměříži, oddělení 10B, uvádějí respondenti následující účast na druzích hazardních her:

Tab. 4: Pořadí nejčastěji hraných druhů sázkových her u léčených patologických hráčů v PL Kroměříž 2009/2010

Pořadí	Sázková hra	Procentuální podíl v průzkumu
1.	VHP a JTHZ (výhradně jen CLS s IVT obsluhovanými hráči, elektromechanická ruleta a lokální loterijní systémy)	87,5 %
2.	Kurové sázky	12,5 %
3.	Hry v kasinu	0
4.	Jiné	0

V Mezinárodní srovnávací analýze hazardních her, části čtvrté, zdravotní vědecké studie Institutu pro psychologii a kognitivní výzkum Univerzity v Brémách uvádí Meyer (2009) tyto srovnávací údaje:

Tab. 5: Podíl problematických a patologických hráčů na druzích hazardních her (12-ti měsíční prevalence) ve vybraných zemích

	Německo						Velká Británie				Austrálie
	Bühringer et al. (2007)		Buth & Stöver (2008)		BZgA (2008)		Sproston et al. (2000)		Wardle et al. (2007)		Productivity Commission (1999)
Druh hazardní hry	Problém. hráči (%)	Patol. hráči (%)	Problém. hráči (%)	Patol. hráči (%)	Problém. hráči (%)	Patol. hráči (%)	Problém. hráči (%)	Patol. hráči (%)	Problém. hráči (%)	Patol. hráči (%)	Patol.hráči (%)
Výherní hrací přístroj	4,9	6,7	4,3	8,7	8,5				2,6		4,7
Jiné hry o peníze- terminál/automat	3,6	5,1			9,0		2,6 *		14,7 **		
Hry v kasinu	1,8	1,4	4,6	5,2	2,0		5,6		5,2		6,1
Kasínové hry na internetu	0,0	0,0	-	-	5,1		-		7,4		-
Kursově sázky	2,5	1,7	4,6	4,2	5,2		5,8		3,9 *** / 11,2 ****		-
Sázky na dostihy	0,0	0,0	4,3	4,6	0,0		1,8		1,7		4,5 *****
Loterie	0,1	0,1	0,1	0,4	0,7		0,7		1,0		-

* válcové výherní automaty se symboly ovoce (tzv. „fruit machines“)

** pevné terminály pro kursově sázky

*** u bookmakerů, kromě závodů psů a koňských dostihů

**** sázky na výsledky

***** včetně závodů psů

Podle jiné německé studie Mayera z roku 1989 (in Mayer & Hayer, 2005) provedené mezi 437 účastníky skupin Anonymních hráčů uvedlo **91,8 % účastníků průzkumu, že u nich hraní na automatech vedlo k problémům.**

Podle několika dalších německých studií (Denzer et al., 1995; Volker, 2002; Petry, 1996; in Mayer & Hayer, 2005) uvedlo ve výzkumu provedeném mezi 558 hráči, kteří byli v péči 13 různých poradenských a léčebných středisek, **93,7 %** dotázaných jak odpověď na otázku na „druh **dominující** výherní hry (loterie)“ **výherní automaty.**

Norský výzkum institutu SIRIUS z roku 2002 uvádí, že nejběžnějším typem hazardní hry u patologických hráčů jsou výherní hrací přístroje (Lund, 2006). V jiném výzkumu Lund (2009) uvádí, že snížení dostupnosti výherních automatů na základě prohibičního norského zákona z roku 2007 mělo vliv na podstatné snížení počtu rizikových a patologických hráčů v populaci.

Péče o pacienty s diagnózou F63.0 Patologické hráčství v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR (ÚZIS)

Podle poslední informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS, 2010) bylo v roce 2009 léčeno v ambulantních zdravotnických zařízeních 1 435 pacientů s diagnózou F63.0, tj. o 19 % více než v roce 2003. Celkem bylo hospitalizováno 612 případů s touto základní diagnózou v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic.

Tab. 6: Počty hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a zaměstnání v roce 2009

Zaměstnání	Muži	Ženy	Celkem
Kvalifikovaný dělník v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech	6	0	6
Nepracující, dítě, studující	281	27	308
Nižší administrativní pracovník	8	5	13
Obsluha strojů a zařízení	16	0	16
Pomocný a nekvalifikovaný dělník	27	4	31
Provozní pracovník ve službách	78	9	87
Řemeslník a kvalifikovaný dělník	103	1	104
Technický, zdravotnický, pedagogický pracovník a v příbuzných oborech	16	2	18
Vědecký a odborný duševní pracovník	5	0	5
Vedoucí a řídící pracovník	24	0	24
Celkem:	564	48	612

Patologičtí hráči pocházejí z širokého spektra sfér společenského postavení, majetkových poměrů a zaměstnání. To ukazují i následující údaje získané z průzkumu od léčených patologických hráčů v Psychiatrické léčebně v Kroměříži, oddělení 10B a svépomocné skupiny doléčování v letech 2009/2010 (OBČANÉ PROTI ZÁVISLOSTEM, 2010):

„dělník, řidič mezinárodní a vnitrostátní nákladní přepravy, státní úředník, zaměstnanec herny, invalidní důchodce, nezaměstnaný – drogový dealer, manažer neziskové organizace, provozovatel sítě heren, číšník, fotbalový rozhodčí, nezaměstnaný – uchazeč o zaměstnání na Úřadu práce, projektant staveb, matka na mateřské dovolené, farář, ad.“

LÉČBA

Kalina et al. (2008) uvádí, že v České republice probíhá léčba patologického hráčství ambulantní nebo ústavní formou obvykle společně s léčbou závislostí na alkoholu či jiných drogách. Gambleři se k ní rozhodují jen v krajním případě: jsou to nejčastěji vážné hrozby věřitelů, hrozba zaměstnavatele, že s dotyčným bez léčby rozváže pracovní poměr, a hrozba partnera, že se s ním rozvede, nebude-li se léčit.

K dalším důvodů patří bezdomovectví, nařízení ústavní nebo ambulantní léčby soudním rozhodnutím, léčba jiné nemoci či závislosti, tlak rodiny na závislé děti a dětí na závislé rodiče, a další.

Nízký počet léčených patologických hráčů je dán také obavou ze stigmatizace a popírání problému.

Vyléčení závislosti může být dlouhodobý proces, vyžadující často opakování léčby. Je nutno počítat s relapsy (návrat k hazardní hře) v průběhy léčby nebo i po jejím úspěšném ukončení. Léčba má přibližně stejnou efektivitu a většinou není možné spolehlivě předpovědět, jaký bude její výsledek.

Fáze léčby

Podle Frouzové (in Kalina et al., 2003, p. 269) lze léčbu koncepčně rozdělit do čtyř fází:

1. **Inventura** – po základním zklidnění a zajištění nemožnosti hrát zjišťujeme objektivní i subjektivní životní situaci pacienta včetně jeho dluhů a možnosti je splácet. Zjišťujeme jeho náhled na jeho poruchu a ochozu spolupracovat na léčbě, Vyjednáváme léčebný kontrakt s ním i jeho příbuznými, kteří jsou velmi důležitými faktory v úspěšnosti v léčbě.

2. **Informace** – v této fázi zajišťujeme přísun a adekvátní zpracování informací, které pacient potřebuje pro svoji změnu. Pomáháme mu ujasnit si rizikové situace s ohledem na gambling a učíme ho zvládat stavy bažení (craving) a jiných krizí. Učíme jej uvolnění a zvládání takových psychických stavů, jako je stres či upadání do transových stavů vášně, zlosti či deprese.
3. **Iniciativa** – pacient přijímá gambling jako svůj problém a v této fázi již sám propracovává techniky, které ho učíme tak, aby mu vyhovovaly, a diskutuje s námi jejich použití v každodenním životě. Hlavním programem této fáze je tzv. prevence relapsu, která je zaměřena na zvýšení sebekontroly v této oblasti do té míry, že nebude docházet k recidivě. Učíme pacienta řešit efektivně problémy a pracovat na zkvalitnění jeho myšlení a jeho obratu k myšlení pozitivnímu. Důležitým je nácvik sociálních dovedností, ve kterých má pacient obvykle některé typické deficity (komunikace, asertivita, zvládání krizí v partnerském vztahu) z minulosti nebo které nově potřebuje (nácvik odmítání nabídek k hraní, zvládání výčitek druhých na jeho chování v minulosti apod.).
4. **Idea** – pacient se snaží o zkvalitnění svého životního stylu a buduje svou novou identitu. Zabývá se možnostmi ovlivnění svého osudu, případně jeho kvalitního naplnění. Pracuje na sebepojetí v rámci rozvoje své profesní dráhy a svých zájmů. Učí se vytvářet a udržovat intimitu v partnerském vztahu, která spolu s důvěrou obvykle při závislosti bere za své.

Základní součástí léčby

Podle Frouzové (in Kalina et al., 2003, pp. 269-270) celková léčba patologického hráčství obsahuje čtyři základní části, z nichž žádná nemůže při efektivní léčbě chybět:

1. **Přerušování hraní** – někdy stačí omezení dostupnosti (omezení hospitalizací či vyvezením pacienta na místo, kde nemůže hrát, omezení finančního zdroje), je však vždy lepší, můžeme-li začít s tímto omezením, stejně jako u jiných závislostí, za plného souhlasu pacienta. Při přerušování je důležitá psychoterapie, případně farmakoterapie.
2. **Změna při zacházení se svými financemi** – je třeba otevřeně informovat zúčastněné o pacientově finanční situaci a naplánovat si rozpočet. Je dobré, může-li gambler předat své finance někomu, kdo se o ně postará a kdo po zkontaktování věřitelů pomůže vypracovat plán splácení dluhů.
3. **Prevence relapsu** – používáme obdobných strategií jako u drogově závislých. Nejdůležitějšími strategiemi zvládat bažení (craving) je zpočátku zařídit nedostupnost předmětu bažení (pozn. autora – výherní automaty, světelné panely Jackpot a reklama) a zvládat negativní duševní stavy a silné emoce. Dlouhodobější strategie se opírá o programové vědomé lpění na pocitu zlepšování a zvýrazňování negativních průvodních jevů gamblingu. V bezpečném terapeutickém rámci stav bažení vyvoláváme s přerušováním podmíněného reflexu tím, že přerušujeme automatismy s tímto stavem spojené. Jednoznačně přínosnou strategií u všech závislostí je úsilí dodržovat denní režim tak, aby docházelo co nejméně ke stavům nečekané únavy a vyčerpání, nebo naopak nečekaného přílivu energie (např. se doporučuje pít alkohol jen v malých dávkách v bezpečných prostorách, kde není v té chvíli přístup k hraní, nebo nepít alkohol vůbec, obdobně to platí i pro kouření tabákových výrobků a pití kávy a kofeinových nápojů), ve kterých by nejspíše gambler stav svého bažení nezvládl.
4. **Úprava svého životního stylu** – opírá se o vědomí obrovské síly automatismů, které by měl jedinec postupně budovat a které by měly být co možná nejméně slučitelné s hraním. Snažíme se dodat jeho životu rozměr nové smysluplnosti, která jedince naplňuje.

Jiné přístupy k léčbě a farmakoterapie

Pohled na léčbu patologického hráčství není jednotný stejně jako cíle léčby. Byly zkoušeny terapie psychodynamické, behaviorální, kognitivní, kognitivně – behaviorální, multimodální a **farmakoterapie**.

Šerý (2001) popisuje dvojité slepou studii srovnávající léčbu naltrexonem s placebem na souboru 45 pacientů, která zjistila signifikantní zlepšení symptomů patologického hráčství po léčbě naltrexonem (75 % pacientů) ve srovnání s placebem (25 % pacientů). Autoři této studie hypoteticky vycházeli z příbuznosti patologického hráčství se závislostí na drogách, a proto použili k uvedené léčbě látku, která je známá jako účinné antidotum narkotik a při terapii a diagnóze předávkování opioidy.

Kašpárek (2006) zmiňuje další studii: opioidní antagonist nalmefen byl 16 týdnů podáván v randomizované, placebem kontrolované studii 207 pacientů s diagnózou patologické hráčství dle DSM – IV a vedl k signifikantnímu zmírnění příznaků, 25 mg denně bylo účinné bez závažnějších nežádoucích účinků.

Systém péče o patologické hráče a jeho složky

V současné době je v ČR vybudován relativně ucelený systém péče pro uživatelé návykových látek. Bém (in Kalina et al., 2008, pp. 155 - 158) uvádí: „Efektivní systém péče by měl splňovat řadu kritérií v oblasti kvalitativní (struktura a provázanost sítě), tak i v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost péče)“.

V oblasti kvalitativní se jedná o následující kritéria: Komplexnost; Provázanost; Efektivita;

V oblasti kvantitativní se jedná o následující kritéria: Rozsah systému péče; Dostupnost;

V oblasti péče o patologické hráče však tyto kritéria nejsou naplňovány. Zatímco protidrogová politika ČR je dobře definována, strukturována a relativně zachovně financována, v systému prevence a péče o patologické hráče k téměř žádné organizaci nedochází. V ČR dosud neexistuje akademický institut zabývající se touto problematikou (jako je tomu ve vyspělých zemích EU a světa, např. Norský institut pro výzkum alkoholu a drog SIRIUS, aj.) a legislativa, upravující provozování výherních automatů a dalších druhů rizikových sázkových her celou situaci nadmíru zhoršuje.

V systému péče o patologické hráče nelze jinak, než využívat paralelně struktury vytvořené pro léčbu uživatelů návykových látek, i když léčba patologického hráčství má svá významná specifika. Jsou tedy využívány zejména:

- Sociální služby základního a odborného poradenství (zejména dluhové poradenství);
- Sociální práce (zejména tzv. Case management – sociální případové studie);
- Ambulantní léčba (v zařízeních zdravotnického a nezdravotnického charakteru);
- Ústavní léčba (psychiatrické léčebny a oddělení nemocnic, atp.);
- Terapeutické komunity;
- Doléčovací programy (zejména svépomocné organizace Anonymní gambleři, atp.);

Nízký počet léčených patologických hráčů podle statistik ÚZIS (2010) je také dán omezenou dostupností ústavní léčby a kapacitou těchto zařízení. Psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic se nacházejí v pouze v těchto krajích (13 zařízení v 9 krajích z celkem 14 krajů v ČR).

Tab. 7: Přehled psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení nemocnic s programem léčby patologického hráčství, podle krajů v ČR

Kraj	Název zařízení
Praha	VFN v Praze, oddělení léčby závislostí
	Psychiatrická léčebna Praha – Bohnice, pavilon 35
Jihočeský	Psychiatrická léčebna Červený Dvůr,
Jihomoravský	Psychiatrická léčebna Brno – Černovice, stanice 19
Královéhradecký	Psychiatrická klinika LFHK a FNHK
Karlovarský	není
Liberecký	není
Moravskoslezský	Psychiatrická léčebna v Opavě, oddělení D
Olomoucký	Psychiatrická léčebna Šternberk, oddělení 21, 23B
	FN Olomouc, klinika psychiatrie
Pardubický	není
Plzeňský	není
Středočeský	Psychiatrická léčebna Horní Beřkovice, oddělení 7A
	Psychiatrická léčebna Kosmonosy, pavilon S7
Ústecký	není
Vysočina	Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, pavilon 1
	Psychiatrická léčebna Jihlava
Zlínský	Psychiatrická léčebna v Kroměříži, oddělení 10B

DOPADY NA FYZICKÉ ZDRAVÍ (SOMATICKÉ KOMPLIKACE A KOMORBIDITA)

Podle Nešpora (2006) jsou somatická komorbidní onemocnění heterogenní skupina onemocnění vzniklá v souvislosti s hazardním hráčstvím a dalšími závislostmi či poruchami zdraví. Během rozvoje patologického hráčství dochází vlivem prostředí, změn stravovacích, relaxačních a pohybových návyků ke vzniku somatických onemocnění chrupu, zraku, zažívání, srdce a krevního oběhu, páteře, dýchacího ústrojí i jiných. Mohou být vážnějším problémem než samo patologické hráčství. Svízelná je i jejich léčba. Aktivní patologičtí hráči nedostatečně spolupracují, nejsou schopni, až na výjimky, dodržet léčebný režim.

Sebevraždy

Negativní důsledky patologického hráčství jsou spojeny se sociálními, ekonomickými a vztahovými problémy. Možné vztahy mezi hazardními hrami a sebevražděným chováním jsou předmětem významné norské studie Rossowé a Hansenové (2008) z institutu SIRIUS. V ní se uvádí, že existuje dostatek aktuální literatury v této výzkumné oblasti na národní i mezinárodní úrovni. Na základě rešerše v Medline, PsychInfo, ISI a Google Scholar bylo vyhledáno celkem 38 relevantních publikací a odkazů v nich. Problémoví hráči, kteří vyhledávají léčbu, často uvádí, že mají sebevražedné myšlenky nebo se pokusili o sebevraždu. V porovnání s ostatními se sebevražedné chování u patologických hráčů vyskytuje v souvislosti s psychickými problémy, alkoholem nebo drogami, vztahovými problémy a finančními problémy. Populační průzkumy naznačují, že sebevražedné chování se objevuje častěji u problémových hráčů, než mezi ostatními. Studie vztahu mezi hazardní hrou a sebevražedným chováním na agregované úrovni poskytly jednoznačné výsledky. Není jasné, zda hazardní hry samy o sobě mohou zvyšovat riziko sebevražedného chování. Nicméně vysoká prevalence sebevražedného chování u problémových hráčů naznačuje, že riziko sebevraždy problémových hráčů musí být zahrnuto v léčbě.

Některé z Psychiatrických léčeben a psychiatrických klinik v České republice, které se zabývají léčbou patologického hráčství, vedou evidenci léčených patologických hráčů, kteří spáchali sebevraždu. Údaje jsou však chráněné a tedy pro účely tohoto dokumentu nedostupné.

DOPADY NA PSYCHICKÉ ZDRAVÍ (PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA)

Podle Kaliny et al. (2008) patří psychiatrická komorbidita mezi velmi náročná adiktologická témata. Práce s fenoménem psychiatrické komorbidity představuje mimořádně důležitý faktor při stanovení léčebného plánu pacienta a pro výsledný efekt léčby. **Psychiatrickou komorbiditou** rozumíme společný výskyt dvou diagnostikovatelných psychických poruch spojených u jednoho jedince, v našem případě spojených s diagnózou patologického hráčství.

Z hlediska etiologie tvoří primární skupinu psychiatricky nemocní (bez ohledu na fakt, zda skutečně vyhledali odbornou pomoc a psychické problémy u nich tedy diagnostikovány jsou a jsou případně též léčeny, nebo zda těmito problémy trpí, ale pomoc nevyhledali a nejsou léčeni), kteří většinou nekontrolovaně začínají užívat návykové látky a také hazardně hrát v důsledku těchto potíží. Jedná se o tzv. model sebemedikace. Často je možné se s tímto modelem setkat např. u úzkostných a depresivních poruch, kde patologické hráčství mimo jiných (alkohol, léky bez předpisu, atd.) bývá významnou komplikací a kde uvedené látky a hazardní hra mohou dočasně pomáhat pacientovi řešit jeho obtížné stavy. Druhou variantou je pak opačná situace, kdy např. masivní hazardní hra může vést ke vzniku psychických poruch (nejčastěji ze skupiny úzkostných a depresivních poruch), doprovázených většími či menšími kognitivními deficity.

Šerý (2001) uvádí u patologického hráčství existenci několika frekventovaných situací: 45 – 55 % patologických hráčů trpí současně alkoholismem; 65 – 85 % závislostí na nikotinu; kombinované užívání s těmi nejvíce nebezpečnými látkami (zejména s metamfetaminy), případně kombinace těchto látek s alkoholem, tabákem a hazardní hrou.

DOPADY NA SOCIÁLNÍ ZDRAVÍ

Podle Nešpora (2010) ovlivňuje patologický hráč 10 – 15 dalších osob ve svém okolí rodinném, sociálním, sousedském, pracovním a volnočasovém. Podle průzkumu OBČANÉ PROTI ZÁVISLOSTEM (2010) mezi patologickými hráči, léčenými v Psychiatrické léčebně v Kroměříži, oddělení 10B, uvádějí respondenti následující sociální dopady v příčinné souvislosti s patologickým hráčstvím:

- rozchod nebo rozvod s partnerem/manželem, osamělost, narušení výchovy dětí, ztráta zájmových aktivit, ztráta zaměstnání, zadlužení, násilí ze strany jiných osob, bezdomovectví, sociální problémy (hmotná nouze), snížení životní úrovně;
- veřejná ostuda rodiny, ztráta důvěryhodnosti, omezení kontaktů s blízkými osobami, vyloučení z kolektivu zájmových aktivit;

Zadluženost, chudoba a bezdomovectví

Markantním sociálním dopadem patologického hráčství v kontextu s výherními hracími přístroji a jinými technickými herními zařízeními (výsledek z provozování „Vloženo“ v roce 2010 byl 94,48 mld. Kč a tvoří 81,3 % výsledku z provozování všech sázkových her na vnitřním trhu ČR – statistika Ministerstva financí, 2005-2009), je **zadlužení patologických hráčů a jejich blízkých**.

Z průzkumu OBČANÉ PROTI ZÁVISLOSTEM (2010) v Psychiatrické léčebně v Kroměříži mezi patologickými hráči vyplývá, že finanční ztráta v důsledku hazardu před léčbou činila v průměru 2 328 125 Kč na jednu osobu.

Nešpor a Scheansová (2009) dále uvádí výsledky průzkumu v Psychiatrické léčebně v Praze – Bohnicích mezi 47 patologickými hráči, z nichž vyplývá, že finanční ztráta v důsledku hazardu před léčbou činila v průměru 1 570 590 Kč na jednu osobu.

Nešpor, Čapková a Csémy (2010) popisují kontext patologického hráčství a chudoby. **Chudoba** je definována Světovou bankou jako stav, kdy není jedinec schopen uspokojovat své základní potřeby způsobem, který je běžný ve většinové populaci. Souvislost mezi chudobou a návykovými nemocemi, o to více patologických hráčství, je obousměrná. Patologické hráčství může vést k chudobě a chudoba a s ní související stres zvyšuje riziko patologického hráčství.

Materiální pomoc aktivně závislému člověku jeho stav nezlepší, ale někdy dokonce zhorší, zejména pokud by se jednalo o pomoc finanční. Naproti tomu pouze léčba návykové nemoci u člověka v extrémně špatné sociální situaci je obtížná a naráží i na administrativní překážky (např. poplatky u lékaře, za pobyt v nemocnici, atp.). Takový jedinec často nemá v pořádku ani své doklady.

Reklama hazardu motivuje případné zákazníky vidinou zisku. Paradoxně právě patologičtí hráči na tom bývají finančně nejhůře. Řada z nich pak sní o situaci, kdy nebudou mít nic, tj. až splatí své dluhy. Ty často přesahují stokrát i vícekrát jejich měsíční výdělek.

To, co patologičtí hráči vydělají, jim většinou rychle zabaví exekutoři. To dlužníky motivuje k nelegální práci nebo k tomu, že přestávají pracovat a stávají se z nich bezdomovci. Někteří z nich zjistí, že normální prací své dluhy nikdy nezaplatí. To někdy vede ke kriminalitě nebo k dalšímu hazardu. Logicky se pak dostávají ještě do větších dluhů a potíží.

Kriminalita

Provozování VHP a JTHZ v kontextu s patologickým hráčstvím způsobuje v příčinné souvislosti vznik specifické kriminality. Jedná se v základní podstatě o psychicky podmíněnou potřebu pachatelů, často patologických hráčů, získat finanční prostředky na hazardní hru.

K trestné činnosti dochází jak přímo v provozovnách s VHP a JTHZ, tak v jejich blízkosti (nejčastěji krádeže, loupeže a vraždy, jejichž oběťmi jsou pracovníci provozoven a jejich hosté, případně osoby nacházející se v blízkosti provozoven). Dalším typickým místem páčání trestné činnosti je sociální prostředí patologického hráče (rodina, zaměstnání, volnočasové aktivity, etc.).

Podle zdravotní vědecké studie Meyera (2009) z Institutu pro psychologii a kognitivní výzkum Univerzity v Brémách je nezákonné opatřování finančních prostředků na hazardní hru charakteristickou vlastností patologických hráčů. Podle početných klinických studií, uvedených v této Mezinárodní srovnávací analýze hazardních her, byla zjištěna vysoká procentní míra páčání trestné činnosti u léčených patologických hráčů nebo hráčů navštěvujících svépomocné skupiny (Anonymní gambleři). Celosvětovým údajem je pak 27 – 90 % patologických hráčů, kteří si opatřili finanční prostředky na hazardní hru nelegálním způsobem, kde údaje vycházejí z osobních sdělení. Jiný údaj uvádí 13 – 48 % patologických hráčů, kteří si opatřili finanční prostředky na hazardní hru nelegálním způsobem, kde údaje vycházejí ze záznamů o zatčení a předchozím trestu. U americké HOTLINE (krizové telefonní linky) přiznalo 20,7 % volajících patologických hráčů spáchání trestného činu a 11,5 % zatčení. V Austrálii uvedlo 26 % problémových hráčů, že si opatřili finanční prostředky na hazardní hru nelegálním způsobem, 10 % z nich bylo policejně šetřeno a 4 % odsouzeno. Delikventní chování patologických hráčů je spíše majetkové povahy.

Podle údajů z ambulantní a ústavní péče, z policejních statistik je nejčastějším trestným činem patologických hráčů podvod a zpronevěra. Jedná se v základní podstatě, podobně jako u narkomanů, o vyhocení konfliktu mezi uvědomovaným napětím („cravingem“), předcházejícím hazardní hře a zákonnou možností získat finanční prostředky na hru. Hazardní hra a nezákonné drogy, na rozdíl od alkoholu a tabáku, jsou velmi drahou návykovou závislostí. Delikventní chování patologických hráčů, vedle rozvoje závislosti, má definovány další potencionální faktory:

- Osobnost patologického hráče;
- Předchozí nebo současné sociální podmínky;
- Získané předchozí zkušenosti;
- Věk a sociální kontext na začátku hráčské kariéry;
- Kontext rozvoje závislosti a hráčského prostředí;
- Zesilující nebo oslabující vlivy hazardních her v důsledku kontrolních strategií a postupů státu;

Vzhledem k faktu, že patologické hráčství je rizikovým faktorem pro páchaní trestné činnosti, je pravděpodobné, že zvyšování nabídky hazardních her také zvýší kriminalitu. Analýzy v USA prokázaly, že v souvislosti s otevřením kasin nedojde ke zvýšení místní kriminality, ani při mnohonásobně vyšším turistickém ruchu. Význam studií je však omezený, jelikož typický patologický hráč specifickou majetkovou trestnou činností nepáchá v hernách, kasinech a jejich okolí, ale zejména ve svém sociálním a pracovním prostředí. Výsledky výzkumu v jižní Austrálii prokázaly významnou souvislost mezi objemem prohraných peněz na 1 obyvatele Austrálie ve výherních hracích přístrojích a majetkovou trestnou činností. Na základě zjištění můžeme konstatovat, že účinná preventivní opatření na snížení prevalence patologických hráčů povede ke snížení specifické kriminality.

Pracovní prostředí

Nešpor a Scheansová (2010) se věnují dopadům patologického hráčství v pracovním prostředí. Velká většina patologických hráčů je zaměstnána. S patologickými hráči se lze setkat v pozici zaměstnance, zaměstnavatele, obchodního partnera, úředníka, pracovníka státní správy či územní samosprávy, lékaře, policisty, soudce a v dalších profesích. Na základě zahraničních pramenů a zkušeností českých lékařů – specialistů lze shrnout rizika a projevy hazardních her v pracovním prostředí následovně:

- žádosti o dřívější vyplacení zálohy;
- tajnůstkářství, neochota hovořit o finančních záležitostech;
- vybírání neplánovaných dnů dovolené;
- kolísání nálad, podrážděnost;
- konflikty hráče se spolupracovníky kvůli dluhům vůči nim;
- ekonomická situace je horší, než by odpovídalo výši výdělku;
- exekuce na plat;
- návštěvy věřitelů na pracovišti nebo vzrušené telefonáty s nimi;
- během pracovní doby surfují na internetu na webových stránkách, které souvisejí s hazardní hrou;
- zabývání se v pracovní době i dalšími materiály, které se týkají hazardu;
- nošení nebo používání symbolů, které souvisejí s hazardem;
- organizování sázek na pracovišti nebo častý hovor o hazardu;

Rizika problémového hazardního hraní v pracovním prostředí:

- pozdní příchody a absence, nepřiměřeně dlouhé polední přestávky. Předčasné odchody nebo vzdání se z práce, případně lhaní;
- zhoršená kvalita práce;

- zneužívání služebního telefonu;
- pokusy prodat v práci osobní, případně ukradené věci;
- krádeže majetku zaměstnavatele;
- zpronevěry a podvody, používání peněz zaměstnavatele k hazardní hře;
- vyšší riziko korupce;
- vyšší riziko úrazů v důsledku vyčerpání;
- horší komunikace (lhaní, mlžení, vyhýbání se komunikaci, hraní komunikačních her);
- vyšší riziko souběžného zneužívání alkoholu nebo jiných drog;

Finanční zdroje patologických hráčů na sázky

V rámci průzkumu neziskové organizace OBČANÉ PROTI ZÁVISLOSTEM (2010) v Psychiatrické léčebně v Kroměříži, oddělení 10B, uváděli léčení patologičtí hráči následující legální zdroje sázek:

- mzdy/platy, osobní úspory, sociální dávky, rodinné úspory, půjčky od příbuzných, půjčky od přátel, půjčky od lichvářů, osobní půjčky a úvěru (banky a finanční instituce), půjčky ze zastavárny, peníze na domácnost, tržby za prodej osobního a rodinného majetku.

Jako nelegální zdroje uváděli následující:

- majetková a hospodářská trestná činnost (skupina tr.č.:krádež, podvod, pojistný podvod, úvěrový podvod, zpronevěra, zkrácení daně a poplatků, neodvedení daně a poplatků, apod.);
- jiná trestná činnost (skupina tr.č.:nelegální výroba a distribuce omamných látek, nelegální sázky, kuplířství, apod.);
- vlastní prostituce;

ZÁVĚR

Patologické hráčství je závažnou návykovou nemocí, tzv. závislostí na procesu, která postihuje fyzické, psychické a sociální zdraví jedince. Příčiny nejsou přesně známy, na vzniku patologického hráčství se podílí mj. osobnostní predispozice jedince a jeho sociální prostředí, fyzické prostředí, zejména nabídka a dostupnost hazardních her a dále také vlastnosti hazardních her. Patologické hráčství má velké množství společných znaků s drogovými závislostmi.

Výskyt patologického hráčství v populaci ČR je odhadován na 3 a více procent. Patologický hráč dále ovlivňuje 10 – 15 osob ve svém okolí. Hráčství postihuje osoby v různém společenském postavení a majetkových poměrů. Nejvíce ohroženou skupinou jsou děti.

Gamblerství je léčeno ambulantně nebo ústavně obdobně jako ostatní drogové závislosti v systému péče o uživatele návykových látek. Prognóza efektivity léčba je velmi individuální s nejistým výsledkem, jejímž cílem je celoživotní abstinence bez možnosti kontrolovaného hazardního hraní.

Patologické hráčství generuje množství sociálně patologických jevů a specifické kriminality. Patogeneze přináší velké riziko sebevraždy.

V prostředí v podstatě deregulovaného vnitřního trhu sázkových her a loterií na základě zcela liberální a zastaralé legislativy České republiky představuje patologické hráčství se souvisejícími sociálně patologickými jevy a specifickou kriminalitou vážné ohrožení veřejného zdraví, bezpečnosti, majetku a práv třetích osob s významnými socio-ekonomickými dopady na stát, územní samosprávy a společnost.

POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

- Abler, B., Hahlbrock, R., Unrath, A., Grön, G., & Kassubek, J. (2009). At-risk for pathological gambling: imaging neural reward processing under chronic dopamine agonists. *Brain : A Journal of Neurology*, 132, 2396-2402. doi: 10.1093/brain/awp170
- American Psychological Association. (2005). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, *Pathological Gambling* (pp. 615-618). Washington, DC: APA.
- Břicháčková, V., Csémy, L., Erdinger, M., Fischerová, D., Flamiková, J., Karbanová, H., ...Zajíc, J. (2010). *Hazard v Česku je třeba konečně omezit*. [Public declaration]. Praha: [vl.n.]. Retrieved October 4, 2011, from www.drnespor.eu/Red_hazF.doc
- Centrum adiktologie. (2010). Aktuální situace užívání NL v ČR, *Problémové užívání-počet* (p. 10). [PowerPoint slides]. Praha: Centrum adiktologie.
- Clark, L., Lawrence, A. J., Astley-Jones, F., & Gray, N. (2009). Gambling Near-Misses Enhance Motivation to Gamble and Recruit Win-Related Brain Circuitry. *Neuron*, 61, 481-490. doi:10.1016/j.neuron.2008.12.031
- Csémy, L., Chomynová, P., & Sadílek, P. (2009). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. Výzkumná zpráva č. 5 (1. vydání). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Frouzová, M. (2003). Gambleři a gambling. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislost 2: Mezioborový přístup* (s. 267-272). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Childress, A. R., Ehrman, R. N., Wang, Z., Li, Y., Sciortino, N., Hakun, J., ...O'Brien, Ch. P. (2008). Prelude to Passion: Limbic Activation by "Unseen" Drug and Sexual Cues. *PLoS ONE* 3(1), e1506. doi:10.1371/journal.pone.0001506
- Johnson, E. E., Hamer, R., Nora, R. M., Tan, B., Eistenstein, N., & Englehart, C. (1988). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80, 83-88. Retrieved October 10, 2011, from <http://www.npgaw.org/media/pdfs/PDF6.pdf>
- Kalina, K., Adameček, D., Bartošíková, I., Bayer, D., & Bém, P. (2003). *Drogy a drogové závislost 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Dvořáček, J., Dobiášová, D., Frouzová, M., ...Zábranský, T. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184-1188. Retrieved October 4, 2011, from http://www.masscompulsivegambling.org/stuff/contentmgr/files/8e363140cc46acd9e5afb171bc7e94c2/download/south_oaks_gambling_screen.pdf
- Lesieur, H. R., & Custer, R. L. (1984, July). Pathological Gambling: Roots, Phases, and Treatment. *Annals of the AAPSS : Gambling: Views from the Social Sciences*, 474, 146-156. doi: 10.1177/0002716284474001013
- Lund, I. (2011). Irrational beliefs revisited. *Addiction Research & Theory*, 19(1), 40-46. doi:10.3109/16066359.2010.493979
- Lund, I. (2006). Gambling and problem gambling in Norway: What part does the gambling machine play? *Addiction research & theory*, 14(5), 475-491. doi: 10.1080/16066350600836825

- Lund, I. (2009). Gambling behaviour and the prevalence of gambling problems in adult EGM gamblers when EGMs are banned. A Natural Experiment. *Human Sciences Press*, 25, 1. doi: 10.1007/s10899-009-9127-y
- Lund, I. (2008). The population mean and the proportion of frequent gamblers: is the theory of total consumption valid for gambling? *PubMed : J Gambl Stud.*, 24(2), 247-256. doi: 10.1007/s10899-007-9081-5
- Rossow, I., & Hansen, M. (2008). Gambling and suicidal behaviour. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 128(2):174-6. Retrieved October 4, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18202728>
- Meyer, G. (1989). Glücksspieler in Selbsthilfegruppen. Projektbericht über erste Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In Mayer, G., & Hayer, T. (Eds.). *Das Gefährdungspotenzial von Lotterien und Sportwetten – Eine Untersuchung von Spielern aus Versorgungseinrichtungen* (pp. 47). Bremen: Universität Bremen, Institut für Psychologie und Kognitionsforschung. Retrieved October 4, 2011, from <http://www.sportministerkonferenz.de/dateien/2005-09%20-%20Studie%20zum%20Gef%C3%A4hrdungspotenzial-Lotterien%20+%20Sportwetten.pdf>
- Denzer, P., Petry, J., Baulig, T., & Volker, U. (1995). Pathologisches Glücksspiel: Klientel und Beratungs/Behandlungsangebot (Ergebnisse der multizentrischen deskriptiven Studie des Bundesweiten Arbeitskreises Glücksspielsucht). In Mayer, G., & Hayer, T. (Eds.). *Das Gefährdungspotenzial von Lotterien und Sportwetten – Eine Untersuchung von Spielern aus Versorgungseinrichtungen* (p. 48). Bremen: Universität Bremen, Institut für Psychologie und Kognitionsforschung. Retrieved October 4, 2011, from <http://www.sportministerkonferenz.de/dateien/2005-09%20-%20Studie%20zum%20Gef%C3%A4hrdungspotenzial-Lotterien%20+%20Sportwetten.pdf>
- Meyer, G. (2009). *International vergleichende Analyse des Glücksspielwesens. Teil vier, Gesundheitswissenschaftliche Studie*. Bremen: Institut für Psychologie und Kognitionsforschung der Universität Bremen. Retrieved October 4, 2011, from <http://mpk.rlp.de/mpkrlpde/sachthemen/studie-zum-gluecksspielwesens/>
- Ministerstvo financí ČR. (c2005-2009). *Ministerstvo financí České republiky: Přehled výsledků z provozování loterií a jiných podobných her za roky 2007 - 2010*. Retrieved October 4, 2011, from http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/loterie_statistika_63044.html
- Moreyra, P., Ibáñez, A., Saiz-Ruiz, J., Nissenon, K., & Blanco, C. (2000). Review of the Phenomenology, Etiology and Treatment of Pathological Gambling. *German Journal of Psychiatry*, 3, 37-52. Retrieved October 4, 2011, from <http://www.gjpsy.uni-goettingen.de/gjp-article-moreyra.htm>
- Nešpor, K. (2006). *Už jsem prohrál dost*. Praha: Sportproag. Retrieved October 4, 2011, from <http://www.drnespor.eu/knizkycz.html>
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2005). Kolik je v České republice patologických hráčů? *Česká a slovenská psychiatrie*, 101, 433-435. Retrieved October 4, 2011, from http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_8_433_435.pdf
- Nešpor, K., Čapková, J., & Csémy, L. (2010). Návykové nemoci a chudoba. *Časopis lékařů českých*, 149(8), 602-603. Retrieved October 4, 2011, from <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek?id=32322&search=hazard+kriminalita>

- Nešpor, K., & Scheansová, A. (2009). Efektivita léčby patologického hráčství – pilotní studie. *Praktický lékař*, 148(12), 602-603. Retrieved October 4, 2011, from <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek?id=31121&search=hazardn%C3%AD+hry>
- Nešpor, K., & Schenasová, A. (2010). Hazardní hry a pracovní prostředí. *Praktický lékař*, 90(6), 362-364. Retrieved October 4, 2011, from <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek?id=32171&search=hazardn%C3%AD+hry>
- OBČANÉ PROTI ZÁVISLOSTEM o.s. (2010). *Evaluační dotazník pro patologické hráče - vyhodnocení*. Kroměříž : [vl.n.].
- Potenza, N.M. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 363, 3181-3189. doi:10.1098/rstb.2008.0100
- Swiss Institute of Comparative Law. (2009). *International vergleichende Analyse des Glücksspielwesens: TEIL EINS Zusammenfassung und Gesamterkenntnisse*. Lausanne : [vl.n.]. Retrieved October 10, 2011, from <http://mpk.rlp.de/mpkrlpde/sachthemen/studie-zum-gluecksspielwesen/>
- Šerý, O. (2001). Patologické hráčství. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 161-164. Retrieved October 4, 2011, from http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2167&magazine_id=2
- Šlamberová, R. (2008). Jaké jsou mechanismy vzniku závislosti? *Československá fyziologie*, 57, 110-115. Retrieved October 4, 2011, from http://195.250.138.169/fyziologie/documents/04_Slamberova_1.pdf
- Toneatto, T. (1999). Cognitive Psychopathology of Problem Gambling. *Substance Use and Misuse*, vol. 34(11), 1593-1604. doi: 10.3109/10826089909039417.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2010). *Péče o pacienty s diagnózou F63.0 – patologické hráčství v ambulantních a lůžkových zařízeních v ČR: Aktuální informace 49*. Praha: ÚZIS. Retrieved October 4, 2011, from <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozou-f630-patologicke-hracstvi-ambulantnich-luzkovych-zarizenich>
- Vacek, J. (2011). Nelátkové závislosti, *Shrnutí společných znaků* (p. 16). [PowerPoint slides]. Praha: Centrum adiktologie.
- Van Holst, J. R., Van den Brink, W., Veltman, D. J., & Goudriaan, A. E. (2010). Brain Imaging Studies in Pathological Gambling. *Current Psychiatry Reports*, 12, 418-425. doi 10.1007/s11920-010-0141-7
- World Health Organization. (2008). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, Desátá revize. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistik ČR a BOMTON agency.
- Zahradník, P. (2005). Patologické hráčství - psychodynamické aspekty v etiologii a ambulantní terapii. *Psychiatrie pro praxi*, 6(2), 87-90. Retrieved October 4, 2011, from http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1753&magazine_id=2
- Zlínský kraj. (2009). *Evidence-SPJ-2009-kraj-graf.xls*. [MS Excel document]. Retrieved October 4, 2011, from <http://www.kr-zlinsky.cz/docDetail.aspx?docid=120715&doctype=ART&nid=8510&cpi=1>