

a

KAPITOLY MODERNEJ PSYCHIATRIE

MUDr. Lenka Jenčová

PORUCHY OSOBNOSTI U PATOLOGICKÝCH HRÁČOV

recenzent: MUDr. Marek Zelman

špecializačná práca 2014



Vydané s podporou spoločnosti Lundbeck

Lundbeck 

MUDr. Lenka Jenčová
špecializačná práca 2014

PORUCHY OSOBNOSTI U PATOLOGICKÝCH HRÁČOV

recenzent: MUDr. Marek Zelman

Vydané s podporou spoločnosti Lundbeck





POĎAKOVANIE

Ďakujem Mgr. Ondrejovi Kolesárovi za spoluúčasť na vyšetrovaní porúch osobnosti v sledovanom súbore hráčov, RNDr. Márii Balážovej za odborný dohľad nad štatistickým spracovaním údajov, MUDr. Marekovi Zelmanovi za užitočné rady pri písaní práce, ako aj za všetko, čo ma o psychiatrii naučil a MUDr. Ludvikovi Nábělkovi za konštruktívne pripomienky k práci. Veľká vďaka mojim trom chlapom – Andrejovi, Kubkovi a Mišelkovi za trpezlivosť a čas, o ktorý som ich písaním svojej práce obrala.



PREDHOVOR

Napriek skutočnosti, že problematika patologického hráčstva bola v našich podmienkach odbornou verejnosťou prijímaná spočiatku s rozpakmi a nedôverou, dnes už takmer nikto nepochybuje o existencii tejto diagnostickej jednotky ako kvalifikovanej psychickej poruchy. Najpresvedčivejším argumentom jej akceptácie bola reálna existencia stoviek pacientov – patologických hráčov, ktorí sa v krátkom časovom úseku objavili v ambulanciách psychiatrov celého Slovenska a vyžadovali si sofistikovanú medicínsku pomoc. Dôsledkom bolo vytvorenie uceleného liečebného systému vychádzajúceho zo základných teorém režimovej liečby alkoholizmu, ktorý bol zavedený do praxe na Psychiatrickom oddelení Rooseveltovej nemocnice v Banskej Bystrici a neskôr prevzatý do terapeutického armamentária ďalších slovenských inštitúcií zaoberajúcich sa liečbou závislostí.

Ruka v ruke s ďalším výskumom a skúsenosťami sa postupne vymedzil pojem „nelátkové závislosti“ zahŕňajúci okrem hazardného hrania všetky ďalšie modality závislostného správania viazaného na činnosti, aktivity a stavy – teda závislosti bez exogénnej, do organizmu vstupujúcej psychoaktívnej látky. Preukázala sa príbuznosť látkových a nelátkových závislostí z hľadiska neurobiologickej podstaty i behaviorálnych a sociálnych prejavov a dôsledkov, identifikovala sa úloha a miesto tzv. systému mozgového odmeňovania v etiológii a patogenéze závislostí.

Za logické završenie pokračujúcej konceptualizácie problematiky nelátkových závislostí, ktorých je patologické hráčstvo čo do množstva postihnutých pacientov i čo do závažnosti osobných a spoločenských dôsledkov vedúcim reprezentantom, možno pokladať navrhovanú koncepciu spoločnej kategórie závislostných porúch zahŕňajúcej tak látkové ako aj nelátkové závislosti, ktorá sa mala objaviť v pripravovaných revíziách psychiatrických klasifikačných a diagnostických systémov. (Očakávania – len čiastočne a nesystémovo – naplnila najnovšia verzia Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie DSM-5.)

S radosťou môžem konštatovať, že po pilotných prácach priekopníkov liečby patologického hráčstva (*Nábělek, Vongrej, Lóšková*) sa riešenia teoretických i praktických otázok problematiky nelátkových závislostí nekompromisne chopila mladá generácia pracovníkov Psychiatrického oddelenia Rooseveltovej nemocnice. Dôkazom sú skvelé časopisecké príspevky MUDr. Pataráka venované rôznym aspektom systému odmeny i brilantná atestačná práca MUDr. Jenčovej zameraná na preukázanie tušených súvislostí medzi patologickým hráčstvom a poruchami osobnosti. Povestnou „čerešničkou na torte“ predkladanej publikácie je prezentácia Banskobystrického dotazníka patologického hráčstva (BBDPH – sebaopisujúci dotazník z dielne nášho pracoviska) ako spoľahlivého nástroja pre zisťovanie závažnosti hrania u patologických hráčov. Praktický dosah autorkiných zistení je nesmierny, keďže – povedané jej slovami – dôsledné vyšetrenie osobnosti hráča, resp. jej jednotlivých dimenzií, je nevyhnutné pre plánovanie terapeutických stratégií a prispôbenie liečby individualite hráča s cieľom dosiahnutia lepších terapeutických výsledkov a zníženia rizika recidív.

Banská Bystrica, apríl 2015


MUDr. Ludvík Nábělek, PhD.



Štruktúra osobnosti determinuje a modifikuje konanie jedinca v každej životnej situácii. Maladaptácia na podklade prítomnej poruchy osobnosti pritom môže byť úrodnou pôdou pre vznik ďalších duševných porúch či faktorom ovplyvňujúcim možnosti a spôsoby ich liečby.

Práca, ktorú v súčasnosti držíte v rukách, je v našich zemepisných šírkach prvým uceleným prehľadom venujúcim sa poruchám osobnosti v kontexte vysoko aktuálnej problematiky patologického hráčstva.

Svojím obsahom i rozsahom ďaleko prekračuje rámec „povinnej jazdy“ pre úspešné ukončenie špecializačnej prípravy. Lenka Jenčová predstavuje komplexný teoretický prehľad tejto problematiky, prezentuje precízne a kvalitne spracované údaje o reprezentatívnej vzorke pacientov trpiacich týmito poruchami. Ako bonus prináša validáciu praktického nástroja pre kvantifikáciu závažnosti hrania pochádzajúceho od autorov z jej pracoviska.

Táto publikácia právom patrí do edície Kapitoly modernej psychiatrie prinášajúcej najkvalitnejšie špecializačné či dizertačné práce. Svojim zameraním bude obohatením knižnice každého psychiatra. A to i toho, kto sa gamblingu bližšie nevenuje.

apríl 2015

Marek Zelman

OBSAH

PREDHOVOR	5
ZOZNAM SKRATIEK	11
ÚVOD	13
1. PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO	15
1.1. Definícia a diagnostické kritériá patologického hráčstva	15
1.1.1. Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH-10	15
1.1.2. Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch – DSM	15
1.1.3. Rozdiely v diagnostickom prístupe podľa MKCH-10 a DSM-5	18
1.2. Epidemiológia patologického hráčstva	19
1.3. Etiológia a patogenéza	20
1.3.1. Model vzniku patologického hráčstva	20
1.3.2. Typy patologických hráčov	21
1.3.3. Neurobiológia patologického hráčstva	24
1.4. Priebeh patologického hráčstva	27
1.5. Súvislosti medzi patologickým hráčstvom a látkovými závislosťami	28
1.6. Súvislosti medzi patologickým hráčstvom a obsesívno-kompulzívnou poruchou	30
1.7. Posúdenie miery závažnosti patologického hrania	33
1.7.1. Dotazníky na posúdenie závažnosti patologického hrania	33
1.7.2. Faktory ovplyvňujúce závažnosť hráčstva	34
1.8. Komorbídne poruchy	36
2. PORUCHY OSOBNOSTI	38
2.1. Definícia poruchy osobnosti	38
2.1.1. Poruchy osobnosti v DSM	38
2.1.1.1. Poruchy osobnosti v DSM-IV	38
2.1.1.2. Zmeny v diagnostickom prístupe k poruchám osobnosti v DSM-5	39
2.1.1.3. Alternatívny model pre diagnostiku poruchy osobnosti	40
2.1.2. Poruchy osobnosti v MKCH-10	41
2.2. Epidemiológia porúch osobnosti	43
2.3. Etiológia	44
2.4. Priebeh a prognóza	44
2.5. Diagnostika porúch osobnosti	45

2.6. Osobnosť patologického hráča	46
2.6.1. Temperament a charakter	46
2.6.2. Osobnostné črty vo vzťahu k patologickému hráčstvu	47
2.6.2.1. Osobnosť hráča z pohľadu temperamentu a charakteru	47
2.6.2.2. Impulzivita	49
2.6.2.3. Päťfaktorový model osobnosti a patologické hráčstvo	51
2.6.2.4. Ďalšie osobnostné charakteristiky vo vzťahu k hráčstvu	53
2.6.2.5. Neuropsychologické charakteristiky	53
2.6.3. Komorbídna porucha osobnosti u patologických hráčov	54
2.6.3.1. Najčastejšie typy poruchy osobnosti u hráčov	56
2.6.3.2. Antisociálna porucha osobnosti vo vzťahu k patologickému hráčstvu	58
2.6.3.3. Hraničná porucha osobnosti u hráčov	61
2.6.3.4. Vplyv osobnostných faktorov na priebeh patologického hráčstva a výsledky liečby	62
3. VÝSKUMNÁ ČASŤ	64
3.1. Ciele výskumu	64
3.2. Metodika práce a metódy skúmania	65
3.3. Výsledky výskumu	67
3.4. Diskusia	76
ZÁVER	83
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV	87
PRÍLOHA A Banskobystrický dotazník patologického hráčstva – BBDPH	96



ZOZNAM SKRATIEK

5-HIAA	kyselina 5-hydroxy-3-indoloctová
5-HT	5-hydroxytryptamín (sérotónín)
ADHD	<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i> – hyperkinetická porucha pozornosti a aktivity
APA	<i>American Psychiatric Association</i> – Americká psychiatrická asociácia
AsPO	antisociálna porucha osobnosti
BBDPH	Banskobystrický dotazník patologického hráčstva
BIS	<i>Barratt Impulsiveness Scale</i>
CGI	<i>Clinical Global Impression</i> – škála celkového klinického dojmu
COMT	katechol-O-metyltransferáza
DSM	diagnostický a štatistický manuál psychických porúch
EQ	<i>Eysenck Impulsiveness Questionnaire</i>
NEO-FFI	<i>NEO-Five-Factor Inventory</i>
NEO-PI	<i>NEO Personality Inventory</i>
FFM	<i>Five Factor Model of Personality</i> , 5-faktorový model osobnosti
GA	<i>Gamblers Anonymous</i>
GABA	kyselina gama-aminomaslová
IPDE	<i>International Personality Disorder Examination</i>
MAO	monoaminoxidáza
MCMI-II	Millónov klinický viacosový dotazník
MMPI-II	Minnesotský multifázový dotazník
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. Revízia
OCD	obsesívno-kompulzívna porucha
PDQ-IV	<i>Personality Diagnostic Questionnaire</i>
SERT	sérotónínový transportér
SKID-II	Štrukturované klinické interview pre DSM-IV, Os II: Poruchy osobnosti
SOGS	<i>South Oaks Gambling Screen</i>
SSRI	inhibítory spätného vychytávania sérotonínu
TCI	<i>Temperament and Character Inventory</i>
TPH	fortryptofánhydroxyláza
WHO	<i>World Health Organisation</i> – Svetová zdravotnícka organizácia



ÚVOD

Patologickému hráčstvu sa v odborných kruhoch na Slovensku venuje len malá pozornosť, čo bol hlavný dôvod výberu témy mojej práce. Podľa súčasných poznatkov patologické hráčstvo považujeme za nelátkovú závislosť alebo v zahraničnej literatúre označovanú aj ako závislosť behaviorálnu, čo viedlo i k preradeniu patologického hráčstva v poslednej revízií Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch – DSM z kategórie impulzívnych porúch do spoločnej kategórie látkových a nelátkových závislostí. DSM-5 priniesla významné zmeny celkového ponímania patologického hráčstva, pričom upustila aj od roky používaného názvu tejto poruchy a nahradila ho termínom *hráčska porucha – gambling disorder*. Podľa u nás platnej Medzinárodnej klasifikácie chorôb – MKCH-10 je patologické hráčstvo zaradené medzi impulzívne poruchy, no vzhľadom na tendenciu k zjednocovaniu diagnostických systémov vo svete očakávam, že podobné zmeny ako DSM-5, prinesie i 11. revízia MKCH. V prvej kapitole mojej práce sa bližšie venujem patologickému hráčstvu, jeho vzťahom k závislostiam a obsedantne-kompulzívnemu spektru a tiež zmenám v ponímaní patologického hráčstva v DSM-5.

V druhej kapitole sa venujem poruchám osobnosti vo všeobecnosti, ako aj vo vzťahu k patologickému hráčstvu a prinášam tiež zhrnutie zmien v prístupe k diagnostike porúch osobnosti v DSM-5. Osobitne sa venujem osobnosti patologického hráča z pohľadu temperamentových a charakterových dimenzií, ako aj z pohľadu 5-faktorového modelu osobnosti, ktorý sa stal i podkladom pre alternatívny prístup v diagnostike porúch osobnosti v DSM-5. Úlohou osobnostných faktorov, či priamo komorbídnej poruchy osobnosti pri patologickom hráčstve sa zaoberalo množstvo prác. Osobnostná patológia bola sledovaná pre jej možnú úlohu v rozvoji, udržiavaní a priebehu patologického hráčstva. Komorbídna porucha osobnosti, resp. niektoré osobnostné črty, by mohli predstavovať určitú vulnabilitu pre rozvoj hráčskej závislosti a negatívne vplyvať na celkovú závažnosť hráčskej patológie a výsledky liečby. Tiež v antisociálnom správaní, často asociovanom s patologickým hráčstvom zrejme zohrávajú osobnostné faktory dôležitú úlohu. Mnohé práce dokumentujú zvýšený výskyt porúch osobnosti u patologických hráčov oproti výskytu v bežnej populácii. Najviac sa v súvislosti s hráčstvom sledoval vzťah porúch osobnosti z klastra B, a to predovšetkým antisociálnej a hraničnej poruchy osobnosti, čo pravdepodobne súvisí hlavne so zvýšenou impulzivitou, typickou pre tento klaster. Zvýšená impulzivita bola opakovane diskutovaná ako rizikový faktor rozvoja patologického hráčstva a tiež ako negatívny prediktor prognózy a závažnosti hrania. V závislosti od osobnostnej patológie, ako i komorbídnej inej psychopatológie, je podľa viacerých prác možné hráčov rozdeliť na tri hlavné subtypy, a to na hráčov behaviorálnych, emočne vulnabilných a antisociálnych, impulzívnych. Existujú hypotézy, že jednotlivé subtypy hráčov by mohli profitovať z rôznych terapeutických prístupov.

Tretiu kapitolu mojej práce som venovala prezentovaniu výsledkov vlastného výskumu, ktorý som realizovala na Protihráčskom oddelení v Banskej Bystrici. Cieľom výskumu bolo zistenie výskytu porúch osobnosti v súbore 50-tich hospitalizovaných hráčov pomocou Štrukturovaného klinického interview pre DSM-IV: Os II (SKID-II), ako aj zastúpenie jednotlivých porúch osobnosti v sledovanom súbore. Ďalším cieľom výskumu bolo overiť hypotézu, že komorbídna porucha osobnosti negatívne vplyva na závažnosť hrania. Zaujímali ma tiež

iné rizikové faktory, ktoré by mohli mať vplyv na závažnosť hrania a to najmä komorbídna látková závislosť, ako aj iné komorbídne psychiatrické diagnózy. Impulzívny, antisociálny typ hráčov predstavuje podľa viacerých autorov podskupinu s najzávažnejšie vyjadrenou hráčskou patológiou a s horšími terapeutickými výsledkami. Do tejto skupiny zapadajú hlavne hráči s antisociálnou poruchou osobnosti. Zamerala som sa teda na vzťah komorbídnej antisociálnej poruchy osobnosti k závažnosti hrania, ako i možnému riziku recidív.

Vo svojej štúdii som si na určovanie miery závažnosti hráčstva zvolila Banskobystrický dotazník patologického hráčstva (BBDPH), ktorý nie je v klinickej praxi bežne využívaný a štandardizovaný, preto som sa v rámci výskumu snažila preveriť jeho validitu a reliabilitu. Na zistenie validity dotazníka som využila koreláciu s diagnostickými kritériami patologického hráčstva podľa DSM-IV. Reliabilitu som zisťovala prostredníctvom Cronbachovho alfa a tzv. rozpoľovaním súboru (split-half reliabilita). Cieľom bolo preukázať, že BBDPH predstavuje spoľahlivý a užitočný nástroj na zisťovanie závažnosti hrania, a to či už v rámci bežného vyšetrenia patologického hráča, monitorovania výsledkov liečby, ako aj pre účely výskumné.

V závere práce sa venujem zhrnutiu získaných poznatkov, významu vyšetrenia osobnostných faktorov u patologických hráčov a možnostiam ich využitia v plánovaní terapeutických stratégií. Myslím si, že dôsledné vyšetrenie osobnosti hráča, resp. jej jednotlivých dimenzií, je potrebné pre plánovanie liečebných postupov a prispôsobenie liečby individualite hráča, s cieľom dosiahnutia lepších terapeutických výsledkov a zníženia rizika recidív.

1. PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO

1.1. Definícia a diagnostické kritériá patologického hráčstva

1.1.1. Medzinárodná klasifikácia chorôb – MKCH-10

Diagnóza patologické hráčstvo sa objavila v Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10) od 1. 1. 1994, pričom bola zaradená pod kategóriu porúch návykov a impulzov s kódom F63.0. MKCH-10 definuje patologické hráčstvo ako časté, opakované epizódy hazardného hrania, ktoré ovláda život postihnutého a to na škodu sociálnych, profesionálnych, materiálnych a rodinných hodnôt a záväzkov. Ľudia s touto poruchou často riskujú svoje zamestnanie, sú schopní zadlžiť sa, klamať, či porušovať zákony kvôli získaniu prostriedkov na hru (MKCH-10, 1994).

Diagnostické kritériá patologického hráčstva podľa MKCH-10

(Smolík, 2002; MKCH-10, 1994):

- počas najmenej jedného roka sa vyskytnú dve alebo viac epizód hráčstva
- tieto epizódy hrania neznamenajú pre jedinca žiaden zisk, ale pokračujú napriek osobnej nepohode a narúšaniu fungovania v dennom živote
- jedinec popisuje silné pudenie ku hre, ktoré možno len ťažko kontrolovať a hovorí o tom, že nie je schopný silou vôle hráčstvo zastaviť
- jedinec je zaujatý myšlienkami a predstavami hrania a okolnosťami, ktoré túto činnosť sprevádzajú

Diferenciálne diagnosticky je podľa MKCH-10 (1994) potrebné odlišiť:

- hazardné hry a stávky (diagnóza Z72.6) patriace pod „Problémy súvisiace so spôsobom života“. Pacienti s touto diagnózou hrajú kvôli vzrušeniu alebo ide o pokus vyhrať peniaze. Dokážu svoj hazard kontrolovať, ak sú vystavení nepriaznivým dôsledkom alebo stratám. Táto diagnóza nepatrí medzi duševné poruchy, ale medzi tzv. „faktory ovplyvňujúce zdravie a kontakt so zdravotníckym zariadením“ (MKCH-10, 1994).
- nadmerné hazardné hráčstvo manického pacienta (F30.-)
- hazardné hráčstvo pri asociálnej poruche osobnosti (F60.2)

Pokiaľ pacient nespĺňa všetky potrebné kritériá pre patologické hráčstvo a nejde pritom o hazardné hry a stávky, je možné stav označiť ako suspektné patologické hráčstvo. Termín problémové hráčstvo, používaný v klasifikácii DSM, sa v našich podmienkach prakticky prekrýva s diagnózou hazardných hier a stávok (Benkovič a Martinove, 2011).

1.1.2. Diagnostický a štatistický manuál duševných porúch – DSM

Patologické hráčstvo bolo pridané do Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie (APA) – *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* – DSM III v roku 1980 a to medzi poruchy kontroly impulzov (Benkovič a Martinove, 2011). V DSM-IV boli kritériá patologického hráčstva revidované, s reflektovaním podobnosti tejto poruchy s látkovými závislosťami a tiež pridaním kritéria opakovaných, neúspešných poku-

sov o kontrolu, redukovanie alebo zastavenie hrania. Na diagnózu patologického hráčstva podľa DSM-IV bolo potrebné, aby pacient splňal aspoň päť z desiatich diagnostických kritérií (DSM-IV, 1994).

DSM-IV diagnostické kritériá patologického hráčstva podľa DSM-IV (1994):

- zaujatosť hraním (zaujatosť vybranými minulými hráčskymi zážitkami, premýšľanie o spôsoboch, ako získať peniaze na hranie)
- potreba hrať stále s väčšími sumami peňazí na dosiahnutie požadovaného stupňa vzrušenia
- opakované neúspešné pokusy kontrolovať, redukovať, či zastaviť hranie
- pocity nepokoja alebo podráždenosti pri pokúšaní sa o redukovanie, či ukončenie hrania (abstinenčné symptómy)
- používanie hrania ako cesty úniku z problémov alebo ako odľahčenie dysforickej nálady (pocitov skleslosti, viny, úzkosti a depresie)
- po prehraní peňazí, časté návraty k hraniu na ďalší deň za účelom vyrovnania strát
- klamanie členom rodiny, terapeutom a iným s cieľom zatajiť rozsah ťažkej finančnej situácie v súvislosti s hraním
- dopúšťanie sa ilegálnej činnosti ako je falšovanie, podvody, krádeže či sprenevera na financovanie hrania
- ohrozovanie, či strata dôležitých vzťahov, práce, študijných či kariérnych príležitostí v súvislosti s hraním
- spoliehanie sa na ostatných, že poskytnú peniaze na zmiernenie zúfalej finančnej situácie spôsobenej hraním

Excesívne hráčske správanie môže byť prítomné v manickej fáze bipolárnej afektívnej poruchy, ktorú je potrebné odlíšiť od patologického hráčstva (DSM-IV, 1994). DSM-IV pomocou použitia daných diagnostických kritérií určila prítomnosť, či neprítomnosť patologického hráčstva, pričom skúsenosti z praxe ukazujú, že hráčske problémy existujú na určitom kontinuu a prevalencia subklinických stavov je vysoká. Subklinickí patologickí hráči, známi tiež ako problémoví hráči, trpiaci ťažkosťami v súvislosti s hraním, no nespĺňajúci všetkých potrebných päť kritérií z desiatich, sú popisovaní tiež ako rizikovní hráči, stupeň 2 alebo suspektní patologickí hráči (DSM-IV, 1994).

Zmeny v ponímaní patologického hráčstva v DSM-5

V piatom vydaní Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch došlo k významným zmenám v ponímaní patologického hráčstva. V prvom rade sa upustilo od používania termínu „patologický“ v súvislosti s hráčstvom a to predovšetkým pre jeho pejoratívnu konotáciu. Názov bol v DSM-5 nahradený pojmom hráčska porucha – orig. „*gambling disorder*“ (DSM-5, 2013).

Ďalšou významnou zmenou je, že hráčska porucha bola z kategórie porúch kontroly impulzov preradená do spoločnej kategórie s látkovými závislosťami (DSM-5, 2013). Dôvodom tejto zmeny boli narastajúce vedecké poznatky, poukazujúce na spoločné znaky medzi pato-

logickým hraním a látkovými závislosťami. Zobrazovacie štúdie mozgu, ako aj neurochemické testy ukazujú, že hranie aktivuje systém odmeny v mozgu rovnakými cestami ako návykové látky. U patologických hráčov môžeme tiež pozorovať craving podobne ako u pacientov s látkovými závislosťami. Genetické výskumy poukazujú aj na úlohu dedičnosti pri látkových i nelátkových závislostiach. Bližšie o vzájomnom vzťahu medzi hráčstvom a látkovými závislosťami pojednávam v časti 1.5.

Ďalšou zmenou oproti DSM-IV bolo zníženie počtu diagnostických kritérií, potrebných pre určenie diagnózy hráčskej poruchy. Kým v DSM-IV bolo potrebné, aby pacient splňal päť z desiatich diagnostických kritérií, podľa DSM-5 stačí pre určenie diagnózy splnenie štyroch z deviatich kritérií (*DSM-5, 2013*).

Katégoria týkajúca sa dopúšťania sa ilegálnej činnosti na financovanie hrania bola v DSM-5 vynechaná, nakoľko sa ukázalo, že má malý efekt na celkové určenie diagnózy (*Grant et al., 2010*). I keď toto kritérium bolo vynechané zo samostatných diagnostických kritérií, v popise poruchy ostáva uvedené, že trestná činnosť je asociovaná s hráčskou poruchou a dala by sa tiež zahrnúť pod diagnostickú kategóriu č. 7, teda pod „klamstvá“. Menšie úpravy nastali v štylizácii niektorých kritérií napr. ako v č. 1, kde diagnostickým kritériom je častá zaujatosť hraním, ktorá nemusí byť prítomná stále, aby pacient splňal dané kritérium (*DSM-5, 2013*).

Ďalšou zmenou v DSM-5 je, že na diagnózu hráčskej poruchy je potrebné, aby pacient splňal aspoň štyri diagnostické kritériá po dobu aspoň 12 mesiacov, pričom DSM-IV neurčovala časovú periódu pre dané symptómy. DSM-5 umožňuje tiež vyjadrenie závažnosti poruchy pomocou počtu splnených diagnostických kritérií (*DSM-5, 2013*).

Diagnostické kritériá patologického hráčstva podľa DSM-5 (2013):

- A. Trvalé a rekurentné problematické hráčske správanie vedúce ku klinicky významným ťažkostiam, vyjadrené u jedinca štyrmi (alebo viacerými) prejavmi z nasledujúcich v 12-mesačnom období:
1. Potrebuje hrať stále s väčšími sumami peňazí na dosiahnutie požadovaného vzrušenia.
 2. Je nepokojný alebo podráždený pri pokúšaní sa o redukovanie či ukončenie hrania.
 3. Mal opakované neúspešné pokusy kontrolovať, redukovať či zastaviť hranie.
 4. Je často zaujatý hraním (zaujatie perzistentnými myšlienkami o minulých hráčskych zážitkoch, o prekážkach alebo plánovaní ďalšieho hazardu, premýšľanie o spôsoboch, ako získať peniaze na hranie).
 5. Často hrá, keď sa cíti sklúčený (bezradný, vinný, anxiózný, depresívny).
 6. Po prehraní peňazí, často sa ďalší deň vracia vyrovnáť straty.
 7. Klame, aby zatajil rozsah hrania.
 8. Ohrozil alebo stratil dôležitý vzťah, prácu alebo študijné či kariérne príležitosti kvôli hraniu.
 9. Spolieha sa na ostatných, že poskytnú peniaze na zmiernenie zúfalej finančnej situácie spôsobenej hraním.
- B. Hráčske správanie sa nedá vysvetliť prítomnosťou manickkej epizódy

Bližšie sa porucha špecifikuje ak má epizodický alebo perzistentný priebeh, a tiež ak je v skorej alebo trvalej remisii (*DSM-5, 2013*).

DSM-5 (*2013*) bližšie špecifikuje i závažnosť poruchy:

1. „*mild*“ – mierna hráčska porucha: ak je splnených 4 – 5 diagnostických kritérií
2. „*moderate*“ – stredne ťažká: ak je splnených 6 – 7 diagnostických kritérií
3. „*severe*“ – ťažká: ak je splnených 8 – 9 diagnostických kritérií

1.1.3. Rozdiely v diagnostickom prístupe podľa MKCH-10 a DSM-5

Podľa môjho názoru, napriek tomu, že oba diagnostické systémy predstavujú kategorický prístup k diagnóze, predsa DSM-5 umožňuje vo väčšej miere zachytiť pestrosť psychopatológie u individua. Podľa MKCH-10 je možné určiť, či jedinec má alebo nemá poruchu a tento diagnostický systém neumožňuje zachytiť mieru závažnosti patologického hrania. I keď DSM-5 jasne hovorí, koľko kritérií musí hráč pre diagnózu spĺňať, nie je striktné dané, ktoré z nich to musia byť a umožňuje tiež určiť mieru závažnosti poruchy pomocou počtu splnených diagnostických kritérií. Aj keď takéto meranie stupňa závažnosti je oproti iným nástrojom, na to určeným, do istej miery zjednodušené, predsa nám umožňuje lokalizovať konkrétneho pacienta na pomyselnom kontinuu hráčskych problémov a zachytením miery závažnosti v rôznych obdobiach i sledovať vývoj poruchy v čase alebo tiež monitorovať výsledky liečby.

Za ďalší zásadný rozdiel v diagnostických systémoch považujem fakt, že MKCH-10 pokladá prítomnosť diagnózy asociálnej poruchy osobnosti za vylučovacie kritérium pre diagnózu patologického hráčstva. DSM-5 takéto vylučovacie kritérium neurčuje. Osobne mám k tomuto bodu isté výhrady. Podľa viacerých literárnych zdrojov a napokon aj podľa výsledkov môjho výskumu je komorbídna antisociálna porucha osobnosti u patologických hráčov veľmi častá. Ak by som vzala do úvahy fakt, že 28% hráčov sledovaného súboru v mojej štúdii malo zároveň diagnostikovanú antisociálnu poruchu osobnosti a držala by som sa striktno MKCH-10, nemohla by som u značného počtu hráčov patologické hráčstvo vôbec diagnostikovať a teda ich ani adekvátne liečiť. Ja však pochybnosti o správnosti diagnózy u týchto hráčov nemám. Naopak. Jednak, ak na týchto hráčov nahliadame ako na impulzívny subtyp podľa Blaszczyńskiego a Nowerovej (*2002*) (ako bude podrobnejšie popísané v ďalšom texte) a jednak na základe mojich sledovaní, hráči s antisociálnou poruchou osobnosti trpia zvyčajne vážnejšou formou patologického hráčstva a nevidím relevantné dôvody pre nemožnosť stanovenia tejto duálnej diagnózy. Vzhľadom na preradenie patologického hráčstva medzi nelátkové závislosti v DSM-5, čomu predchádzali dlhé roky výskumov a diskusií, vyvstáva otázka, prečo je možné u antisociálnej poruchy osobnosti diagnostikovať zároveň celé spektrum látkových závislostí a nemožné stanoviť túto komorbídnu závislosť nelátkovú. Okrem toho mám obavy, že antisociálne správanie u hráčov, predovšetkým ich trestná činnosť, je niekedy v praxi mylne považované za prejavy antisociálnej poruchy osobnosti. Pritom nie každý hráč, ktorý kradne, má túto poruchu osobnosti a aj tí, ktorí nekradnú ju naopak mať môžu. A nie každý jedinec s antisociálnou poruchou osobnosti, ktorý participuje na hráčskych aktivitách, je aj patologickým hráčom. Zaujímavé je, že ani v diagnostických kritériách MKCH-10 pre disociálnu poruchu osobnosti, ani v DSM-5 pre antisociálnu poruchu osobnosti, nie je zmienka

o hráčskych aktivitách, ktoré sa teda dajú považovať za nešpecifický prejav u jedincov s touto poruchou osobnosti (ak sa vôbec v klinickom obraze objavia). Tejto problematike sa bližšie venujem v kapitole 2.6.3.2. Keďže na Slovensku používame MKCH-10, stojíme pred vážnou dilemou. Tváriť sa u hráča s asociálnou poruchou osobnosti, že táto porucha u neho neexistuje, aby sme u neho mohli stanoviť diagnózu patologického hráčstva, aby sme ho mohli liečiť a aby túto liečbu aj zdravotná poisťovňa preplatila? Alebo mu stanoviť diagnózu poruchy osobnosti a zatvárať oči pred tým, že jeho hráčske problémy dosiahli hranicu závislosti a obrať ho tak o možnosť adekvátne sa liečiť? Osobne si myslím, že v praxi vyhráva diagnóza patologického hráčstva a osobnostná patológia jedinca je prehlíadaná alebo prinajmenšom podceňovaná. Pritom som presvedčená, že poznanie osobnostnej štruktúry hráča je potrebné pre voľbu vhodných terapeutických stratégií a pre individuálny prístup k liečbe každého hráča.

Verím, že očakávaná jedenásta revízia MKCH umožní stanoviť každému jedincovi s hráčskou poruchou všetky diagnózy, ktorými trpí. Očakávam tiež, že vzhľadom na tendenciu k zjednoteniu diagnostických systémov dôjde i v MKCH-11 k preradeniu patologického hráčstva do kategórie závislostí.

1.2. Epidemiológia patologického hráčstva

Epidemiologické výskumy ukazujú, že prevalencia patologického hráčstva v celkovej populácii je približne 1–2% (Petry et al., 2005). Porucha je častejšia u mužov. V národnej epidemiologickej štúdiu v USA sa zistil signifikantne vyšší výskyt u mužov ako u žien (72,2% vs. 27,8%) (Petry et al., 2005). Zvýšené riziko výskytu je popisované u jedincov, ktorých otcovia alebo matky trpia touto poruchou (Smolík, 2002).

V USA a Canade sa prevalencia pohybuje medzi 0,4% a 2,5% (Bland et al., 1993; Cunningham-Williams et al., 2005; Welte et al., 2001). Vo Veľkej Británii sa odhaduje na 0,8% (Sproston et al., 2000). V ázijskom regióne sa prevalencia patologického hráčstva pohybuje od 0,07 do 2,66%, a to zväčša v závislosti od dostupnosti legálnych hráčskych možností. V mnohých ázijských krajinách sú totiž hazardné hry s výnimkou lotérie ilegálne (Liu et al., 2013).

Existuje diskrepancia medzi počtom ľudí hrajúcimi hazardné hry, u ktorých sa vyvinie patologické hráčstvo a tých, u ktorých nie. Boli popisované štúdie, dávajúce do súvislosti práve výskyt poruchy osobnosti ako určitej vulnerability pre rozvoj patologického hráčstva (Petry, 2005; Slutske et al., 2005). Čo sa týka problémového hráčstva, jeho prevalencia v celkovej populácii je približne 5,5% (Shaffer et al., 1999).

Prevalencia patologického hráčstva je podľa výskumov vyššia u pacientov s abúzom návykových látok a tiež u väzňov (Cunningham-Williams et al., 2000; Rosenthal et Lorenz, 1992; Templer et al., 1993). Zvýšená prevalencia hráčstva v týchto subpopuláciách viedla výskumníkov k úvahám o úlohe osobnostných faktorov v rozvoji patologického hráčstva. Prehľad 27 štúdií demonštruje, že viac ako 30% väzňov je možné diagnostikovať ako problémových hráčov (Williams et al., 2005).

Vyššie prevalence patologického hráčstva sú popisované aj u ľudí s nižším socioekonomickým statom a tiež u národnostných menšín (Welte et al., 2001). Prevalencia narastá so stále rastúcou dostupnosťou hráčskych príležitostí (Ladouceur et al., 1994).

1.3. Etiológia a patogenéza

Etiológia a patogenéza patologického hráčstva nie je úplne objasnená. Vo vývoji poruchy sa predpokladá interakcia psychologických, behaviorálnych, kognitívnych, biologických a environmentálnych faktorov, na základe ktorej je možné formulovať i biopsychosociálny model rozvoja patologického hráčstva (*Sharpe, 2002*).

Z dynamického hľadiska, sa podľa viacerých autorov u patologických hráčov, podobne ako aj u ostatných impulzívnych porúch, predpokladá nevyriešený nevedomý vnútorný konflikt. Fenichel a Freud považovali hráčstvo za prejav správania blízky masturbácii. Bergler popisoval nevedomú potrebu hráčov míňať peniaze, a tak kompenzovať potlačený pocit viny za nevedomú agresivitu voči matke, ktorá nedovolila manipuláciu s genitálom a pod. (*Smolík, 2002*).

Patologickí hráči opakujú svoje hráčske aktivity napriek ich negatívnym dôsledkom, pretože táto závislosť im okrem komplikácií prináša i benefit. Z psychologického hľadiska môže byť takýmto benefitom redukcia stresu, únik z nudy, príjemné pocity alebo spôsob vyrovnania sa s negatívnymi pocitmi či situáciami, alebo benefit spočíva v jednoduchom uľavení si od abstinенčných príznakov.

Behaviorálne teórie pracujú s modelom vývoja od expozície hraniu, podmieňovaného posilňovania, cez pozitívne posilňovanie prostredníctvom vzrušenia z hry, či prípadných výhier až po posilňovanie negatívne, zahŕňajúce abstinенčné príznaky. Na patologické hráčstvo nahliadajú ako na naučené maladaptívne správanie.

V kognitívnych teóriách sú zdôrazňované tzv. kognitívne distorzie, ako sú napr. ilúzia kontroly nad výsledkom hry, povery, preceňovanie vlastných hráčskych schopností a pod. (*Clark, 2010*).

Rizikovými faktormi vo vzťahu k vzniku poruchy môžu byť napr. úmrtie alebo rozvod rodičov pred dosiahnutím adolescencie, prísna či rozporuplná výchova v detskom veku, expozícia hráčstvu v rodine alebo medzi priateľmi v adolescencii (*Shead et al., 2010; Smolík, 2002*). Bola realizovaná štúdia, kde sa zistilo, že jedinci, ktorých rodičia boli problémoví hráči, sa trikrát častejšie stali v živote tiež problémovými hráčmi a toto riziko sa zvýšilo až na 12-násobné v prípade, že problémovými hráčmi boli rodičia i starí rodičia (*Gambino et al., 1993*). Niekedy hráči pochádzajú z rodín zanedbávajúcich finančné záležitosti, plánovanie, zaistovanie bezpečnosti, alebo kde je zdôrazňovaný význam peňazí ako ekvivalentu úspechu (*Smolík, 2002*). Predispozičnými faktormi hráčstva u adolescentov sú aj osobnostné rysy s vysokým vyhľadávaním senzácie, impulzivitou a slabé zvládacie mechanizmy. Silné prediktory patologického hráčstva predstavujú tiež anxieta, depresia, abúzus návykových látok, ADHD, kriminálne správanie a nízka úroveň vzdelania (*Shead et al., 2010*). Na jeho rozvoj má vplyv aj dostupnosť hráčskych možností, ako aj legalizácia rôznych foriem hazardu (*Ladouceur et al., 1994*).

1.3.1. Model vzniku patologického hráčstva

Vytvorenie jediného teoretického modelu vzniku patologického hráčstva, ktorý by bol aplikovateľný a validný u všetkých hráčov, by mohlo byť zavádzajúce. Alternatívnym a produktívnejším prístupom je, keď pripustíme existenciu špecifických subtypov hráčov, pričom každý subtyp je ovplyvňovaný inými faktormi, no prejavujú sa rovnakými fenomenologickými znakmi.

Predpokladá sa, že existujú viaceré subtypy patologických hráčov, s odlišnými klinickými znakmi a rôznymi etiologickými procesmi. Blaszczynski a Nowerová (2002) vytvorili model vzniku patologického hráčstva, ktorý integruje biologické, osobnostné, vývojové, kognitívne a environmentálne faktory, ako i teóriu učenia do teoretického systému. Tento model predpokladá tri hlavné cesty, kulminujúce do patologického hráčstva, pričom každá cesta je asociovaná so špecifickými faktormi vulnerability, demografickými faktormi a etiologickým procesom. Spoločným štartovacím bodom pre všetky tri cesty vzniku je dostupnosť hráčskych možností. Epidemiologické štúdie ukazujú, že dostupnosť hráčskych možností je asociovaná s vyššou incidenciou patologického hráčstva (*Grun et McKeigue, 2000*). Proces pokračuje jednou z troch možných ciest podľa toho, k akému subtypu je možné hráča zaradiť. Ďalší priebeh je opäť aplikovateľný na všetkých hráčov, pričom nasleduje klasické a operačné (inštrumentálne) podmieňovanie, vedúce k narastajúcej participácii na hraní a rozvoju navyknutých vzorcov hrania a kognitívneho procesu, ktorý má za následok poruchové presvedčenia o osobných schopnostiach a možnosti vyhrať (*Blaszczynski et Nower, 2002*). K operačnému pozitívnemu podmieňovaniu dochádza, keď prechodné výhry spôsobujú stavy vzrušenia, ktoré sú niekedy popisované ako ekvivalentné stavom navodeným drogou (*Sharpe et Tarrier, 1993*). K negatívnemu posilňovaniu dochádza, ak sú stavy anxiety a depresie redukované vzrušením z hrania, čo podporuje pravdepodobnosť pokračovania v hraní (*Blaszczynski et Nower, 2002*). Z neo-Pavlovovskej perspektívy je neuronálny model habituálneho správania postavený na procese kortikálnej excitácie. Ak je spustená podnetmi súvisiacimi s hraním, jedinec je stimulovaný k vykonaniu habituálneho správania pre kompletizáciu. Pokusy odolať dokončeniu habituálneho správania provokujú stav sprevádzaný kompulziami alebo nutkaním vykonať dané správanie. Tento stav perzistuje ako kompulzívny motor k uskutočneniu habituálnych vzorcov správania cez ich kompletizáciu. Ako progreduje frekvencia hrania, objavujú sa silne neobjektívne a skreslené kognitívne schémy, ktoré formujú vieru vo vlastné schopnosti a kontrolu nad výsledkom hry, skreslené hodnotenie, chybné percepcie, povery a teórie pravdepodobnosti. Následne dochádza k akumulácii strát. Tlak k vyrovnaniu strát hraním narastá s narastajúcimi dlhmi a hráč sa snaží vymotať z komplikovanej finančnej situácie. V tejto fáze už sú identifikovateľné diagnostické indikátory patologického hráčstva. Následne dochádza k habituácii, vyrovnávaniu strát (*chasing losses*) a rozvoju problémového a neskôr patologického hráčstva (*Blaszczynski et Nower, 2002*).

1.3.2. Typy patologických hráčov

Na základe množstva údajov z literatúry je možné konštatovať, že patologickí hráči nepredstavujú homogénnu skupinu a existuje mnoho pokusov rozdeliť ich na rôzne subtypy v súvislosti s osobnostnou štruktúrou a komorbídnou psychopatológiou. Okrem toho existujú i viaceré delenia na základe intenzity hrania, ktoré bližšie popisujem v kapitole 1.7, venovanej závažnosti patologického hráčstva.

Podľa Blaszczyńskiego a Nowerovej (2002) je možné hráčov rozdeliť na tri hlavné subtypy:

- 1. Behaviorálne podmienení patologickí hráči** – podľa modelu vzniku popísaného vyššie v priebehu poruchy dochádza u nich k habituácii, nasleduje vyrovnanie strát, hráč stráca viac ako očakával a postupne dochádza k rozvoju patologického hráčstva. Významnejšiu úlohu vo vývoji poruchy hrá podmieňovanie, mylné presvedčenia o možnosti výhry a séria zlých rozhodnutí, ako narušená kontrola. Hráči tejto skupiny sú charakterizovaní chýbaním špecifickej premorbídnej psychopatológie, výraznejších známk abúzu alkoholu, impulzivity či porúch správania. Hrajú hlavne pre zábavu, či socializáciu. Niekedy u nich dochádza k abúzu alkoholu, rozvoju depresívnej alebo anxiózne symptomaticy v rámci reakcie na finančné ťažkosti spôsobené hrami. Tieto symptómy sú však následkami, nie príčinou opakovaného excesívneho hráčskeho správania. Táto skupina zvyčajne zahŕňa hráčov s menej závažnými formami hráčstva, ktorí sú motivovaní k liečbe, s dobrými terapeutickými výsledkami (Blaszczyński et Nower, 2002).
- 2. Emočne vulnabilní hráči** – sú charakterizovaní premorbídnu anxióznou a/alebo depresívnu symptomaticou, históriou slabého *copingu* a schopnosťou riešiť problémy, negatívnymi zážitkami z detstva a životnými udalosťami. Títo hráči sú emočne zraniteľní dôsledkom psychosociálnych a biologických faktorov. U týchto hráčov predstavuje hranie spôsob emočného úniku z nepríjemných afektívnych stavov cestou vzrušenia, cez disociáciu alteráciou nálady alebo zúžením pozornosti. Porucha sa ďalej vyvíja podobne ako v prvej skupine cestou habituácie, vyrovnávania strát až k patologickému hráčstvu, no psychologická dysfunkcia robí hráčov druhej skupiny rezistentnejšími k zmene a potrebe liečby. U tohto subtypu býva častejšie prítomná iná psychopatológia a to hlavne depresia, anxieta a závislosť od alkoholu. Hráči toho subtypu zvyčajne trpia stredne závažnou formou hráčstva (Blaszczyński et Nower, 2002).
- 3. Antisociálni, impulzívni hráči** – nezávisle od hrania býva u nich častý abúzus návykových látok, suicidalita, iritabilita, časté narcistické črty, kriminálne správanie, nízka tolerancia nudy, slabé interpersonálne vzťahy a v rodinnej anamnéze je často možné zaznamenať antisociálne správanie a abúzus alkoholu, ako aj patologické hráčstvo. Je u nich možné zaznamenať i neurologické či neurochemické odchýlky (napr. zmeny na EEG, dysregulácia neurotransmiterových systémov). Podobne ako v druhej skupine vplyva na rozvoj hrania psychosociálna a biologicky podmienená vulnabilita, ku ktorej sa však navyše pridružuje zvýšená impulzivita, poruchy pozornosti, prípadne antisociálna porucha osobnosti, čo vyúsťuje do maladaptívneho správania vrátane hrania. Takáto štruktúra zasahuje mnohé aspekty života jedinca a jeho psychosociálneho fungovania. Hranie u nich začína v skoršom veku, rýchlejšie progreduje v intenzite i závažnosti a rýchlejšie dochádza aj ku kriminálnemu správaniu, slúžiacemu na získanie prostriedkov na hru. Efekt impulzivity je ešte zvýraznený, ak je jedinec pod tlakom alebo v súvislosti s negatívnymi emóciami. Hráči tejto skupiny sú menej motivovaní k liečbe, býva slabá *compliance* a slabý efekt akýchkoľvek terapeutických intervencií (Blaszczyński et Nower, 2002). Tento typ pacientov má vyššiu mieru závažnosti hrania a horšiu odpoveď na liečbu (Blaszczyński et al., 1997; Steel et Blaszczyński, 1996).

Z klinickej perspektívy predstavuje toto rozdelenie cestu k možnému rozdielnemu maňžmentu pacientov jednotlivých subtypov a k zváženiu výberu odlišných terapeutických stratégií a intervencií. Predpokladá sa, že antisociálni, impulzívni hráči vyžadujú intenzívnu kognitívne-behaviorálnu terapiu, reflektujúcu ich deficity v pozornosti, organizačných schopnostiach, ich emočnú labilitu, intoleranciu stresu, slabé schopnosti riešiť problémy a slabý *coping*. Terapia by mala smerovať k lepšej sebakontrolu (*Blaszczynski et Nower, 2002; Milosevic et Ledgerwood, 2010*). Naproti tomu emočne vulnerabilní hráči vyžadujú v terapii posilnenie copingových schopností, zaoberanie sa zvládaním stresových situácií a poskytnutie pocitov prijatia a podpory (*Blaszczynski et Nower, 2002*). U niektorých hráčov 2. a 3. subtypu je občas potrebná i farmakoterapia na zvládnutie komorbídnych porúch, či úpravu dysbalancie v neurotransmitterových systémoch.

Napriek tomu, že sa v literatúre opakovane objavujú názory, že jednotlivé subtypy hráčov by mohli profitovať z odlišných terapeutických prístupov (*Blaszczynski et Nower, 2002; Bonnaire et al., 2009; Ledgerwood et Petry, 2006; Stewart et al.; 2008, Turner et al., 2008*), empirický výskum súvislostí hráčskej typológie a výsledkov liečby je limitovaný (*Milosevic et Ledgerwood, 2010*). Ledgerwood s Petrym (2010) skúmali výsledky liečby u 229 hráčov rozdelených na tri subtypy tak, ako ich vymedzili Blaszczynski a Nowerová (2002). Zistili, že behaviorálne podmienení hráči vstupovali do terapie s menej závažnými hráčskymi problémami a v následnom sledovaní 12 mesiacov po liečbe boli väčšinou asymptomatickí alebo už nespĺňali diagnostické kritériá pre patologické hráčstvo. Antisociálni a emočne vulnerabilní hráči sa zlepšili prostredníctvom liečby zhruba rovnako, ako behaviorálni hráči, no vzhľadom na to, že do terapie vstupovali so závažnejšími hráčskymi problémami, aj 12 mesiacov po liečbe vykazovali viac symptómov patologického hráčstva. Autori na základe výsledkov štúdie dospeli k záveru, že typológiu hráčov nemožno spoľahlivo využiť v predikovaní výsledkov liečby. Zároveň však predpokladajú, že impulzívni a emočne vulnerabilní hráči vyžadujú intenzívnejšiu liečbu vzhľadom na závažnejšiu vstupnú hráčsku patológiu (*Ledgerwood et Petry, 2010*).

Nowerová s kolektívom (2013) testovala popísaný model vzniku patologického hráčstva a to v reprezentatívnom súbore v rámci národnej epidemiologickej štúdie (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – NESARC*), pričom tiež potvrdila existenciu popísaných troch subtypov patologických hráčov, na podklade prítomnosti premorbídnej osobnostnej a inej psychopatológie, ako aj iných rizikových faktorov.

Milosevic a Ledgerwood (2010) zozbierali údaje z literatúry od roku 1970 do roku 2009, týkajúce sa rozdelenia hráčov na rôzne subtypy. Následne analyzovali 17 rôznych prístupov k rozdeleniu hráčov a dospeli k názoru, že napriek rozdielnym prístupom k deleniu v rôznych štúdiách sa zdá, že existujú tri relatívne odlišné typy patologických hráčov. Tieto subtypy sa odlišujú v motivácii k hraníu, psychopatológii i osobnostnej patológii a aj napriek odlišnostiam v názvoch jednotlivých subtypov, v podstate zodpovedajú rozdeleniu, ktoré prezentovali Blaszczynski a Nowerová (2002) vo svojom modeli vzniku problémového a patologického hráčstva (*Milosevic et Ledgerwood, 2010*).

Zhrnutím údajov z dostupnej literatúry by sa dali rovnako vytvoriť tri subtypy hráčov (Milosevic et Ledgerwood, 2010):

- **Behaviorálne podmienení hráči** – alternatívne boli v literatúre popisovaní ako subkulturálni (Moran, 1970), Klaster 1 (Gonzales-Ibanez et al., 2003), normálni (Lesieur, 2001), sociálni (Stewart et al., 2008), tretia podskupina (Bonnaire et al., 2009), jednoduchí (Vachon et Bagby, 2009) atď. Spoločným menovateľom tohto typu hráčov je malý stupeň psychopatológie, hráči sú bez maladaptívnych osobnostných črt, hranie je dôsledkom spoločenských vplyvov, nie emočným regulátorom (Milosevic et Ledgerwood, 2010).
- **Emočne vulnérabilní hráči** – v rôznej literatúre boli popisovaní ako neurotickí (Moran, 1970), klaster 2 (Gonzalez-Ibanez et al., 2003), „escape“ typ hráčov (Ledgerwood et Petry, 2006), „coping“ typ hráčov (Stewart et al., 2008), emočne vulnérabilní (Turner et al., 2008), druhá podskupina (Bonnaire et al., 2009), demoralizovaní hráči (Vachon et Bagby, 2009) atď. Spoločným znakom je zvýšená depresivita či anxieta, nízka impulzivita a/alebo vyhľadávanie senzácie, hranie je prostriedkom k regulácii dysforických pocitov (Milosevic et Ledgerwood, 2010).
- **Antisociálni impulzívni hráči** – rôznymi autormi popisovaní ako impulzívni (Moran, 1970), pasívne-agresívni alebo emočne nestabilní (Graham et Lowenfeld, 1986), chronicky podstimulovaní (McCormick et Taber, 1987), egoistickí (Ledgerwood et Petry, 2006), impulzívni (Turner et al., 2008), prvá podskupina (Bonnaire et al., 2009), hedonickí (Vachon et Bagby, 2009). Spoločnými znakmi je zvýraznenie antisociálnych črt, vysoká impulzivita a/alebo vyhľadávanie senzácie, hranie slúži dosiahnutiu pozitívnych pocitov (Milosevic et Ledgerwood, 2010).

1.3.3. Neurobiológia patologického hráčstva

Biologické príčiny hráčskej závislosti zahŕňajú jednak jedinečnú fyziológiu každého človeka, ako aj genetické vplyvy. Ľudia sa líšia v miere potešenia, ktoré im hranie ako forma zábavy prináša. Niektorým jedincom prináša táto forma zábavy toľko radosti či vzrušenia, že majú ťažkosti s ňou prestať. Tiež schopnosť kontrolovať impulzívne túžby prostredníctvom racionálnej úvahy je funkciou mozgu, ktorá varíruje medzi rôznymi ľuďmi (Horvath et al., 2014). Pri patologickom hráčstve sa zistila dysregulácia či dysfunkcia rôznych neurotransmiterových systémov, ktorú je vďaka rozvoju neurozobrazovacích metód možné spájať i s určitými mozgovými štruktúrami.

Predbežné zistenia podporujú hypotézu, že sérotonín (regulácia nálady), noradrenalín (sprostredkovanie arousalu – nabudenia, vyhľadávanie nového, impulzivita) a dopamín (regulácia odmeny, kontrola impulzov, hlad po podnetoch) môžu všetky hrať úlohu v impulzivite, poruchách nálady a narušenej kontrole, ktoré môžeme pozorovať u patologických hráčov (Bergh et al., 1997; DeCaria et al., 1996; Moreno et al., 1991). Existuje tzv. model ôsmich komponentov, podľa ktorého sa v genéze patologického hráčstva môže uplatňovať nerovnováha ôsmich neurotransmiterových systémov. Podľa tohto modelu dopamín, opioidy a testosterón uprednostňujú okamžitý a bezprostredný prístup k odmene, kým naopak sérotonín a kortizol predstavujú brzdu takéhoto prístupového správania. Vysoké hladiny noradrenalínu sú spájané

s poruchou rozhodovania. Kyselina gamaaminomaslová brzdí impulzívne správanie spojené so získavaním odmeny prostredníctvom inhibície opioidnej neurotransmisie a zúčastňuje sa tiež monitorovania kognitívneho výkonu a rozhodovania. Ôsmym neurotransmitterovým systémom je systém glutamátový, ktorý je spojený so systémom odmeny, reguláciou dopamínovej aktivity a tiež s procesmi učenia (Nussbaum et al., 2011). Interakcia medzi rôznymi neurotransmitterovými systémami môže ovplyvňovať manifestáciu impulzívneho správania. V centre pozornosti sú hlavne vzájomné pôsobenie zníženého sérotonínového metabolizmu a zvýšeného metabolizmu noradrenalinu a dopamínu (DeCaria et al., 1996). S dopamínovým systémom úzko interagujú endogénne opioidy, ktoré sa podieľajú na pozitívnych afektoch a odmeňujúcom subjektívnom prežívaní hry. Predstavujú mediátor elasti a hedonických aspektov odmeny (Nussbaum et al., 2011).

Najsledovanejším v súvislosti s patologickým hráčstvom je dopamínový systém. Podobne ako drogy, alkohol a sex, i hranie zvyšuje hladinu dopamínu v mozgu. Dopamín je pritom primárnym neurotransmitterom pôsobiacim v systéme odmeny v mozgu, pričom jeho funkcia spočíva v regulácii motivácie k odmene a v odmeňujúcom učení. Systém odmeny v mozgu sprostredkúva príjemné pocity v súvislosti s hraním. Výskumy ukazujú, že k zvýšeniu hladiny dopamínu počas hrania dochádza i v stave blízko výhry, keď hráč nevyhrá. Ľudia sú motivovaní k opakovanému správaniu spôsobujúcemu príjemné pocity, no systém odmeny v mozgu ich tým robí vulnerabilnými k rozvoju závislosti. Systém odmeny je zodpovedný aj za craving pri hráčskych poruchách. Pri prerušení hrania sa objavuje silné baženie po znovuzažívaní príjemných pocitov sprevádzajúcich hranie (Horvath et al., 2014). Dopamín je tiež kľúčovým neurotransmitterom v procese rozhodovania a to predovšetkým v súvislosti s predikčným učením a schopnosťou učiť sa na základe pozitívnej a negatívnej spätnej väzby. Dysbalanciou v dopamínovom systéme dochádza u hráčov k narušeniu schopnosti poučiť sa z minulých negatívnych skúseností a často ani prehra veľkej sumy peňazí nedokáže patologického hráča zastaviť v ďalšom hraní (Patarák, 2013).

Genetické štúdie zistili, že podobne ako u pacientov s látkovými závislosťami, sa u hráčov vyskytuje D2A1 alela, ktorá je považovaná za signifikantný rizikový faktor v patologickom hráčstve (Comings et al., 1996). Táto genetická varianta je asociovaná s redukciou denzity D2 receptorov a dopaminergným deficitom v systéme odmeny v mozgu. Osoby s alelou A1 potom nie sú dostatočne uspokojované podnetmi, ktoré inak k uspokojeniu vedú, preto neustále vyhľadávajú nové podnety s cieľom dosiahnuť pocit odmeny (Blum et al., 2000). V tejto súvislosti bol popísaný „syndróm narušenej závislosti na odmene“ s impulzívnym chovaním, sklonom k závislosti na alkohole a drogách, patologickým hráčstvom, antisociálnymi a agresívnymi rysmi osobnosti (Blum et al., 2000; Höschl, 1996). Existuje hypotéza, že nedostatok D2 receptorov vedie u jedincov k vyhľadávaniu aktivít vyvolávajúcich potešenie, čo im prináša vysoké riziko pre rozmanité závislé, impulzívne a kompulzívne správanie, zahŕňajúce abúzus návykových látok, prejedanie sa, závislosť od sexu a patologické hranie (Blum et al., 2000). Taq-A1 polymorfizmus génu kódujúceho D2 dopamínový receptor je podľa viacerých autorov asociovaný s patologickým hráčstvom, ADHD, Tourettovým syndrómom, látkovými závislosťami, antisociálnym správaním a slabou inhibičnou kontrolou (Lobo et Kennedy,

2009; Rodríguez-Jiménez et al., 2006). Ibáñez a kol. (2001) sledovali DRD2 polymorfizmus u liečených hráčov, pričom alela D2 bola prítomná u 42% hráčov s celoživotnou prevalenciou komorbídnej poruchy v porovnaní u 5,3% hráčov bez komorbidity. Tieto výsledky poukazujú na možnosť, že DRD2 gén predstavuje genetickú predispozíciu pre psychiatrické komorbidity u patologických hráčov (Ibáñez et al., 2001). Polymorfizmus v sekvencii génovej expsie D4 bol v niektorých štúdiách spájaný tiež s temperamentovou dimenziou vyhľadávania nového (Benjamin et al., 1996).

Korelátom syndrómu deficitnej odmeny u hráčov je znížená aktivita prefrontálnej kôry a znížená aktivita subkortikálnych okruhov súvisiacich s odmenou, hlavne ventrálneho striata (Reuter et al., 2005). U patologických hráčov bola na fMRI pozorovaná znížená aktivizácia ventromediálneho prefrontálneho kortexu pri sledovaní videozáznamu, týkajúceho sa hrania. Redukovaná aktivizácia mezolimbického systému korelovala so závažnosťou patologického hrania (Reuter et al., 2005). Znížené uvoľňovanie dopamínu v mezolimbickom systéme súvisí so syndrómom deficitnej odmeny, ktorý je charakteristický nielen pre patologických hráčov, ale tiež pre ľudí s látkovými závislosťami. Znížená senzitivita dopamínových okruhov u hráčov vedie k zníženej citlivosti na bežnú odmenu, čo vedie k zvýšenej potrebe stimulácie hraním.

I keď genetické výskumy poukazujú na to, že intenzívne, a niekedy škodlivé vyhľadávanie potešenia, je do istej miery biologicky podmienené, konečný výber správania sa líši od indivídua k indivíduu (Blaszczynski et Nower, 2002). Na úlohu dopamínu v patologickom hráčstve poukazujú i zistenia, že u niektorých pacientov, ktorí užívali dopaminergné lieky, ako napríklad u ľudí liečených pre Parkinsonovu chorobu, bolo pozorované nutkanie k hraniu (DSM-5, 2013).

Ďalším dôležitým neurotransmiterovým systémom pri patologickom hráčstve je systém sérotonínový. Sérotonín má regulačný, inhibičný vplyv na motivačné a apetitívne správanie a redukcia v sérotoninergickej neurotransmisii je spájaná s impulzivitou (Nussbaum et al., 2011). V niektorých štúdiách sa preukázala hypoaktivita 5-HT systému u patologických hráčov, čo by mohlo súvisieť so slabou kontrolou impulzov (Moreno et al., 1997). U hráčov boli dokumentované znížené hladiny sérotonínu, sérotonínových metabolitov, ako aj znížená synaptická aktivita sérotonínu (Nordin et Sjodin, 2006). Aktivita trombocytárnej monoaminoxidázy (MAO) predstavuje periférny indikátor sérotoninergickej funkcie. Nízka aktivita MAO je spájaná s vyššou impulzivitou. U patologických hráčov bola zistená znížená aktivita trombocytárnej MAO oproti kontrolnej skupine (DeCaria et al., 1996). Aktivita MAO koreluje s hladinami kyseliny 5-hydroxyindoloctovej (5-HIAA) v likvore, pričom u hráčov boli pozorované jej znížené hladiny. Znížené hladiny 5-HIAA v likvore korelovali s vysokou hladinou impulzivity a správania spojeného s vyhľadávaním senzácie/vzrušenia (*sensation-seeking*) (Grant et al., 2004; Grant et Kim, 2006).

Čo sa týka noradrenalínu, ten zohráva dôležitú úlohu v neurochémií impulzivity. U hráčov boli popisované zvýšené periférne hladiny noradrenalínu počas hrania, tesne po hraní (Shinohara et al., 1999) a tiež v období zvýšenej hráčskej aktivity (Goudriaan et al., 2004). Zdá sa však, že v prípade noradrenalínu zohráva úlohu skôr hyperreaktivity, či dysregulácia noradrenergického systému, ktorá zasahuje procesy rozhodovania, ako len zvýšenie jeho bazálnej hladiny (Nussbaum et al., 2011).

Medzi genetické odlišnosti sledované v súvislosti s impulzivitou patria tiež zmeny v aktivite fortryptofánhydroxylázy 1 a 2 (TPH1 a TPH2), zmeny sérotonínového transportéra (SERT), sérotonínových receptorov, ako aj génov súvisiacich s metabolizmom monoamínov (monoaminoxidáza). Do súvislosti s impulzivitou je dávaný i dopaminergný systém (dopaminové receptory DRD2, DRD3, DRD4 a dopaminový transportér), catecholaminergný systém (catechol-O-metyltransferáza, COMT) a GABA-ergický systém (α 1, α 6 a β 1 podjednotky GABA receptorov) (Nielsen et al., 2012).

V súvislosti s impulzivitou a kompulzivitou sa sledovali i periférne hormonálne odpovede po medikamentóznom podnete, ako napr. plazmatické koncentrácie prolaktínu, kortizolu a rastového hormónu, zasahujúce sérotoninergickú funkciu (DeCaria et al., 1996).

Vplyv závislosti na hypotalamus spôsobuje problémy s reguláciou stresu. Ľudia sa často uchylujú k látkam alebo aktivitám vedúcim k závislosti, aby sa stresu vyhli. Pri rozvoji abstinčných príznakov, ktoré tiež pôsobia stresujúco, sa v snahe vyhnúť tomuto stresu môžu ľahko dostať do začarovaného kruhu. V súvislosti s citlivosťou na stres má podstatnú úlohu amygdala a zvýšená aktivita v oblasti amygdaly súvisí so subjektívnym pociťovaním cravingu a tiež so zvýšenou reaktivitou na podnety, ktoré súvisia s hraním (Elman et al., 2012).

Keďže prevalencia problémového a patologického hráčstva je dva- až štyrikrát vyššia v adolescencii a mladšej dospelosti ako v dospelosti, predpokladá sa istá neurobiologická vulnabilita pre hráčske správanie u mladých ľudí. Počas adolescencie dochádza k dôležitým neurovývojovým procesom v oblastiach mozgu, súvisiacich s motiváciou a impulzívnym správaním. Existujú hypotézy, že nezrelosť monoamínových systémov frontálneho kortexu a subkortikálnych oblastí počas normálneho vývoja sú podkladom adolescentnej impulzivity, ako prechodnej osobnostnej črty. Táto prechodná vulnabilita pre závislé správanie môže vyústiť do problémového, či patologického hrania (Chambers et Potenza, 2003).

Z popísaných neurobiologických súvislostí vychádzajú i pokusy o farmakoterapeutickú moduláciu hráčskeho správania. Existujú pokusy o používanie antidepresív zo skupiny SSRI. Skúšajú sa tiež stabilizátory nálady, vplývajúce na agresivitu, impulzivitu a stabilizáciu nálady, a tiež naltrexon, teda μ -opioidný receptorový antagonist, ktorý moduluje mezolimbickú dráhu odmeny. Naltrexon tak môže redukovať účinok odmeny sprostredkovanej hraním a tým znižovať potrebu hráčskeho správania (Korn et Shaffer, 2004).

1.4. Priebeh patologického hráčstva

Porucha zvyčajne začína vo veku adolescencie a ranej dospelosti. U žien sa zvyčajne patologické hráčstvo rozvíja v neskoršom veku ako u mužov, no vývoj problémov s hraním je u nich rýchlejší v porovnaní s mužmi (Georgie et Muralli, 2005). Patologické hráčstvo obvykle negatívne postihuje široké okolie hráča. S narastajúcimi finančnými stratami a s postupujúcou degradáciou osobnosti má progresívny charakter. Porucha znižuje kvalitu života, je často asociovaná s inými psychiatrickými komorbiditami, rodinnými problémami, psychosociálnymi následkami a často aj so suicidálnym konaním (Smolík, 2002).

U patologického hráčstva sa zvykne popisovať niekoľko štádií vývoja poruchy (*Nábělek a Vongrej, 2008*):

1. **Štádium výhier** – keď jedinec hráva občas a výhry prevažujú nad prehrami, pred i počas hry sa objavuje vzrušenie, postupne dochádza k zvyšovaniu finančných vkladov do hry a častejšiemu hraniu, objavujú sa fantázie o veľkej výhre, postupne osamelé hranie
2. **Štádium prehrávania** – hráč myslí hlavne na hranie, s ktorým nedokáže prestať, požičiava si peniaze, skrýva hranie, zanedbáva rodinu či prácu, postupne dochádza ku zmenám osobnosti (podráždenosti, nekľudu, uzavretosti), neschopnosti splácať dlhy
3. **Štádium zúfalstva alebo tiež fáza straty kontroly** – väčšina času je venovaná hre, dochádza k stále častejším prehrám, objavuje sa panika, výčitky svedomia, beznádej, myšlienky na samovraždu či suicidálne konanie, dochádza k narušeniu vzťahov, častá je trestná činnosť, zameraná na získanie prostriedkov na hru, môže sa pridružiť abúzus alkoholu a iných návykových látok (*Nábělek a Vongrej, 2008; Raboch a kol., 2001*).

1.5. Súvislosti medzi patologickým hráčstvom a látkovými závislosťami

Pri porovnávaní patologického hráčstva a látkových závislostí je možné nájsť viacero spoločných znakov, ktoré po rokoch diskusií a výskumov v konečnom dôsledku viedli k preradeniu patologického hráčstva do kategórie závislostí v poslednom vydaní DSM. Hráčstvo a látkové závislosti spájajú podobnosti na úrovni fenomenologickej, epidemiologickej, genetickej, neurobiologickej, ako aj podobnosť v osobnostných faktoroch a liečebných stratégiách (*Walther et al., 2012*). Existujú i názory, že látkové a nelátkové závislosti sú odlišnou expresiou spoločného základného syndrómu závislosti. Rozvoju premorbídneho syndrómu závislosti predchádza vplyv rôznych neurobiologických a psychosociálnych faktorov, vytvárajúcich určitú individuálnu vulnerabilitu. Dôležité sú tiež vplyvy prostredia, ako je expozícia droge či správaniu, interakcia s návykovou látkou alebo hráčstvom a vznik príjemných pocitov v súvislosti s touto interakciou. Opakované interakcie s návykovou látkou či určitým správaním, akým je aj hazardné hranie, postupne vedú k rozvoju závislosti. Konečná forma, ktorou sa syndróm závislosti prejaví, závisí od objektu, či správania, s ktorými jedinec interagoval (*Shaffer, et al. 2004*).

Hráčstvo s látkovými závislosťami spája podobný priebeh, pričom typicky obe poruchy prebiehajú chronicky, s relapsami a rôzne dlhými obdobiami abstinencie. Obe poruchy začínajú zvyčajne v adolescencii alebo skorej dospelosti. Podobne ako u alkoholovej závislosti, je u patologického hráčstva popisovaný neskorší začiatok poruchy u žien, ktorá ale oproti mužom rýchlejšie progreduje do závislosti, tzv. teleskopický fenomén (*Blanco et al., 2006; Georgie et Muralli, 2005*).

Fenomenologickým spojením látkových a nelátkových závislostí je nutkanie hrať alebo *craving*, teda baženie, ďalej stavy počas hrania, ktoré je možné pripodobniť stavu intoxikácie psychoaktívnou látkou, ako aj abstinénčné symptómy. Tie sa u patologických hráčov prejavujú vo forme zvýšenej iritability, nepokoja, porúch koncentrácie, anxiety či depresie. Hranie tiež často slúži zníženiu anxiety podobne ako látková intoxikácia (*Grant et al., 2006; Grant et al.,*

2010). U hráčov boli tiež popisované symptómy tolerancie, s potrebou zvyšovať frekvenciu hrania a vklady do hry, zhoršené sebaovládanie či kontrola, pokračovanie v hraní alebo v užívaní návykovej látky napriek škodlivým následkom, či zanedbávaniu iných hodnôt. Ego-syntónny charakter je tiež spoločným znakom látkových závislostí a patologického hráčstva i keď ego-syntónnosť sa môže u hráčov s progresiou poruchy postupne vytrácať (Grant et al., 2010).

Existujú i dáta poukazujúce na spoločný genetický rizikový faktor pre užívanie návykových látok a hráčstvo. V štúdií dvojčiat Slutske a kol. (2007) preukázal zvýšený výskyt závislosti od alkoholu u dvojčiat patologických hráčov. U monozygotných dvojčiat patologických hráčov bol výskyt alkoholovej závislosti vyšší, ako u dizygotných dvojčiat a aj keď tento rozdiel nevyšiel ako štatisticky významný, predsa poukazuje na geneticky podmienenú rodinnú koagregáciu patologického hráčstva a závislosti od alkoholu. Zvýšený spoločný výskyt patologického hráčstva a závislosti od alkoholu v rodinách závisí viac od spoločných genetických rizikových faktorov, ako od faktorov enviromentálnych (Slutske et al., 2000). Asociácia medzi polymorfizmom génu pre dopaminový receptor D2 (DRD2), génu pre monoaminoxidázu a génu pre sérotoninový transportér SLC6A4 bola popisovaná u patologického hráčstva a tiež u ľudí s abúzom návykových látok (Comings et al., 1996; Ibáñez et al., 2005). Podobne ako u látkových závislostí sa u hráčov pozorovali zmeny v dopaminergickom systéme, ktoré môžu byť základnou príčinou odmenu-vyhľadávajúceho správania (Grant et Kim, 2006). V rodinnej štúdií sa u prvostupňových príbuzných hráčov zistil nielen signifikantne vyšší výskyt porúch, spojených s abúzom alkoholu a iných psychoaktívnych látok, ale tiež vyšší výskyt depresie a iných psychiatrických diagnóz oproti kontrolnej skupine. Tieto zistenia podporujú hypotézu, že nelátkové závislosti môžu mať genetický vzťah so závislosťami látkovými (Black et al., 2006). V liečbe závislostí a patologického hráčstva sa používajú podobné terapeutické postupy, ako je posilňovanie motivácie, kognitívne-behaviorálne postupy, relaxačné techniky, skupinová či rodinná terapia (Höschl a kol., 2002).

Osobnostný profil, majúci vplyv na etiológiu patologického hráčstva, je podobný ako pri závislosti od návykových látok (Kotov et al., 2010). Keďže sú komorbídne poruchy spôsobené užívaním návykových látok veľmi často prítomné u patologických hráčov, môže to mať v konečnom dôsledku aj vplyv na podobnosť osobnostných profilov týchto dvoch skupín. Slutske a kol. (2000) porovnali osobnostné charakteristiky hráčov s komorbídnym abúzom návykových látok a hráčov bez takéhoto abúzu, pričom väčšina osobnostných charakteristík týchto dvoch skupín sa zhodovala. V skupine hráčov bez abúzu návykových látok sa častejšie objavovalo nízke vyhýbanie sa nebezpečenstvu a rebelstvo, pričom tieto črty nie je možné pripísať komorbídnym závislostiam. Vysoká hladina negatívnej emocionality, pozorovaná u mnohých hráčov s komorbídnou závislosťou, nebola u čisto patologických hráčov zachytená, preto sa zdá, že môže byť spôsobená i komorbídnou závislosťou od návykových látok. Autori dospeli k názoru, že geneticky podmienené črty osobnosti, predovšetkým dimenzie týkajúce sa nízkej behaviorálnej kontroly, môžu byť čiastočne zodpovedné za komorbiditu hráčskej poruchy a ostatných návykových porúch (Slutske et al., 2000). Longitudinálne štúdie tiež identifikovali črty osobnosti, asociované s hráčskymi problémami v neskoršom veku a to nezávisle od patológie, súvisiacej s abúzom návykových látok. Osobnostný profil asociovaný

s problémovým hráčstvom bol rovnaký ako osobnostné profily asociované s alkoholovou, kanabisovou a nikotínovou závislosťou (*Slutske et al., 2005*).

V súboroch ľudí, zneužívajúcich návykové látky, bol popisovaný i podobný výskyt porúch osobnosti ako v súboroch patologických hráčov. V jednej zo štúdií sa v súbore 370-tich liečených závislých zistil výskyt porúch osobnosti u 57%, s najviac zastúpenými poruchami osobnosti z klastra B (45,7%). Najčastejšie bola u pacientov s abúzom návykových látok diagnostikovaná antisociálna porucha osobnosti (u 27%) a hraničná porucha osobnosti (u 18,4%) (*Rounsaville et al., 1998*). Podobné výsledky som pozorovala i v mojej štúdií v súbore patologických hráčov (viď kapitola 3).

U hráčov sú popisované aj podobné zmeny neurokognitívnych funkcií ako u pacientov závislých od alkoholu (*Goudriaan et al., 2006*).

V niektorých štúdiách bol popisovaný silnejší craving u patologických hráčov ako u pacientov závislých od alkoholu, čo môže súvisieť s potenciálnym rizikom relapsov u hráčov. Hráčsky craving pozitívne koreloval s depresiou a negatívne s dĺžkou abstinencie a závislosťou od odmeny. Pozitívna korelácia cravingu s depresiou a negatívna korelácia so závislosťou na odmene poukazujú na to, že jedinci s nižšou vnímavosťou k prežívaniu pozitívnych emócií predstavujú tých, ktorým hranie najviac chýba pri abstinencii. Alkoholový craving koreloval pozitívne s anxiou a vyhľadávaním nového a negatívne s dĺžkou abstinencie (*Tavares et al., 2005*).

1.6. Súvislosti medzi patologickým hráčstvom a obsesívno-kompulzívnou poruchou

Viacere práce sa venujú vzťahu patologického hráčstva a porúch zo spektra obsesívno-kompulzívnej poruchy (OCD). Impulzivita a kompulzivita predstavujú komponenty osobnosti, ktoré sa môžu vzájomne ovplyvňovať a v konečnom dôsledku modelovať expresiu symptómov v psychiatrických syndrómoch. Takéto komponenty je možné pokladať za kognitívnu a/alebo emocionálnu predispozíciu, ktorá facilituje expresiu impulzívneho a kompulzívneho správania (*Tavares et Gentil, 2007*). Impulzivita a kompulzivita súvisia s procesom rozhodovania a motivovaného správania (*Cloninger, 1996*). Impulzivita je sklon ku hraniu na základe náhleho nutkania alebo túžby, bez zváženia potenciálnych následkov a je evidentná hlavne v skorých štádiách hráčskej poruchy. Ako porucha progreduje, postupne sa začnú viac prejavovať i kompulzívne aspekty. Kompulzivita predstavuje prejavy opakovaného správania s cieľom redukcie či prevencie anxiety alebo utrpenia, pričom neposkytuje potešenie alebo radosť.

Na spoločnej osi s impulzivitou a kompulzivitou na opačných póloch je možné usporiadať poruchy OCD spektra od kompulzívneho pólu nasledovne: OCD, hypochondrická porucha, dysmorfofóbia, anorexia nervosa, depersonalizačná porucha, Tourettov syndróm, trichotillo-mania, patologické hráčstvo, sexuálne kompulzie a impulzívne poruchy osobnosti (menovite hraničná a antisociálna porucha osobnosti) (*Blaszczyński, 1999*). Aj ďalší autori približujú patologické hráčstvo viac k impulzívnejmu pólu na dimenzionálnej osi impulzivita-kompulzivita a ďalej od OCD (*Stein et Hollander, 1993*). Zvýšené skóre impulzivity u patologických hráčov bolo zistené vo viacerých štúdiách. Niektorí autori popisujú aj zvýšené skóre obsesivity/kompulzivity u hráčov. Pri porovnaní 40 patologických hráčov a 40 zdravých jedincov sa

zistilo signifikantne vyššie skóre obsesivity u hráčov a to vo faktoroch odrážajúcich narušenú kontrolu duševných aktivít a straty motorickej kontroly (*Blażczynski, 1999*). Miera obsesivity a kompulzivita sa dá určiť napr. pomocou dotazníka *Padua Inventory*, teda 60-položkovej samoposudzovacej škály, ktorá je zameraná na štyri faktory súvisiace s obsedantne-kompulzívnym správaním. Týmito faktormi sú: narušená kontrola duševných aktivít, strach zo znečistenia, kontrolujúce správanie a strach zo straty kontroly nad motorickým správaním. Faktor zahŕňajúci narušenú kontrolu nad duševnými aktivitami zahŕňa prehnané obavy, ruminácie o málopravdepodobnom nebezpečenstve a ťažkosti zvládať i jednoduché rozhodnutia. Druhý faktor, ktorý býva signifikantne zvýšený u hráčov, a teda strach zo straty kontroly nad motorickou aktivitou, meria nutkanie a starosti súvisiace so stratou kontroly nad správaním, ako napríklad agresívnymi impulzami. Práve tieto dva faktory škály *Padua Inventory* predstavujú obsesívny faktor a tento obsesívny komponent môže byť jedným z faktorov, ktorým sa odlišujú patologickí hráči od kontrolnej skupiny (*Blażczynski, 1999*). V patologickom hráčstve sa vzájomne kombinujú impulzívne i kompulzívne črty (*Taveres et Gentil, 2007*).

Patologické hráčstvo je s poruchami z OCD spektra spájané na základe zistení, že u hráčov je možné pozorovať opakujúce sa myšlienky a správanie, ako aj narušenú inhibíciu tohto správania. Patologickí hráči často majú špecifické rituály spojené s hraním ako napr. používanie konkrétneho oblečenia pri hraní alebo používanie jedného konkrétneho hracieho automatu a pod. (*Grant et al., 2006*). Podobne ako u OCD je niekedy kompulzívne správanie spustené averzívnymi alebo stresujúcimi stimulmi (*Potenza, Leung et al., 2003*). Napriek istým podobnostiam patologického hráčstva s obsesívno-kompulzívnou poruchou, existujú medzi nimi podstatné rozdiely. Fenomenologické i epidemiologické rozdiely, rozličná odpoveď na liečbu a tiež zobrazovacie metódy podporujú skôr zaradenie hráčstva k behaviorálnej, teda nelátkovej závislosti, ako k poruche zo spektra OCD (*Alegría et al., 2010*).

Dáta ohľadom komorbidity medzi obsesívno-kompulzívnou poruchou a patologickým hráčstvom sú nekonzistentné. V súbore viac ako 700 hráčov s OCD sa nezistil zvýšený výskyt patologického hráčstva (*Hollander, 1997*). Cunningham-Williams so spolupracovníkmi (1998) tiež nepotvrdili signifikantný vzťah medzi OCD a patologickým hráčstvom. Ani v rozsiahlejšom súbore 293 pacientov s primárnou OCD sa nepotvrdil vyšší výskyt patologického hráčstva oproti bežnej populácii (*Grant et al., 2006*). Bienvenu s kolektívom (2000) sledovali 343 rodinných príslušníkov pacientov s OCD, pričom nezistili zvýšený výskyt patologického hráčstva. Zdá sa teda, že patologické hráčstvo síce zahŕňa i kompulzívne znaky, no nie je spojené so zvýšeným výskytom obsesívno-kompulzívnej poruchy ako takej (*Grant et al., 2006*).

Z epidemiologického hľadiska je možné u hráčstva pozorovať vyšší výskyt u mužov oproti ženám a to približne v pomere 2:1, pričom podobne je to aj pri výskyte látkových závislostí. Naproti tomu sa OCD vyskytuje u mužov a u žien približne v rovnakom pomere. (*Potenza et al., 2009*) U žien dochádza k začiatku hráčskeho správania v neskoršom veku, ale porucha progreduje rýchlejšie, podobne, ako je to popísané aj pri drogovej, či alkoholovej závislosti – tzv. teleskopický fenomén (*Blanco et al., 2006*). Fenomenologicky spájajú patologické hráčstvo so spektrom OCD vtieravé myšlienky, vedúce ku opakovanému správaniu. Pacienti s OCD popisujú neprijemné pocity, ústiace do túžby vykonať špecifické úkony, s cieľom ulaviť

si od týchto neprijemných pocitov (*Allegria et al., 2010*). U patologických hráčov oslabená schopnosť odolávať vtieravým myšlienkam na hranie vedie k excesívnemu hraniu hlavne v pokročilých fázach patologického hráčstva (*Lesieur, 1979*). Podstatným rozdielom medzi OCD a patologickým hráčstvom je, že pacienti s OCD často zažívajú excesívne pochybnosti v súvislosti s kompulzívnym konaním, čo u hráčov nie je typické. Kompulzie pri OCD sú charakterizované zvýšenou potrebou vyhýbania sa nebezpečenstvu, averziou k riskovaniu a anticipačnou úzkosťou (*Rasmussen et Eisen, 1994*). Na rozdiel od OCD, u ktorej sú kompulzie egodystónne alebo sa nestotožňujú so subjektívnymi názormi jedinca, u patologického hráčstva sa vyskytujú kompulzie, ktoré majú ego-syntónny charakter a teda sú pre hráča akceptovateľné (*Grant et al., 2006*). S progresiou poruchy sa kompulzie zväčša stávajú menej ego-syntónne, keď si hráč plne uvedomuje negatívne konzekvencie hrania. Hráčske správanie je potom skôr prejavom túžby redukovať anxiózne stavy, ako potrebou vyhľadávať potešenie tak, ako to bolo na začiatku rozvoja hráčskej poruchy (*Potenza et al., 2009; Rasmussen et Eisen, 1994*).

V osobnostných rysoch je tiež možné nájsť rozdiely. Kým patologickí hráči sú často impulzívní a senzáciu-vyhľadávajúci, podobne ako jedinci s látkovými závislosťami, ľudia s OCD sa skôr vyhýbajú ohrozeniu (*Anholt et al., 2004; Blanco et al., 2009; Blaszczyński et al., 1997*). Pri porovnaní črt osobnosti sa u hráčov zistilo signifikantne vyššie skóre vyhľadávania nového, závislosti na odmene a impulzivitu a naopak nižšie skóre vyhýbania sa nebezpečeniu, strachu z neistoty a anticipačných obáv, ako u pacientov s OCD (*Kim et Grant, 2001*).

Rozdiely medzi OCD a patologickým hráčstvom je možné postrehnúť i v rozličnom komorbídnom profile. Tavers a Gentil (2007) porovnávali súbory 40 hráčov, 40 pacientov s OCD a 40 zdravých dobrovoľníkov. Zistili, že prvé príznaky OCD sa objavujú skôr, no trvá dlhší čas do rozvinutia kompletného syndrómu. U patologických hráčov je častejšie prítomná komorbídna porucha, súvisiaca s užívaním návykových látok a u OCD je to častejšia somatoforná porucha. Odlišným profilom komorbídnych diagnóz sa patologické hráčstvo tiež približuje skôr závislosti (*Tavers et Gentil, 2007*).

Kým patologické hráčstvo väčšinou prebieha progredujúco, prerušované fázami remisii a relapsov, pri OCD majú symptómy zväčša ustálenejší charakter (*Sobin et al., 2000*).

Existujú aj biologické rozdiely, zahŕňajúce zvýšenú aktivitu v kortiko-striato-talamokortikálnych okruhoch počas symptómu u OCD a naopak zníženú aktivitu v týchto oblastiach mozgu u patologických hráčov a tiež aktivizáciu systému odmeny u hráčov (*Adcock et al., 2006; Potenza, Leung et al., 2003*). Pri prehrávaní videonahrávok so scénami, súvisiacimi s hraním, sa u hráčov oproti kontrolnej skupine zistila znížená aktivita v orbitofrontálnom kortexe, nucleus caudatus (bazálnych gangliách) a v talame, teda v mozgových štruktúrach zapojených do regulácie impulzov (*Potenza, Steinberg et al., 2003*). Zobrazovacie metódy dokumentujú zníženú aktiváciu ventromediálneho prefrontálneho kortexu počas nutkania k hraniu, kognitívnej kontroly a simulovaného hrania (*Potenza, Leung et al., 2003; Potenza, Steinberg et al., 2003; Reuter et al., 2005*).

1.7. Posúdenie miery závažnosti patologického hrania

Viacere poznatky naznačujú, že hráčske problémy sa dajú posudzovať na určitom kontinuu od rekreačného hrania až po hráčstvo patologické. Na posúdenie miery závažnosti hráčskej poruchy, ako aj pre sledovanie účinnosti liečby, je vhodné každého liečeného hráča v tomto smere aj vyšetriť.

Na hodnotenie miery závažnosti patologického hrania bolo vytvorených niekoľko škál. V niektorých štúdiách sa na jej vyjadrenie používa hodnotenie počtu splnených DSM kritérií pre patologické hráčstvo (Brewer et al., 2010; Giddens et al., 2012). Aj DSM-5 ponúka možnosť vyjadriť sa k miere závažnosti hrania prostredníctvom počtu splnených diagnostických kritérií, deliac tak hráčsku poruchu na miernu, stredne ťažkú a ťažkú (DSM-5, 2013). Bolo tiež vytvorených viacero samoposudzovacích stupníc s cieľom zachytiť rozsah hráčskej patológie. Výška dlhov sa neukazuje byť spoľahlivým ukazovateľom závažnosti hrania (Pietrzak et Petry, 2005). Pri porovnaní korelácie výšky hráčskych dlhov a závažnosti hrania, vyjadrenej prostredníctvom skóre v dotazníku SOGS, sa zistila len nesignifikantná korelácia ($p > 0,05$) (Tang et al., 2010). Tiež v mojom výskume som nezistila signifikantnú koreláciu medzi výškou dlhov a závažnosťou hrania (viď kapitolu 3).

1.7.1. Dotazníky na posúdenie závažnosti patologického hrania:

- **South Oaks Gambling Screen (SOGS)** (Lesier et Blume, 1987)

Jedná sa o inštrument, určený na posúdenie problémov súvisiacich s hráčstvom, s test-retest reliabilitou 0,71 (Lesier et Blume, 1987). Zahŕňa otázky ohľadom frekvencie a typu hráčskych aktivít. Pri dosiahnutí 5 a viac bodov sa pravdepodobne jedná o patologické hranie. Stinchfield (2002) sledoval reliabilitu, validitu dotazníka, ako aj jeho klasifikačnú presnosť v súbore 1589 hráčov a kontrolnom súbore 803 jedincov z bežnej populácie. SOGS vykazoval uspokojivú reliabilitu s koeficientom alfa .69 v bežnej populácii a .86 v súbore hráčov, tiež uspokojivú validitu pri rozlíšení bežnej populácie od hráčov a vysokú koreláciu s DSM-IV diagnostickými kritériami. Čo sa týka klasifikačnej presnosti, tá sa ukázala ako dobrá až výborná v súbore hráčov, no slabá v bežnej populácii s 50% falošne pozitívnych výsledkov. SOGS teda nadhodnocoval počet patologických hráčov v bežnej populácii pri porovnaní s DSM-IV diagnostickými kritériami. Pri porovnaní skóre SOGS a skóre splnených DSM-IV kritérií sa zistila signifikantná korelácia týchto dvoch posudzovacích prístupov ($r = 0,77$ pre bežnú populáciu a $r = 0,75$ pre patologických hráčov) (Beaudoin et Cox, 1999; Stinchfield, 2003).

- **Dotazník na patologické hráčstvo organizácie Gamblers Anonymous – Gamblers Anonymous Twenty Questions** – the GA-20 (GA Twenty Questions, 2005). Obsahuje 20 otázok súvisiacich s hraním, pričom sa odpovedá formou „áno“ a „nie“ odpovedí. Patologický hráč uvedie 7 a viac kladných odpovedí.
- **Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale modified for pathological gambling – PG-YBOCS** – Yale-Browská obsedantno-kompulzívna škála adaptovaná na patologické hráčstvo. Ide o 10-položkovú škálu na meranie hráčskej symptomatológie s dobrou validitou a reliabilitou, ktorú posudzuje klinický pracovník. Prvých päť položiek sa tý-

ka nutkania a myšlienok na hranie, položky 6 – 10 hodnotia hráčske správanie. Každá položka je podľa závažnosti hodnotená na stupnici 0 – 4, pričom vyššie skóre znamená väčšiu závažnosť hrania. (Hollander et al., 1998). Validita dotazníka je porovnateľná s výsledkami v dotazníku SOGS ako aj so Škálou celkového klinického dojmu – *Clinical Global Impression Scale (CGI)* (Blanco et al., 2009; Stinchfield, 2003).

- **Banskobystrický dotazník patologického hráčstva – BBDPH** (Nábělek a Vongrej, 2006) Dotazník bol vytvorený na Psychiatrickom oddelení v Banskej Bystrici a slúži na vyšetrovanie miery závažnosti hrania. Jedná sa o samoposudzovací dotazník, ktorý obsahuje 13 položiek, vytvorených v súlade s diagnostickými kritériami DSM-IV. Niektoré z kritérií DSM-IV boli rozdelené do dvoch otázok, pridané boli položky týkajúce sa získavania prostriedkov na hru. Každá položka je však na rozdiel od DSM podľa intenzity vyjadrenia konkrétneho príznaku odstupňovaná na škále 0 až 3 body, čím je možné zachytiť mieru vyjadrenia konkrétneho hráčskeho symptómu. Tento nástroj umožňuje dimenzionálny prístup k zisťovaniu miery hráčskej patológie a považujem ho za veľmi užitočný nielen na zachytenie aktuálnej závažnosti poruchy u konkrétneho hráča, ale i ako nástroj k monitorovaniu vývoja poruchy a účinnosti liečby. Vyplnenie a vyhodnotenie dotazníka trvá cca 15 – 20 minút. Aké dlhé obdobie pred administráciou dotazníka má byť pacientom posudzované, je možné operatívne prispôbiť účelu vyšetrenia. Keďže tento dotazník nie je v bežnej klinickej praxi využívaný, v rámci môjho výskumu som sa snažila o preverenie jeho validity zisťovaním korelácie s DSM-IV diagnostickými kritériami patologického hráčstva. Miera závažnosti hrania, vyjadrená prostredníctvom skóre v BBDPH, signifikantne korelovala s mierou závažnosti, vyjadrenou prostredníctvom počtu splnených diagnostických kritérií podľa DSM-IV ($r = 0,73$). V rámci výskumu som preverovala i reliabilitu dotazníka, pričom výsledky preukázali veľmi dobrú reliabilitu dotazníka (viď kapitolu 3.3). Aj keď sledovaný súbor bol malý a bude potrebný ďalší výskum na dôkladnejšie preverenie validity a reliability dotazníka, vzhľadom na to, že na Slovensku nemáme oficiálnu slovenskú verziu SOGS, ktorý je vo svete jedným z najvyužívanejších dotazníkov v súvislosti s vyšetrovaním závažnosti hrania a podľa mojich vedomostí, nie je k dispozícii ani žiaden iný vyhovujúci podobný dotazník, predstavoval by dotazník BBDPH užitočný nástroj pre klinickú prax (kompletný dotazník viď Príloha A).

1.7.2. Faktory ovplyvňujúce závažnosť hráčstva

Sledovalo sa viacero ukazovateľov, ktoré by mohli mať vzťah k závažnosti hrania. Niektoré štúdie poukazujú na zvýšenú mieru impulzivity u patologických hráčov, ako i koreláciu medzi mierou tejto impulzivity a závažnosťou patologického hráčstva (Alessi et Petry, 2003; Steel et Blaszczyński, 1998). V súbore 38 hráčov sa zistila súvislosť medzi mierou impulzivity a kompulzivity a závažnosťou hráčstva. Pokles v závažnosti vyjadrenia hráčskych symptómov počas liečby paroxetínom súvisel s poklesom impulzivity, ale nie s poklesom kompulzivity (Blanco et al., 2009). Iná štúdia však v súbore 50-tich hráčov nezistila koreláciu medzi impulzivitou a závažnosťou patologického hráčstva (Sáez-Abad et Bertolín-Guillén, 2008). Podobne ďalšia štúdia nepotvrdila koreláciu medzi impulzivitou a závažnosťou hrania a rovnako ani vyhládavanie senzácie (*sensation-seeking*) v tejto štúdii nekorelovalo so závažnosťou hráčstva

(Langewisch et Frisch, 1998). Niektoré práce potvrdili koreláciu medzi vyhľadávaním nového a závažnosťou hrania (Martinotti et al., 2006).

Podľa viacerých štúdií má negatívny vplyv na závažnosť hrania i komorbídna psychiatrická diagnóza. V súbore 69 liečených patologických hráčov sa zistilo signifikantne vyššie skóre SOGS u hráčov s inou komorbídnou psychiatrickou diagnózou, ako u hráčov bez komorbidity a závažnosť hrania stúpala lineárne s počtom komorbídnych diagnóz (Ibáñez et al., 2001). Signifikantný vplyv komorbídnej psychiatrickej diagnózy na osi I aj II podľa DSM-IV na závažnosť hrania potvrdili i iní autori (Brewer et al., 2010). Problémoví hráči s častým užívaním alkoholu vykazovali vyššiu závažnosť hrania a viac psychosociálnych problémov v súvislosti s hraním, ako hráči bez anamnézy užívania alkoholu (Duhig et al., 2007). Giddens s kolektívom (2012) v súbore 38 333 ľudí, s niektorou z anxiózných porúch i bez nej, sledoval súvislosť medzi závažnosťou hrania a prítomnosťou komorbídnych psychiatrických diagnóz. Závažnosť hrania signifikantne korelovala so širokým spektrom porúch na osi I aj na osi II podľa DSM-IV a to v skupine ľudí so sprievodnou úzkostnou poruchou, aj v skupine bez anamnézy úzkostných porúch.

Závažnosť hrania môže mať aj vzťah k suicidalite u patologických hráčov. Vyššia závažnosť hrania v súvislosti so zvýšenou suicidalitou sa potvrdila v súbore 343 ambulantne liečených hráčov. Zistilo sa, že hráči s históriou suicidálnych ideácií, či suicidálnych pokusov mali signifikantne závažnejšie hráčske problémy, rodinné či sociálne ťažkosti a častejšie psychiatrické symptómy, ako hráči bez suicidality. Hráči so suicidalitou v anamnéze prehrali viac peňazí pred začatím liečby, vykazovali vyššie skóre SOGS a referovali o výraznejšom cravingu oproti hráčom bez suicidality (Petry et Kiluk, 2002).

Výsledky štúdií sledujúcich koreláciu medzi závažnosťou hráčstva a komorbídnou poruchou osobnosti sú rôzne. V štúdií, sledujúcej súbor 77 hráčov, sa vzťah medzi prítomnou poruchou osobnosti u patologických hráčov a závažnosťou hrania nepotvrdil. Hoci sa v tejto štúdií zistila vyššia miera impulzivitu u hráčov s poruchami osobnosti z klastra B a C, nepotvrdila sa korelácia medzi závažnosťou hráčstva a poruchami osobnosti z rôznych klastrov (Odlaug et al., 2012). Naproti tomu Fernández-Montalvo a Echeburúa (2004) zistili, že komorbídna porucha osobnosti je asociovaná s vyššou mierou hráčskej závažnosti a tiež so závažnejšou anxiétou, depresiou a zneužívaním návykových látok. Sacco s kolektívom (2008) v súbore 146 hráčov, rozdelených podľa počtu splnených DSM kritérií na rekreačných (0 kritérií), problémových (1 – 4 kritériá) a patologických (5 – 10 kritérií), sledoval asociáciu medzi hráčskou patológiou a poruchami osobnosti. Zistil, že so zvyšujúcou sa úrovňou vyjadrenia kritérií pre vyhýbavú a hraničnú poruchu osobnosti, signifikantne rástla aj miera závažnosti hráčskeho správania.

Existuje i niekoľko pokusov o rozdelenie patologických hráčov na podklade intenzity hrania resp. celkovej závažnosti hráčskych problémov. Abbot so spolupracovníkmi (1995) delili hráčov na „excesívnych“ a „normálnych“, na základe intenzity a frekvencie hráčskych aktivít. Ďalší autori používajú k deleniu hráčov na rôzne kategórie počet symptómov hráčstva. Existuje tak napr. delenie na sociálnych a patologických hráčov (Fisher, 1993), na sociálnych, problémových a patologických hráčov (Gupta et Derevensky, 1998), non-patologických, tranzitných-prechodných a patologických hráčov (Shaffer et al., 1994) a pod.

1.8. Komorbídne poruchy

U patologických hráčov je popisovaný vysoký výskyt komorbídnych psychiatrických diagnóz. Analýza jedenástich randomizovaných štúdií, zameraných na výskyt komorbídnych diagnóz u hráčov, poukázala na vysokú prevalenciu nikotínovej závislosti (60,1%), závislosti od návykových látok (57,5%), porúch nálady (37,9%) a rôznych typov úzkostných porúch (37,4%) (Lorains et al., 2011).

Predpokladá sa, že výskyt komorbídnych psychiatrických diagnóz je vyšší v súboroch hráčov, ktorí vyhľadali liečbu, ako u hráčov v bežnej populácii. Ibáñez s kolektívom (2001) v súbore 69 liečených hráčov zistila psychiatrickú komorbiditu u 62,3%, pričom najčastejšie boli zastúpené poruchy osobnosti a to u 42% patologických hráčov a poruchy spôsobené abúзом či závislosťou od alkoholu u 33,3%.

Na Slovensku bol v súbore 55 hráčov zistený výskyt komorbídnej závislosti od alkoholu u 23,6%, výskyt nikotinizmu u 85,5%, naproti tomu komorbídnu depresívnu poruchu malo v anamnéze zistenú len 9,1% hráčov a niektorú z anxiózných porúch 7,3% (Benkovič a kol., 2012).

Na základe analýzy veľkého súboru bežnej populácie (n = 43 093) sa zistilo, že 73,2% patologických hráčov malo poruchu spôsobenú užívaním alkoholu, 38,1% malo poruchu spôsobenú užívaním návykových látok, 60,4% trpí nikotinizmom, 41,3% malo niektorú z úzkostných porúch, 60,8% má poruchu osobnosti a 49,6% poruchu nálady (Petry et al., 2005). Ďalšia štúdia popisuje až 60,3%-ný výskyt anxiózných porúch v sledovanom súbore hráčov, s najčastejšie zastúpenou fóbiou u 52,2% a panickou poruchou u 21,9% (Kessler et al., 2008). V súbore starších Afroameričanov sa zistil štatisticky signifikantný vzťah medzi hráčskym správaním a úrovňou anxiety (Bazargan et al., 2001). Anxieta u hráčov môže byť do istej miery príčinou i následkom hrania. U časti hráčov predstavuje hranie únik pred už existujúcimi pocitmi úzkosti, iní sa stávajú anxiózní a zahanbení následkom excesívneho hrania a vysokých finančných strát. Existujú aj zmienky o preexistujúcich rizikových faktoroch spoločných pre patologické hráčstvo a anxiózne poruchy, na základe spoločných genetických mechanizmov (Giddens et al., 2011; Giddens et al., 2012).

V súbore 7 214 Kanadanov bol výskyt abúzu alebo závislosti od návykových látok štyrikrát vyšší u patologických hráčov, ako u ľudí bez patologického hráčstva, čo predstavovalo štatisticky významný rozdiel. 33,3% hráčov malo niektorú z afektívnych porúch versus 14,2% ľudí bez hráčskej anamnézy. Niektorú z úzkostných porúch malo 26,7% hráčov versus 9,2% ľudí bez patologického hráčstva (Bland et al., 1993).

Blaszczyński a McConaghy (1989) udávajú, že až 75% hráčov má manifestné symptómy depresie. Kým pre niektorých hráčov je hranie únikom z chronickej depresie, u iných depresia reprezentuje emočnú reakciu na finančnú krízu a iné problémy spôsobené excesívnym hráčskym správaním (Blaszczyński et Nower, 2002). Aj nuda je určitým aspektom depresie a zistilo sa, že patologickí hráči majú slabú toleranciu pre nudu (Blaszczyński et al., 1990). Existuje tzv. hyperaktívny subtyp hráčov, charakterizovaný chronickou podstimuláciou a neustále vyhľadávajúci únik z nudy (McCormick et Taber, 1987). Niektorí autori hovoria o tejto skupine hráčov ako o tzv. „vyhľadávačoch akcie“ (action seekers) (Lesieur et Blume, 1991). Títo hráči

nielenže sú chronicky unudení, ale po čase i hranie sa pre nich stáva nudným a neprináša im toľko uspokojenia ako na začiatku (*Blaszczynski et Nower, 2002*). Túto skupinu tvoria ľudia hyperaktívni, impulzívni, s množstvom energie, potrebou stimulujúcich situácií, neschopnosťou zniesť emočnú tenziu, neschopní relaxácie (*McCormick et Taber, 1987*).

Výskumy poukazujú na simultánný rozvoj patologického hráčstva a porúch spojených s užívaním návykových látok na podklade spoločných osobnostných rizikových faktorov (*Sacco et al., 2008*). Ako už bolo spomenuté, existujú dáta poukazujúce na spoločné genetické rizikové faktory pre abúzus návykových látok a patologické hráčstvo (*Slutske et al., 2005*).

U hráčov je vo viacerých štúdiách popisovaný i častejší výskyt hyperkinetickej poruchy pozornosti a aktivity – ADHD. V jednej štúdii v súbore 40-tich hráčov spĺňalo 20% z nich kritériá pre ADHD a ďalších 17,5% malo prítomné hraničné symptómy tejto poruchy. Na základe výsledkov bola vyslovená hypotéza, že ADHD môže predisponovať k patologickému hráčstvu alebo abúzu návykových látok. Hráči s poruchou pozornosti si môžu vyberať hráčske aktivity, ktoré nevyžadujú stálu pozornosť či koncentráciu (*Specker et al., 1996*). Spojitosť medzi ADHD a patologickým hráčstvom je možné hľadať i vo zvýšenej impulzivite, ktorá je dôležitým atribútom pri ADHD a zároveň je podľa viacerých štúdií u hráčov signifikantne zvýšená (*Black et Moyer, 1998*). Shead a kol. (2010) sledovali výskyt ADHD v súbore 84 liečených patologických a problémových hráčov, pričom zistili vyše 25%-ný výskyt ADHD v sledovanom súbore. Hráči s anamnézou ADHD mali vážnejšie hráčske problémy, častejší výskyt inej psychiatrickej komorbidity, zvýšené riziko suicidálneho správania a zvýšenú impulzivitu. ADHD tak predstavuje nielen častú komorbídnú diagnózu u patologického hráčstva, ale zároveň zhoršuje jeho priebeh a prognózu (*Grall-Bronnec et al., 2011*).

V literatúre je popisovaná i častá komorbídita hráčstva s inými poruchami impulzov ako je kompulzívne nakupovanie, kleptománia a kompulzívne sexuálne správanie. Prevalencia porúch impulzov u patologických hráčov sa v rôznych štúdiách pohybuje od 18% do 43% (*Black et Moyer, 1998; Grant et al., 2011; Specker et al., 1996*).

U hráčov býva častý výskyt suicidálnych ideácií a suicidálnych pokusov. V súbore 1471 študentov sa zistil výskyt suicidálnych pokusov u 26,8% študentov s hráčskymi problémami versus u 7,2% študentov bez nich (*Ladouceur et al., 1994*). V súbore 164 členov Gamblers Anonymous až 48% hráčov referovalo o suicidálnych ideáciách a 13% z nich malo v anamnéze suicidálny pokus. Zároveň sa zistilo, že hráči so suicidálnymi ideáciami alebo pokusmi v anamnéze začínali s hraním v skoršom veku a mali závažnejšie hráčske problémy, vrátane vyšších dlhov a častejšej participácie na ilegálnej činnosti súvisiacej s hraním (*Frank et al., 1991*).

2. PORUCHY OSOBNOSTI

2.1. Definícia poruchy osobnosti

2.1.1. Poruchy osobnosti v DSM

Americká psychiatrická spoločnosť (APA) definuje poruchu osobnosti ako pretrvávajúce vzorce vnútornej skúsenosti a správania sa, ktoré sú odlišné od očakávania danej kultúry, majú plazivý priebeh a sú nepružné. Porucha osobnosti sa zvyčajne objavuje v adolescencii alebo ranej dospelosti, je stabilná v čase a vedie k distresu alebo narušeniu (*DSM-5, 2013*). Poruchy osobnosti sú pretrvávajúce vzorce chápania, myslenia, cítenia a správania, ktoré sa prejavujú vo väčšine sociálnych situácií. Ich základnou vlastnosťou je egosyntónnosť, tzn. že človeku s danou poruchou vlastné správanie priamo nespôsobuje ťažkosti (*Robinson, 2002*).

2.1.1.1. Poruchy osobnosti v DSM-IV

DSM-IV používala na diagnostiku porúch osobnosti Os II, ktorá tiež slúžila na zaznamenávanie dôležitých osobnostných vlastností a obranných mechanizmov. Ak pacient nespĺňal všetky potrebné diagnostické kritériá pre diagnózu konkrétnej poruchy osobnosti, popísali sa osobnostné črty (napr. schizoidné osobnostné črty a pod.). Na osi II bolo možné diagnostikovať desať základných typov poruchy osobnosti. Ak pacient nespĺňal kritériá pre jednoznačné určenie poruchy osobnosti, ale boli u neho zrejme špecifické diagnostické znaky rôznych porúch osobnosti, pacienta sme diagnostikovali ako poruchu osobnosti bližšie nešpecifikovanú (*unspecified personality disorder*). Pod iné špecifikované poruchy osobnosti bolo možné zaradiť stavy, pri ktorých jedinec spĺňal všeobecné diagnostické kritériá pre poruchu osobnosti, ale typ poruchy osobnosti, ktorý bolo u neho možné diagnostikovať, nebol zahrnutý v DSM-IV (napr. pasívne-agresívna porucha osobnosti a pod.) (*DSM-IV, 1994*).

Hoci kritériá diagnostiky porúch osobnosti sa v rôznych kultúrach môžu čiastočne odlišovať, WHO (Svetová zdravotnícka organizácia) v Paríži v r. 1991 zverejnila výsledky výskumu vyšetovania diagnózy poruchy osobnosti na štyroch kontinentoch, ktoré ukazujú, že väčšina osobnostných diagnóz je použiteľná celosvetovo (*Robinson, 2002*).

DSM-IV rovnako ako DSM-5 rozdeľuje poruchy osobnosti do troch klastrov (*DSM-IV, 1994; DSM-5, 2013*):

Klaster A – zvláštny, excentrický, kam patria:

- schizoidná porucha osobnosti
- paranoidná porucha osobnosti
- schizotypová porucha osobnosti

Klaster B – dramatický, nevyspytateľný, kam patria:

- histriónska porucha osobnosti
- antisociálna porucha osobnosti
- hraničná porucha osobnosti
- narcistická porucha osobnosti

Klaster C – úzkostný, bojzlivý, kam patrí:

- vyhýbavá porucha osobnosti
- závislá porucha osobnosti
- obsedantne-kompulzívna porucha osobnosti

2.1.1.2. Zmeny v diagnostickom prístupe k poruchám osobnosti v DSM-5

V piatej revízii DSM prestali byť poruchy osobnosti kódované na osi II. Prvé tri osi z pôvodne päťosového členenia v DSM-IV boli zhrnuté do spoločnej kategórie duševných porúch a iných medicínskych diagnóz. Táto revízia zahŕňa dva diagnostické modely pre poruchy osobnosti. Prvý, kategoriálny model, je oficiálnou diagnostickou metódou, uvedenou v sekcii „Diagnostické kritériá a kódy“. V sekcii III je prezentovaný i alternatívny, dimenzionálny model, ktorý vyžaduje ďalší výskum (*DSM5, 2013*). Kým podľa kategoriálneho prístupu človek má alebo nemá určitú psychickú poruchu, dimenzionálny model prináša možnosť popísať i varijujúci stupeň závažnosti poruchy, čo umožňuje vnímať psychickú poruchu v rámci určitého kontinua od zdravia, cez rôznu mieru vyjadrenia príznakov až po poruchu. Osobnosť však nie je diagnózou absolútnou. Každý človek má nejakú osobnosť a i medzi ľuďmi s poruchou osobnosti existujú interindividuálne rozdiely v miere vyjadrenia jednotlivých znakov. Preto sa dimenzionálny prístup k diagnostike porúch osobnosti javí primeranejším a viac prihladajúcim k individualite jedinca.

K zmenám diagnostických kritérií pre jednotlivé poruchy osobnosti v piatej revízii DSM nedošlo. V DSM-5 bolo ponechaných všetkých 10 pôvodných typov porúch osobnosti z DSM-IV a tiež nešpecifikovaná a iná špecifikovaná porucha osobnosti. Na určenie diagnózy konkrétnej poruchy osobnosti je potrebné splnenie presne určeného aspoň minimálneho počtu diagnostických kritérií pre danú poruchu (*DSM5, 2013*).

Všeobecné kritériá poruchy osobnosti podľa DSM-5 (*DSM-5, 2013*):

- A. Stály vzorec vnútornej skúsenosti a správania, ktorý sa značne odlišuje od očakávaní danej kultúry. Tento vzorec sa prejavuje v dvoch (alebo viacerých) z nasledujúcich oblastí:
 1. Kognícia (cesty vnímania a interpretovania seba, ostatných ľudí a udalostí)
 2. Afektivita (rozsah, intenzita, labilita a primeranosť emočnej odpovede)
 3. Interpersonálne fungovanie
 4. Kontrola impulzov
- B. Stály vzorec je neflexibilný a prejavujúci sa v širokom rozsahu osobných a sociálnych situácií.
- C. Stály vzorec vedie ku klinicky významným ťažkostiam v sociálnych, pracovných a iných dôležitých oblastiach fungovania.
- D. Vzorec je stabilný a dlhotrvajúci a prejavuje sa od adolescencie alebo skorej dospelosti.
- E. Tento stály vzorec sa nedá vysvetliť manifestáciou, či následkami inej duševnej poruchy.
- F. Stály vzorec nie je následkom efektu drog, lieku alebo následkom iného zdravotného stavu (trauma hlavy a pod.).

Pre určenie psychiatrickej poruchy symptómy musia spôsobovať danej osobe ťažkosti a/alebo sťažovať jeho fungovanie v spoločnosti. Desať špecifických typov porúch osobnosti vzniká rôznou kombináciou príznakov zo štyroch základných oblastí, uvedených v kritériu A. Každá konkrétna porucha osobnosti má určené svoje diagnostické kritériá ako aj ich minimálny počet, ktorý musí byť pre diagnózu splnený (*DSM-5, 2013*).

2.1.1.3. Alternatívny model pre diagnostiku poruchy osobnosti

V sekcii III v *DSM-V* bol predstavený nový hybridný model osobnosti, ktorý zahŕňa vyhodnotenie zhoršenia vo fungovaní osobnosti, ako aj 5 oblastí znakov patologickej osobnosti. Klinici potom môžu určiť osobnosť pacienta a tiež diagnózu poruchy osobnosti, na základe jednotlivých individuálnych ťažkostí vo fungovaní osobnosti a na základe špecifických vzorcov ich patologických črt. Umožňuje popísať osobnostný profil individua s prihliadnutím na všetkých päť základných domén osobnosti, ktoré boli vytvorené v súlade s 5-faktorovým modelom osobnosti – „*Five Factor Model of personality (FFM)*“ alebo „*Big Five*“. Každú doménu tvorí súbor charakteristických črt. Osobnostná črta predstavuje tendenciu cítiť, vnímať, správať sa a myslieť relatívne stabilnými spôsobmi v rôznom čase a situáciách, v ktorých sa daná črta manifestuje. Každý jedinec sa dá lokalizovať na spektre dimenzií osobnostných črt, pričom daná črta sa u rôznych ľudí prejavuje skôr rôznym stupňom vyjadrenia, ako jednoduchou prítomnosťou či neprítomnosťou. Zhodnotenie fungovania osobnosti a patologických osobnostných črt má v klinickej praxi význam nielen v prípade, že má jedinec poruchu osobnosti. Toto zhodnotenie poskytuje klinikovi cenné informácie využiteľné v plánovaní liečebných prístupov, ako aj v odhadovaní prognózy priebehu psychickej poruchy či predikcii výsledkov liečby (*DSM-5, 2013*).

Všeobecné kritériá poruchy osobnosti podľa alternatívneho modelu (*DSM-5, 2013*):

A. Stredne ťažké alebo ťažké zhoršenie fungovania (vlastnej osobnosti/interpersonálneho).

V rámci fungovania vlastnej osobnosti sa hodnotí:

1. **identita** (prežívanie seba ako jedinečného, s jasnými hranicami medzi sebou a ostatnými, stabilita vlastnej sebaúcty a primeranosť sebahodnotenia, kapacita a schopnosť regulovať emočné prejavy)
2. **osobné smerovanie** (*self-direction*, teda primeranosť cieľov a očakávaní)

V rámci interpersonálneho fungovania sa hodnotí:

1. **empatia** (porozumenie zážitkom a motivácii iných, tolerancia rozdielnych perspektív, pochopenie efektu vlastného správania na ostatných)
2. **intimita** (hĺbka a trvanie vzťahov s ostatnými, túžba po blízkosti)

Jednotlivé kategórie sa hodnotia na stupnici od nula do štyri (0 = zdravé, adaptívne fungovanie, 4 = extrémne ťažkosti vo fungovaní) podľa závažnosti poruchy v danej oblasti. Pre diagnózu poruchy osobnosti je potrebná minimálne stredne ťažká porucha vo fungovaní, teda stupeň 2 (*DSM-5, 2013*).

- B. Jedna alebo viacero patologických črt osobnosti, ktoré sú zaradené do piatich základných oblastí:
1. **negatívna afektivita** (*negative affectivity*) ako opak emočnej stability (emočná labilita, úzkosť, separačná úzkosť, submisivita, hostilita, perseverácia, depresivita, podozrievavosť, reštrikcia afektivity)
 2. **introverzia** (*detachment*) ako opak extravenzie (stiahnutie, vyhýbanie sa intimite, anhedónia, depresivita, obmedzená emotivita, podozrievavosť)
 3. **antagonizmus** (*antagonism*) versus prívetivosť (manipulatívnosť, nečestnosť, grandiozita, pútanie pozornosti, ľahostajnosť, hostilita)
 4. **dezinhibícia** (*disinhibition*) ako opak svedomitosti (nezodpovednosť, impulzivita, roztržitosť, riskovanie, rigidny perfekcionizmus)
 5. **psychoticizmus** (*psychoticism*) versus lucidita (nezvyčajné názory a skúsenosti, excentricita, kognitívna a percepčná dysregulácia)
- C. Ťažkosti vo fungovaní osobnosti a individuálna expresia osobnostných črt sú pomerne neflexibilné a prejavujúce sa v širokom rozsahu osobných i sociálnych situácií.
- D. Tieto ťažkosti sú pomerne stabilné v čase.
- E. Ťažkosti sa nedajú vysvetliť inou duševnou poruchou.
- F. Nedajú sa vysvetliť pôsobením iných látok alebo zdravotným stavom.
- G. Nedajú sa chápať ako normálne pre individuálny vývojový stupeň jedinca alebo pre jeho sociokulturálne prostredie.

V tomto hybridnom modeli bolo ponechaných šesť porúch osobnosti – hraničná, obsedantne-kompulzívna, vyhýbavá, schizotypová, antisociálna a narcistická porucha osobnosti, pre ktoré sú stanovené jasné diagnostické kritériá. Podľa tohto nového prístupu je možné určiť poruchu osobnosti na základe špecifických črt a stupňa poruchy fungovania jedinca, i keď pacient nespĺňa všetky potrebné diagnostické kritériá pre konkrétny typ poruchy osobnosti a stanoví tak poruchu osobnosti znakovo špecifikovanú – *personality disorder – traits specified* (DSM5, 2013). Diagnóza tak získava podstatne informatívnejšiu hodnotu ohľadom charakteristických osobnostných črt ako pôvodná kategória bližšie nešpecifikovanej poruchy osobnosti. Takýmto spôsobom je možné nielen jednoducho vyjadriť, či jedinec má, alebo nemá poruchu osobnosti, ale popísaním jednotlivých dimenzií osobnosti zachytiť interindividuálne rozdiely v jednotlivých osobnostných črtách, čo môže byť užitočné v plánovaní terapeutických stratégií, prispôbených individualite jedinca.

2.1.2. Poruchy osobnosti v MKCH-10

MKCH-10 (1994) definuje špecifické poruchy osobnosti ako „ťažké poruchy osobnostnej konštitúcie a tendencií správania jednotlivca, ktoré nie sú priamym dôsledkom choroby, poškodenia alebo úrazu mozgu, či inej psychickej poruchy, takmer vždy sú spojené so značným osobným utrpením a sociálnou izolovanosťou.“ Prejavujú sa od detstva alebo dospelovania a pokračujú počas dospelosti. MKCH-10 od kategórie špecifických porúch osobnosti odlišuje zmiešané a iné poruchy osobnosti, kde sú u pacienta prítomné známky viacerých špecifických

porúch osobnosti, no bez prevládajúcej skupiny príznakov alebo sú prítomné neklasifikované ťažkosti, ktoré sú považované za sekundárne pri hlavnej diagnóze komorbídnej afektívnej či úzkostnej poruchy. Osobitnú diagnostickú kategóriu tvoria i pretrvávajúce zmeny osobnosti nepripísateľné poškodeniu alebo chorobe mozgu, ako sú trvalé zmeny osobnosti po katastrofickom zážitku, po psychickej chorobe, chronickej bolesti, či iné nešpecifikované pretrvávajúce zmeny osobnosti (MKCH-10, 1994).

Všeobecné diagnostické kritériá poruchy osobnosti podľa MKCH-10 (1994):

G1. Charakteristická a trvalá vnútorná štruktúra a prejavy správania jedinca sú ako celok zreteľne odlišné od očakávateľného prijateľného priemeru chovania danej spoločnosti (alebo od „normy“). Táto odchýlka sa musí prejavovať vo viac než jednej z nasledujúcich oblastí:

1. poznávanie – teda spôsoby vnímania a interpretácie vecí, ľudí a udalostí; formovanie prístupu k sebe a ostatným a predstáv o sebe a ostatných
2. emotivita (rozsah, intezita a primeranosť emočných odpovedí)
3. ovládanie svojich impulzov a uspokojovanie potrieb
4. spôsob správania k ostatným a zvládanie interpersonálnych situácií

G2. Odchýlka sa musí prejavovať ako výrazne neprispôsobivé, maladaptívne alebo iným spôsobom dysfunkčné správanie v rámci širšieho okruhu osobných a sociálnych situácií, t.j. nie je obmedzená len na špecifický „spúšťač“ moment alebo na špecifickú situáciu.

G3. Spôsob správania podľa kritéria G2 je príčinou osobných obtiaží alebo má nepriaznivý dopad na sociálne prostredie alebo má oba dôsledky.

G4. Musí byť priekazné, že odchýlka je stála alebo dlhotrvajúca a že začala vo veku neskorého detstva alebo adolescencie.

G5. Odchýlka sa nedá vysvetliť ako prejav alebo dôsledok inej duševnej poruchy dospelého veku, i keď súčasne s odchýlkou sa môžu vyskytovať alebo na ňu nasadať epizodické alebo chronické stavy z oddielov F00-F59 alebo F70-F79.

G6. Ako možná príčina odchýlky musí byť vylúčené organické ochorenie, úraz alebo dysfunkcia mozgu.

MKCH-10 (1994) rozlišuje 8 základných porúch osobnosti:

- paranoidnú (F60.0)
- schizoidnú (F60.1)
- dissociálnu (F60.2)
- emočne nestabilnú (F60.3)
- histriónsku (F60.4)
- anankastickú (F60.5)
- anxióznou – vyhýbavú (F60.6)
- závislú (F60.7).

Okrem týchto diagnostických kategórií, uvádza kategóriu nešpecifikovaných porúch osobnosti (F60.9) a kategóriu špecifických porúch osobnosti (F60.8), kam zaraďuje osobnosť excentrickú, nestálu, nezrelú, narcistickú, pasívno-agresívnu a psychoneurotickú.

Schizotypová porucha osobnosti uvedená v DSM-IV i DSM-5 ako samostatná diagnostická kategória, nie je v MKCH-10 zaradená medzi poruchy osobnosti, ale je ako samostatná diagnostická kategória – schizotypová porucha (F21), zaradená medzi schizofréne ochorenia (MKCH-10, 1994).

2.2. Epidemiológia porúch osobnosti

Vo svete bolo realizovaných viacero štúdií, skúmajúcich prevalenciu porúch osobnosti v populácii. V troch rozsiahlejších amerických štúdiách bola sledovaná prevalencia porúch osobnosti v USA, pričom diagnostika bola založená na dôslednom klinickom interview. Prevalencia v týchto štúdiách sa pohybovala od 9,0 – 15,7%, i keď žiadna z týchto štúdií nebola úplne reprezentatívna. Prevalencia porúch osobnosti z klastra A bola v rozmedzí 2,1 – 6,8%, klastra B 4,5 – 6,1% a klastra C 2,6 – 10,6% (Crawford et al., 2005; Lenzenweger et al., 1997; Samuels et al., 2002). Dáta z národného prieskumu komorbidity v USA (National Comorbidity Survey Replication – NCS-R), kde bolo vyšetrených 9282 dospelých ľudí prostredníctvom štandardizovaného interview *International Personality Disorder Examination* (IPDE) ukázali prevalenciu porúch osobnosti v celom súbore 9,1%. Prevalencia porúch osobnosti z klastra A bola 5,7%, klastra B 1,5%, klastra C 6,0%. Prevalencia antisociálnej poruchy osobnosti bola 1,4% a borderline poruchy osobnosti 0,6% (Lenzenweger et al., 2007). Podľa národnej epidemiologickej štúdie má 14,79% dospelých Američanov aspoň jednu z porúch osobnosti (Grant, Hasin et al., 2004).

V štúdií Coida a kolektívu (2006) vo Veľkej Británii sa zistil výskyt porúch osobnosti v populácii u 10,7% ľudí, s najčastejšie zastúpenými poruchami z klastra C. V nórskej štúdií bola v súbore 2053 ľudí diagnostikovaná porucha osobnosti u 13,4% (Torgersen et al., 2007).

Výskyt porúch osobnosti u mužov a žien je v približne rovnakom pomere, zastúpenie konkrétnych typov u jednotlivých pohlaví do istej miery varíruje. Vo veľkej epidemiologickej štúdií v USA v súbore 43093 ľudí bežnej populácie bola najčastejšie diagnostikovaná obsedantne-kompulzívna porucha osobnosti (7,88%), potom paranoidná (4,41%), antisociálna (3,61%), schizoidná (3,13%), vyhýbavá (2,36%), histriónska (1,84%) a závislá porucha osobnosti (0,49%) (Grant, Hasin et al., 2004).

V rodinách jedincov s poruchou osobnosti sú častejšie diagnostikované duševné poruchy. U niektorých typov porúch osobnosti existujú zmenky o dedičnom prenose (Robinson, 2002). U ľudí s poruchami osobnosti existuje vysoké riziko pre rozvoj inej komorbídnej psychickej poruchy. V štúdií prevalencie porúch osobnosti malo 70,2% ľudí s antisociálnou poruchou osobnosti diagnostikovanú aspoň jednu ďalšiu poruchu na osi I v DSM-IV a u ľudí s hraničnou poruchou osobnosti to bolo až 84,5% ľudí, ktorí trpeli inou komorbídnou psychiatrickou poruchou. Pri poruchách z klastra A bol výskyt komorbídnych diagnóz na osi I v DSM-IV 41,1% a z klastra C 49,7% (Lenzenweger et al., 2007).

2.3. Etiológia

Etiológia porúch osobnosti je multifaktoriálna, s biologickými determinantami (genetické vplyvy, perinatálne poškodenie, zápaly mozgu a pod.) a s vplyvom vývojových faktorov, individuálnych i rodinných. Sú známe niektoré typy porúch osobnosti, ktoré súvisia s poškodením určitých častí mozgu, napr. je popisovaná súvislosť poškodenia frontálneho laloka s impulzivitou (Smolík, 2002). Etiológia tak predstavuje komplexnú kombináciu medzi temperamentom (t.j. genetickými a ďalšími biologickými faktormi) a charakterom (t.j. vývojovými a enviromentálnymi faktormi) (Praško a kol., 2003).

Predispozícia ku vzniku poruchy osobnosti je pravdepodobne daná geneticky, najskôr polygénne. Viacero štúdií popisuje genetickú podstatu konzistentných vzorcov chovania potvrdenú biologickými nálezmi. Napríklad polymorfizmus v sekvencii génovej expsie D4 dopamínového receptora (na krátkom ramienku 11. chromozómu) je spájaný s vplyvom na dimenziu vyhľadávania nového (Benjamin et al., 1996; Praško a kol., 2003). Dopaminergické funkcie sú spájané s impulzivitou a hladom po podnetoch, ako aj dependentným správaním. Prítomnosť alely A1 pre D2 receptor vedie k nižšej hustote D2 receptorov a tým dochádza k nižšej dopamínovej aktivite v tých oblastiach mozgu, ktoré sú zodpovedé za pocit odmeny. Osoby s alelou A1 potom nie sú dostatočne uspokojované podnetmi, ktoré inak k uspokojeniu vedú, preto neustále vyhľadávajú nové podnety s cieľom dosiahnuť pocit odmeny. V tejto súvislosti bol popísaný „syndróm narušenej závislosti na odmene“ s impulzívnym chovaním, sklonom k závislosti na alkohole a drogách, patologickým hráčstvom, antisociálnymi a agresívnymi rysmi osobnosti (Blum et al., 2000; Höschl, 1996). Ďalším predpokladaným genetickým korelátom je sérotoninergická transmisia a jej vzťah k vrodenej tendencii k úzkostným reakciám. Študované sú aj odlišnosti v opiátovom systéme a tiež úloha oxytocínu a vazopresínu v utváraní sociálneho správania (Praško a kol., 2003).

Vznik poruchy osobnosti môže súvisieť i s prenatálnym obdobím vývoja dieťaťa, kedy rôzne vplyvy z vnútorného, či vonkajšieho prostredia môžu ovplyvniť vývoj mozgu jedinca. Podobný vplyv môže mať i rôzne perinatálne poškodenie mozgu. Psychosociálne vplyvy, ako je neúplnosť rodiny, konfliktné či emočne vypäté rodinné prostredie, príliš trestajúca, obmedzujúca alebo tvrdá výchova, či naopak prílišné rozmaznávanie, majú veľmi výrazný vplyv na rozvoj dispozície k poruche osobnosti. Neskôr na túto dispozíciu nasadajú vplyvy školy, kamarátov, či kultúrne vplyvy, ktoré majú často patoplastický a akcelerujúci vplyv (Praško a kol., 2003).

2.4. Pribeh a prognóza

U porúch osobnosti sa zvyčajne jedná o trvalé poruchy, ktoré sa postupom času častejšie zhoršujú, ku spontánnemu zlepšeniu dochádza zriedka. Jedinci s poruchami osobnosti majú zníženú toleranciu psychickej i fyzickej záťaže. Pri dekompenzácii dochádza k akcentovaniu rysov osobnosti. Kritickými obdobiami sú adolescencia, kríza stredného veku, ťažké životné udalosti, obdobie starnutia a tiež obdobie klimaktéria (Smolík, 2002, Raboch a kol., 2001). Porucha osobnosti môže predstavovať určitú vulnerabilitu pre rozvoj iných psychických komorbídnych diagnóz, vrátane patologického hráčstva (Lenzenwegwer et al., 2007).

2.5. Diagnostika porúch osobnosti

V diagnostike využívame celkové klinické vyšetrenie pacienta s prihliadnutím na diagnostické kritériá v rámci MKCH-10 či DSM-5. Okrem toho bolo vytvorených množstvo dotazníkov, či už samoposudzovacích, alebo rôzne štrukturované a semištrukturované interview na zachytenie osobnostnej patológie.

Prehľad vyšetrovacích metód (Praško a kol., 2003):

a) Štandardizované interview – SKID-II, osobnostná hodnotiacia škála (PAS), vyšetrovanie porúch osobnosti – revidované (PDE-R), a i.

SKID-II – Štrukturované klinické interview pre DSM-IV, Os II: Poruchy osobnosti, SCID-II – Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II Disorders, (First et al., 1995a).

Jedná sa o dvojestupňovú posudzovaciu škálu, pozostávajúcu zo 119 otázok prezentovaných vo formáte áno/nie, pričom otázky korešpondujú so symptómami pre kritériá porúch osobnosti podľa DSM-IV. Škála je určená na diagnostiku dvanástich porúch osobnosti podľa DSM-IV, ako aj dve poruchy osobnosti, uvedené v jeho dodatku. Ak pacient nespĺňa diagnostické kritériá na jednoznačné určenie poruchy osobnosti, ale sú u neho zrejme špecifické znaky viacerých porúch osobnosti, je možné pacienta zaradiť pod poruchu osobnosti bližšie nešpecifikovanú. SKID-II predstavuje dvojestupňovú metódu, kde v prvej časti proband vyplňuje dotazník SKID-II, ktorého položky reprezentujú kritériá porúch osobnosti podľa DSM. V dotazníku nás zaujíma obdobie posledných päť až desať rokov života klienta, nezaznamenávajú sa ťažkosti trvajúce niekoľko dní, či týždňov pred vyšetrením. Prvá časť slúži ako skriningová metóda pre vyhľadávanie znakov 12-tich porúch osobnosti. Po vyplnení dotazníka nasleduje interview, kde sa vyšetrujúci pýta na otázky, ktoré boli v dotazníku zodpovedané odpoveďou „áno“. Odpoveď potvrdzujúca prítomnosť symptómu danej poruchy osobnosti je potom podľa závažnosti vyjadrenia daného symptómu kódovaná na stupnici 1–3, pričom kódovanie „3“ znamená, že kritérium bolo splnené, chýbanie symptómu je skórované ako „0“. Skóre „1“ znamená, že kritérium nie je splnené a „2“, že je splnené len čiastočne. Pre každú poruchu osobnosti je určený počet kritérií skórovaných ako „3“, potrebných na stanovenie tej konkrétnej poruchy osobnosti. Ak v dotazníku nie sú vyznačené odpovede „áno“, alebo je ich počet nedostatočný na splnenie diagnostických kritérií pre poruchu osobnosti, potom nie je potrebné vykonať následné interview. Metódu je veľmi ťažké alebo až nemožné využiť u akútne psychotických pacientov. Prítomnosť hlavne afektívnej poruchy, ktorej symptómy trvali viac ako polovicu obdobia posledných 5 rokov, môže sťažovať rozlíšenie medzi jej symptómami a osobnostnými vlastnosťami (First et al., 1995a; *Štrukturované klinické interview pre DSM-IV, Os II: Poruchy osobnosti, 2008*).

Metóda je využívaná pri výskumoch zameraných na výskyt porúch osobnosti, pričom bolo realizovaných viacero štúdií na určenie validity a reliability tejto škály, ktoré preukázali porovnateľné výsledky s inými inštrumentami, určenými na diagnostiku porúch na osi II podľa DSM. First a kolektív (1995b) uvádzajú kappa priemerne .53 pre poruchy osobnosti podľa DSM-III. V štúdií sledujúcej reliabilitu škály SKID-II, verzie pre DSM-IV, sa kappa pohybovala v rozmedzí .65 do .98 pre jednotlivé poruchy osobnosti (Maffei et al., 1997).

b) Objektívne osobnostné testy:

Minnesotský multifázový dotazník – MMPI-II

Millónov klinický viacosový dotazník – MCMI-II

c) Projektívne testy: Rorschachov test (ROR), TAT (Tematický apercepčný test), test nedokončených viet, asociačný test, test ruky, MDZT multidimenzionálny Blochov test a pod.

2.6. Osobnosť patologického hráča

2.6.1. Temperament a charakter

Na osobnosť i jej poruchy je možné nahliadať ako na výsledok interakcie temperamentu a charakteru. Ak dôjde napr. prostredníctvom liečby k zmene v charakterových dimenziách, vždy je prítomná i určitá zmena temperamentových dimenzií a naopak (Praško a kol., 2003).

Temperament predstavuje dispozíciu k emocionálnym reakciám. Podľa Cloningera je temperament vrodenu, predovšetkým geneticky podmienenou, konštitučnou zložkou osobnosti. Pri temperamente rozlišuje štyri dimenzie (Cloninger et al., 1993):

- **vyhľadávanie nového** (*novelty-seeking*) – predstavuje vrodenu základňu aktivácie a iniciácie správania, ako je exploračné správanie a reagovanie na novú situáciu. Pozitívne koreluje s agresivitou, impulzivitou, kriminalitou, extravertiou.
- **vyhýbanie sa ohrozeniu** (*harm avoidance*) – vrodená základňa inhibície v správaní, vrodená tendencia intenzívne reagovať na nepríjemné pocity. Koreluje s hanblivosťou, neuroticizmom, introvertiou a tiež úzkosťou.
- **závislosť na odmene** (*reward dependence*) – vrodená základňa pre sociálne citlivé správanie, závislosť na podpore druhých, na sociálnych väzbách, tendencia reagovať intenzívne na odmeňujúce podnety. Koreluje s extravertiou a empatiou.
- **odolnosť** (*persistence*) – predstavuje vytrvalosť a schopnosť znášať nepríjemné podnety, odolávať únave, frustrácii.

Ďalší výskumníci pridávajú aj piatu dimenziu temperamentu, ktorou je impulzivita a agresivita (Praško a kol., 2003).

Charakter (povaha) je získaná zložka osobnosti, ktorá vzniká psychosociálnym učením počas raného vývoja. Rozvíja sa pôsobením vonkajších vplyvov. Charakter vo veľkej miere určuje vcelku stálu pohotovosť človeka prejavovať sa určitým charakteristickým spôsobom. Vznik, rozvoj a fixácia určitých vlastností závisí aj od mnohých neurobiologických faktorov, hlavne na temperamente, ale rozhodujúcim faktorom je pri charaktere napodobovanie, posilňovanie a prejavy súhlasu či nesúhlasu členov skupiny, do ktorej človek patrí. Z hľadiska kognitívnej teórie je charakter tvorený systémom kognitívnych schém. Schéma predstavuje základné presvedčenie, na základe ktorého si človek organizuje svoj pohľad na seba, svet a budúcnosť. Predstavuje relatívne stabilný spôsob organizácie myslenia a hodnotenia udalostí. Beck rozdeľoval kognitívne schémy na tri skupiny: výkon, prijatie a moc. Charakter sa na základe skúseností počas života môže meniť (Praško a kol., 2003).

Popisované sú tri dimenzie charakteru (*Cloninger, 1994*):

- **sebaovládanie, sebazameranie** (*self-directedness*) – hlavná determinanta, ktorá do značnej miery určuje prítomnosť poruchy osobnosti. Predstavuje schopnosť kontrolovať, ovládať, regulovať a prispôbovať svoje správanie vzhľadom k situácii, cieľom a hodnotám.
- **spolupráca** (*cooperativeness*) – schopnosť spolupracovať v spoločnosti a skupinovej práci.
- **sebatranscendencia** (*self-transcendence*) – vysoké skóre majú osoby spokojné, trpezlivé, tvorivé, nesebecké, duchovné a prežívajúce pocit naplnenia.

2.6.2. Osobnostné črty vo vzťahu k patologickému hráčstvu

Viacere štúdie sledovali nielen výskyt špecifických typov porúch osobnosti u hráčov, ale aj osobnostné rysy, ktoré sú typické pre ľudí s touto poruchou. Nedá sa jednoznačne spojiť konkrétny typ osobnosti s patologickým hráčstvom, lebo ako už bolo spomenuté patologickí hráči nepredstavujú homogénnu skupinu a existujú rozdiely medzi osobnostnými charakteristikami v rámci jednotlivých subtypov a samozrejme i interindividuálne rozdiely v rámci jedného subtypu hráčov. Výsledky rôznych štúdií je vzhľadom na rozdielny prístup k diagnostike porúch osobnosti, či jednotlivých osobnostných črt, veľmi ťažké porovnávať. Keďže patologické hráčstvo často vedie k vážnemu osobnému distresu a znižuje kvalitu života, je možné, že zistenie osobnostnej patológie môže byť jednak príčinou a jednak následkom patologického hrania. Patologické hráčstvo a porucha osobnosti by mohli byť oboje manifestáciou spoločnej základnej etiológie alebo tiež nezávislými poruchami ovplyvňujúcimi manifestáciu, priebeh a liečbu navzájom.

2.6.2.1. Osobnosť hráča z pohľadu temperamentu a charakteru

Vo všeobecnosti sa štúdie osobnostných črt vo vzťahu k patologickému hráčstvu zameriavali skôr na sledovanie temperamentových dimenzií osobnosti, ako na dimenzie charakterové, pričom pochopenie vzájomných vzťahov medzi temperamentom a charakterom môže viesť k lepšiemu porozumeniu úlohe osobnostných faktorov pri patologickom hráčstve. Pre hráčske správanie sa zdajú byť dôležité obe zložky osobnosti, teda temperament i charakter (*Nordin et Nylander, 2007*). Je možné konštatovať, že niektoré z osobnostných rysov je možné pozorovať u hráčov častejšie a majú i vplyv na celkový priebeh a závažnosť hráčstva.

MacLaren s kolektívom (*2011*) v metaanalýze 11-tich štúdií, sledujúcich osobnostné charakteristiky u hráčov, dospel k záveru, že patologické hráčstvo je asociované so zvýšeným skóre vyhľadávania nového (resp. zníženým skóre svedomitosti v *NEO-Five-Factor Inventory* – *NEO-FFI*), zvýšenou impulzivitou, zvýšeným skóre vyhýbania sa ohrozeniu (resp. neuroticizmu) a zníženým skóre spolupráce (resp. prívetivosti vo *NEO-FFI* a zvýšeným skóre psychotizmu v Eysenckovom dotazníku). Tieto črty môžu byť dôležité v etiológii patologického hráčstva a budúci výskum by sa mal zamerať na mechanizmus, akým tieto osobnostné charakteristiky zvyšujú vulnabilitu pre rozvoj patologického hráčstva.

Z dimenzií temperamentu sú do súvislosti s hráčstvom dávané predovšetkým vyhľadávanie nového a vyhýbanie sa ohrozeniu. Vyhľadávanie nového je považované za faktor pre aktiváciu správania a zrejme hrá úlohu v iniciácii motivovaného správania, kým faktor vyhýbania sa nebezpečenstvu pravdepodobne súvisí s udržiavaním tohto správania. Prerušenie hrania by totiž znamenalo zrušenie možnosti okamžitého odškodnenia v prípade výhry a konfrontáciu s finančnými stratami (Cloninger, 1996). U patologických hráčov byva často zvýšené skóre vyhľadávania nového a vyhýbania sa ohrozeniu (Kim et Grant, 2001; Tavares et Gentil, 2007). Nordin a Nylander (2007) sledovali temperamentové a charakterové črty v súbore hráčov pomocou TCI (*Temperament and Character Inventory*) a porovnávali výsledky so súborom zdravej populácie. Zistili, že hráči vykazovali zvýšené skóre vyhľadávania nového a vyhýbania sa ohrozeniu. Z charakterových dimenzií mali znížené skóre sebakontroly, spolupráce a sebatranscendencie a vysoké skóre impulzivity. 2/3 hráčov mali nezrelý charakter, zvyšná tretina mala normálny charakter, no často sprevádzaný extravaganým správaním, vysokú impulzivitu a nízku zodpovednosť. Poruchy osobnosti diagnostikovali u 29% hráčov. V tejto štúdii sa tiež zistila významná korelácia medzi vysokým vyhýbaním sa ohrozeniu a nízkou sebakontrolou, preto sa zdá, že vysoké vyhýbanie ohrozeniu má negatívny vplyv na rozvoj charakteru (Nordin et Nylander, 2007). Nízkou sebakontrolou ako črtou osobnosti patologického hráča popisujú aj iní autori (Bergen et al., 2012). Ďalšia štúdia s použitím TCI rovnako popisuje u hráčov zvýšené skóre vo vyhľadávaní nového, zvýšenú impulzivitu a extravaganciu (Kim et Grant, 2001). Skitch a Hodgins (2004) tiež popisujú u hráčov zvýšené skóre vyhľadávania nového, ktoré korelovalo s mierou impulzivity a tiež zvýšené skóre vyhýbania sa ohrozeniu, ktoré významne korelovalo s obsedantne-kompulzívnym správaním u hráčov. Meyer de Stadelhofen a kol. (2005) v súbore hráčov vo Švajčiarsku potvrdili významne vyššie skóre vyhľadávania nového, v ostatných temperamentových dimenziách sa však hráči významne nelíšili oproti kontrole. Zistili sa však i rozdiely v charakterových dimenziách u hráčov. Hráči skórovali významne nižšie v sebatranscendencii a sebaovládaní. Zistilo sa tiež, že skóre sebaovládania významne korelovalo so závažnosťou hrania, vyjadrenou jednak počtom DSM symptómov, jednak prostredníctvom skóre v SOGS, preto by sa skóre sebaovládania dalo považovať za prediktor závažnosti patologického hráčstva. Na základe výsledkov výskumu poznali, že i keď hráči a pacienti s látkovými závislosťami majú veľmi podobný osobnostný profil predovšetkým v dimenziách temperamentových, vykazujú rozdiely v charakterových dimenziách, lebo skóre sebatranscendencie je u ľudí s látkovými závislosťami oproti kontrole vyššie na rozdiel od hráčov, ktorí v tejto dimenzii charakteru skórovali významne nižšie ako kontrolná skupina (Meyer de Stadelhofen et al., 2005). Ďalšia štúdia porovnávala súbory nepatologických hráčov, suspektných patologických hráčov (skóre SOGS viac ako 5) a kontrolný súbor. Suspektní hráči skórovali oproti nepatologickým hráčom a zdravej kontrole vyššie v temperamentovej dimenzii vyhľadávania nového a nižšie v temperamentových dimenziách sebakontroly a spolupráce (Janiri et al., 2007). Rovnaké výsledky, teda zvýšené skóre vyhľadávania nového a znížené skóre sebakontroly a spolupráce, priniesla aj štúdia *St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL)*. Zvýšené skóre vyhľadávania nového sa v tejto štúdii ukázalo ako prediktor závažnosti hrania (Cunningham-Williams et al. 2005).

Bagby s kolektívom (2007) na základe sledovania osobnostných rysov v súboroch patologických a nepatologických hráčov konštatuje, že osobnostný profil patologického hráča je kombináciou vysokej impulzivity s emočnou vulnerabilitou a vysokým stupňom vyhľadávania vzrušenia.

2.6.2.2. Impulzivita

Medzi najčastejšie črty osobnosti, sledované vo vzťahu k patologickému hráčstvu, patrí impulzivita. Impulzivita predstavuje narušenú schopnosť odolať impulzu, pudeniu či pokušeniu vykonať akt, ktorý je škodlivý pre jedinca alebo pre jeho okolie. Impulzivita predstavuje zložitý konštrukt, ktorý so sebou prináša ťažkosti s jej jasným definovaním, ako aj merateľnosťou. Podľa Strayhorna (2002) je impulzivita úzko spätá s deficitmi v sebakontrolle, prejavujúcimi sa nedostatkom sebadisciplíny, sebaregulácie či svedomia, alebo tiež ťažkosťami s odložením väčších dlhotrvajúcich odmien a preferenciou okamžitých menších odmien. Rôzne definície je možné zhrnúť do troch elementov impulzivity (Moeler et al., 2001):

- a. znížená senzitivita pre negatívne následky správania
- b. rýchle, neplánované reakcie na stimuly pred kompletným zhodnotením informácií
- c. nedoceňovanie dlhotrvajúcich odmien

Problém nastáva i s porovnateľnosťou miery impulzivity, zistenej v rôznych štúdiách, pri použití odlišných škál na jej meranie. Kým napríklad *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS) meria tri druhy impulzivity (motorickú, kognitívnu a neplánovanú), *Eysenck Impulsiveness Scale* (EIS) posudzuje štyri základné faktory (impulzivitu, neplánovanie, riskovanie a živosť/bujarosť) (Nower et Blaszczyński, 2006).

Fenomenologickým spojením medzi impulzivitou a patologickým hráčstvom je často pozorované zvýšené skóre na škálach impulzivity u hráčov, vysoký výskyt suicídií, zvýšený výskyt komorbídneho abúzu, či závislosti od návykových látok, ako aj vysoký výskyt porúch pozornosti alebo hyperkinetických porúch v detstve u patologických hráčov (DeCaria et al., 1996). Spojenie s impulzívnym správaním odrážalo i pôvodné zaradenie patologického hráčstva medzi impulzívne poruchy v DSM-IV, ako aj jeho súčasné zaradenie medzi poruchy návykov a impulzov v MKCH-10.

MacLaren s kolektívom (2011) na základe sledovania osobnostných faktorov u hráčov dospeli k názoru, že ak nejaká črta alebo kombinácia osobnostných črt predstavuje mechanizmus, spájajúci patologické hráčstvo s touto osobnosťou, potom vysoko pravdepodobnými kandidátmi sú práve impulzívne a antagonistické črty. Uvádza sa tiež, že adolescenti s hráčskymi problémami vykazujú vysokú impulzivitu, vyhľadávanie senzácie a anxiету a tiež časté symptómy depresie a ADHD (Shead et al., 2010).

Impulzivita a tiež kompulzivita vplývajú na proces rozhodovania a motivované správanie. Impulzívne správanie môže viesť k začiatku abúzu drog alebo hrania, čo interferuje s oslabenou kontrolou a v konečnom dôsledku môže vyústiť do facilitácie impulzívného konania jedinca. I keď enviromentálne faktory majú značný význam v impulzívnom správaní, množstvo dát, získaných v štúdiách dvojčiat, poukazuje na to, že zhruba 45% variability v impulzivite sa dá pripísať genetickým faktorom (Nielsen et al., 2012). Určitá konštelácia biologických faktorov

môže jedinca predisponovať k impulzívnemu správaniu (Nower et Blaszczynski, 2006). Ďalšou biologicky podmienenou črtou, ktorá je diskutovaná vo vzťahu k impulzivite je vyhľadávanie senzácie/vzrušenia (*sensation-seeking*). Vyhľadávanie senzácie je možné chápať ako vyhľadávanie rozličných nových a intenzívnych podnetov a zážitkov a ochota podstúpiť fyzické, sociálne, legálne a finančné riziká v záujme dosiahnutia vzrušenia. Kombináciu impulzivity a vyhľadávania senzácie je možné združiť pod spoločnú črtu – impulzívne vyhľadávanie senzácie. Participácia na hráčskych aktivitách je podľa niektorých autorov signifikantne závislá od miery impulzívného vyhľadávania senzácie (McDaniel et Zuckermann, 2003). Existujú dve základné hypotézy o úlohe vyhľadávania senzácie pri patologickom hráčstve. Jednou je, že vysoká hladina nabudenia počas hráčskych epizód, interpretovaná ako vzrušenie, sekundárne posilňuje hráčske správanie. Druhou hypotézou je možnosť, že hráči vyhľadávajú stimuláciu s cieľom zmierniť unudenosť a depresiu v ich živote a teda, že vysoké nabudenie rezultuje nie z vyhľadávania senzácie ako črty osobnosti, ale z pokusu uniknúť dysforickej nálade (Blaszczynski et al., 1986). Výsledky sledovania miery vyhľadávania senzácie u hráčov sú nejednoznačné. V niektorých štúdiách sa potvrdilo zvýšené vyhľadávanie senzácie u hráčov oproti kontrolnej skupine, v iných nie (Blaszczynski et al., 1990; Coventry et Norman, 1997). Odhliadnuc od nejednoznačnosti výsledkov by sa dalo povedať, že jedinci s vyššou unudenosťou, vyhľadávajúci intenzívne stimuly, môžu predstavovať rizikóvu skupinu pre rozvoj patologického hráčstva (Nower et Blaszczynski, 2006).

Vysoká impulzivita je popisovaná aj u iných typov závislosti. Walther s kolektívom (2012) sledoval súvislosť osobnostných faktorov s rôznymi formami závislého správania v súbore 2 553 študentov. Sledoval fajčenie, abúzus alkoholu, marihuany, problémové hráčstvo a problémové hranie počítačových hier, pričom zistil, že vysoká impulzivita bola jedinou osobnostnou charakteristikou, spájajúcou všetkých päť typov závislého správania. Viaceré štúdie poukazujú na to, že impulzivita ako črta osobnosti sa zdá byť dôležitejšia pre rozvoj patologického hráčstva ako prechodné stavy impulzívného správania (Clark, 2012). V štúdií porovnávajúcej „state“ impulzivitu a „trait“ impulzivitu sa zistilo, že patologické hráčstvo je asociované skôr so stálymi osobnostnými črtami, ktoré vedú hráča k zameriavaniu sa na krátkotrvajúce zisky (*trait* impulzivita), ako s krátkodobou kognitívnou, či afektívnou odbrzdenosťou (*state* impulzivita). Terapeutické intervencie by preto mali smerovať aj k zmene habituálneho štýlu fungovania a zameriavaniu sa na dlhotrvajúce odmeny (Lai et Lee, 2011).

Vysoká miera impulzivity bola zistená v súboroch neproblémových hráčov, tzv. problémových hráčov i súboroch patologických hráčov (Álvarez-Moya et al., 2011; Bagby et al., 2007; Hwang et al., 2012; Chiu et Storm, 2010; Skitch et Hodgins, 2004; Walther et al., 2012). Tieto zistenia podporujú názor, že impulzivita je jednou z kľúčových osobnostných črt patologického hráčstva (Grant et al., 2012). Niektoré výskumy poukazujú na to, že patologické hráčstvo, ako i antisociálne správanie môžu byť manifestáciou základnej črty, ktorou je práve impulzivita (Mishra et al., 2011).

Viaceré práce poukazujú i na možný negatívny vplyv impulzivity na výsledky liečby. Leblond s kolektívom (2003) zistili signifikantný vzťah medzi výškou skóre v EIS a predčasným ukončením liečby u hráčov. Vo vzťahu k predčasnému ukončeniu liečby boli prediktívnymi najmä neschopnosť plánovať, riskovanie a neschopnosť rýchlo preložiť myšlienky do slov.

Álvarez-Moya s kolektívom (2010) publikoval prácu, kde sa sledoval vplyv osobnostných charakteristík na výsledky liečby, pričom sa zistilo, že predčasné ukončenie liečby signifikantne záviselo od miery impulzivity u patologického hráča. Vysoká miera impulzivity je popisovaná hlavne u antisociálnej a hraničnej poruchy osobnosti. V štúdiu so 115 patologickými hráčmi sa zistilo, že hráči s komorbídnou antisociálnou poruchou osobnosti mali signifikantne vyššiu mieru impulzivity, vyjadrenú prostredníctvom skóre v EIQ (*Eysenck Impulsiveness Questionnaire*) ako hráči bez tejto poruchy osobnosti (*Blaszczynski et al., 1997*).

Maccalum s kolektívom (2007) poukazujú na potrebu rozlišovať dysfunkčnú a funkčnú impulzivitu, pričom sledovaním súboru 60 hráčov dospeli k záveru, že dysfunkčná impulzivitа je spojená so slabšou odpoveďou na liečbu. V spomínanej štúdiu však nepotvrdili vplyv dysfunkčnej impulzivity na dokončenie, či nedokončenie špecializovanej liečby. Pod funkčnou impulzivitou sa dá rozumieť entuziazmus, aktívnosť a produktívne riskovanie, kým dysfunkčná impulzivitа je spojená s ľahkomyselnosťou a nepozornosťou, ktoré majú za následok negatívne následky, prameniace z neschopnosti plánovať a odložiť získavanie pôžitku. Oba typy impulzivity môžu byť u jedinca do rôznej miery vyjadrené, čím vznikajú rôzne typy kombinácií funkčnej a dysfunkčnej impulzivity (*Dickman, 1990*).

Rugle a Melamed (1993) dospeli k záveru, že symptómy, súvisiace s poruchou pozornosti, reflektujúce črty impulzivity, sú pravdepodobne prítomné už od detstva a predchádzajú rozvoju hráčskeho správania. Táto biologická vulnerabilitа zasahuje behaviorálnu kontrolu nielen v hraní, ale i v iných oblastiach života jedinca.

Napriek množstvu dát poukazujúcich na vplyv impulzivity na priebeh patologického hráčstva, existujú i štúdie, ktoré signifikantný vzťah impulzivity k hraniu nepotvrdili (*Langewisch et Frisch, 1998; Petry, 2000*).

2.6.2.3. Päťfaktorový model osobnosti a patologické hráčstvo

Päťfaktorový model osobnosti (*Big Five Model, Five Factor Model of Personality – FFM*) sa formoval počas niekoľkých rokov, pričom viaceré nezávislé výskumné tímy dospeli k názoru, že osobnostné charakteristiky človeka je možné priradiť k niektorej z piatich základných dimenzií. Poruchy osobnosti podľa DSM-IV i DSM-5 sa dajú chápať ako maladaptívne varianty osobnostných črt, zahrnutých vo *Five-Factor Model*. Podľa metaanalýzy 18-tich štúdií, každá z DSM-porúch osobnosti vykazuje významný a jedinečný vzťah s určitými doménami FFM. Na vyšetrovanie jednotlivých dimenzií vo FFM sa v praxi najčastejšie využíva NEO-PI (*NEO Personality Inventory*) alebo tiež skrátená verzia NEO-FFI (*NEO Five-Factor Inventory*) (*Samuel et Widiger, 2008*). V súlade s 5-faktorovým modelom osobnosti bol vytvorený i alternatívny model diagnostiky porúch osobnosti v DSM-5.

Päť základných dimenzií osobnosti v 5-faktorovom modeli predstavujú (*Hřebíčková, 2011*):

- **otvorenosť ku skúsenosti** (*openess*) – aktívne vyhľadávanie nových skúseností a zážitkov, tolerancia neznámeho.
- **neuroticizmus** (*neuroticism* – emočná nestálosť) – zameraná na emočnú stabilitu, toleranciu záťaže, odolnosť. Patria sem črty ako úzkosť, hostilita, depresivita, rozpačitosť, impulzivitа, zraniteľnosť.

- **extraverzia** (*extraversion*) – kvantita interpersonálnych interakcií, aktivácie a stimulácie. Patria sem črty ako vrelosť, družnosť, asertivita, aktívnosť, vyhľadávanie vzrušenia, pozitívne emócie.
- **svedomitosť** (*conscientiousness*) – motivácia a vytrvalosť na cieľ zameraného správania, patrí sem spôsobilosť, poriadkumilovnosť, zodpovednosť, rozvážnosť, cieľavedomosť.
- **prívetivosť** (*agreeableness*) – kvalita interpersonálnej orientácie, patrí sem dôvera, úprimnosť, altruizmus, poddajnosť, skromnosť, jemnosť.

Každá z týchto dimenzií zahŕňa viacero osobnostných charakteristík. Z pohľadu 5-faktorového modelu osobnosti sú u patologických hráčov tiež popisované odlišnosti v porovnaní s kontrolnými skupinami.

Myrseth a kolektív (2009) v súbore 90 patologických a nepatologických hráčov sledovali osobnostné faktory, ako prediktory patologického hrania. V 5-faktorovom modeli zvýšené skóre neuroticizmu (emočnej nestability), nízke skóre otvorenosti, vysoké skóre impulzivity a vysoké skóre potreby intenzívnych stimulov, predstavovali prediktory patologického hráčstva. Prediktorom problémového hráčskeho správania je i zvýšené skóre extravenzie. Extraverzia zahŕňa spoločnosť, asertivitu a záujem vyhľadávať vzrušenie a stimuláciu a býva spojená s črtami vyhľadávania senzácie a impulzivitou (Bagby et al., 2007; Mishra et al., 2011). Niektoré štúdie však nezistili významný rozdiel vo vyjadrení črty vyhľadávania senzácie u patologických a nepatologických hráčov, z čoho by sa dalo usudzovať, že vyhľadávanie vzrušenia/senzácie nie je špecifický marker pre patologické hráčstvo, ale skôr charakteristickou črtou ľudí, ktorí sa hráčskych aktivít v rôznej miere zúčastňujú (Bagby et al., 2007).

Sledovali sa súvislosti medzi dimenziami FFM a patologickým hráčstvom, pričom v súbore hráčov bolo zistené významne zvýšené skóre neuroticizmu a významne znížené skóre svedomitosti, ako aj znížené kognitívne schopnosti (Kaare et al., 2009). Podobné výsledky so zistením zvýšeného skóre neuroticizmu a zníženého skóre svedomitosti prezentoval aj Bagby a kolektív (2007).

Ak na patologické hráčstvo nahliadame ako na formu riziko-akceptujúceho správania, typickými črtami osobnosti s riskantným správaním sú impulzivita, vyhľadávanie senzácie a nízka sebakontrola. Tieto osobnostné rysy boli opakovane vo zvýšenej miere zistené u problémových i patologických hráčov a významne tiež korelovali s antisociálnym správaním. Zdá sa teda, že osobnostné rysy, spojené s akceptovaním rizika, hrajú dôležitú úlohu v problémovom hráčstve, celkovej hráčskej zaangažovanosti, ako aj v antisociálnom správaní (Blaszczynski et al., 1997; Mishra et al., 2010; Mishra et al., 2011; Skitch et Hodgins, 2004). Aj viacero dimenzií v 5-faktorovom modeli osobnosti bolo významne asociované s riskujúcim správaním. Vysoké skóre neuroticizmu a nízke skóre prívetivosti a svedomitosti bolo asociované s výraznejším hráčskym správaním, závažnosťou hrania a antisociálnym správaním (Bagby et al., 2007; Heaven, 1996; Myrseth et al., 2009).

2.6.2.4. Ďalšie osobnostné charakteristiky vo vzťahu k hráčstvu

Slabé zvládacie mechanizmy a nedostatočná schopnosť redukcie stresu robia jedinca vulnerabilným pre rozvoj hráčskej alebo inej závislosti (Odling et al., 2012). Tiež hráči s určitou emočnou vulnerabilitou, vyjadrenou afektívnou, či anxióznou psychopatológiou alebo tiež závislosťou na návykových látkach, sú viac ohrození rozvojom patologického hráčstva (Hodgins et al., 2012). Rizikový faktor pre rozvoj hráčskej poruchy predstavuje aj negatívna emocionalita jedinca, ktorá však môže byť i sekundárnym javom u ľudí, nachádzajúcich sa v kríze alebo celkovom distrese, spôsobenom hraním (King et al., 2010; Slutske et al., 2005). V štúdiu, ktorá sledovala rizikové faktory pre rozvoj hráčstva u študentov, predstavovala negatívna emocionalita jeden z prediktorov času stráveného hraním a tiež hráčskych problémov u študentov (King et al., 2010).

Správanie spojené s excesívnym vyhľadávaním odmeny, ktoré je typické u antisociálnych a hraničných osobností môže tiež významne prispievať k patologickému hraniu (MacLaren et al., 2011).

U hráčov je popisovaná tiež zvýšená kompulzivita. Fenomenologické spojenie kompulzivity a patologického hráčstva predstavuje zvýšený výskyt obsedantne-kompulzívnej symptomatológie u hráčov, zvýšené skóre na škálach vyhýbania sa nebezpečenstvu, ťažkosti s odolávaním myšlienkam a nutkaniu vykonávať opakované správanie, zvýšené pocity tenzie pred uskutočnením kompulzívneho správania a pocit úľavy a pôžitku (odmeny), ktorý sa dostaví pri dokončení kompulzívneho správania (DeCaria et al., 1996). Súvislostiam medzi patologickým hráčstvom a OCD sa bližšie venujem v kapitole 1.6.

2.6.2.5. Neuropsychologické charakteristiky

U hráčov boli zaznamenané deficity v exekutívnych funkciách. Exekutívne zložky pozornosti sú pod kontrolou fronálneho kortexu a zahŕňajú udržiavanie súvislých, na cieľ orientovaných programov, schopnosť plánovať a dodržiavať postupnosť úkonov, schopnosť udržiavať inhibičnú kontrolu nad rušivými podnetmi. Neuropsychologické deficity v oblasti exekutívnych funkcií boli popisované i u pacientov s látkovou závislosťou, kde sa však uvažovalo i o možnom negatívnom neurotoxickom vplyve alkoholu a drog na tieto funkcie. Z tohto pohľadu predstavujú patologickí hráči bez abúzy návykových látok vhodnú skupinu pre sledovanie vzťahu porúch pozornosti a závislosti, nakoľko je vylúčený možný neurotoxický efekt (Rugle et Melamed, 1993). Keď sa porovnával súbor 30 patologických hráčov bez abúzy alkoholu a drog a súbor zdravých jedincov, zistil sa významný deficit exekutívnej zložky pozornosti u hráčov v porovnaní s kontrolnou skupinou, čo viedlo k názoru, že poruchy pozornosti a s nimi spojené behaviorálne problémy predstavujú dlhodobý problém u závislých jedincov a tieto deficity neuropsychologických funkcií môžu predstavovať rizikový faktor pre rozvoj závislosti (Rugle et Melamed, 1993). V jednej longitudinálnej štúdiu sa zistilo, že adolescenti so zníženými inhibičnými schopnosťami majú vyššie riziko rozvoja problémového hráčstva v ďalšom živote (Vitaro et al., 1999). U hráčov boli podobne ako u závislých pacientov, pacientov s OCD, ako i pacientov s léziami ventromediálneho kortexu, popisované podobné odchýlky v testoch zameraných na proces rozhodovania, čo je funkcia mediovaná

ventromediálnym prefrontálnym kortexom. Znížená schopnosť vyhodnotiť budúce následky by sa tak dala aspoň čiastočne vysvetliť abnormálnym fungovaním orbitofrontálneho kortexu (Bechara 2003; Cavedini et al., 2002a; Cavedini et al., 2002b; Potenza, Leung et al., 2003). V štúdií, kde sa porovnávali neurokognitívne funkcie v súboroch hráčov, pacientov závislých od alkoholu, pacientov s Tourettovým syndrómom a zdravou kontrolnou skupinou, sa zistilo, že patologickí hráči, rovnako ako pacienti so závislosťou od alkoholu, mali znížené exekutívne funkcie, poukazujúce na dysfunkciu frontálneho laloku, ktorá by mohla hrať úlohu v spoločnej neurokognitívnej etiológii týchto dvoch porúch. Hráči i pacienti závislí od alkoholu mali znížené inhibičné schopnosti, horší odhad času, zníženú kognitívnu flexibilitu a plánovacie schopnosti. Psychosociálna liečba by preto mala byť zameraná aj na okruh exekutívnych funkcií, ktorých porucha môže negatívnym spôsobom ovplyvňovať priebeh základného ochorenia (Goudriaan et al., 2006).

V štúdií, porovnávajúcej neuropsychologické charakteristiky v súbore hráčov, sa zistilo, že patologickí hráči vykazovali nižšiu kognitívnu inhibíciu a nižšie skóre pracovnej pamäti ako kontrolný súbor. U hráčov sa tiež zistilo vyššie skóre perseverácie, nižšia plynulosť v reči, poruchy v rozhodovaní. Hráči mali vyššiu hladinu impulzivitu, vyhľadávania nového, závislosti na odmene, vyhýbania sa ohrozeniu a nižšiu hladinu sebaovládania a spolupráce ako kontrolná skupina. Autori štúdie záverom konštatujú, že osobnostné črty sa zdajú byť lepšími prediktormi patologického hráčstva ako neuropsychologické charakteristiky (Forbush et al., 2008).

Deficity v plánovaní, rozhodovaní, motorickej inhibícii a kognitívnej flexibilitate, zistené u patologických hráčov, môžu súvisieť s poruchou kontroly impulzov, ktorá prispieva k patogeneze a udržiavaniu patologického hráčstva (Odlaug et al., 2012).

2.6.3. Komorbídna porucha osobnosti u patologických hráčov

Vysoká prevalencia porúch osobnosti u hráčov bola preukázaná vo viacerých štúdiách. Zistilo sa, že určité osobnostné charakteristiky alebo komorbídne poruchy osobnosti majú vplyv na patogenezu, klinickú prezentáciu a výsledky liečby patologického hráčstva (Odlaug et al., 2012). Vzhľadom k tomu, že prítomnosť poruchy osobnosti predstavuje negatívny prediktor prognózy, jej nerozpoznanie a neakceptovanie v rámci terapeutických stratégií môže mať negatívny vplyv na výsledky liečby a riziko relapsov (Kruegelbach et al., 2006, Reich et Green, 1991). Ľudia s poruchami osobnosti môžu využívať menej adaptívne stratégie riešenia problému a využívať dysfunkčné štýly copingu, akým je napríklad hráčstvo (Giddens et al., 2012). Viaceré práce popisujú súvislosť medzi komorbídnou poruchou osobnosti a závažnosťou symptómov patologického hráčstva. Komorbídna porucha osobnosti môže mať i negatívny vplyv na sociálne fungovanie patologického hráča (Barry et al., 2010; Barry et al., 2011; Giddens et al., 2012; Ledgerwood et Petry, 2010). Naproti tomu, niektorí autori vplyv komorbídnej poruchy osobnosti na závažnosť hráčstva nepotvrdili (Odlaug et al., 2012).

U hráčov je často možné diagnostikovať súčasne aj viacero typov poruchy osobnosti. Odlaug a kol. (2013) uvádza výskyt dvoch a viac porúch osobnosti u 18,2% hráčov. V ďalšej štúdií malo 45,7% hráčov diagnostikovanú jednu poruchu osobnosti, 9,9% dve a 3,7% hráčov tri typy poruchy osobnosti (Kruegelbach et al., 2006).

Existujú výrazné rozdiely vo výsledkoch medzi štúdiami, týkajúcimi sa výskytu porúch osobnosti u patologických hráčov. V súboroch liečených hráčov je uvádzaný výskyt porúch osobnosti od 25% (Specker et al., 1996) až po 93% (Blaszczynski et Steel, 1998). Rozdielne výsledky je možné pripísať veľkým rozdielom vo výbere metód, ako i v sledovaných súboroch. V štúdiách, kde sa na diagnostiku používali samoposudzovacie škály, bolo vyššie percentuálne zastúpenie porúch osobnosti. Významné rozdiely boli zistené aj medzi skupinami patologických hráčov, ktorí vyhľadali liečbu a tými, ktorí liečení neboli. Hráči, ktorí vyhľadali liečbu, vykazovali vyšší distress a bola u nich častejšie zaznamenaná aj iná psychiatrická komorbidity (Petry, 2005) a to hlavne zo skupiny porúch osobnosti. Okrem toho, akt vyhľadania pomoci patologickými hráčmi, je častejšie asociovaný s určitými typmi poruchy osobnosti, ako je napr. hraničná, narcistická či histriónska, kým pri neliečených hráčoch je zrejme prítomné skôr zastúpenie porúch osobnosti z iného spektra (skôr schizoidná, vyhubavá a pod.) (Bagby et al., 2008).

V národnej epidemiologickej štúdií NESARC v USA, ktorá sledovala veľký súbor z bežnej populácie (n = 43 093), sa zistil výskyt porúch osobnosti u 60,8% patologických hráčov. V tejto štúdií bola najčastejšie diagnostikovaná obsedantne-kompulzívna porucha osobnosti a to u 28,45% hráčov, nasledovala paranoidná porucha osobnosti u 24,08% a antisociálna porucha osobnosti diagnostikovaná u 23,31% hráčov. Schizoidnú poruchu osobnosti malo 14,97%, vyhubavú 13,96%, histriónsku 13,1% a závislú 3,19% hráčov. Ostatné typy poruchy osobnosti v tejto štúdií neboli sledované (Petry et al., 2005).

Bagby s kolektívom (2008) prezentoval výsledky výskumu, kde porovnával výskyt porúch osobnosti u neliečených hráčov a u skupiny bez patologického hráčstva (23% versus 5%) ako aj rozdiely v zastúpení jednotlivých typov porúch osobnosti medzi týmito skupinami, pričom poukázal na signifikantne vyššiu prevalenciu hraničnej poruchy osobnosti u pacientov s patologickým hráčstvom. V tejto štúdií prekvapivo nebol štatisticky signifikantný rozdiel medzi prevalenciou antisociálnej poruchy osobnosti v skupine neliečených patologických hráčov a nepatologických hráčov, i keď skóre symptómov antisociálnej poruchy osobnosti bolo vyššie v skupine patologických hráčov.

Kruedelbach so spolupracovníkmi (2006) realizovali štúdiu na analýzu komorbidity u 162 pacientov s patologickým hráčstvom, kde 61,1% hráčov malo diagnostikovanú poruchu osobnosti a 63,3% hráčov splňalo počas svojho života kritériá pre diagnózu závislosti od návykovej látky, pričom najčastejšou bol syndróm závislosti od alkoholu. Z porúch osobnosti boli najčastejšie diagnostikované poruchy z klastra B.

Aj v ázijskom regióne boli realizované viaceré štúdie, zaoberajúce sa komorbiditami u patologických hráčov. V štúdií zo Singapuru malo na základe *The Personality Diagnostic Questionnaire* – (PDQ-4), čo je 100-položková, samoposudzovacia škála, až 80% patologických hráčov diagnostikovaný najmenej jeden typ poruchy osobnosti, čo bol signifikantný rozdiel oproti kontrolnej skupine, kde bol výskyt poruchy osobnosti 45%-ný. V skupine patologických hráčov bola najčastejšie diagnostikovaná obsedantne-kompulzívna, vyhubavá a paranoidná porucha osobnosti (Winslow et al., 2010).

Ďalší autori publikovali štúdiu, kde porovnávali skupinu 50 patologických hráčov s 50-členou kontrolnou skupinou, pričom zistili 32%-ný výskyt aspoň jednej poruchy osobnosti u pa-

cientov s diagnózou patologického hráčstva versus 8%-ný výskyt v kontrolnej skupine. V ich štúdiu mala najväčšie zastúpenie hraničná porucha osobnosti a to u 16% hráčov, nasledovaná antisociálnou, paranoidnou, narcistickou a nešpecifickou (každá s výskytom 8%). V danej štúdiu sa potvrdila tiež súvislosť závažnosti hráčskej poruchy s výskytom poruchy osobnosti. Okrem toho patologickí hráči s poruchou osobnosti vykazovali vážnejšie symptómy úzkosti, depresie, ako i častejší abúzus alkoholu, oproti hráčom bez poruchy osobnosti. Táto štúdia však sledovala súbor hráčov bez inej psychiatrickej komorbidity, čo mohlo mať vplyv na relatívne nižší výskyt porúch osobnosti v porovnaní s inými štúdiami (*Fernández-Montalvo et Echeburúa, 2004*).

V štúdiu, kde bola porovnávaná skupina ambulantne liečených patologických hráčov a kontrolnou skupinou, tvorenou dobrovoľníkmi bez diagnózy patologického hráčstva, diagnostikovali s použitím dotazníka SKID-II 34%-ný výskyt porúch osobnosti u hráčov versus 8%-ný u kontrolnej skupiny. Najčastejšie diagnostikovanou bola v tejto štúdiu hraničná porucha osobnosti a to u 14% hráčov, nasledovali paranoidná a antisociálna porucha, každá u 6% patologických hráčov a depresívna porucha osobnosti u 4% hráčov. V práci tiež poukázali na vyšší výskyt porúch osobnosti z klastra B podľa DSM-IV (*Sáez-Abad et Bertolín-Guillén, 2008*).

Ibáñez a kol. (2001) sledovali výskyt psychiatrických komorbidít u 69 liečených patologických hráčov, pričom výskyt poruchy osobnosti bol 42%.

V štúdiu, kde sa sledoval vzťah patologického hráčstva, impulzivita a porúch osobnosti v súbore 77 hráčov, 45,5% hráčov spĺňalo kritériá pre najmenej jeden typ poruchy osobnosti. Prítomnosť poruchy osobnosti u hráčov v tejto štúdiu nekorelovala so závažnosťou hrania (*Odlaug et al., 2012*).

V slovenských podmienkach bola realizovaná štúdia zameraná na výskyt komorbídnych porúch u hráčov, kde výskyt porúch osobnosti v súbore 55 hráčov bol prekvapivo nízky a to celkovo 14,5% (*Benkovič a kol. 2012*). V tejto štúdiu však boli dáta zozbierané zo zdravotnej dokumentácie hráčov, hráči neboli vyšetrovaní špeciálne za účelom realizácie štúdie, čo mohlo výrazne podhodnocovať získané výsledky.

2.6.3.1. Najčastejšie typy poruchy osobnosti u hráčov

Čo sa týka zastúpenia jednotlivých typov poruchy osobnosti u hráčov, výsledky rôznych štúdií sú nejednotné. Výrazné rozdiely zrejme súvisia s odlišnosťami v sledovaných súboroch. Ako už bolo spomenuté, existujú rozdiely vo výskyte porúch osobnosti, ako aj v zastúpení jednotlivých typov porúch osobnosti v súboroch liečených a neliečených hráčov. Je možné, že osobnostná patológia v niektorých prípadoch urýchlila kontakt so zdravotníckym zariadením alebo je pri niektorých typoch porúch osobnosti naopak brzdou vo vyhľadaní odbornej pomoci.

V súvislosti s patologickým hráčstvom sú najviac diskutované antisociálna, hraničná, obsedantne-kompulzívna, narcistická porucha osobnosti, teda hlavne poruchy osobnosti z klastra B.

Vysoký výskyt antisociálnej a hraničnej poruchy osobnosti popisujú viacerí autori (*Bagby et al., 2008; Blaszczyński et Steel, 1998; Fernandez-Montalvo et Echeburúa, 2004; Pietrzak et Petry, 2005; Sacco et al., 2008*). Nakoľko u oboch uvedených typov porúch osobnosti je typická

vysoká miera impulzivity, nedá sa vylúčiť, že asociácia s patologickým hráčstvom môže byť artefaktom, spôsobeným práve impulzivitou, ktorá je symptomatická pri týchto poruchách. Alternatívnym pohľadom na impulzivotu u patologického hráčstva je, že iná črta osobnosti prispieva k patologickému hráčstvu a tiež komorbídnej poruche osobnosti. Okrem toho boli popisované aj iné spoločné osobnostné rysy medzi týmito poruchami (MacLaren et al., 2011).

V súbore 77 hráčov bolo referované o najvyššom zastúpení obsedantne-kompulzívnej poruchy osobnosti a to u 27,3% hráčov, v tejto štúdii nasledovali vyhýbavá porucha osobnosti diagnostikovaná u 10,3% a pasívne-agresívna u 9,1% hráčov. Jedným z vylučovacích kritérií v tejto štúdii však boli poruchy súvisiace s abúzom návykových látok, čo mohlo do značnej miery ovplyvniť zastúpenie hlavne antisociálnej poruchy osobnosti (Odlaug et al., 2012).

Kruedelbach s kolektívom (2006) sledoval zastúpenie jednotlivých typov porúch osobnosti v súbore 162 liečených hráčov. Najčastejšie boli zastúpené poruchy z klastra B, pričom 30,2% hráčov splňalo kritériá aspoň pre jednu z porúch osobnosti tohto klastra. Narcistická porucha osobnosti bola diagnostikovaná u 18,5% hráčov, hraničná u 11,7%, antisociálna u 9,9% a histriónska u 6,8% hráčov. Nasledovali poruchy z klastra C (u 13% hráčov) s najčastejším zastúpením vyhýbavej poruchy osobnosti u 6,2% hráčov, potom obsedantne-kompulzívnej u 5,6% a závislej u 3,1% hráčov. Najmenej zastúpené boli v tejto štúdii poruchy z klastra A (u 4,3% hráčov), paranoidná u 2,5% hráčov a schizoidná so schizotypovou len u 1,2% hráčov. Nešpecifickú poruchu osobnosti diagnostikovali u 17,9% hráčov sledovaného súboru.

V súvislosti s hráčstvom sa sledoval hlavne vzťah tejto poruchy s poruchami osobnosti z klastra B. V súboroch hráčov bol zistený významný vzťah medzi výskytom hraničnej poruchy osobnosti (Fernández-Montalvo et Echeburúa, 2004), ako aj histriónskej poruchy osobnosti (Petry, 2005) a patologickým hráčstvom. V literatúre sa objavujú aj zmienky o vzťahu medzi narcistickou poruchou osobnosti a patologickým hráčstvom (Crockford et El-Guebaly, 1998; Petry, 2005). Dôležitým prispievateľom k patologickému hráčstvu môže byť tiež excesívne odmenu-vyhľadávajúce správanie, typické hlavne pre hraničnú a antisociálnu poruchu osobnosti (MacLaren et al., 2011).

Z klastra C je u hráčov najčastejšie popisovaná obsedantne-kompulzívna a vyhýbavá porucha osobnosti (Black et Moyer, 1998; Specker et al., 1996). V niektorých štúdiách bolo zastúpenie práve obsedantne-kompulzívnej poruchy osobnosti najvyššie (Black et Moyer, 1998; Odlaug et al., 2012; Sacco et al., 2008; Winslow et al., 2010). Jedna zo štúdií v súbore 30 hráčov zisťovala poruchy osobnosti pomocou *The Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-IV), pričom 87% hráčov sledovaného súboru splňalo kritériá aspoň pre jednu z porúch osobnosti. Najčastejšie bola diagnostikovaná obsedantne-kompulzívna porucha osobnosti (59%), nasledovala vyhýbavá porucha osobnosti (50%), schizoidná porucha osobnosti (33%), schizotypová (30%), paranoidná (26%), narcistická (20%), hraničná (23%). Antisociálnu poruchu malo 17% hráčov súboru (Black et Moyer, 1998).

V niektorých štúdiách je popisovaný zvýšený výskyt paranoidnej a schizoidnej poruchy osobnosti u hráčov, teda porúch z klastra A (Petry, 2005).

Existujú i štúdie, ktoré sa snažili preskúmať vzťah medzi komorbídnou poruchou osobnosti u hráčov a druhom preferovanej hry. Napríklad sa zistila asociácia medzi paranoidnou

poruchou osobnosti a hráčmi preferujúcimi výherné automaty, teda spôsobom hry, ktorý nevyžaduje sociálny kontakt. Tiež sa sledoval vzťah medzi narcistickou poruchou osobnosti a preferovaním kartových a športových hier (*Blaszczynski et Steel, 1998*). V inej štúdií bolo hranie rulety spájané s narcistickými, schizoidnými a cykloidnými črtami (*Kroeber, 1992*).

2.6.3.2. Antisociálna porucha osobnosti vo vzťahu k patologickému hráčstvu

Antisociálna porucha osobnosti (AsPO) je podľa viacerých štúdií jednou z najčastejšie diagnostikovaných u patologických hráčov a vzťahy medzi ňou a hráčstvom patria medzi najviac študované. V MKCH-10 je uvádzaná ako disociálna porucha osobnosti (*MKCH-10, 1994*).

Jedná sa o poruchu osobnosti, pre ktorú je typické nezodpovedné správanie bez pocitov viny, ktoré je spojené s vedomým podvádzaním iných, nerešpektovanie a pohrdanie právami ostatných. Podľa DSM-5 sa porucha objavuje pred 15. rokom života, i keď diagnózu môžeme uzatvárať až po 18. roku. Prejavuje sa antisociálnymi aktivitami ako sú trestné činy, častými klamstvami, „deravým“ (*superego lacunae*) až chýbajúcim superegom, emočnou nestabilitou, neschopnosťou dopredu plánovať, ignorovaním vlastnej bezpečnosti i bezpečnosti iných. Ľudia s touto poruchou si neplnia záväzky, nepodporujú finančne partnera či deti, častá je agresivita, útočnosť, bývajú manipulatívni (*Robinson, 2002*). Nedokážu udržať trvalý vzťah a často sa priživujú na iných. Správanie sa nedá dostatočne ovplyvniť skúsenosťou, vrátane trestu. Jedinci s touto poruchou osobnosti majú veľmi nízku frustračnú toleranciu a nízky prah pre výbuchy agresivity a násilia. Chýba im súcit a empatia, za všetky neúspechy obviňujú iných a majú tendenciu svoje konfliktné konanie obhajovať a racionalizovať (*Praško, 2003; Smolík, 2002*).

Diagnostické kritériá v MKCH-10 a v DSM-5 sa prakticky prelínajú, DSM-5 presnejšie vymedzuje vekové hranice pre prejavy poruchy. Zaujímavé je, že ani v diagnostických kritériách MKCH-10, ani v DSM-5 nie je zmienka o hráčskych aktivitách, ktoré sa teda dajú považovať za nešpecifický prejav u jedincov s touto poruchou osobnosti (ak sa vôbec v klinickom obraze objavia) a naproti tomu stojí vylučovacie kritérium diagnózy patologického hráčstva u asociálnej poruchy osobnosti, čo by sa dalo chápať aj tak, že MKCH-10 považuje patologické hranie za bežný prejav tejto poruchy osobnosti.

V etiológii poruchy sa popisujú niektoré dôkazy o dedičnosti, ďalej boli zistené aj podpriemerná reaktivita autonómneho nervového systému, znížená hladina 5-HIAA (metabolit sérotonínu). S impulzivitou a násilnosťou je okrem zníženej sérotoninergickej aktivity popisovaná i znížená noradrenergická aktivita. Táto porucha sa zdá byť geneticky spojená s alkoholizmom a je ním i často komplikovaná. Časté je aj spojenie s ADHD. U pacientov často v anamnéze zisťujeme pôrodné komplikácie, či tzv. mäkké neurologické príznaky, ako aj dysfunkčné rodinné prostredie v detstve (*Praško, 2003; Smolík, 2002*).

V bežnej populácii sa popisuje prevalencia v rozmedzí 3% u mužov a 1% u žien, u väzňov sa prevalencia zvyšuje až na 75% (*Robinson, 2002*).

Terapia pacientov s antisociálnou poruchou osobnosti je zložitá, často sa konštatuje, že tieto osobnosti nie sú liečiteľné. U ľahších foriem s dostatočnou silou ega, aspoň čiastočnou schopnosťou vyjadriť ľútosť a súcit a aspoň jednou pevnou vzťahovou väzbou, je možné pacienta zaradiť do psychodynamickéj psychoterapie. Cieľom terapeutického pôsobenia je

zmena maladaptívneho správania a zvýšenie zodpovednosti voči sebe i okoliu. Na dosiahnutie prosociálnejšieho spôsobu interagovania s ostatnými môže poslúžiť kognitívna terapia. O niečo lepšie výsledky boli pozorované pri použití skupinovej psychoterapie, kde je však často pozorovaným fenoménom, že pacient dosiahne vhľad do problémov ostatných, no nie do svojich vlastných. Z farmakologických prístupov sa na redukovanie impulzivita a výbuchov hnevu skúšajú stabilizátory nálady a antidepresíva zo skupiny SSRI (*Robinson, 2002*).

Súvislostiam medzi patologickým hráčstvom a antisociálnym správaním sa venovalo viacero prác, napriek tomu vzťah medzi nimi stále nie je úplne objasnený. Hráčstvo i antisociálne správanie predstavujú formy riskantného správania a môžu preto zdieľať spoločné determinanty. Riskantné správanie predstavuje produkt procesu rozhodovania, vytvoreného s cieľom vyriešiť adaptáciu na problémy, prameniace z rôznych situácií alebo prostredia. Rôzne formy riskantného správania majú tendenciu objavovať sa u jedinca spoločne. Preto existuje i hypotéza, že hráčstvo je časťou celkového syndrómu problémového správania s akceptáciou rizika. Osobnostné rysy typické pre ľudí s vysokou akceptáciou rizika, ako je vyhľadávanie senzácie, impulzivita a nízka sebakontrola, korelujú s hráčskymi problémami a rovnako tiež s antisociálnym správaním (*Mishra et al., 2010; Mishra et al., 2011*).

Mnohí z hráčov nemajú „čistú“ antisociálnu poruchu osobnosti, ale sú u nich pozorovateľné len určité antisociálne črty. Vo všeobecnosti je u hráčov popisovaná častá kriminalita. Podľa niektorých autorov až 58% problémových hráčov spáchalo trestný čin v súvislosti s hraním a 21% hráčov spáchalo trestný čin nesúvisiaci s hráčstvom (*Blaszczynski et al., 1997*). 55% hráčov z Gamblers Anonymous bolo zapletených do kriminálnych aktivít v súvislosti so získavaním prostriedkov na hru (*Meyer et Fabian, 1992*). Existujú názory, že hráči s antisociálnou poruchou osobnosti reprezentujú len minoritnú časť v porovnaní s ľuďmi, u ktorých je antisociálne správanie získané následkom hrania (*Crockford et El-Guebaly, 1998*). Závislé hráčske správanie predstavuje dôležitý kriminogénny faktor. Tento faktor však sám osebe nevysvetľuje dostatočne kriminálne správanie u hráčov. Intenzitu hráčskeho kriminálneho správania ovplyvňujú i osobnostné charakteristiky hráča. S progresiou hráčskej poruchy je hráč pod neustálym tlakom súvisiacim so získavaním prostriedkov na hru, aby uspokojil craving. Dôležité je však odlíšiť antisociálne správanie súvisiace s patologickým hraním, ako sú klamstvá či krádeže, od samotnej poruchy osobnosti. Závislosť narúša sociálne fungovanie jedinca a postupne dochádza aj k osobnostným zmenám dôsledkom závislého správania, ktoré môžu vykazovať podobnosť s antisociálnymi črtami. Nie všetky kriminálne činy u hráčov súvisia so získavaním prostriedkov na hru alebo so splácaním hráčskych dlhov. U časti hráčov bolo prítomné antisociálne správanie aj pred začiatkom hráčskej kariéry (*Meyer et Stadler, 1999*). Ide hlavne o kriminalitu u impulzívneho subtypu hráčov, s antisociálnymi črtami osobnosti či samotnou antisociálnou poruchou osobnosti, ktoré predstavujú tiež dôležitý kriminogénny faktor (*Blaszczynski et Nower, 2002; Meyer et Stadler, 1999*).

V súbore 7 869 mužov zo 4 497 párov dvojčiat sa sledovala asociácia medzi patologickým hráčstvom, antisociálnou poruchou osobnosti, poruchami správania v detstve a antisociálnym správaním v dospelosti, pričom sa zistilo, že patologické hráčstvo je signifikantne asociované so všetkými tromi formami antisociálneho správania. Autori štúdie na základe svojich pozo-

rovaní dospeli k záveru, že antisociálne správanie, pozorované u veľkého množstva hráčov, nemôže byť interpretované len ako následok patologického hrania. Predpokladá sa, že patologické hráčstvo a antisociálne správanie sú spôsobené spoločnou genetickou vulnerabilitou (*Slutske et al., 2001*). V štúdií, kde sa sledoval vzťah medzi hráčstvom a antisociálnym správaním v súbore študentov, rozdelených na štyri skupiny od neproblémových hráčov až po patologických hráčov, sa zistilo, že všetky formy hráčstva a antisociálneho správania vzájomne signifikantne korelovali. Črty osobnosti, spájané s akceptovaním rizika, vysvetľovali podstatnú časť odlišností v problémovom hráčstve, celkovej zaangažovanosti v hráčstve a všetkými formami antisociálneho správania. Autori dospeli tiež k záveru, že hráčstvo a antisociálne správanie sú vzájomne asociované, pretože sú odlišnou manifestáciou rovnakých osobnostných črt (*Mishra et al., 2011*). Takýto prístup je však ťažko aplikovateľný na všetkých hráčov. Ak pripustíme názor, že patologickí hráči nepredstavujú homogénnu skupinu a pripustíme existenciu viacerých subtypov hráčov, čo potvrdilo viacero štúdií (viď. časť 1.3.2), zdá sa mi prijateľnejšie tvrdenie, že u istej subpopulácie hráčov, popisovanej ako antisociálny, impulzívny subtyp, existuje silná asociácia medzi patologickým hráčstvom a antisociálnym správaním, spôsobená či už spoločnou genetickou vulnerabilitou alebo na podklade určitej spoločnej osobnostnej patológie.

Podľa viacerých prác komorbídna antisociálna porucha osobnosti u patologických hráčov zvyšuje závažnosť hrania a je spojená tiež s častejším zneužívaním návykových látok, psychosociálnymi problémami i ďalšími psychiatrickými komorbiditami.

Pietrzak a Petry (2005) prezentovali výsledky štúdie, kde prevalencia AsPO u ambulantne liečených patologických hráčov bola 16,5%. Oproti skupine hráčov bez AsPO sa jednalo o mladších ľudí, častejšie rozvedených, s nižším vzdelaním, ktorí začínali s hraním v mladšom veku a s vyššou mierou závažnosti hrania, vyjadrenou jednak prostredníctvom skóre v SOGS, vyšším počtom splnených DSM-IV kritérií, ako aj častejšími krádežami v súvislosti s hraním. Naproti tomu výška dlhov sa neukázala ako spoľahlivý marker závažnosti hrania a medzi skupinou hráčov s AsPO a bez danej poruchy osobnosti neboli signifikantnejšie rozdiely v záťažnosti.

Vo veľkej štúdií dvojčiat sa preukázala 15%-ná prevalencia AsPO u hráčov versus 2% u skupiny bez príznakov patologického hrania (*Slutske et al., 2001*). Ibañez a kolektív (2001) diagnostikovali AsPO u 14,5% patologických hráčov. V Austrálii Steel a Blaszczyński (1998) prezentovali 29%-ný výskyt tejto poruchy osobnosti u ambulantne liečených hráčov. V národnej epidemiologickej štúdií NESARC v USA sa zistil výskyt AsPO u 23,31% patologických hráčov (*Petry et al., 2005*).

Ďalšie štúdie poukazujú na ešte vyšší výskyt AsPO u hráčov. V epidemiologickej štúdií zo St. Louis autori poukazujú na 35%-ný výskyt AsPO u patologických a problémových hráčov v porovnaní so 4,6% ľudí bez hazardného hrania (*Cunningham-Williams et al., 1998*). V Kanade bola realizovaná štúdia, kde až 40% patologických hráčov malo AsPO v porovnaní s kontrolnou skupinou, kde bola táto porucha osobnosti diagnostikovaná u 3,1% (*Bland et al. 1993*).

I keď výsledky štúdií prevalencie antisociálnej poruchy osobnosti u patologických hráčov značne varujú, viaceré poukazujú na jej zvýšený výskyt u hráčov, pričom tento fakt môže

značne komplikovať liečbu i prognózu patologického hráčstva. Patologickí hráči s antisociálnou poruchou osobnosti sú tiež častejšie liečení pre zneužívanie návykových látok, ako hráči bez tejto poruchy osobnosti.

2.6.3.3. Hraničná porucha osobnosti u hráčov

Charakteristickými znakmi hraničnej (borderline) poruchy osobnosti sú instabilita nálady, nestály sebaobraz o sebe a impulzivita. Jedinci s touto poruchou majú tendenciu k intenzívnym, no nestálym vzťahom, ktoré sú charakteristické striedaním nadmernej idealizácie a znehodnocovania, prehnane sa snažia vyhnúť sa odmietnutiu, trpia chronickými pocitmi prázdnoty, časté býva sebapoškodzovanie alebo suicidálne pokusy. Prechodne sa v súvislosti so stresom môžu objavovať vzťahovačné predstavy alebo prejavy disociácie, môžu sa rozvinúť i mikropsychotické epizódy. Porucha je častejšia u žien ako u mužov (približne v pomere 2:1). V etiológii sa uplatňuje jednak dedičnosť, jednak rôzne psychosociálne vplyvy (Robinson, 2002; Smolík, 2002).

Osobnostný profil ľudí so zvýšeným rizikom pre patologické hráčstvo je veľmi podobný profilu pri hraničnej poruche osobnosti (Samuel et Widiger, 2008). Impulzivita nie je jedinou črtou spoločnou pre patologické hráčstvo a hraničnú poruchu osobnosti. Kombinácia negatívnej afektivity (teda skóre neuroticizmu a vyhýbania sa ohrozeniu), nízkeho skóre svedomitosti (teda skóre vyhľadávania nového v TCI a svedomitosti v FFI) a dezinhibície (teda skóre spolupráce v TCI, prívetivosti v FFI, psychotizmu podľa Eysencka) predstavuje rizikový faktor pre obe uvedené poruchy, ako aj pre rozvoj látkových závislostí (Kotov et al., 2010; MacLaren et al., 2011). Prítomnosť dimenzie prívetivosti podľa 5-faktorového modelu osobnosti nezahŕňa črty súvisiace s impulzivitou a teda uvedená kombinácia osobnostných črt nie je len artefaktom, spôsobeným impulzivitou, ktorá je pri týchto poruchách vo všeobecnosti zvýšená (MacLaren et al., 2011).

Vo viacerých štúdiách bola hraničná porucha osobnosti najčastejšie zastúpenou poruchou osobnosti u pacientov s patologickým hráčstvom, diagnostikovaná bola u zhruba 14 – 16% hráčov (Fernández-Montalvo et Echeburúa, 2004; Sáez-Abad et Bertolín-Guillén, 2008). Bagby s kolektívom (2008) prezentoval výsledky výskumu, kde porovnával výskyt porúch osobnosti u neliečených hráčov a u skupiny bez patologického hráčstva (23% versus 5%) ako aj rozdiely v zastúpení jednotlivých porúch osobnosti medzi týmito skupinami, pričom poukázal na signifikantne vyššiu prevalenciu hraničnej poruchy osobnosti u pacientov s patologickým hráčstvom oproti skupine, ktorá nespĺňa diagnostické kritériá pre túto poruchu. Dvomi kardinálnymi znakmi hraničnej poruchy osobnosti sú impulzivita a extrémna afektívna dysregulácia, pričom tieto príznaky sú charakteristické i pre veľkú časť patologických hráčov. Vzťah medzi prítomnosťou hraničnej poruchy osobnosti a patologického hráčstva však ostáva nejasný. Predpokladá sa, že prítomnosť tejto poruchy osobnosti, alebo aspoň niektoré z jej charakteristických črt, predchádzajú začiatku patologického hrania (Bagby et al., 2008).

Sledoval sa i vzťah komorbídnej hraničnej poruchy osobnosti k závažnosti hrania. Sacco a kolektív (2008) zistili, že so zvyšujúcou sa úrovňou vyjadrenia kritérií pre vyhýbavú a hraničnú poruchu osobnosti, signifikantne rástla aj miera závažnosti hráčskeho správania.

2.6.3.4. Vplyv osobnostných faktorov na priebeh patologického hráčstva a výsledky liečby

Ako už bolo popísané, vysoká prevalencia porúch osobnosti u hráčov bola preukázaná vo viacerých štúdiách, pričom určité osobnostné charakteristiky, či komorbídne poruchy osobnosti, majú vplyv na patogenézu, klinickú prezentáciu a výsledky liečby patologického hráčstva (Odlaug *et al.*, 2012).

Keďže sa zdá, že prítomnosť komorbídnej poruchy osobnosti predstavuje negatívny prediktor prognózy, jej nerozpoznanie a neakceptovanie v rámci terapeutických stratégií by mohlo mať negatívny vplyv na výsledky liečby a riziko relapsov (Kruedelbach *et al.*, 2006; Reich *et Green*, 1991). Výsledky mojej štúdie (ako bude bližšie popísané vo výskumnej časti) tiež naznačujú možný negatívny vplyv komorbídnej poruchy osobnosti na riziko recidív u patologických hráčov. Negatívny vplyv na priebeh poruchy, či výsledky liečby nemusí mať len samotná porucha osobnosti, ale aj niektoré z osobnostných faktorov, ktoré môžu rovnako predstavovať negatívne prediktory patologického hráčstva.

Viaceré práce poukazujú i na možný negatívny vplyv impulzivity na výsledky liečby. V niektorých štúdiách sa zistilo, že vysoká hladina impulzivity u hráčov súvisí s vyšším rizikom predčasného ukončenia liečby a teda liečba by mala byť prispôbená individualite hráča (Myrseth *et al.*, 2009). Álvarez-Moya s kolektívom (2010) tiež sledoval vplyv osobnostných charakteristík na výsledky liečby, pričom zistil, že predčasné ukončenie liečby signifikantne záviselo od miery impulzivity u patologického hráča. V ďalšej štúdií sa zistil signifikantný vzťah medzi výškou skóre v EIS a predčasným ukončením liečby u hráčov. Vo vzťahu k predčasnému ukončeniu liečby boli prediktívnymi najmä neschopnosť plánovať, riskovanie a neschopnosť rýchlo preložiť myšlienky do slov (Leblond *et al.*, 2003).

Vzhľadom k faktu, že režimová liečba patologického hráčstva je na Slovensku realizovaná prevažne formou skupinovej psychoterapie, bolo by zrejme utópiou očakávať „šitie terapie na mieru“ pre každého jednotlivého hráča. Z klinickej perspektívy sa zdá vhodnejšie rozdelenie hráčov na tri základné subtypy podľa sprievodnej osobnostnej patológie a psychiatrickej komorbidity, ako to už bolo podrobnejšie popísané v kapitole 1.3.2. Takéto rozdelenie ponúka cestu k možnému rozdielnemu manažmentu pacientov jednotlivých subtypov a k zváženiu výberu odlišných terapeutických stratégií a intervencií. Predpokladá sa, že antisociálni, impulzívní hráči vyžadujú intenzívnu kognitívne-behaviorálnu terapiu, reflektujúcu ich deficity v pozornosti, organizačných schopnostiach, ich emočnú labilitu, intoleranciu stresu, slabé schopnosti riešiť problémy a slabý *coping*. Terapia by mala smerovať k lepšej sebakontrolle (Blaszczynski *et Nower*, 2002; Milosevic *et Ledgerwood*, 2010). Naproti tomu emočne vulnérabilní hráči vyžadujú v terapii posilnenie copingových schopností, zaoberanie sa zvládaním stresových situácií a poskytnutie pocitov prijatia a podpory (Blaszczynski *et Nower*, 2002).

Napriek tomu, že sa v literatúre opakovane objavujú názory, že jednotlivé subtypy hráčov by mohli profitovať z odlišných terapeutických prístupov (Blaszczynski *et Nower*, 2002; Bonnaire *et al.*, 2009; Ledgerwood *et Petry*, 2006; Stewart *et al.*, 2008; Turner *et al.*, 2008), empirický výskum súvislosti hráčskej typológie a výsledkov liečby je limitovaný (Milosevic *et Ledgerwood*, 2010). V štúdií skúmajúcej výsledky liečby u 229 hráčov rozdelených na tri

subtypy sa zistilo, že behaviorálne podmienení hráči vykazovali pri vstupe do terapie menej závažné hráčske problémy a 12 mesiacov po liečbe boli väčšinou asymptomatickí alebo už nespĺňali diagnostické kritériá pre patologické hráčstvo. Antisociálni a emočne vulnerabilní hráči sa síce zlepšili prostredníctvom liečby podobne ako behaviorálni hráči, do terapie však vstupovali so závažnejšími hráčskymi problémami a 12 mesiacov po liečbe vykazovali viac symptómov patologického hráčstva. Autori na základe výsledkov štúdie dospeli k záveru, že impulzívni a emočne vulnerabilní hráči vyžadujú intenzívnejšiu liečbu vzhľadom na závažnejšiu vstupnú hráčsku patológiu (*Ledgerwood et Petry, 2010*).

Záverom by sa dalo zhrnúť, že pre lepšie pochopenie úlohy osobnostných faktorov v terapeutickom procese, je potrebný ďalší výskum. Chýbajú tiež konzistentné dáta ohľadom terapeutických výsledkov pri jednotlivých subtypoch hráčov, ako aj dáta týkajúce sa úspešnosti použitia rôznych terapeutických stratégií.

3. VÝSKUMNÁ ČASŤ

3.1. Ciele výskumu

Cieľom výskumu bolo zistiť výskyt komorbídnej poruchy osobnosti u liečených patologických hráčov, ako aj zastúpenie jednotlivých typov porúch osobnosti v sledovanom súbore. Zaujímala ma vplyv komorbídnej poruchy osobnosti na závažnosť hrania a potenciálny vzťah k recidívam poruchy. Sledovala som aj vplyv ďalších možných rizikových faktorov, ktoré by mohli negatívne ovplyvňovať priebeh patologického hráčstva a to predovšetkým komorbídne látkové závislosti a iné komorbídne psychiatrické poruchy. Cieľom práce bolo tiež preveriť validitu a reliabilitu Banskobystrického dotazníka patologického hráčstva (BBDPH), dotazníka na zisťovanie závažnosti hrania, ktorý bol vyvinutý MUDr. Nábělkom a MUDr. Vongrejom (2006) na Protihráčskom oddelení v Banskej Bystrici.

Stanovené hypotézy a ostatné čiastkové ciele:

- predpokladám významný vyšší výskyt porúch osobnosti v súbore patologických hráčov oproti výskytu v bežnej populácii
- zaujímalo ma percentuálne zastúpenie jednotlivých typov porúch osobnosti v súbore patologických hráčov
- na základe dostupných literárnych zdrojov predpokladám najvyššie zastúpenie antisociálnej poruchy osobnosti a hraničnej poruchy osobnosti
- predpokladám najvyššie zastúpenie porúch osobnosti z klastra B
- predpokladám významne vyššiu závažnosť patologického hrania u osôb s poruchou osobnosti oproti skupine hráčov bez poruchy osobnosti
- u pacientov s antisociálnou poruchou osobnosti predpokladám vyššiu závažnosť patologického hrania oproti skupine pacientov bez poruchy osobnosti
- predpokladám vyšší výskyt porúch osobnosti u hráčov liečených pre recidívu hrania
- zaujímala ma výskyt ostatných psychiatrických komorbídnych diagnóz v sledovanom súbore hráčov a predpokladám tiež ich negatívny vplyv na závažnosť hrania
- vzhľadom na možný spoločný neurobiologický základ látkových a nelátkových závislostí a vplyv genetických faktorov na rozvoj ochorenia, zisťovala som podrobnú rodinnú anamnézu pacientov zameranú hlavne na výskyt závislostí
- predpokladám, že skóre závažnosti hrania v BBDPH signifikantne koreluje s mierou závažnosti hrania vyjadrenou prostredníctvom počtu splnených DSM-IV kritérií patologického hráčstva

3.2. Metodika práce a metódy skúmania

Popis súboru

Sledovaný súbor tvorilo 50 pacientov s diagnózou patologického hráčstva. Išlo o hráčov hospitalizovaných na psychiatrickom oddelení, špecializovanom na liečbu patologického hráčstva v Banskej Bystrici, ktorí boli prijatí za účelom režimovej liečby. Výskum prebiehal počas jedného roka, v období od 3/2008 do 2/2009. Hráčov som vyšetruovala osobne v spolupráci s atestovaným klinickým psychológom. Priemerný čas vyšetrenia jedného pacienta bol cca 1,5 hodiny. Celkovo bolo počas roka vyšetrených 53 pacientov, z ktorých po vylúčení jednej ženy a dvoch hráčov, u ktorých neboli dáta kompletne, ostal pre výskum prezentovaný súbor 50-tich hráčov. Pre sledovanie som zvolila súbor tvorený výhradne mužmi a to z dôvodu zachovania homogénnosti súboru, nakoľko som v sledovanom období vyšetřila len jednu patologickú hráčku.

Zaraďovacie kritériá:

- vek nad 18 rokov
- mužské pohlavie
- diagnóza patologického hráčstva podľa MKCH-10
- informovaný súhlas s vyšetrením

Vylučovacie kritériá:

- prítomnosť akútnej epizódy inej psychiatrickej poruchy v čase vyšetrenia, vyžadujúcej si špeciálnu terapeutickú intervenciu

Vyšetrovacie metódy:

- psychiatrické vyšetrenie so zameraním na diagnostiku patologického hráčstva podľa kritérií MKCH-10
- diagnostika porúch osobnosti pomocou Štrukturovaného klinického interview pre DSM-IV, Os II – Poruchy osobnosti – SKID-II (2008). Najprv hráči vyplnili SKID-II dotazník a potom nasledovalo SKID-II štrukturované interview, pre podrobnejší popis SKID-II dotazníka vid' kapitolu 2.6.
- Banskobystrický dotazník patologického hráčstva – BBDPH (*Nábělek a Vongrej, 2006*) – 13-položkový samoposudzovací dotazník, určený pre zisťovanie miery závažnosti hrania, vytvorený z veľkej časti na podklade DSM-IV kritérií patologického hráčstva, pričom miera vyjadrenia jednotlivých príznakov je odstupňovaná na škále 0 – 3 body (0 = neprítomnosť príznaku). Podrobnejší popis dotazníka sa nachádza v kapitole 1.7.1, kompletný dotazník vid' Príloha A.
- DSM-IV diagnostické kritériá pre patologické hráčstvo
- interview určené na zozbieranie demografických údajov a ostatných sledovaných ukazovateľov. Otázky v interview boli zamerané na podrobnejšiu hráčsku anamnézu, rodinnú anamnézu, sledujúcu výskyt psychiatrických diagnóz a to predovšetkým z oblasti závislostí. Osobitnú pozornosť som venovala anamnéze trestnej činnosti.

Vyšetrenie validity a reliability BBDPH

Nakoľko som si pre sledovanie závažnosti hrania zvolila dotazník, ktorý nie je v bežnej klinickej praxi často používaný a štandardizovaný, snažila som sa overiť validitu a reliabilitu tohto výskumného nástroja.

Reliabilitu, teda presnosť a spoľahlivosť nástroja, je vo všeobecnosti možné overiť viacerými spôsobmi. Prvou možnosťou je tzv. test-retest reliabilita, kedy sa tým istým ľuďom zadáva ten istý výskumný nástroj dvakrát v časovom odstupe a potom sa zisťuje miera zhody medzi výsledkom prvého a druhého testovania, ktorá sa vyčíslí korelačným koeficientom. Pri dobrých nástrojoch sa požaduje korelácia minimálne 0,70. Tento typ testovania reliability však nie je veľmi vhodný pri prezentovanom dotazníku, nakoľko ten má zachytiť závažnosť hrania, ktorej miera sa môže meniť aj počas liečby. Druhou možnosťou je zistenie reliability jedným vyšetrením, označovaným aj ako rozpoľovanie výskumného nástroja (split-half reliabilita), ktoré som zvolila i v mojej štúdii. Pri tomto prístupe sa dotazník rozdelí na dve polovice – jednu polovicu tvoria výsledky párných položiek testu a druhú polovicu výsledky nepárnych položiek. Miera zhody medzi dvomi polovicami testu sa potom vyjadří korelačným koeficientom, upraveným korekčným vzorcom podľa Spearmana a Browna. Táto metóda predpokladá dostatočnú homogenitu výskumného nástroja. Tretím spôsobom overenia reliability je odhad vnútornej konzistencie výskumného nástroja. Dobrý dotazník by nemal byť zmesou rôznych položiek, ale takým zoskupením položiek, aby zisťovali ten istý konštrukt, teda tú istú vlastnosť. Pri dotazníkoch, ktoré nie sú dichotomické, ale majú väčšie rozpätie bodovania tak, ako to je aj v BBDPH, sa používa koeficient, nazývaný Cronbachovo alfa (*Gavora a kol., 2010*), ktorý som použila i v mojej štúdii.

Reliabilitu som preverovala prostredníctvom spomínaného rozpoľovania súboru, kde som zistila signifikantne významnú koreláciu ($r = 0,7979$), BBDPH sa teda javí ako dostatočne spoľahlivý a homogénny diagnostický nástroj.

Vnútornú konzistenciu BBDPH som určila pomocou Cronbachovho alfa, ktoré bolo 0,861879729, čím sa aj na základe počtu otázok potvrdila veľmi dobrá reliabilita dotazníka.

Validitu, teda schopnosť nástroja zisťovať to, čo bolo zamýšľané zisťovať, je tiež možné overiť viacerými spôsobmi ako napr. posúdenie výskumného nástroja expertmi, faktorovou analýzou, alebo jednoduchším spôsobom, ktorým je porovnanie výsledkov, zistených daným výskumným nástrojom, s výsledkami zistenými použitím podobného nástroja so známou validitou (*Gavora a kol., 2010*). Poslednú možnosť som využila vo svojej práci. Preverila som koreláciu závažnosti hrania, vyjadrenú prostredníctvom skóre v BBDPH, so závažnosťou hrania, vyjadrenou prostredníctvom počtu splnených diagnostických kritérií podľa DSM-IV. Skóre BBDPH signifikantne korelovalo s počtom splnených diagnostických kritérií podľa DSM-IV ($r = 0,73$).

Na základe získaných výsledkov si myslím, že BBDPH predstavuje užitočný a spoľahlivý nástroj pre určovanie závažnosti patologického hráčstva a verím, že nájde svoje uplatnenie v klinickej praxi na Slovensku. Pre spoľahlivejšie posúdenie validity a reliability dotazníka bude potrebný ďalší výskum.

Štatistické vyhodnotenie výsledkov

Signifikantná závislosť jednotlivých premenných dotazníka BBDPH bola zisťovaná pomocou korelačnej analýzy. Závažnosť hrania, vyjadrená pomocou skóre dotazníka BBDPH, bola porovnávaná medzi jednotlivými pacientami s poruchou a bez poruchy osobnosti (rôzne typy porúch) pomocou T-testu. Analýza hlavných komponentov (PCA analýza) bola použitá na sledovanie celkovej variability súboru. Štatistická analýza bola realizovaná v programe STATISTICA 8 (*Statsoft*).

3.3. Výsledky výskumu

Sociodemografické ukazovatele

Priemerný vek v sledovanom súbore hráčov bol 32,66 rokov (od 19 do 58 rokov). Čo sa týka najvyššieho dosiahnutého vzdelania, základné vzdelanie mali 4% hráčov (ZŠ), strednú školu bez maturity ukončilo 32% (SŠbM), strednú školu s maturitou ukončilo 48% (SŠsM) a vysokoškolské vzdelanie (VŠ) malo 16% hráčov sledovaného súboru.

Ženatých bolo 36% hráčov sledovaného súboru, slobodných 46% a rozvedených 18%. Pravidelné zamestnanie malo 72% hráčov, nezamestnaných bolo 22%, 4% hráčov poberali invalidný dôchodok a 2% – teda jeden z hráčov súboru bol na výsluhovom vojenskom dôchodku. Deti má 46% hráčov sledovaného súboru. Z úplnej rodiny pochádza 76% hráčov a z neúplnej rodiny 24%.

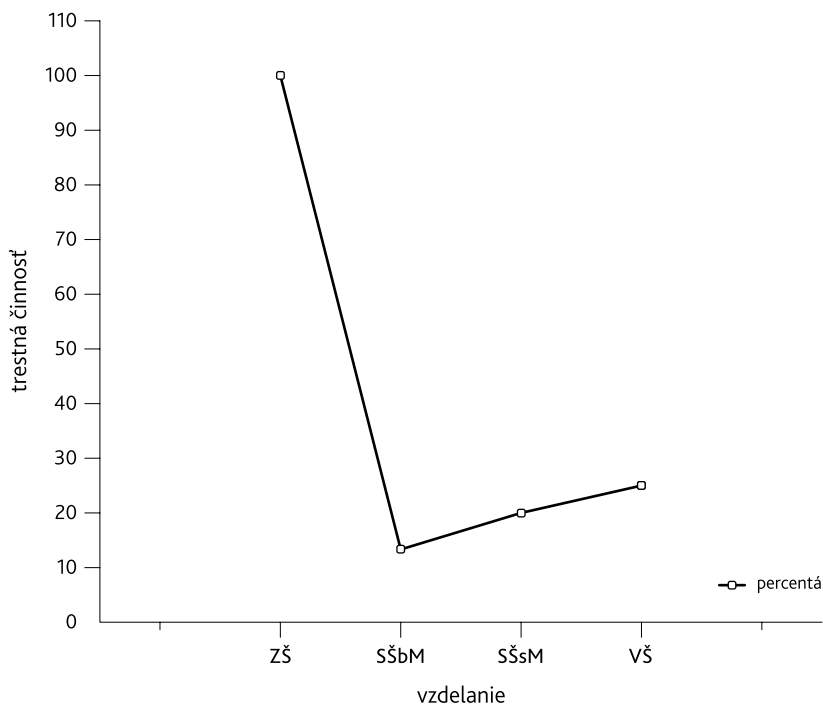
Údaje týkajúce sa patologického hrania

Na prvej hospitalizácii v psychiatrickom zariadení bolo počas vyšetrenia 76% hráčov súboru, teda jednalo sa o ich prvú hráčsku režimovú liečbu. Na opakovacej, posilňovacej dvojtýždňovej liečbe sa liečilo 6% pacientov súboru, išlo teda o hráčov abstijnúcich. Zvyšných 18% pacientov bolo po recidíve hrania opakovane hospitalizovaných na hráčskom oddelení. Priemerná dĺžka hrania v sledovanom súbore bola 8,6 roka (od 1,5 roka do 18 rokov). Neúspešne sa samo pokúšalo prestať s hraním 82% hráčov, pričom táto skupina uvádzala priemerne 3 vážne vlastné pokusy o úplné ukončenie hrania. Hru na hracích automatoch preferovalo 62% patologických hráčov, prevažne ruletu hralo 18% hráčov a u 20% hráčov dominovalo stávkovanie. Dlhý v súvislosti s hraním malo 92% hráčov v sledovanom súbore, len 8% hráčov malo straty z hrania vyrovnané. Priemerná výška dlhov v skupine hráčov bola 15 984,61 EUR (od 45,50 EUR až do 132 775,70 EUR).

Trestná činnosť

Trestne stíhaných bolo v minulosti 22% hráčov sledovaného súboru, pričom 20% hráčov bolo stíhaných pre majetkovú trestnú činnosť, len 2% hráčov malo v anamnéze násilnú trestnú činnosť. Jednalo sa prevažne o trestné činy v súvislosti so získavaním prostriedkov na hru, ako je sprenevera, úverové podvody, krádeže a pod. Až 42% hráčov v sledovanom súbore priznalo nečestné či nelegálne získavanie prostriedkov na hru počas ich hráčskej kariéry. Signifikantne významná korelácia bola zistená medzi trestnou činnosťou a vzdelaním ($r = 0,43$), pričom u hráčov so ZŠ vzdelaním bola až 100% (avšak $n = 2$) s mierne stúpajúcim trendom u zvyšných kategórií od 13 po 25% (obr. 1).

Signifikantne významný rozdiel bol v skóre BBDPH medzi trestne stíhanými a nestíhanými pacientami ($p = 0,0166$, obr. 6). Pacienti s anamnézou trestnej činnosti teda vykazovali signifikantne vyššiu mieru závažnosti hrania ako hráči bez nej.



Obrázok 1: Výskyt trestnej činnosti u hráčov jednotlivých vzdelanostných skupín

(ZŠ = základná škola, SŠbM = stredná škola bez maturity,

SŠsM = stredná škola s maturitou, VŠ = vysoká škola)

Výskyt komorbídnych diagnóz

V sledovanom súbore bolo 14% hráčov, ktorí boli v minulosti liečení pre diagnózu syndrómu závislosti od alkoholu (F10.2) a ďalších 18% udávalo pravidelné užívanie alkoholu, splňajúce kritériá pre škodlivé užívanie (F10.1).

Pravidelné užívanie marihuany priznalo 12% hráčov, ďalších 36% hráčov malo aspoň experimentálne skúsenosti s užívaním kanabinoïdov. Z ostatných návykových látok 6% hráčov uviedlo pravidelné užívanie kokaínu, 4% pervitínu, od heroínu boli závislí 2% hráčov. Experimentovanie s inými drogami uviedlo 10% hráčov (extáza, LSD, durman a i.). V sledovanom súbore bolo 58% fajčiarov a 42% nefajčiarov. Fajčiari vyfajčili denne v priemere 19 cigariet (od 8 do 40 cigariet denne).

Výskyt ostatných komorbídnych diagnóz bol v sledovanom súbore relatívne nízky. Na poruchu z okruhu schizofrénie sa anamnesticky liečilo 6% pacientov (schizofrénia, schizoafektívna porucha, akútna prechodná psychotická porucha podobná schizofrénii), v minulosti depresívnu epizódu prekonal 4% hráčov, bipolárnu afektívnu poruchu uviedli v anamnéze 2% hráčov, pre adaptačnú poruchu boli v minulosti sledované 2% hráčov. V sledovanom súbore referovalo o suicidálnych proklamáciách alebo suicidálnom pokuse v anamnéze až 32% hráčov.

Rodinná anamnéza

Spolu 54% hráčov uviedlo v rodinnej anamnéze niektorú z látkových či nelátkových závislostí. Až 50% pacientov v sledovanom súbore uviedlo v rodinnej anamnéze výskyt syndrómu závislosti od alkoholu, v 28%-tách bol závislý od alkoholu niektorý z rodičov hráča, u 8% niektorý zo starých rodičov. Vysoký výskyt závislosti od alkoholu v súbore patologických hráčov by mohol poukazovať na spoločné genetické etiologické faktory u látkových a nelátkových závislostí.

Výskyt ostatných diagnóz v rodinnej anamnéze bol podstatne nižší. Depresívne poruchy sa vyskytli v rodinnej anamnéze 4% hráčov, patologické hráčstvo 2%, iné závislosti 2%, schizofrénia 2%, suicídiá sa vyskytli v rodinnej anamnéze u 6% hráčov.

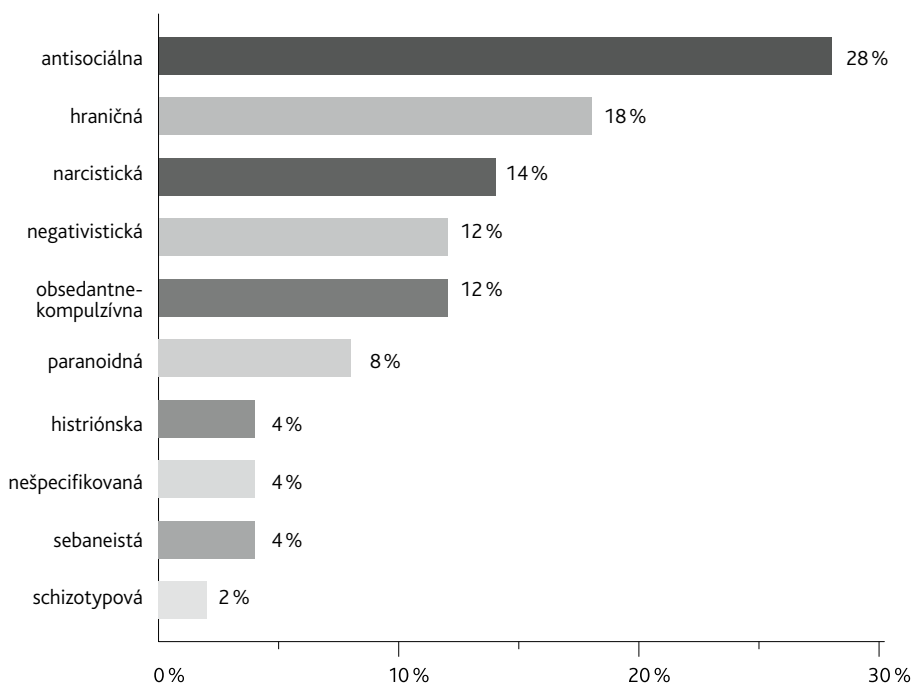
Výskyt porúch osobnosti v sledovanom súbore

V sledovanom súbore 62% hráčov spĺňalo diagnostické kritériá pre aspoň jednu poruchu osobnosti. Jeden typ poruchy osobnosti bol diagnostikovaný u 24% hráčov súboru, diagnostické kritériá pre dve poruchy osobnosti spĺňalo 24% hráčov, kritériá pre tri typy porúch osobnosti spĺňalo 10%. V sledovanom súbore boli 4% hráčov zaradené do diagnostickej kategórie bližšie nešpecifikovanej poruchy osobnosti.

V časti súboru, ktorý tvorili pacienti, hospitalizovaní opakovane pre recidívu hrania, bol výskyt porúch osobnosti takmer 78%, kým u prvohospitalizovaných patologických hráčov som diagnostikovala poruchu osobnosti u cca 60,5%. Tento na prvý pohľad výrazný rozdiel v týchto dvoch podskupinách hráčov sa však po štatistickom spracovaní neukázal ako štatisticky významný ($p = 0,6590$), k čomu ale mohli do veľkej miery prispieť výrazné rozdiely vo veľkosti súboru ($n = 9$ vs. $n = 38$). Relatívne vysoký rozdiel vo výskyte porúch osobnosti medzi súbormi hráčov na prvoliečbe a recidivujúcich hráčov naznačuje, že komorbídna porucha osobnosti by mohla predstavovať negatívny prediktor prognózy a mohla by byť potenciálnym rizikovým faktorom pre vznik recidív u hráčov. U abstinujúcich hráčov na posilňovacej liečbe bola porucha osobnosti diagnostikovaná len u 33,3% hráčov, no vzhľadom na nízke celkové zastúpenie pacientov v tejto skupine ($n = 3$) nie je možné zo získaného výsledku vyvodzovať všeobecne platné závery.

Tak ako som predpokladala, najčastejšie boli v sledovanom súbore zastúpené poruchy osobnosti z klastra B, pričom 48% hráčov spĺňalo diagnostické kritériá pre aspoň jednu z porúch osobnosti z tohto klastra. Pre niektorú poruchu z klastra C spĺňalo kritériá 14% a pre niektorú poruchu osobnosti z klastra A 12% hráčov.

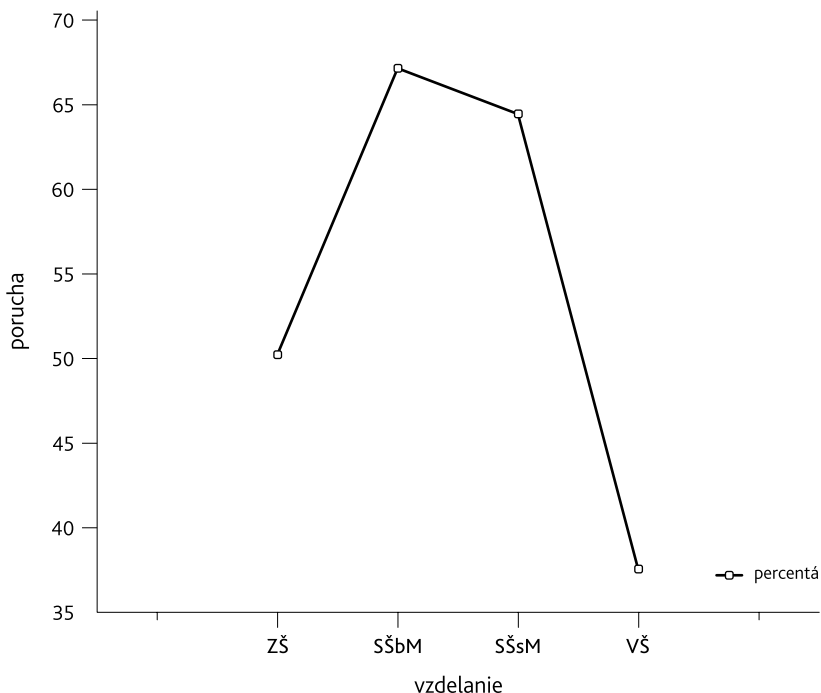
Čo sa týka zastúpenia jednotlivých typov porúch osobnosti, tak ako som predpokladala, najčastejšie diagnostikovanou bola antisociálna porucha osobnosti, ktorej diagnostické kritériá spĺňalo 28% hráčov. Nasledovala borderline porucha osobnosti, diagnostikovaná u 18% hráčov v sledovanom súbore. Narcistickú poruchu osobnosti som diagnostikovala u 14% pacientov súboru. Kritériá pre obsedantnú poruchu osobnosti spĺňalo 12% hráčov súboru. Negativistická porucha osobnosti (pasívne-agresívna) bola diagnostikovaná tiež u 12% hráčov. Paranoidnú poruchu osobnosti malo 8% hráčov. Rovnaké 4%-né zastúpenie mali histriónska, sebaneistá porucha osobnosti a bližšie nešpecifikovaná porucha osobnosti. Schizotypovú poruchu osobnosti som diagnostikovala u 2% hráčov. Závislú, depresívnu a schizoidnú poruchu osobnosti som u patologických hráčov sledovaného súboru nezistila. (vid' obrázok 2).



Obrázok 2: Zastúpenie jednotlivých typov porúch osobnosti v sledovanom súbore

Zaujímavým zistením je, že v súbore pacientov s recidívou hráčstva, som antisociálnu poruchu osobnosti diagnostikovala u 55,6% hráčov, čo je takmer dvojnásobný výskyt pri porovnaní s celkovým súborom. V súbore hráčov, ktorí boli na prvej protihráčskej liečbe som antisociálnu poruchu diagnostikovala u 23,7%. Výsledky naznačujú, že komorbídna antisociálna porucha osobnosti by mohla predstavovať rizikový faktor pre vznik recidív patologického hráčstva.

Signifikantná závislosť bola zistená ($r = 0,47$) medzi výskytom poruchy osobnosti a stupňom dosiahnutého vzdelania, pričom tento vzťah nebol lineárny. Najvyšší výskyt porúch osobnosti bol v skupine hráčov s ukončeným stredoškolským vzdelaním bez maturity, najnižší u vysokoškolsky vzdelaných hráčov (obr. 3).

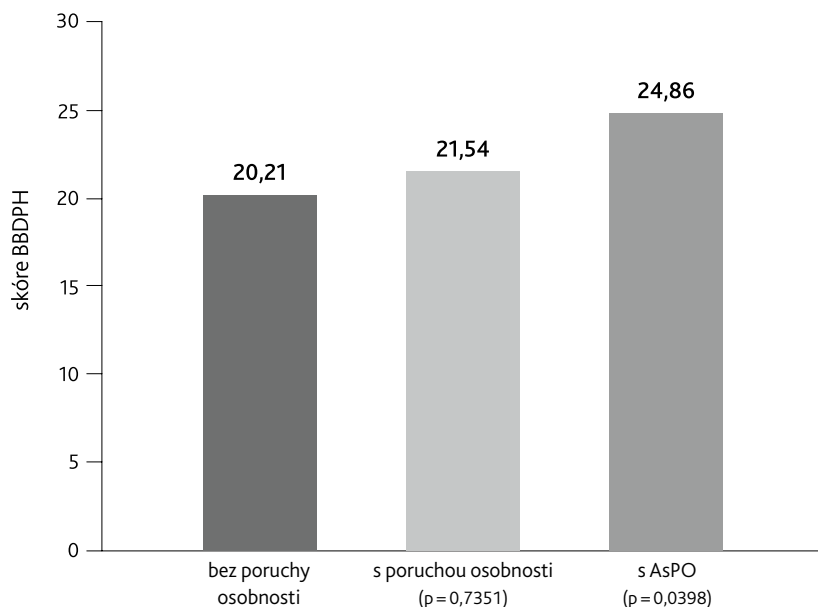


Obrázok 3: Podiel výskytu poruchy osobnosti u pacientov z jednotlivých vzdelanostných skupín (ZŠ = základná škola, SŠbM = stredná škola bez maturity, SŠsM = stredná škola s maturitou, VŠ = vysoká škola).

Vplyv komorbídnej poruchy osobnosti na závažnosť hrania

Na základe dostupných literárnych zdrojov som predpokladala, že miera závažnosti patologického hráčstva, vyjadrená prostredníctvom skóre v Banskobystrickom dotazníku patologického hráčstva, bude vyššia u hráčov s komorbídnou poruchou osobnosti. Signifikantné rozdiely v skóre BBDPH medzi hráčmi s poruchou osobnosti a bez nej sa však nepreukázali ($p = 0,7351$). V skupine hráčov bez poruchy osobnosti bolo skóre BBDPH priemerne 20,21 bodov a v skupine hráčov s diagnostikovanou poruchou osobnosti to bolo v priemere 21,54 bodov (obr. 4). Rovnako som preverila i vzťah medzi závažnosťou hrania, vyjadrenou pomocou počtu splnených diagnostických kritérií podľa DSM-IV a komorbídnou poruchou osobnosti.

V súbore hráčov s poruchou osobnosti bol priemerný počet splnených DSM-IV kritérií patologického hráčstva 8,742 a v skupine hráčov bez poruchy osobnosti to bolo 8,737. Ani s použitím DSM-IV kritérií som teda nezistila signifikantný rozdiel v závažnosti hrania v skupine s poruchou a bez poruchy osobnosti ($p = 0,9251$). Zaujímavým zistením bolo, že u skupiny hráčov s antisociálnou poruchou osobnosti dosiahlo skóre BBDPH v priemere 24,86 bodov, čo bolo signifikantne vyššie oproti skupine hráčov bez poruchy osobnosti ($p = 0,0398$). Na základe výsledkov by sa dalo predpokladať, že komorbídna antisociálna porucha osobnosti nepriaznivo vplyva na priebeh patologického hráčstva, nakoľko negatívne ovplyvňuje celkovú mieru závažnosti poruchy (obr. 4).



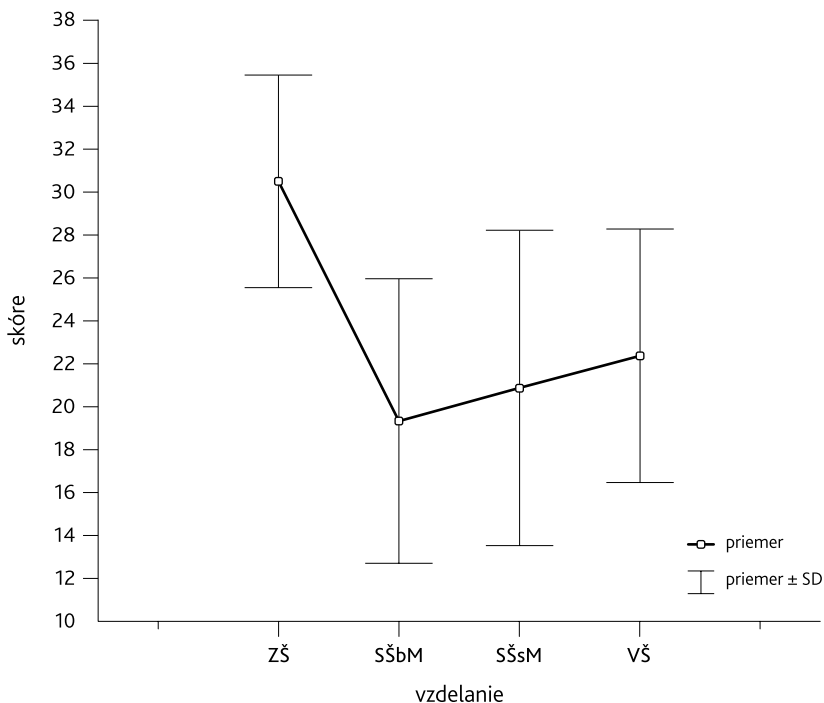
Obrázok 4: Vplyv komorbídnej poruchy osobnosti na závažnosť hrania, vyjadrenú prostredníctvom skóre BBDPH. (AsPO = antisociálna porucha osobnosti).

Vplyv komorbídnej psychiatrickej diagnózy na závažnosť hrania

Hypotézu, že komorbídna psychiatrická diagnóza zvyšuje závažnosť hrania, som v mojom výskume nepotvrdila. Závažnosť hrania, vyjadrená prostredníctvom skóre v BBDPH, nebola signifikantne vyššia v súbore hráčov s komorbídnou psychiatrickou diagnózou (okrem poruchy osobnosti) ako v súbore hráčov bez takejto komorbidity ($p = 0,1848$). Ani komorbídna látková závislosť u hráčov signifikantne nezvyšovala závažnosť hrania.

Vplyv ostatných faktorov na závažnosť hrania

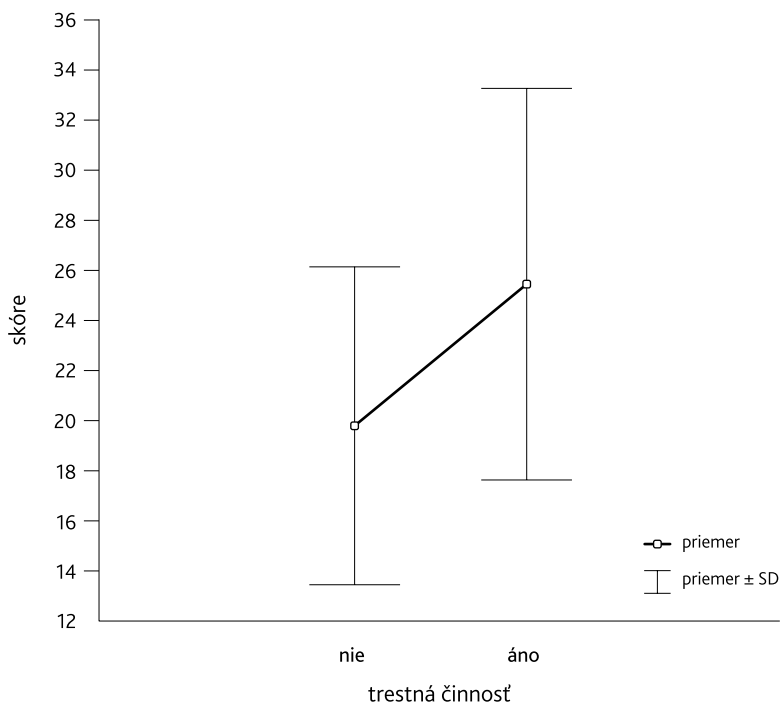
V sledovanom súbore som zistila signifikantný vzťah medzi závažnosťou hrania a stupňom dosiahnutého vzdelania ($r = 0,42$). Vzťah medzi stupňom dosiahnutého vzdelania a závažnosťou hrania však nebol lineárny. Najzávažnejšiu hráčsku symptomatiku, vyjadrenú prostredníctvom skóre BBDPH, vykazovali hráči so základným vzdelaním, najnižšiu hráči so stredoškolským vzdelaním bez maturity (obr. 5).



Obrázok 5: Závažnosť hrania, určená pomocou skóre dotazníka BBDPH (viď vyššie) u jednotlivých vzdelanostných skupín.

(ZŠ = základná škola, SŠbM = stredná škola bez maturity, SŠsM = stredná škola s maturitou, VŠ = vysoká škola)

Na celkovú závažnosť hrania mala negatívny vplyv i trestná činnosť v anamnéze pacienta. Signifikantne významný rozdiel bol v skóre BBDPH medzi trestne stíhanými hráčmi a pacientami bez ilegálnej činnosti v anamnéze ($p = 0,0166$, obr. 6).



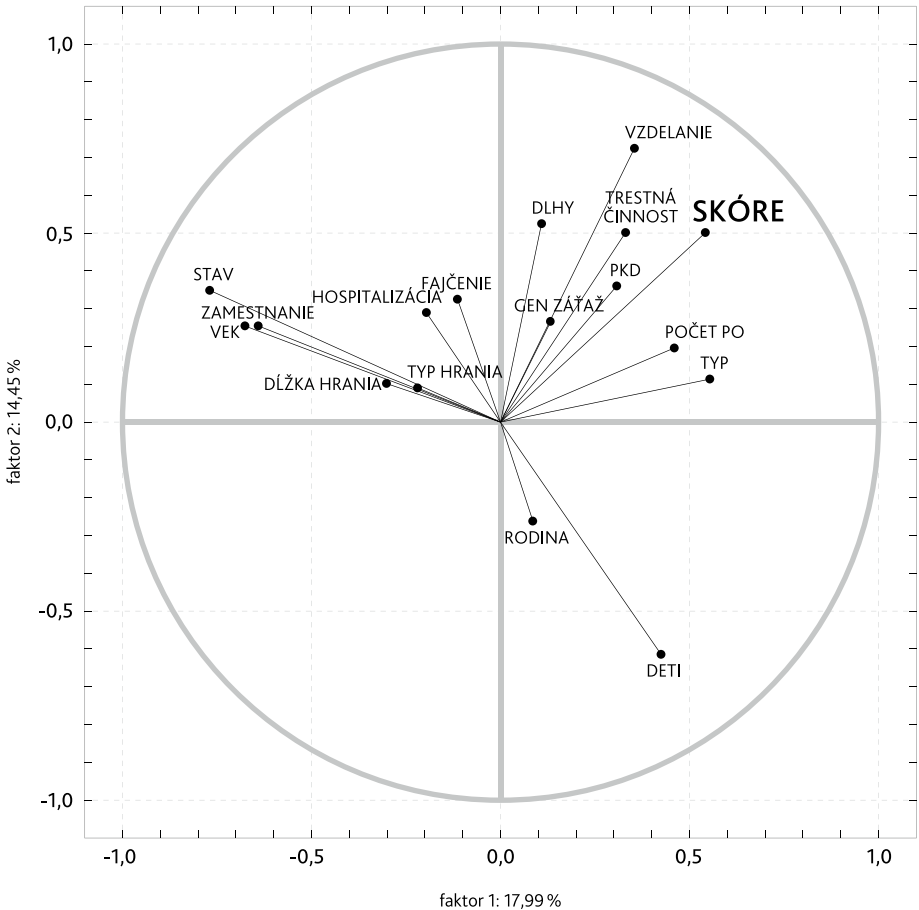
Obrázok 6: Závažnosť hrania trestne stíhaných a nestíhaných pacientov, vyjadrená pomocou skóre dotazníka BBDPH.

Výška hráčskych dlhov ako ukazovateľ závažnosti hrania

Výška dlhov sa neukazuje byť spoľahlivým ukazovateľom závažnosti hrania. Výška dlhov v sledovanom súbore hráčov nekorelovala signifikantne so závažnosťou hrania, vyjadrenou prostredníctvom skóre BBDPH ($r = 0,15$), ani prostredníctvom počtu splnených DSM-IV diagnostických kritérií ($r = 0,21$). Na prvý pohľad relatívne veľký rozdiel medzi výškou dlhov v skupine hráčov s poruchou osobnosti a bez nej (530480 vs 311850 Sk), sa po štatistickej analýze ukázal byť však nesignifikantný ($p = 0,2794$).

PCA analýza

Pomocou PCA analýzy bolo na základe celkovej premenlivosti súboru určené spolupôsobenie a sila jednotlivých premenných. Prvé dva faktory, dané PCA analýzou, zahŕňajú spolu takmer 33% celkovej variability. V usporiadaní, danom týmito novými faktormi na závažnosť hrania, vyjadrenú pomocou skóre dotazníka BBDPH, spolupôsobia predovšetkým už spomínané premenné vzdelanie a trestná činnosť, v menšej miere ale aj výška dlhov, psychiatrické komorbídne diagnózy, genetická záťaž, počet a typ porúch osobnosti (obr. 7, druhý kvadrant).



Obrázok 7: Usporiadanie jednotlivých premenných, podieľajúcich sa na celkovej premenlivosti sledovaného súboru, určená pomocou PCA analýzy.

3.4. Diskusia

Viacero zahraničných prác dokumentuje zvýšený výskyt porúch osobnosti u patologických hráčov oproti bežnej populácii. Existujú výrazné rozdiely medzi výsledkami štúdií, týkajúcimi sa výskytu porúch osobnosti u patologických hráčov, čo je možné pripísať veľkým rozdielom vo výbere metód, ako i v sledovaných súboroch. Vo všeobecnosti sa uvádza vyšší výskyt komorbídnej poruchy osobnosti u liečených ako u neliečených hráčov. Vyšší výskyt býva zaznamenaný i v štúdiách s použitím samoposudzovacích dotazníkov pri diagnostike poruchy osobnosti. V populáciách liečených patologických hráčov je uvádzaný výskyt porúch osobnosti od 25% (*Specker et al., 1996*) až po 93% (*Blaszczynski et Steel, 1998*). Výsledky mojej štúdie zapadajú do tohto vcelku širokého rozpätia. V mojej štúdiu, v sledovanom súbore 50 hospitalizovaných patologických hráčov s použitím Štrukturovaného klinického interview pre DSM-IV-SKID-II, splňalo 62% hráčov diagnostické kritériá pre aspoň jednu poruchu osobnosti. Tento výsledok je podobný s výsledkami veľkej epidemiologickej štúdie z USA (*NESARC*), ktorá sledovala rozsiahly súbor z bežnej populácie ($n = 43093$) a zistila výskyt porúch osobnosti u 60,8% patologických hráčov (*Petry et al., 2005*). Výsledky podobné mojím prezentoval i *Kruegelbach* so spolupracovníkmi (2006), ktorí robili štúdiu na analýzu komorbidity u 162 liečených pacientov s patologickým hráčstvom, pričom 61,1% hráčov malo diagnostikovanú poruchu osobnosti s použitím dotazníka SKID-II, teda rovnakou metódou, ako v mojej štúdiu. Zistený výskyt poruchy osobnosti u 62% hráčov sledovaného súboru predstavuje približne 4 – 6 × vyšší výskyt oproti bežnej populácii, kde sa poruchy osobnosti vyskytujú zhruba od 9 – 15,7% ľudí (*Crawford et al., 2005; Lenzenweger et al., 1997; Samuels et al., 2002*). Výsledky teda potvrdili moje predpoklady o zvýšenom výskyte porúch osobnosti u patologických hráčov.

U hráčov je často popisovaná súčasná prítomnosť viacerých typov porúch osobnosti, čo sa potvrdilo i v mojom výskume. V sledovanom súbore bol jeden typ poruchy osobnosti diagnostikovaný u 24% hráčov, diagnostické kritériá pre dve poruchy osobnosti splňalo 24% hráčov, kritériá pre tri typy porúch osobnosti splňalo 10% hráčov. V sledovanom súbore boli 4% hráčov zaradené do diagnostickej kategórie bližšie nešpecifikovaná porucha osobnosti. Tieto výsledky poukazujú na nižší výskyt jednej poruchy osobnosti a o niečo vyšší výskyt viacerých porúch osobnosti oproti výsledkom zahraničných autorov. *Odlaug a kol. (2012)* uvádzajú výskyt dvoch a viac porúch osobnosti u 18,2% hráčov. V ďalšej štúdiu s použitím SKID-II dotazníka, malo 45,7% liečených hráčov diagnostikovanú jednu poruchu osobnosti, 9,9% dve a 3,7% hráčov tri typy poruchy osobnosti (*Kruegelbach et al., 2006*).

Viaceré práce poukazujú na zvýšený výskyt porúch osobnosti z klastra B u hráčov (*Fernández-Montalvo et Echeburúa, 2004; Kruegelbach et al., 2006*), čo je spájané hlavne so zvýšenou impulzivitou typickou pre tento klaster. Tak ako som predpokladala, i v mojej štúdiu boli najčastejšie zastúpené poruchy osobnosti z klastra B, pričom 48% hráčov splňalo diagnostické kritériá pre aspoň jednu z porúch osobnosti z tohto klastra. Pre niektorú poruchu z klastra C splňalo kritériá 14% a pre niektorú poruchu osobnosti z klastra A 12% hráčov. Tieto výsledky poukazujú na výrazne vyšší výskyt porúch osobnosti z klastra B u patologických hráčov oproti

bežnej populácii, kde sa uvádza výskyt od 1,5 – 6,1% ľudí (Crawford *et al.*, 2005; Lenzenweger *et al.*, 1997; Lenzenweger *et al.* 2007; Samuels *et al.*, 2002). U ostatných klastrov som taký výrazný rozdiel oproti výskytu v bežnej populácii neznamerala. V bežnej populácii sú diagnostikované poruchy osobnosti z klastra A u približne 2,1 – 6,8% ľudí a klastra C u 2,6 – 10,6% (Crawford *et al.*, 2005; Lenzenweger *et al.*, 1997; Samuels *et al.*, 2002).

Čo sa týka zastúpenia jednotlivých typov porúch osobnosti, tak ako som predpokladala na základe dostupných literárnych zdrojov, v sledovanom súbore bola najčastejšie diagnostikovanou antisociálna porucha osobnosti, ktorej diagnostické kritériá spĺňalo 28% hráčov. Nasledovala hraničná porucha osobnosti, diagnostikovaná u 18% hráčov sledovaného súboru. Narcistickú poruchu osobnosti som diagnostikovala u 14% pacientov súboru. Kritériá pre obsedantnú poruchu osobnosti spĺňalo 12% hráčov súboru. Negativistická porucha osobnosti (pasívne-agresívna) bola diagnostikovaná rovnako u 12% hráčov. Paranoidnú poruchu osobnosti malo 8% hráčov. Rovnaké 4%-né zastúpenie mali histriónska, sebaneistá porucha osobnosti a bližšie nešpecifikovaná porucha osobnosti. Schizotypovú poruchu osobnosti som diagnostikovala u 2% hráčov. Závislú, depresívnu a schizoidnú poruchu osobnosti som u patologických hráčov sledovaného súboru nezistila (viď. obr. 2). Vysoký výskyt antisociálnej poruchy osobnosti je popisovaný vo viacerých štúdiách, pričom existuje výrazný rozptyl výsledkov. Zahraničné štúdie uvádzajú výskyt AsPO od 14,5% (Steel *et Blaszczyński*, 1998) až po 40% (Bland *et al.*, 1993) patologických hráčov. Moje výsledky zapadajú do tohto rozpätia, sú porovnateľné napríklad s výsledkami Steela a Blaszczyńského (1998), ktorí prezentovali 29%-ný výskyt tejto poruchy osobnosti u ambulantne liečených hráčov. V bežnej populácii sa uvádza výskyt AsPO 1,4% – 3,61% (Grant, Hasin *et al.*, 2004; Lenzenweger *et al.* 2007) a teda na základe získaných výsledkov by sa dalo konštatovať, že u patologických hráčov je významne vyšší výskyt komorbídnej AsPO v porovnaní s jej výskytom v bežnej populácii. Zahraničné práce dokumentujú výskyt hraničnej poruchy osobnosti u približne 14 – 16% patologických hráčov (Fernández-Montalvo *et Echeburúa*, 2004; Sáez-Abad *et Bertolín-Guillén*, 2008), čo je zhruba porovnateľné s mojimi výsledkami.

Zaujímavým zistením je, že u pacientov, hospitalizovaných opakovane pre recidívu hrania, bol výskyt porúch osobnosti takmer 78%, kým u prvohospitalizovaných patologických hráčov som diagnostikovala poruchu osobnosti u cca 60,5%. Tento na prvý pohľad výrazný rozdiel v uvedených dvoch podskupinách hráčov sa po štatistickom spracovaní síce neukázal ako štatisticky významný ($p = 0,6590$), k čomu ale mohli do veľkej miery prispieť výrazné rozdiely vo veľkosti súborov ($n = 9$ vs. $n = 38$). Relatívne vysoký rozdiel vo výskyte porúch osobnosti medzi súbormi hráčov na prvoliečbe a recidivujúcich hráčov naznačuje, že komorbídna porucha osobnosti by mohla predstavovať negatívny prediktor prognózy a mohla by byť potenciálnym rizikovým faktorom pre vznik recidív u hráčov. U abstínujúcich hráčov na posilňovacej liečbe bola porucha osobnosti diagnostikovaná len u 33,3% hráčov, no vzhľadom na nízke celkové zastúpenie pacientov v tejto skupine ($n = 3$) nie je možné zo získaného výsledku vyvodzovať všeobecne platné závery.

Ďalším zaujímavým zistením je, že v súbore pacientov s recidívou hráčstva som diagnostikovala antisociálnu poruchu osobnosti u 55,6% hráčov, čo je takmer dvojnásobný výskyt

pri porovnaní s celkovým súborom. V súbore hráčov, ktorý boli na prvej protihráčskej liečbe som antisociálnu poruchu diagnostikovala u 23,7%. Výsledky naznačujú, že komorbídna antisociálna porucha osobnosti by mohla predstavovať rizikový faktor pre vznik recidív patologického hráčstva.

V práci som sledovala aj vplyv komorbídnej poruchy osobnosti a iných faktorov na závažnosť hrania. Na sledovanie miery závažnosti hrania síce vo svete existuje niekoľko vhodných škál, no keďže na Slovensku nemáme dostupné ich oficiálne slovenské štandardizované verzie, použila som na vyjadrenie závažnosti hrania počet DSM-IV diagnostických kritérií patologického hráčstva a rozhodla som sa využiť i doteraz málo známy Banskobystrický dotazník patologického hráčstva – BBDPH. Jedným z cieľov výskumu bolo zároveň preveriť validitu a reliabilitu Banskobystrického dotazníka patologického hráčstva, nakoľko tento dotazník nie je bežne v klinickej praxi používaný a štandardizovaný. Tento dotazník bol vyvinutý na banskobystrickom Protihráčskom oddelení a pre jeho využitie som sa rozhodla nielen z dôvodu určitého „lokalpatriotizmu“, ale i pre potrebu uviesť do praxe na Slovensku validný a spoľahlivý diagnostický nástroj, slúžiaci na zachytenie miery hráčskej patológie. V rámci zisťovania validity dotazníka som v mojej práci preverila koreláciu závažnosti hrania, vyjadrenej prostredníctvom skóre v BBDPH, so závažnosťou hrania, vyjadrenou prostredníctvom počtu splnených diagnostických kritérií patologického hráčstva podľa DSM-IV. Skóre BBDPH signifikantne korelovalo s počtom splnených diagnostických kritérií podľa DSM-IV ($r = 0,73$). Reliabilitu som preverovala prostredníctvom tzv. rozpoľovania súboru (split-half reliabilita), kde som zistila tiež signifikantne významnú koreláciu ($r = 0,7979$). Vnútorňú konzistenciu BBDPH som určila pomocou Cronbachovho alfa, ktoré bolo 0,861879729, čím sa aj na základe počtu otázok potvrdila veľmi dobrá reliabilita dotazníka. Na základe získaných výsledkov si myslím, že BBDPH predstavuje užitočný a spoľahlivý nástroj pre určovanie závažnosti patologického hráčstva a verím, že nájde svoje uplatnenie v klinickej praxi na Slovensku. Vzhľadom na veľkosť sledovaného súboru bude na dôkladnejšie preverenie reliability a validity dotazníka potrebný ďalší výskum.

Výška hráčskych dlhov sa neukazuje byť spoľahlivým ukazovateľom závažnosti hrania. Výška dlhov v sledovanom súbore hráčov nekorelovala signifikantne so závažnosťou hrania, vyjadrenou prostredníctvom skóre BBDPH ($r = 0,15$), ani prostredníctvom počtu splnených DSM diagnostických kritérií ($r = 0,21$). Na prvý pohľad relatívne veľký rozdiel medzi výškou dlhov v skupine hráčov s poruchou osobnosti a bez nej (53 0480 vs 311 850 SKK), sa po štatistickej analýze ukázal byť však nesignifikantný ($p = 0,2794$). Ani podľa výsledkov zahraničných štúdií sa výška dlhov neukazuje byť spoľahlivým ukazovateľom závažnosti hrania (Pietrzak et Petry, 2005). Pri porovnaní korelácie hráčskych dlhov a skóre v dotazníku SOGS sa zistila len nesignifikantná korelácia ($p > 0,05$) (Tang et al., 2010).

V súvislosti s negatívnym vplyvom na mieru závažnosti patologického hráčstva sa sledovalo viacero faktorov. Existujú hypotézy, že komorbídna porucha osobnosti u hráčov môže ovplyvňovať závažnosť hráčstva, zhoršovať výsledky liečby, či zvyšovať riziko recidív hrania. Výsledky štúdií zo sveta, sledujúce koreláciu medzi závažnosťou hráčstva a komorbídnou poruchou osobnosti, sú rôzne. Niektoré práce, podobne ako moja štúdia, signifikantný vzťah

medzi prítomnou poruchou osobnosti u patologických hráčov a závažnosťou hrania nepotvrdili (Odlaug et al., 2012). Naproti tomu Fernández-Montalvo so spolupracovníkmi (2004) zistili, že komorbídna porucha osobnosti je asociovaná s vyššou mierou hráčskej patológie a tiež s vážnejšou anxiétou, depresiou a zneužívaním návykových látok.

Moja hypotéza, že komorbídna porucha osobnosti zvyšuje závažnosť hráčskej patológie sa v sledovanom súbore nepotvrdila. Signifikantné rozdiely skóre BBDPH medzi hráčmi s poruchou osobnosti a bez nej sa v mojej štúdií nepreukázali ($p = 0,7351$). Rovnako som preverila i vzťah medzi závažnosťou hrania, vyjadrenou pomocou počtu splnených diagnostických kritérií podľa DSM-IV a komorbídnou poruchou osobnosti. Ani s použitím DSM-IV kritérií som nezistila signifikantný rozdiel v závažnosti hrania v skupine s poruchou a bez poruchy osobnosti ($p = 0,9251$). Tieto výsledky mohli súvisieť jednak s veľkosťou sledovaného súboru, jednak je možné, že celkové skóre nemocnične liečených patologických hráčov je vo všeobecnosti vyššie, ako u hráčov neliečených alebo ambulantne liečených, a teda sa markantný rozdiel v skóre BBDPH nepodarilo zachytiť.

Zaujímavým zistením však bolo, že u skupiny hráčov s antisociálnou poruchou osobnosti, bolo skóre BBDPH signifikantne vyššie oproti skupine hráčov bez poruchy osobnosti ($p = 0,0398$). Tým sa potvrdila moja hypotéza, že komorbídna antisociálna porucha osobnosti zvyšuje závažnosť patologického hráčstva. Na základe výsledkov by sa dalo predpokladať, že komorbídna antisociálna porucha osobnosti nepriaznivo vplyva na priebeh patologického hráčstva, nakoľko negatívne ovplyvňuje celkovú mieru závažnosti poruchy.

V populáciách liečených i neliečených hráčov sú popisované časté komorbídne psychické poruchy a to hlavne zo skupiny látkových závislostí, ale i depresívne a anxiózne poruchy. Analýza jedenástich randomizovaných štúdií, zameraných na výskyt komorbídnych diagnóz u hráčov, poukázala na vysokú prevalenciu nikotínovej závislosti (60,1%), závislosti od návykových látok (57,5%), porúch nálady (37,9%) a rôznych typov úzkostných porúch (37,4%) (Lorains et al., 2011). V mojej štúdií som okrem porúch spôsobených užívaním psychoaktívnych látok, kde som zistila porovnateľné výsledky so štúdiami zo sveta, dokumentovala komorbídnu psychiatrickú diagnózu u podstatne nižšieho percenta patologických hráčov. Relatívne nízky výskyt depresívnych a úzkostných porúch v štúdií komorbidity u hráčov na Slovensku dokumentoval i Benkovič a kolektív (2012), pričom uvádzajú 23,6%-ný výskyt komorbídnej závislosti od alkoholu, 85,5%-ný výskyt nikotinizmu, depresívnu poruchu malo v anamnéze zistenú 9,1% hráčov a niektorú z anxiózných porúch 7,3%. Zistenie nízkeho výskytu komorbídnych diagnóz v sledovanom súbore mohol byť do určitej miery dôsledkom faktu, že dekompenzácia inej psychickej poruchy bola vylučovacím kritériom zaradenia do výskumu, ako aj relatívne malého počtu hráčov v sledovanom súbore.

V mojom výskume bol najčastejší výskyt porúch, spôsobených užívaním psychoaktívnych látok. V sledovanom súbore bolo 58% fajčiarov. Pre diagnózu syndrómu závislosti od alkoholu (F10.2) bolo v minulosti liečených 14% hráčov, ďalších 18% hráčov udávalo pravidelné užívanie alkoholu, spĺňajúce kritériá F10.1. Pravidelné užívanie marihuany priznalo 12% hráčov, ďalších 36% hráčov malo aspoň experimentálne skúsenosti s užívaním kanabinoïdov. Z ostatných návykových látok 6% hráčov uviedlo pravidelné užívanie kokainu, 4% pervitínu,

od heroínu boli závislé 2% hráčov. Experimentovanie s inými drogami uviedlo 10% hráčov (extáza, LSD, durman a i.). Výskyt ostatných komorbídnych diagnóz bol v sledovanom súbore v porovnaní s výsledkami štúdií zo sveta relatívne nízky. Na poruchu z okruhu schizofrénie sa anamnesticky liečilo 6% pacientov (schizofrénia, schizoafektívna porucha, akútna prechodná psychotická porucha podobná schizofrénii), v minulosti depresívnu epizódu prekonal 4% hráčov, bipolárnu afektívnu poruchu uviedli v anamnéze 2% hráčov, pre adaptačnú poruchu boli v minulosti sledované 2% hráčov.

U hráčov býva popisovaný i častý výskyt suicidálnych ideácií a suicidálnych pokusov. Niektoré práce uvádzajú výskyt suicidálnych pokusov až u 26,8% hráčov vs. 7,2% ľudí bez hráčskych problémov (*Ladouceur et al., 1994*). V súbore 164 členov Gamblers Anonymous až 48% hráčov referovalo o suicidálnych ideáciách a 13% z nich malo v anamnéze suicidálny pokus (*Frank et al., 1991*). V mojej štúdií referovalo o suicidálnych proklamáciách alebo suicidálnom pokuse v anamnéze 32% hráčov.

Komorbídna psychiatrická anamnéza podľa viacerých autorov zvyšuje závažnosť patologického hráčstva (*Brewer et al., 2010; Duhiq et al., 2007; Ibáñez et al., 2001*). V mojom výskume sa však táto hypotéza nepotvrdila. Závažnosť hrania, vyjadrená prostredníctvom skóre v BBDPH nebola signifikantne vyššia v súbore hráčov s komorbídnou psychiatrickou diagnózou (okrem poruchy osobnosti) ako v súbore hráčov bez takejto komorbidity ($p = 0,1848$). Takýto výsledok mohol byť do istej miery ovplyvnený vylúčením pacientov s akútnou epizódou psychiatrickej poruchy zo štúdie.

V štúdií som sledovala i rodinnú anamnézu hráčov so zameraním hlavne na výskyt látkových závislostí. Výsledky viacerých prác podporujú hypotézu, že nelátkové závislosti môžu mať genetický vzťah so závislosťami látkovými, nakoľko sa zistil zvýšený výskyt závislosti od alkoholu aj iných psychoaktívnych látok v rodinných štúdiách i štúdiách dvojčiat u patologických hráčov (*Black et al., 2006; Slutske et al., 2000*). V sledovanom súbore spolu 54% hráčov uviedlo v rodinnej anamnéze niektorú z látkových či nelátkových závislostí. U 50% hráčov sa v rodinnej anamnéze vyskytol syndróm závislosti od alkoholu, v 28%-tách bol závislý od alkoholu niektorý z rodičov hráča, u 8% niektorý zo starých rodičov. Patologické hráčstvo som v sledovanom súbore zistila v rodinnej anamnéze len u jedného hráča (2%).

U patologických hráčov je často popisovaná trestná činnosť a to predovšetkým v súvislosti so získavaním prostriedkov na hru. DSM-IV zahŕňala v rámci diagnostických kritérií i kritérium ilegálnej činnosti asociovej s hraním. V DSM-5 bolo toto kritérium vynechané, nakoľko výskumy poukazovali na malý vplyv tohto kritéria na celkové určenie diagnózy patologického hráčstva. V sledovanom súbore bolo v minulosti trestne stíhaných 22% hráčov, konkrétnejšie bolo 20% hráčov súboru stíhaných pre majetkovú trestnú činnosť, len 2% hráčov boli v minulosti stíhané pre násilnú trestnú činnosť. Jednalo sa prevažne o trestné činy v súvislosti so získavaním prostriedkov na hru, ako je sprenevera, úverové podvody, krádeže a pod. Až 42% hráčov v sledovanom súbore priznalo nečestné či nelegálne získavanie prostriedkov na hru počas ich hráčskej kariéry. Zistené výsledky poukazujú na o niečo nižší výskyt trestnej činnosti u hráčov sledovaného súboru oproti údajom zahraničných autorov. Podľa výsledkov

zahraničných prác až 58% problémových hráčov spáchalo trestný čin v súvislosti s hraním a 21% hráčov spáchalo trestný čin nesúvisiaci s hráčstvom (*Blaszczynski et al., 1997*). 55% hráčov z Gamblers Anonymous bolo zapletených do kriminálnych aktivít v súvislosti so získaním prostriedkov na hru (*Meyer et Fabian, 2005*). V mojej štúdií bola zistená významná korelácia medzi trestnou činnosťou a vzdelaním ($r = 0,43$), pričom u hráčov so ZŠ vzdelaním bola až 100% (avšak $n = 2$) a s mierne stúpajúcim trendom u zvyšných kategórií od 13 po 25% (obr. 1). Signifikantne významný rozdiel bol v skóre BBDPH medzi trestne stíhanými a nestíhanými pacientmi v neprospech trestne stíhaných patologických hráčov ($p = 0,0166$, obr. 6).

Z ostatných faktorov, negatívne vplyvujúcich na závažnosť hrania, som zistila významný vzťah medzi závažnosťou hrania a stupňom dosiahnutého vzdelania ($r = 0,42$). Vzťah medzi stupňom dosiahnutého vzdelania a závažnosťou hrania však nebol lineárny. Najzávažnejšiu hráčsku symptomatiku, vyjadrenú prostredníctvom skóre BBDPH, vykazovali hráči so základným vzdelaním, najnižšiu hráči so stredoškolským vzdelaním bez maturity (obr. 5). Na závažnosť hrania mala negatívny vplyv i trestná činnosť v anamnéze pacienta. Ako už bolo spomenuté významný rozdiel bol v skóre BBDPH medzi trestne stíhanými hráčmi a pacientami bez ilegálnej činnosti v anamnéze ($p = 0,0166$, obr. 6).

Na základe výsledkov vlastného výskumu, ako aj na základe štúdia mnohých literárnych zdrojov, som dospela k názoru, že vyšetrenie osobnosti patologických hráčov resp. jej jednotlivých dimenzií je dôležité pre plánovanie terapeutických stratégií a individuálny prístup k liečbe každého hráča. I keď existuje nedostatok štúdií, ktoré by sledovali výsledky liečby u hráčov s komorbídnou poruchou osobnosti, alebo tiež účinnosť jednotlivých terapeutických prístupov, niektoré výsledky naznačujú, že osobnostná patológia môže nielen zhoršovať priebeh hráčskej poruchy, ale zvyšovať i tendenciu k predčasnému ukončeniu liečby a tiež zvyšovať riziko recidív. Keďže sa na Slovensku a tiež v iných krajinách v liečbe patologických hráčov využíva hlavne skupinová psychoterapia, v skupine sa stretnú hráči s veľmi rozdielnou mierou závažnosti hrania, odlišnou osobnostnou patológiou, či inou psychopatológiou a takýto univerzálny prístup nemusí byť terapeuticky dostačujúci pre všetkých hráčov. Preto považujem za užitočné rozdelenie patologických hráčov podľa sprievodnej osobnostnej, či inej psychopatológie na tri subtypy, tak ako ich popisujú Blaszczynski a Nower (2002) vo svojom modeli vzniku patologického hráčstva, pričom existencia týchto rozdielnych subpopulácií hráčov bola opakovane potvrdená viacerými štúdiami (*MacLaren et al., 2011*). Zdá sa, že jednotlivé subtypy patologických hráčov by mohli viac profitovať z odlišných terapeutických prístupov. Výsledky niektorých štúdií naznačujú, že emočne labilní a hlavne impulzívni, antisociálni hráči vyžadujú intenzívnejšiu terapiu oproti hráčom behaviorálnym (*Ledgerwood et Petry, 2010*). Aj na základe výsledkov môjho výskumu je možné považovať komorbídnou antisociálnu poruchu osobnosti (často prítomnú u impulzívneho subtypu hráčov) za negatívny prediktor prognózy patologického hráčstva. Na hlbšie pochopenie vplyvu osobnostnej patológie na vznik, vývoj, priebeh a výsledky liečby patologického hráčstva je potrebný ďalší výskum. Racionalizáciou terapeutických prístupov, s prihliadaním k individualite každého hráča, by sa liečba patologického hráčstva mohla stať úspešnejšou.

Za limitáciu interpretácie výsledkov mojej štúdie považujem absenciu kontrolného súboru z bežnej populácie a tiež relatívne malý počet patologických hráčov v sledovanom súbore ($n = 50$). Vzhľadom na fakt, že sledovaný súbor tvorili len hospitalizovaní hráči, je možné že u hráčov, ktorí sú liečení ambulantne alebo v skupine hráčov, ktorí nikdy odbornú pomoc nevyhľadali, by bolo možné zaznamenať rozdiely vo výskyte komorbídnych porúch osobnosti. Tiež sa dá predpokladať rozdielne zastúpenie jednotlivých porúch osobnosti v súboroch liečených a neliečených hráčov. U hospitalizovaných hráčov sa dá hypoteticky predpokladať i vyššia miera závažnosti hrania oproti pacientom, ktorí potrebu liečby nepociťujú resp. ju odmietajú. Tento fakt mohol prispieť k tomu, že sa nepodarilo preukázať rozdiely v miere závažnosti hrania u pacientov s poruchou a bez poruchy osobnosti. Ďalším limitom interpretácie výsledkov štúdie je, že výsledky poukazujú na zvýšený výskyt porúch osobnosti u mužskej populácie patologických hráčov, pričom predpokladám určité rozdiely vo výskyte porúch osobnosti a hlavne v zastúpení jednotlivých typov u žien s diagnózou patologického hráčstva.

ZÁVER

Úlohe osobnostných faktorov, či priamo komorbídnej poruchy osobnosti pri patologickom hráčstve, sa venovalo množstvo prác. Existuje viacero hypotéz ohľadom vplyvu osobnosti na vznik, rozvoj a priebeh patologického hráčstva. Porucha osobnosti, resp. niektoré osobnostné črty, môžu predstavovať určitú vulnerabilitu pre rozvoj hráčskej, či látkovej závislosti a môžu mať tiež vplyv na jej udržiavanie a výsledky liečby. Iné teórie pracujú s hypotézou, že patologické hráčstvo, prípadne látkové závislosti a tiež prejavy osobnostnej patológie, môžu byť manifestáciou spoločnej základnej poruchy. Napokon ostáva hypotéza, že časť z osobnostnej patológie môže predstavovať zmeny osobnosti, spôsobené samotným patologickým hráčstvom, podobne ako je možné pozorovať zmeny osobnosti u pacientov s látkovými závislosťami. Aj na antisociálne správanie, často asociované s patologickým hráčstvom, sú nejednotné názory. Väčšina autorov sa prikláňa k názoru, že antisociálne prejavy nie sú len jednoduchým dôsledkom hrania a potreby získavať naň prostriedky, ale minimálne u určitého subtypu hráčov môžu spoločne s hráčstvom predstavovať manifestáciu spoločných základných osobnostných črt.

Z pohľadu charakterových a temperamentových vlastností, u hráčov viacero autorov dokumentuje najmä zvýšené skóre vyhľadávania nového, vyhýbania sa ohrozeniu a vysoké skóre impulzivity, ako aj znížené skóre sebakontroly, spolupráce a sebatranscendencie. Z pohľadu 5-faktorového modelu osobnosti je u hráčov popisované zvýšené skóre neuroticizmu (emočnej nestability), nízke skóre otvorenosti, vysoké skóre impulzivity a zvýšené skóre extravenzie, ktoré je možné považovať za prediktory patologického hráčstva. Zdá sa tiež, že osobnostné rysy, spojené s akceptovaním rizika hrajú dôležitú úlohu v problémovom hráčstve, celkovej hráčskej zaangažovanosti, ako aj v antisociálnom správaní.

Čo sa týka výskytu porúch osobnosti, existujú medzi rôznymi štúdiami výrazné rozdiely a to jednak v závislosti od charakteristík sledovaného súboru, ako aj výberu diagnostických metód. Výsledky dokumentujú výskyt porúch osobnosti v súboroch liečených hráčov od 25% (*Spicker et al., 1996*) až po 93% (*Blaszczyński et Steel, 1998*). Najviac diskutovanými v súvislosti s patologickým hráčstvom sú antisociálna, hraničná, narcistická a obsedantne-kompulzívna porucha osobnosti. Viaceré štúdie popisujú negatívny vplyv komorbídnej poruchy osobnosti a tiež zvýšenej impulzivity a vyhľadávania nového na priebeh hráčskej poruchy. Existujú však i štúdie, ktoré vplyv komorbídnej poruchy osobnosti na závažnosť hrania nepotvrdili. V závislosti od osobnostnej patológie, ako i komorbídnej inej psychopatológie, je podľa viacerých prác možné hráčov rozdeliť na tri hlavné subtypy, a to na hráčov behaviorálnych, emočne vulnerabilných a antisociálnych, impulzívnych (*Blaszczyński et Nower, 2002*). Existujú hypotézy, že jednotlivé subtypy hráčov by mohli profitovať z rôznych terapeutických prístupov.

Tretiu kapitolu mojej práce som venovala prezentovaniu výsledkov vlastného výskumu, ktorý som realizovala na protihráčskom oddelení v Banskej Bystrici. Cieľom výskumu bolo zistenie výskytu porúch osobnosti v súbore 50-tich liečených hráčov pomocou Štrukturovaného klinického interview pre DSM-IV – SKID-II, ako aj zastúpenie jednotlivých porúch osobnosti v sledovanom súbore. Zároveň som sledovala vplyv komorbídnej poruchy osobnosti na zá-

važnosť hrania. Zaujímali ma tiež iné rizikové faktory, ktoré by mohli mať vplyv na závažnosť hrania a to najmä komorbídna látková závislosť, ako aj iné komorbídne psychiatrické diagnózy. V mojej štúdii som diagnostikovala najmenej jednu z porúch osobnosti u 62% hráčov sledovaného súboru, čo predstavuje približne 4 – 6 × vyšší výskyt porúch osobnosti oproti bežnej populácii. V sledovanom súbore boli najčastejšie diagnostikované poruchy osobnosti z klastra B a to u 48% hráčov. U hráčov sledovaného súboru som diagnostikovala antisociálnu poruchu osobnosti u 28% a hraničnú poruchu osobnosti u 18%. Treťou najčastejšie diagnostikovanou bola narcistická porucha osobnosti, zistená u 14% hráčov súboru. U hráčov s recidívou hrania bola porucha osobnosti diagnostikovaná častejšie ako u hráčov na prvej režimovej liečbe (78% vs. 60,5%). I keď sa tento rozdiel po štatistickom spracovaní neukázal byť významný, k čomu mohli významne prispieť značné rozdiely vo veľkosti podsúborov, výsledky naznačujú možný negatívny vplyv komorbídnej poruchy osobnosti na riziko recidív u patologických hráčov.

Hypotéza, že komorbídna porucha osobnosti vplyva na závažnosť hrania, sa v mojom výskume nepotvrdila. Závažnosť hrania, vyjadrená prostredníctvom skóre v Banskobystrickom dotazníku patologického hráčstva (BBDPH), ani prostredníctvom počtu splnených diagnostických kritérií patologického hráčstva podľa DSM-IV, nebola významne vyššia v skupine hráčov s komorbídnou poruchou osobnosti, v porovnaní so skupinou bez poruchy osobnosti. Nakoľko som si na určovanie miery závažnosti hráčstva zvolila Banskobystrický dotazník patologického hráčstva (BBDPH), ktorý nie je v klinickej praxi bežne využívaný, v rámci výskumu som sa snažila overiť jeho validitu preverením jeho korelácie s diagnostickými kritériami podľa DSM-IV. Závažnosť hrania, vyjadrená prostredníctvom skóre v BBDPH významne korelovala s mierou závažnosti, vyjadrenou pomocou počtu DSM kritérií ($r = 0,73$). Reliabilitu BBDPH som zisťovala rozpoľovaním súboru, kde som zistila významnú koreláciu ($r = 0,7979$), a teda sa preukázala veľmi dobrá reliabilita i homogénnosť tohto výskumného nástroja. I hodnotenie vnútornej konzistencie BBDPH pomocou Cronbachovho alfa potvrdilo veľmi dobrú reliabilitu dotazníka. Na základe získaných výsledkov si myslím, že BBDPH predstavuje užitočný a spoľahlivý nástroj pre určovanie závažnosti patologického hráčstva a verím, že nájde svoje uplatnenie v klinickej praxi na Slovensku.

Jediná porucha osobnosti, u ktorej som potvrdila vplyv na závažnosť hráčskej patológie, bola porucha antisociálna. Pacienti s komorbídnou antisociálnou poruchou osobnosti vykazovali významne vyššiu závažnosť hrania oproti skupine bez poruchy osobnosti. Negatívny vplyv komorbídnej antisociálnej poruchy osobnosti na závažnosť hrania, ako aj výrazne vyšší výskyt tejto poruchy v skupine hráčov liečených pre recidívu naznačujú, že antisociálna porucha osobnosti by mohla predstavovať rizikový faktor vo vzťahu k recidívam patologického hrania. Na závažnosť hráčskej poruchy mali vplyv i anamnéza trestnej činnosti a úroveň vzdelania. V mojej štúdii sa nepotvrdila ani hypotéza, že iná komorbídna psychiatrická diagnóza negatívne vplyva na celkovú mieru závažnosti hrania. Výsledky výskumu ďalej poukazujú na vysoký výskyt látkových závislostí v rodinnej anamnéze patologických hráčov, čo podporuje hypotézu o spoločných genetických mechanizmoch pri látkových a nelátkových závislostiach.

Na základe štúdia mnohých literárnych zdrojov, ako aj na základe výsledkov vlastného výskumu, som dospela k názoru, že dôsledné vyšetrenie osobnosti hráča, resp. jej jednotlivých dimenzií, je potrebné pre plánovanie liečebných postupov. Vzhľadom k faktu, že režimová liečba patologického hráčstva je na Slovensku realizovaná prevažne formou skupinovej psychoterapie, bolo by zrejme utópiou očakávať „šitie terapie na mieru“ pre každého jednotlivého hráča. Z klinickej perspektívy sa zdá vhodnejšie rozdelenie hráčov na spomínané tri základné subtypy podľa sprievodnej osobnostnej patológie a psychiatrickej komorbidity. Takéto rozdelenie ponúka cestu k možnému rozdielnemu manažmentu pacientov jednotlivých subtypov a k zváženiu výberu odlišných terapeutických stratégií a intervencií. Na hlbšie pochopenie vplyvu osobnostnej patológie na vznik, vývoj, priebeh a výsledky liečby patologického hráčstva, ako aj na posúdenie úspešnosti rôznych terapeutických stratégií, je potrebný ďalší výskum. Racionalizáciou terapeutických prístupov, s prihliadaním k individualite každého hráča, by sa liečba patologického hráčstva mohla stať úspešnejšou.



ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. Abot, M. – Palmisano, B. – Dickerson, M. 1995. Video game playing, dependency and delinquency: a question of methodology? In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1995, roč. 11, č. 3, s. 287-301.
2. Adcock, R. A. – Thangavel, A. – Whitfield-gabrieli, S. et al. 2006. Reward-motivated learning: mesolimbic activation precedes memory formation. In *Neuron*. ISSN 0896-6273, 2006, roč. 50, č. 3, s. 507-517.
3. Alegria, A. – Bernardi, S. – Blanco, C. 2010. Pathological gambling: obsessive-compulsive disorder or behavioral addiction? In *Revista Colombiana de psiquiatría*. ISSN 0034-7450, 2010, roč. 39, suppl. 1, s. 133-142.
4. Alessi, S. M. – Petry, N. M. 2003. Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. In *Behavioral processes*. ISSN 0376-6357, 2003, roč. 64, č. 3, s. 345-354.
5. Álvarez-Moya, E. M. – Jiménez-Murcia, S. – Aymamí, M. N. et al. 2010. Subtyping study of a pathological gamblers sample. In *Canadian journal of psychiatry*. ISSN 0706-7437, 2010, roč. 55, č. 8, s. 498-506.
6. Álvarez-Moya, E. M. – Ochoa, C. – Jiménez-Murcia, S. et al. 2011. Effect of executive functioning, decision-making and self-reported impulsivity on the treatment outcome of pathological gambling. In *Journal of psychiatry and neuroscience*. ISSN 1180-4882, 2011, roč. 36, č. 3, s. 165-175.
7. Anholt, G. E. – Emmekamp, P. M. – Cath, D. C. et al. 2004. Do patients with OCD and pathological gambling have similar dysfunctional cognitions? In *Behavioral research and therapy*. ISSN 0005-7967, 2004, roč. 42, č. 5, s. 529-537.
8. Bagby, R. M. – Vachon, D. D. – Bulmash, E. et al. 2008. Personality disorders and pathological gambling: a review and re-examination of prevalence rates. In *Journal of personality disorders*. ISSN 0885-579X, 2008, roč. 22, č. 2, s. 191-207.
9. Bagby, R. M. – Vachon, D. D. – Bulmash, E. et al. 2007. Pathological gambling and the five-factor model of personality. In *Personality and individual differences*. ISSN 0191-8869, 2007, roč. 43, č. 4, s. 873-880.
10. Barry, D. T. – Stefanovics, E. A. – Desai, R. A. et al. 2010. Differences in the associations between gambling problem severity and psychiatric disorder among black and white adults: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. In *American journal of addictions*. ISSN 1521-0391, 2010, roč. 20, č. 1, s. 69-77.
11. Barry, D. T. – Stefanovics, E. A. – Desai, R. A. et al. 2011. Gambling problems and severity and psychiatric disorders among Hispanic and white adults: findings from a nationally representative sample. In *Journal of psychiatry research*. ISSN 0022-3956, 2011, roč. 45, č. 3, s. 404-411.
12. Bazargan, M. – Bazargan, S. – Akanda, M. 2001. Gambling habits among African Americans. In *Clinical gerontologist*. ISSN 0731-7115, 2001, roč. 22, č. 3-4, s. 51-62.
13. Beaudoin, C. M. – Cox, B. J. 1999. Characteristics of problem gambling in a Canadian context: a preliminary study using a DSM-IV-based questionnaire. In *Canadian journal of psychiatry*. ISSN 0706-7437, 1999, roč. 44, č. 5, s. 483-487.
14. Bechara, A. 2003. Risky business: emotion, decision-making, and addiction. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2003, roč. 19, č. 1, s. 23-51.
15. Benjamin, J. L. – Greenberg, B. D. – Murphy, D. L. et al. 1996. Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of novelty seeking. In *Nature genetics*. ISSN 1061-4036, 1996, roč. 12, č. 1, s. 81-84.
16. Benkovič, J. – Martinove, M. 2011. Patologické hráčstvo, odporúčané postupy. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1335-9584, 2011, roč. 12, č. 4, s. 149-153.
17. Benkovič, J. – Mišurďová, J. – Grossmann, J. 2012. Niektoré typy závislostí a ich najčastejšie psychické komorbídne poruchy. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1335-9584, 2012, roč. 13, č. 1, s. 21-24.
18. Bergen, A. E. – Newby-Clark, I. R. – Brown, A. 2012. Low trait self-control in problem gamblers: evidence from self-report and behavioral measures. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2012, roč. 28, č. 4, s. 637-648.
19. Bergh, C. – Eklund, T. – Sodersten, P. et al. 1997. Altered dopamine function in pathological gambling. In *Psychological medicine*. ISSN 0033-2917, 1997, roč. 27, č. 2, s. 473-475.
20. Bienvenu, O. J. – Samuels, J. F. – Riddle, M. A. et al. 2000. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorder: results from a family study. In *Biological psychiatry*. ISSN 0006-3223, 2000, roč. 48, č. 4, s. 287-293.
21. Black, D. W. – Monahan, P. O. – Temkit, M. et al. 2006. A family study of pathological gambling. In *Psychiatry research*. ISSN 0165-1781, 2006, roč. 141, č. 3, s. 295-303.
22. Black, D. W. – Moyer, T. 1998. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. In *Psychiatric services*. ISSN 1075-2730, 1998, roč. 49, č. 11, s. 1434-1439.
23. Blanco, C. – Hasin, D. S. – Petry, N. et al. 2006. Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. In *Psychological medicine*. ISSN 0033-2917, 2006, roč. 36, č. 7, s. 943-953.
24. Blanco, C. – Potenza, M. N. – Suck, W. K. et al. 2009. A pilot study of impulsivity and compulsivity in pathological gambling. In *Psychiatry research*. ISSN 0165-1781, 2009, roč. 167, č. 1-2, s. 161-168.
25. Bland, R. C. – Newman, S. C. – Orn, H. et al. 1993. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. In *Canadian journal of psychiatry*. ISSN 0706-7437, 1993, roč. 38, č. 2, s. 108-112.

26. Blaszczynski, A. 1999. *Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders*. In Psychological reports. ISSN 0033-2941, 1999, roč. 84, č. 1, s. 107-113.
27. Blaszczynski, A. – McConaghy, N. 1988. *SCL-90 assesses psychopathology in pathological gamblers*. In Psychological reports. ISSN 0033-2941, 1988, roč. 62, č. 2, s. 547-552.
28. Blaszczynski, A. – McConaghy, N. 1989. *Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling*. In International journal of the addiction. ISSN 0020-773X, 1989, roč. 24, č. 4, s. 337-350.
29. Blaszczynski, A. – McConaghy, N. – Frankova, A. 1990. *Boredom proneness in pathological gambling*. In Psychological reports. ISSN 0033-2941, 1990, roč. 67, č. 1, s. 35-42.
30. Blaszczynski, A. – Nower, L. 2002. *A pathways model of problem and pathological gambling*. In Addiction. ISSN 0965-2140, 2002, roč. 97, č. 5, s. 487-499.
31. Blaszczynski, A. – Steel, Z. 1998. *Personality disorders among pathological gamblers*. In Journal of gambling studies. ISSN 1050-5350, 1998, roč. 14, č. 1, s. 51-71.
32. Blaszczynski, A. – Steel, Z. – McConaghy, N. 1997. *Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist*. In Addiction. ISSN 0965-2140, 1997, roč. 92, č. 1, s. 75-87.
33. Blaszczynski, A. – Wilson, A. C. – McConaghy, N. 1986. *Sensation seeking and pathological gambling*. In British journal of addiction. ISSN 0952-0481, 1986, roč. 81, č. 1, s. 113-117.
34. Blum, K – Braverman, E. R. – Holder, J. M. et al. 2000. *Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulse, addictive, and compulsive behaviors*. In Journal of psychoactive drugs. ISSN 0279-1072, 2000, roč. 32, suppl. i-iv, s. 1-112.
35. Bonnaire, C. – Bungener, C. – Varescon, I. 2009. *Subtypes of French pathological gamblers: comparison of sensation seeking, alexithymia and depression scores*. In Journal of gambling studies. ISSN 1050-5350, 2009, roč. 25, č. 4, s. 455-471.
36. Brewer, J. A. – Potenza, M. N. – Desai, R. 2010. *Differential associations between problem and pathological gambling and psychiatric disorders in individuals with and without alcohol abuse or dependence*. In CNS spectrum. ISSN 1092-8529, 2010, roč. 15, č. 1, s. 33-44.
37. Cavadini, P. – Riboldi, G. – Keller, R. et al. 2002a. *Frontal lobe dysfunction in pathological gambling*. In Biological psychiatry. ISSN 0006-3223, 2002, roč. 51, č. 4, s. 334-341.
38. Cavadini, P. – Riboldi, G. – D'Annuci, A. et al. 2002b. *Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcomes*. In Neuropsychologia. ISSN 0028-3932, 2002, roč. 40, č. 2, s. 205-211.
39. Clark, L. 2010. *Decision-making during gambling: an integration of cognitive and psychobiological approaches*. In Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences. ISSN 0962-8436, 2010, roč. 365, č. 1538, s. 319-330.
40. Clark, L. 2012. *Epidemiology and phenomenology of pathological gambling*. In Grant, J.E. et al. (eds.) *The Oxford handbook of impulse control disorders*. New York : Oxford University Press, 2012. 573 s. ISBN 9780195389715.
41. Clarke, D. 2006. *Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling*. In Personality and individual differences. ISSN 0191-8869, 2006, roč. 40, č. 1, s. 5-15.
42. Cloninger, C. R. 1994. *Temperament and personality*. In Current opinion in neurobiology. ISSN 0959-4388, 1994, roč. 4, č. 2, s. 266-273.
43. Cloninger, C. R. 1996. *Assessment of the impulsive-compulsive spectrum of behavior by the seven-factor model of temperament and character*. In Oldham, J. et al. (eds.) *Impulsivity and compulsivity*. Washington : American Psychiatric Press, 1996. 294 s. ISBN 0880486767.
44. Cloninger, C. R. – Svrakic, D. M. – Przybeck, T. R. 1993. *A psychobiological model of temperament and character*. In Archives of general psychiatry. ISSN 0003-990X, 1993, roč. 50, č. 12, s. 975-990.
45. Coid, J. – Yang, M. – Tyrer, P. et al. 2006. *Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain*. In British journal of psychiatry. ISSN 0007-1250, 2006, roč. 188, s. 423-431.
46. Comings, D. E. – Rosenthal, R. J. – Lesieur, H. R. et al. 1996. *A study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling*. In Pharmacogenetics. ISSN 0960-314X, 1996, roč. 6, č. 3, s. 223-234.
47. Coventry, K. R. – Norman, A. C. 1997. *Arousal, sensation seeking and frequency of gambling in off-course horse racing bettors*. In British journal of psychology. ISSN 0007-1269, 1997, roč. 88, č. Pt 4, s. 671-681.
48. Crawford, T. N. – Cohen, P. – Johnson, J. G. et al. 2005. *Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood*. In Journal of personality disorder. ISSN 0885-579X, 2005, roč. 19, č. 1, s. 30-52.
49. Crockford, D. N. – el-Guebaly, N. 1998. *Psychiatric comorbidity in pathological gambling: A critical review*. In Canadian journal of psychiatry. ISSN 0706-7437, 1998, roč. 43, č. 1, s. 43-50.
50. Cunningham-Williams, R. M. – Cottler, L. B. – Compton, W. M. et al. 1998. *Taking chances: problem gamblers and mental health disorders – results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area study*. In American journal of public health. ISSN 0090-0036, 1998, roč. 88, č. 7, s. 1093-1096.

51. Cunningham-Williams, R. M. – Cottler, L. B. – Compton, W. M. et al. 2000. *Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorder among drug users recruited from drug treatment and community settings*. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2000, roč. 16, č. 4, s. 347-376.
52. Cunningham-Williams, R. M. – Grucza, R. A. – Cottler, L. B. et al. 2005. *Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study*. In *Journal of psychiatric research*. ISSN 0022-3956, 2005, roč. 39, č. 4, s. 377-390.
53. DeCaria, C. – Hollander, E. – Grossman, R. et al. 1996. *Diagnosis, neurobiology and treatment of pathological gambling*. In *Journal of clinical psychiatry*. ISSN 0160-6689, 1996, roč. 57, suppl. 8, s. 80-83; discussion 83-84.
54. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 1994. 4th ed. Washington : American Psychiatric Association, 1994. 886 s. ISBN 0890420610.
55. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 2013. 5th ed. Washington : American Psychiatric Association, 2013. 991 s. ISBN 978-0-89042-554-1.
56. Dickman, S. J. 1990. *Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates*. In *Journal of personality and social psychology*. ISSN 0022-3514, 1990, roč. 58, č. 1, s. 95-102.
57. Duhig, A. M. – Maciejewski, P. K. – Desai, R. A. et al. 2007. *Characteristics of adolescent past-year gamblers and non-gamblers in relation to alcohol drinking*. In *Addictive behaviors*. ISSN 0306-4603, 2007, roč. 32, č. 1, s. 80-89.
58. Elman, I. – Becerra, L. – Tschibelu, E. et al. 2012. *Yohimbine-induced amygdala activation in pathological gamblers: a pilot study*. In *PLoS one*. ISSN 1932-6203, 2012, roč. 7, č. 2, s. 1-7.
59. Fernández-Montalvo, J. – Echeburúa, E. 2004. *Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE*. In *Journal of personality disorders*. ISSN 0885-579X, 2004, roč. 18, č. 5, s. 500-505.
60. Fisher, S. E. 1993. *Gambling and pathological gambling in adolescents*. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1993, roč. 9, č. 3, s. 169-184.
61. First, M.B. – Spitzer, R. L. – Gibbon, M. et al. 1995a. *The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part I: Description*. In *Journal of personality disorders*. ISSN 0885-579X, 1995, roč. 9, č. 2, s. 83-91.
62. First, M.B. – Spitzer, R. L. – Gibbon, M. et al. 1995b. *The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part II: Multi-site test-retest reliability study*. In *Journal of personality disorders*. ISSN 0885-579X, 1995, roč. 9, č. 2, s. 92-104.
63. Forbush, K. T. – Shaw, M. – Graeber, M. A. et al. 2008. *Neuropsychological characteristics and personality traits in pathological gambling*. In *CNS spectrum*. ISSN 1092-8529, 2008, roč. 13, č. 4, s. 306-315.
64. Frank, M. L. – Lester, D. – Wexler, A. 1991. *Suicidal behavior among members of gamblers anonymous*. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1991, roč. 7, č. 3, s. 249-255.
65. Gambino, B. – Fitzgerald, R. – Shaffer, H. et al. 1993. *Perceived family history of problem gamblers and scores on SOGS*. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1993, roč. 9, č. 2, s. 169-184.
66. GAVORA, P. a kol. 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk>. ISBN 978-80-223-2951-4
67. GA Twenty Questions [online] 2005. Los Angeles : Gamblers anonymous, s.a. [cit. 2014-07-14]. Dostupné na internete: <<http://www.gamblersanonymous.org/ga/content/20-questions>>.
68. George, S. – Murali, V. 2005. *Pathological gambling: an overview of assessment and treatment*. In *Advances in psychiatric treatment*. ISSN 1355-5146, 2005, roč. 11, č. 6, s. 450-456.
69. Giddens, J. L. – Xian, H. – Scherrer, J. F. et al. 2011. *Shared genetic contributions to anxiety disorders and pathological gambling in a male population*. In *Journal of affective disorders*. ISSN 0165-0327, 2011, roč. 132, č. 3, s. 406-412.
70. Giddens, J. L. – Stefanovics, E. – Pilver, C. E. et al. 2012. *Pathological gambling severity and co-occurring psychiatric disorders in individuals with and without anxiety disorders in a nationally representative sample*. In *Psychiatry research*. ISSN 0165-1781, 2012, roč. 199, č. 1, s. 58-64.
71. Gonzales-Ibanez, A. – Aymani, M.N. – Jimenez, S. et al. 2003. *Assessment of pathological gamblers who use slot machines*. In *Psychological reports*. ISSN 0033-2941, 2003, roč. 93, č. 3 Pt 1, s. 707-716.
72. Goudriaan, A. E. – Oosterlan, J. – de Beurs, E. et al. 2004. *Pathological gambling: a comprehensive review of biobehavioural findings*. In *Neuroscience and biobehavioral reviews*. ISSN 0149-7634, 2004, roč. 28, č. 2, s. 123-141.
73. Goudriaan, A. E. – Oosterlan, J. – de Beurs, E. et al. 2006. *Neurocognitive function in pathological gambling: a comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls*. In *Addiction*. ISSN 0965-2140, 2006, roč. 101, č. 4, s. 534-547.
74. Graham, J. R. – Lowenfeld, B. H. 1986. *Personality dimensions of the pathological gambler*. In *Journal of gambling behavior*. ISSN 0742-0714, 1986, roč. 2, č. 1, s. 58-66.
75. Grall-Bronnec, M. – Wainstein, L. – Augry, J. et al. 2011. *Attention deficit hyperactivity disorder among pathological and at-risk gamblers seeking treatment: a hidden disorder*. In *European addiction research*. ISSN 1022-6877, 2011, roč. 17, č. 5, s. 231-240.
76. Grant, B. F. – Hasin, D. S. – Stinson, F. S. et al. 2004. *Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. In *Journal of clinical psychiatry*. ISSN 0160-6689, 2004, roč. 65, č. 7, s. 948-958.

77. Grant, J. E. – Kim, S. W. 2006. Medication management of pathological gambling. In *Minnesota medicine*. ISSN 0026-556X, 2006, roč. 89, č. 9, s. 44-48.
78. Grant, J. E. – Mancebo, M. C. – Pinto, A. et al. 2006. Impulsive control disorders in adults with obsessive-compulsive disorder. In *Journal of psychiatric research*. ISSN 0022-3956, 2006, roč. 40, č. 6, s. 494-501.
79. Grant, J. E. – Odlaug, B. L. – Chamberlain, S. R. et al. 2012. Neurocognitive dysfunction in strategic and nonstrategic gamblers. In *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. ISSN 0278-5846, 2012, roč. 38, č. 2, s. 336-340.
80. Grant, J. E. – Potenza, M. N. 2004. Impulse control disorder: clinical characteristics and pharmacological management. In *Annals of clinical psychiatry*. ISSN 1040-1237, 2004, roč. 16, č. 1, s. 27-34.
81. Grant, J. E. – Potenza, M. N. – WeinSTEIN, A. et al. 2010. Introduction to behavioral addiction. In *American journal of drug and alcohol abuse*. ISSN 0095-2990, 2010, roč. 36, č. 5, s. 233- 241.
82. Grun, L. – McKeigue, P. 2000. Prevalence of excessive gambling before and after introduction of a national lottery in the United Kingdom: another example of the single distribution theory. In *Addiction*. ISSN 0965-2140, 2000, roč. 95, č. 6, s. 959-966.
83. Gupta, R. – Derevensky, J. 1998. Adolescent gambling behavior: a prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1998, roč. 14, č. 4, s. 319-345.
84. Heaven, P. C. L. 1996. Personality and self-reported delinquency: analysis of the „Big Five“ personality dimensions. In *Personality and individual differences*. ISSN 0191-8869, 1996, roč. 20, s. 47-54.
85. Hodgins, D. C. – Schopflocher, C. P. – Martin, C. R. et al. 2012. Disordered gambling among higher-frequency gamblers: who is at risk? In *Psychological medicine*. ISSN 0033-2917, 2012, roč. 42, č. 11, s. 2433-2444.
86. Hollander, E. 1997. Obsessive-compulsive disorder: the hidden epidemic. In *Journal of clinical psychiatry*. ISSN 0161-6689, 1997, 58, suppl. 12, s. 3-6.
87. Hollander, E. – DeCaria, C. M. – Mari, E. et al. 1998. Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling. In *American journal of psychiatry*. ISSN 0002-953X, 1998, roč. 155, č. 12, s. 1781-1783.
88. Horvath, A. T. – Misra, K. – Epner, A. K. et al. 2014. What causes gambling addiction? [online]. Louisville : Seven Counties Services, 2005-2014 [cit. 2014-07-14]. Dostupné na internetu: <http://www.sevencounties.org/poc/view_doc.php?type=doc&id=49698&rcn=54>.
89. Höschl, C. 1996. Syndrom narušené závislosti na odměně. In *Vesmír*. ISSN 0042-4544, 1996, roč. 75, č. 9, 883 s.
90. Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J. (eds). *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Tigis, 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
91. Hřebíčková, M. 2011. Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: přístupy, diagnostika, uplatnění. 1. vyd. Praha : Grada 2011. 256 s. ISBN 978-80-247-3380-7.
92. Hwang, J. Y. – Shin, Y. C. – Lim, S. W. et al. 2012. Multidimensional comparison of personality characteristics of the Big Five model, impulsiveness, and affect in pathological gambling and obsessive-compulsive disorder. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2012, roč. 28, č. 3, s. 351-362.
93. Chambers, R. A. – Potenza, M. N. 2003. Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2003, roč. 19, č. 1, s. 53-84.
94. Chiu, J. – Storm, L. 2010. Personality, perceived luck and gambling attitudes as predictors of gambling involvement. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2010, roč. 26, č. 2, s. 205-227.
95. Ibáñez, A. – Blanco, C. – Donahue, E. et al. 2001. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. In *American journal of psychiatry*. ISSN 0002-953X, 2001, roč. 158, č. 10, s. 1733-1735.
96. Ibáñez, A. – Pérez de Castro, I. – Fernandez-Piqueras, J. et al. 2005. Pathological gambling and DNA polymorphic markers at MAO-A and MAO-B genes. In *Molecular psychiatry*. ISSN 1359-4184, 2005, roč. 5, č. 1, s. 105-109.
97. Janiri, L. – Martinotti, G. – Dario, T. et al. 2007. Gamblers' Temperament and Character Inventory (TCI) personality profile. In *Substance use & misuse*. ISSN 1082-6084, 2007, roč. 42, č. 6, s. 975-984.
98. Kaare, P.R. – Mötus, R. – Konstabel, K. 2009. Pathological gambling in Estonia: relationship with personality, self-esteem, emotional states and cognitive ability. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2009, roč. 25, č. 3, s. 377-390.
99. Kessler, R. C. – Hwang, J. – Shaffer, H. J. 2008. The prevalence and correlates of DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. In *Psychological medicine*. ISSN 0033-2917, 2008, roč. 38, č. 9, s. 1351-1360.
100. Kim, S. W. – Grant, J. E. 2001. Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. In *Psychiatry research*. ISSN 0165-1781, 2001, roč. 104, č. 3, s. 205-212.
101. King, S. M. – Abrams, K. – Wilkinson, T. 2010. Personality, gender, and family history in the prediction of college gambling. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2010, roč. 26, č. 3, s. 347-359.
102. Korn, D. A. – Shaffer, H. J. 2004. Practice guidelines for treating gambling-related problems. Develop by the Massachusetts Council on compulsive gambling [online]. Boston : Massachusetts Department of Public Health's, 2004. 60 s. [cit. 2014-07-14]. Dostupné na internetu: <http://www.divisiononaddiction.org/html/publications/2004_Korn_Shaffer.pdf>
103. Kotov, R. – Gamez, W. – Schmidt, F. et al. 2010. Linking „big“ personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. In *Psychological bulletin*. ISSN 0033-2909, 2010, roč. 136, č. 5, s. 768-821.
104. Kroeber, H. 1992. Roulette gamblers and gamblers at electronic game machines: what are the differences? In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1992, roč. 8, č. 1, s. 79-92.

105. Kruedelbach, N. – Walker, H. I. – Chapman, H. A. et al. 2006. Comorbidity on disorders with loss of impulse-control: pathological gambling, addictions and personality disorders. In *Actas españolas de psiquiatría*. ISSN 1139-9287, 2006, roč. 34, č. 2, s. 76-82.
106. Ladouceur, R. – Dube, D. – Bujold, A. 1994. Prevalence of pathological gambling and related problems among college students in the Quebec metropolitan area. In *Canadian journal of psychiatry*. ISSN 0706-7437, 1994, roč. 39, č. 5, s. 289-293.
107. Lai, F. D. – Ip, A. K. – Lee, T. M. 2011. Impulsivity and pathological gambling: is it a state or a trait problem. In *BMC research notes*. ISSN 1756-0500, 2011, roč. 4, s. 492.
108. Langewisch, M. W. J. – Frisch, G. R. 1998. Gambling behaviour and pathology in relation to impulsivity, sensation-seeking, and risky behaviour in male college students. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1998, roč. 14, č. 3, s. 245-262.
109. Leblond, J. – Ladouceur, R. – Blaszczynski, A. 2003. Which pathological gamblers will complete treatment? In *British journal of clinical psychology*. ISSN 0144-6657, 2003, roč. 42, č. Pt 2, s. 205-209.
110. Ledgerwood, D. M. – Petry, N. M. 2006. Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. In *Psychiatry research*. ISSN 0165-1781, 2006, roč. 144, č. 1, s. 17-27.
111. Ledgerwood, D. M. – Petry, N. M. 2010. Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression, and anxiety. In *Psychology of addictive behaviors*. ISSN 0893-164X, 2010, roč. 24, č. 4, s. 680-688.
112. Lenzenweger, M. F. – Lane, M. C. – Loranger, A. W. et al. 2007. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. In *Biological psychiatry*. ISSN 0006-3223, 2007, roč. 62, č. 6, s. 553-564.
113. Lenzenweger, M. F. – Loranger, A. W. – Korfne, L. et al. 1997. Detecting personality disorders in nonclinical population. Application of 2-stage procedure for case identification. In *Archives of general psychiatry*. ISSN 0003-990X, 1997, roč. 54, č. 4, s. 345-351.
114. Lesieur, H. R. 1979. The compulsive gambler's spiral of options and involvement. In *Psychiatry*. ISSN 0033-2747, 1979, roč. 42, č. 1, s. 79-87.
115. Lesieur, H. R. 2001. Cluster analysis of types of inpatient pathological gamblers. In *Disertation abstracts international: section B: sciences and engineering*. ISSN 0419-4217, 2001, roč. 62, č. 4-B, s. 2065.
116. Lesieur, H. R. – Blume, S. B. 1987. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. In *American journal of psychiatry*. ISSN 0002-953X, 1987, roč. 144, č. 9, s. 1184-1188.
117. Lesieur, H. R. – Blume, S. B. 1991. Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index. In *British journal of addiction*. ISSN 0952-0481, 1991, roč. 86, č. 8, s. 1017-1028.
118. Liu, L. – Luo, T. – Hao, W. 2013. Gambling problems in young people: experience from the Asian region. In *Current opinion in psychiatry*. ISSN 0951-7367, 2013, roč. 26, č. 4, s. 310-317.
119. Lobo, D. S. – Kennedy, J. L. 2009. Genetic aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic vulnerabilities. In *Addiction*. ISSN 0965-2140, 2009, roč. 104, č. 9, s. 1454-1465.
120. Lorains, F. K. – Cowlishaw, S. – Thomas, S. A. 2011. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. In *Addiction*. ISSN 0965-2140, 2011, roč. 106, č. 3, s. 490-498.
121. Maccalum, F. – Blaszczynski, A. – ladouceur, R. et al. 2007. Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. In *Personality and individual differences*. ISSN 0191-8869, 2007, roč. 43, s. 1829-1838.
122. MacLaren, V. V. – Fugelsang, J. A. – Harrigan, K. A. et al. 2011. The personality of pathological gamblers: a meta-analysis. In *Clinical psychology review*. ISSN 0272-7358, 2011, roč. 31, č. 6, s. 1057-1067.
123. Maffei, C. – Fosatti, A. – Agostoni, I. et al. 1997. Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality disorder (SCID-II), version 2.0. In *Journal of personality disorder*. ISSN 0885-579X, 1997, roč. 11, č. 3, s. 279-284.
124. Martinotti, G. – Andreoli, S. – Giametta, E. et al. 2006. The dimensional assessment of personality in pathological and social gamblers: the role of novelty seeking and self-transcendence. In *Comprehensive psychiatry*. ISSN 0010-440X, 2006, roč. 47, č. 5, s. 350-356.
125. McCormick, R. A. 1994. The importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1994, roč. 10, č. 1, s. 77-86.
126. McCormick, R. A. – Taber, J. I. 1987. The pathological gambler: salient personality variables. In *Galski, T. (ed.) The handbook of pathological gambling*. Springfield : C. C. Thomas, 1987. 211 s. ISBN 0398052689.
127. McDaniel, S. R. – Zuckerman, M. 2003. The relationship of impulsive sensation seeking and gender to interest and participation in gambling activities. In *Personality and individual differences*. ISSN 0191-8869, 2003, roč. 35, č. 6, s. 1385-1400.
128. Meyer, G. – Fabian, T. 1992. Delinquency among pathological gamblers: a causal approach. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1992, roč. 8, č. 1, s. 61-77.
129. Meyer, G. – Stadler, M. A. 1999. Criminal behavior associated with pathological gambling. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1999, roč. 15, č. 1, s. 29-43.
130. Meyer de Stadelhofen, F. – Aufreire, L. – Martin-Soelch, C. et al. 2005. Temperament and character in a Swiss sample of patients diagnosed with pathological gambling disorder: a preliminary investigation [online]. 2005 [cit. 2014-07-14] Dostupné na internete: <<http://www.jeu-excessif.ch/pdf/congres/2005/ressources/de/stadelhofen.pdf>>.

131. Milosevic, A. – Ledgerwood, D. M. 2010. *The subtyping of pathological gambling: a comprehensive review*. In *Clinical psychology review*. ISSN 0272-7358, 2010, roč. 30, č. 8, s. 988-998.
132. Mishra, S. – Lalumière, M. L. – Morgan, M. et al. 2011. *An examination of the relationship between gambling and antisocial behavior*. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2011, roč. 27, č. 3, s. 409-426.
133. Mishra, S. – Lalumière, M. L. – Williams, R. J. 2010. *Gambling as a form of risk-taking: individual differences in personality, behavioral preferences for risk, an risk-accepting attitudes*. In *Personality and individual differences*. ISSN 0191-8869, 2010, roč. 49, č. 6, s. 616-621.
134. MKCH-10. Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb: Poruchy osobnosti a správania dospelých (F60-F69). 10. revízia. 1. diel. Bratislava : Obzor, 1994. 824 s. ISBN 80-215-0282-7.
135. Moeller, F. G. – Barratt, E. S. – Dougherty, D. M. et al. 2001. *Psychiatric aspects of impulsivity*. In *American journal of psychiatry*. ISSN 0002-953X, 2001, roč. 158, č. 11, s. 1783-93.
136. Moran, E. 1970. *Varieties of pathological gambling*. In *The British journal of psychiatry*. ISSN 0007-1250, 1970, roč. 116, č. 535, s. 593-597.
137. Moreno, I – Saiz-Ruiz, J. – López-Ibor, J. J. 1991. *Serotonin and gambling dependence*. In *Human psychopharmacology*. ISSN 0885-6222, 1991, roč. 6, č. 51, s. S9-S12.
138. Myrseth, H. – Pallensen, S. – Molde, h. et al. 2009. *Personality factors as predictors of pathological gambling*. In *Personality and individual differences*. ISSN 0191-8869, 2009, roč. 47, č. 1, s. 933-937.
139. Nábělek, L. – Vongrej, J. 2006. Banskobystrický dotazník patologického hráčstva – BBDPH. 2006. 4 s. Rukopis.
140. Nábělek, L. – Vongrej, J. 2008. Ako si neprehrať život. Bratislava : Nadácia duševného zdravia v spolupráci s Psychiatrickým oddelením FN sP F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici s podporou Asociácie firiem vyrábajúcich, distribuujúcich a prevádzkujúcich výherné hracie prístroje v Bratislave, 2008. 15 s.
141. Nielsen, D. A. – Proudnikov, D. – Kreek, M. J. 2012. *The genetics of impulsivity*. In GRANT, J. N. et al. (eds.) *The Oxford handbook of impulse control disorders*[online]. *Oxford Handbooks Online*, 2012 [cit. 2014-07-14]. Dostupné na internete: <<http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhdb/9780195389715.001.0001/oxfordhdb-9780195389715-e-018>>. ISBN 9780195389715.
142. Nordin, C. – Nylander, P. O. 2007. *Temperament and character in pathological gambling*. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2007, roč. 23, č. 2, s. 113-120.
143. Nordin, C. – Sjödin, I. 2006. *CSF monoamine patterns in pathological gamblers and healthy controls*. In *Journal of psychiatric research*. ISSN 0022-3956, 2006, roč. 40, č. 5, s. 454-459.
144. Nower, L. – Blaszczynski, A. 2006. *Impulsivity and Pathological gambling: a descriptive model*. In *International gambling studies*, 2006, ISSN 1445-9795, roč. 6, č. 1, s. 61-75.
145. Nower, L. – Martins, S. – Lin, K. H. et al. 2013. *Subtypes of disordered gamblers: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*. In *Addiction*. ISSN 0965-2140, 2013, roč. 108, č. 4, s. 789-798.
146. Nussbaum, D. – Honardmand, K. – GOVONI, R. et al. 2011. *An eight component decision-making model for problem gambling: a system approach to stimulate integrative research*. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2011, roč. 27, č. 4, s. 523-563.
147. Odlaug, B. L. – Schreiber, L. R. N. – Grant, J. E. 2012. *Personality disorders and dimensions in pathological gambling*. In *Journal of personality disorders*. ISSN 0885-579X, 2012, roč. 26, č. 3, s. 381-392.
148. Odlaug, B. L. – Schreiber, L. R. N. – Grant, J. E. 2013. *Personality dimension and disorders in pathological gambling*. In *Current opinion in psychiatry*. ISSN 0951-7367, 2013, roč. 26, č. 1, s. 107-112.
149. PATARÁK, M. 2013. *Systém odmeny, dopamín a ich úloha v predikčnom učení*. In *Psychiatrie*. ISSN 1211-7579, 2013, roč. 17, č. 2, s. 74-79.
150. Petry, N. M. 2000. *Gambling problems in substance abusers who are associated with increased sexual risk behaviors*. In *Addiction*. ISSN 0965-2140, 2000, roč. 95, č. 7, s. 1089-100.
151. Petry, N. M. 2005. *Pathological gambling: etiology, comorbidity, and treatment. 1*. Washington : American Psychological Association, 2005. 417 s. ISBN 9781591471738.
152. Petry, N. M. – Kiluk, B. D. 2002. *Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers*. In *Journal of nervous and mental disease*. ISSN 0022-3018, 2002, roč. 190, č. 7, s. 462-469.
153. Petry, N. M. – Stinson, F. S. – Grant, B. F. 2005. *Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. In *Journal of clinical psychiatry*. ISSN 0160-6689, 2005, roč. 66, č. 5, s. 564-574.
154. Pietrzak, R. H. – Petry, N. M. 2005. *Antisocial personality disorder in associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers*. In *Addiction*. ISSN 0965-2140, 2005, roč. 100, č. 8, s. 1183-1193.
155. Potenza, M. N. – Koran, L. M. – Pallanti, S. 2009. *The relationship between impulse-control disorders and obsessive-compulsive disorder: a current understanding and future research directions*. In *Psychiatry research*. ISSN 0165-1781, 2009, roč. 170, č. 1, s. 22-31.

156. Potenza, M. N. – Leung, H. C. – Blumberg, H. P. et al. 2003. An FMRI Stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers. In American journal of psychiatry. ISSN 0002-953X, 2003, roč. 160, č. 11, s. 1990-1994.
157. Potenza, M. N. – Steinberg, M. A. – Skudlarski, P. et al. 2003. Gambling urges in pathological gambling: a functional magnetic resonance imaging study. In Archives of general psychiatry. ISSN 0003-990X, 2003, roč. 60, č. 8, s. 828-836.
158. Praško, J. a kol. 2003. Poruchy osobnosti. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-737-X.
159. Raboch, J. – Zvolský, P. et al. 2001. Psychiatrie: patologické hráčství. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
160. Rasmussen, S. A. – Eisen, J. L. 1994. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. In Journal of clinical psychiatry. ISSN 0160-6689, 1994, roč. 55, suppl., s. 5-10; discussion 11-14.
161. Reich, J. H. – Green, A. I. 1991. Effect of personality disorders on outcome of treatment. In Journal of nervous and mental disease. ISSN 0022-3018, 1991, roč. 179, č. 2, s. 74-82.
162. Reuter, J. – Raedler, T. – Rose, M. et al. 2005. Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. In Nature neuroscience. ISSN 1097-6256, 2005, roč. 8, č. 2, s. 147-148.
163. Robinson, D. J. 2002. Poruchy osobnosti podľa DSM-4-vysvetlené. [1. vyd.] Trenčín : Vydavateľstvo F, 2002. 138 s. ISBN 80-88952-06-9.
164. Rodríguez-Jiménez, R. – Avila, C. – Ponce, G. et al. 2006. The TaqIA polymorphism linked to the DRD2 gene is related to lower attention and less inhibitory control in alcoholic patients. In European psychiatry. ISSN 0924-9338, 2006, roč. 21, č. 1, s. 66-69.
165. Rosenthal, R. J. – Lorenz, V. C. 1992. The pathological gambler as criminal offender: comments on evaluation and treatment. In Psychiatric clinics of North America. ISSN 0193-953X, 1992, roč. 15, č. 3, s. 647-660.
166. Rounsaville, B. J. – Kranzler, H. R. – Ball, S. et al. 1998. Personality disorders in substance abusers relation to substance use. In Journal of nervous and mental disease. ISSN 0022-3018, 1998, roč. 186, č. 2, s. 87-95.
167. Rugle, L. – Melamed, L. 1993. Neuropsychological assessment of attention problems in pathological gamblers. In Journal of nervous and mental disease. ISSN 0022-3018, 1993, roč. 181, č. 2, s. 107-112.
168. Sacco, P. – Cunningham-Williams, R. M. – Ostmann, E. et al. 2008. The association between gambling pathology and personality disorders. In Journal of psychiatric research. ISSN 0022-3956, 2008, roč. 42, č. 3, s. 1122-1130.
169. Samuels, J. – Eaton, W. W. – Bienvenu, O. J. et al. 2002. Prevalence and correlates of personality disorders in community sample. In British journal of psychiatry. ISSN 0007-1250, 2002, roč. 180, s. 536-542.
170. Samuel, D. B. – Widiger, T. A. 2008. A meta-analytic review of the relationship between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR personality disorder: a facet level analysis. In Clinical psychology review. ISSN 0272-7358, 2008, roč. 28, č. 8, s. 1326-1342.
171. Sáez-Abad, C. – Bertolin-Guillén, J. M. 2008. Personality traits and disorders in pathological gamblers versus normal controls. In Journal of addictive diseases. ISSN 1055-0887, 2008, roč. 27, č. 1, s. 33-40.
172. Shaffer, H. J. – Hall, M. N. – Bitt, J. V. 1999. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. In American journal of public health. ISSN 0090-0036, 1999, č. 9, s. 1369-1376.
173. Shaffer, H. J. – Labrie, R. – Scanlan, K. M. et al. 1994. Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). In Journal of gambling studies. ISSN 1050-5350, 1994, roč. 10, č. 4, s. 339-362.
174. Sharpe, L. 2002. A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. In Clinical psychology review. ISSN 0272-7358, 2002, roč. 22, č. 1, s. 1-25.
175. Sharpe, L. – Tarrier, N. 1993. Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. In British journal of psychiatry. ISSN 0007-1250, 1993, roč. 162, s. 407-412.
176. Shead, N. W. – Derevensky, J. L. – Gupta, R. 2010. Risk and protective factors associated with youth problem gambling. In International journal of adolescent medicine and health. ISSN 0334-0139, 2010, roč. 22, č. 1, s. 39-58.
177. Shinohara, K. – Yanagisawa, A. – Kagota, Y. et al. 1999. Physiological changes in Pachinko players; beta-endorphin, catecholamines, immune system substances and heart rate. In Applied human science: journal of physiological anthropology. ISSN 1341-3473, 1999, roč. 18, č. 2, s. 37-42.
178. Skitch, S. – Hodgins, D. 2004. Impulsivity, compulsivity and pathological gambling: an exploratory study of pathological gambling as an impulsivity-compulsivity spectrum disorder. In International gambling studies. ISSN 1445-9795, 2004, roč. 4, č. 2, s. 175-188.
179. Slutske, W. S. – Eisen, S. – True, W. R. et al. 2000. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. In Archives of general psychiatry. ISSN 0003-990X, 2000, roč. 57, č. 7, s. 666-673.
180. Slutske, W. S. – Eisen, S. – Xian, H. et al. 2001. A twin study of the association between pathological gambling and antisocial personality disorder. In Journal of abnormal psychology. ISSN 0021-843X, 2001, roč. 110, č. 2, s. 297-308.
181. Slutske, W. S. – Caspe, A. – Moffett, T. E. et al. 2005. Personality and problem gambling: A prospective study of a birth cohort of young adults. In Archives of general psychiatry. ISSN 0003-990X, 2005, roč. 62, č. 7, s. 769-775.
182. Smolík P. 2002. Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. 2. rev. vyd. Praha : Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18-X, 506 s.
183. Sobin, C. – Blundell, M. L. – Karayiorgou, M. 2000. Phenotypic differences in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. In Comprehensive psychiatry. ISSN 0010-440X, 2000, roč. 41, č. 5, s. 373-379.

184. Specker, S. M. – Carlson, G. A. – Edmonson, K. M. et al. 1996. *Psychopathology in pathological gamblers seeking treatment*. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1996, roč. 12, č. 1, s. 67-81.
185. Sproston, K. – ErEns, B. – Orford, J. 2000. *Gambling behaviour in Britain: results from the British Gambling Prevalence Survey*. London : National Centre for Social Research, 2000. 93 s. ISBN 0904607542.
186. Steel, Z. – Blaszczynski, A. 1996. *The factorial structure of pathological gambling*. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 1996, roč. 12, č. 1, s. 3-20.
187. Steel, Z. – Blaszczynski, A. 1998. *Impulsivity, personality disorders, and pathological gambling severity*. In *Addiction*. ISSN 0965-2140, 1998, roč. 93, č. 6, s. 895-905.
188. Stein, D. J. – Hollander, E. 1993. *The spectrum of obsessive-compulsive related disorder*. In *Hollander, E. (ed.) Obsessive-compulsive related disorder*. Washington : American Psychiatric Press, 1993. 286 s. ISBN 0880484020.
189. Stewart, S. H. – Zack, M. – Collins, P. – Klein, R. M. – Fragopoulos, F. 2008. *Subtyping pathological gamblers on the basis of affective motivations for gambling: Relations to gambling problems, drinking problems, and affective motivations for drinking*. In *Psychology of addictive behaviors*. ISSN 0893-164X, 2008, roč. 22, č. 2, s. 257-268.
190. Stinchfield, R. 2002. *Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling screen (SOGS)*. 2002. In *Addictive behaviors*. ISSN 0306-4603, 2002, roč. 27, č. 1, s. 1-19.
191. Stinchfield, R. 2003. *Reliability, validity, and classification accuracy of measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling*. In *American journal of psychiatry*. ISSN 0002-953X, 2003, roč. 160, č. 1, s. 180-182.
192. Strayhorn, J. M. 2002. *Self-control: theory and research*. In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. ISSN 0890-8567, 2002, roč. 41, č. 1, s. 7-16.
193. Štrukturované klinické interview pre DSM IV, OS II, Poruchy osobnosti, SKID-II [online] Trenčín: Vydavateľstvo F, 2008. [cit. 2014-07-14]. Dostupné na internete: <www.vydavatelstvo-f.sk/fil/45-strukturovane-klinicke-interview-pre-dsm-iv-os-ii-poruchy-osobnosti-skid-ii>.
194. Tang, C. S. – Wu, A. M. – Tang, J. Y. et al. 2010. *Reliability, validity and cut scores of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) for Chinese*. In *Journal of gambling studies*. ISSN 1050-5350, 2010, roč. 26, č. 1, s. 145-158.
195. Tavares, H. – Gentil, V. 2007. *Pathological gambling and obsessive-compulsive disorder: toward a spectrum of disorders of volition*. In *Revista brasileira de psiquiatria*. ISSN 1516-4446, 2007, roč. 29, č. 2, s. 107-117.
196. Tavares, H. – Zilberman, M. L. – Hodgins, D. C. et al. 2005. *Comparison of craving between pathological gamblers and alcoholics*. In *Alcoholism, clinical and experimental research*. ISSN 0145-6008, 2005, roč. 29, č. 8, s. 1427-1431.
197. Templer, D. I. – Kaiser, G. – Siscoe, K. 1993. *Correlates of pathological gambling propensity in prison inmates*. In *Comprehensive psychiatry*. ISSN 0010-440X, 1993, roč. 34, č. 5, s. 347-351.
198. Torgersen, S. – Kringlen, E. – Cramer, V. 2001. *The prevalence of personality disorders in a community sample*. In *Archives of general psychiatry*. ISSN 0003-990X, 2001, roč. 58, č. 6, s. 590-596.
199. Turner, N. E. – Jain, U. – Spence, W. et al. 2008. *Pathways to pathological gambling: component analysis of variables related to pathological gambling*. In *International gambling studies*. ISSN 1445-9795, 2008, roč. 8, č. 3, s. 281-298.
200. Vachon, D. D. – Bagby, R. M. 2009. *Pathological gambling subtypes*. In *Psychological assessment*. ISSN 1040-3590, 2009, roč. 21, č. 4, s. 608-615.
201. Vitaro, E. – Arseneault, L. – Tremblay, R. E. 1999. *Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males*. In *Addiction*. ISSN 0965-2140, 1999, roč. 94, č. 4, s. 565-575.
202. Walther, B. – Morgenstern, M. – Hanewinkel, R. 2012. *Co-occurrence of addictive behaviors: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming*. In *European addiction research*. ISSN 1022-6877, 2012, roč. 18, č. 4, s. 167-174.
203. Welte, J. – Barnes, G. – Wieczorek, W. et al. 2001. *Alcohol and gambling pathology among U. S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity*. In *Journal of studies on alcohol and drugs*. ISSN 0096-882X, 2001, roč. 62, č. 5, s. 706-712.
204. Williams, R. J. – Royston, J. – Hagen, B. F. 2005. *Gambling and problem gambling within forensic populations: a review of literature*. In *Criminal justice and behavior*. ISSN 0093-8548, 2005, roč. 32, č. 6, s. 665-689.
205. Winslow, M. – Subramaniam, M. – Qiu, S. et al. 2010. *Socio-demographic profile and psychiatric comorbidity of subject with pathological gambling*. In *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. ISSN 0304-4602, 2010, roč. 39, č. 2, s. 122-128.



PRÍLOHA A

Banskobystrický dotazník patologického hráčstva – BBDPH

(Nábělek a Vongrej, 2006)

1. **Je vaša myseľ zaujatá hazardným hraním, predstavami o možnosti veľkej výhry, zisku veľkej sumy peňazí?**
 - áno, myslím na to skoro stále, nemôžem sa odpútať od myšlienok a predstáv týkajúcich sa hrania (3 body)
 - často na to myslím, väčšina mojich myšlienok a predstáv sa týka práve oblasti hrania (2 body)
 - stáva sa mi občas, že rozmýšľam o tom, aké by to bolo, keby som vyhral veľkú sumu peňazí (1 bod)
 - nemyslím si, že by som o hraní rozmýšľal viac, ako o čomkoľvek inom (0 bodov)

2. **Máte potrebu zvyšovať frekvenciu hrania, hodnotu stávok resp. sumu vložených peňazí?**
 - áno, už mi nestačí hrať s malými sumami peňazí, len keď ide o veľa, pociťujem to správne napätie (3 body)
 - hrávam o väčšie sumy peňazí a častejšie ako v dobe, keď som začínal s hraním (2 body)
 - občas sa mi stáva, že v zápale hry zvyšujem stávky (1 bod)
 - hrávam podľa toho, koľko peňazí mám k dispozícii na hranie, nemám potrebu zvyšovať stávky, ani frekvenciu hrania (0 bodov)

3. **Dokážete prerušiť resp. ukončiť hranie po uplynutí doby alebo minútí sumy peňazí, ktorú ste si vopred stanovili?**
 - je to pre mňa veľký problém, keď raz začnem hrať, zabudnem na všetko (3 body)
 - často mávam problém s kontrolou času stráveného hraním i množstva peňazí vložených do hry (2 body)
 - občas sa mi stane, že pokračujem v hraní dlhšie, prípadne miniem viac peňazí, ako som pôvodne plánoval (1 bod)
 - nehrávam dlhšie a nemíňam väčšie sumy peňazí, ako som si predsavzal (0 bodov)

4. Cítite nepokoj alebo podráždenosť, keď musíte prerušiť resp. ukončiť hranie?

- áno, cítim veľký nepokoj a nervozitu, chvejú sa mi ruky, keď si nemôžem zahrať alebo keď ma niečo od hrania odtrhne (3 body)
- stáva sa mi to, poznám ten pocit podráždenosti, keď by som si rád zahral a nemôžem (2 body)
- už sa mi stalo, že som sa cítil nesvoj, keď som musel prerušiť alebo ukončiť hranie (1 bod)
- ukončenie alebo prerušenie hrania nie je u mňa sprevádzané žiadnymi nepríjemnými pocitmi (0 bodov)

5. Je hazardné hranie pre vás spôsobom odreagovania, odpútania sa od problémov či mrzutej, podráždenej nálady?

- áno, vždy keď je mi nanič alebo mám problémy, začnem hrať (3 body)
- hranie mi často pomáha odpútať sa od problémov, odreagovať sa od mrzutej, podráždenej nálady (2 body)
- už sa mi stalo, že som sa pri hraní uvoľnil od problémov a starostí (1 bod)
- svoje problémy nikdy neriešim tým, že by som išiel hrať (0 bodov)

6. V prípade prehry sa vraciate hneď na druhý deň do herne s cieľom vyhrať peniaze späť, vyrovnať stratu?

- je to pre mňa absolútna nevyhnutnosť, nemôžem sa zmieriť s tým, že som prehral, musím sa vrátiť a vyhrať prehraté späť (3 body)
- je pre mňa ťažké predstaviť si, že by som sa nepokúsil vyhrať späť to, čo som prehral (2 body)
- už sa mi stalo, že ma to ťahalo späť pokračovať v hraní a vyrovnať straty (1 bod)
- nikto sa neteší, keď prehrá, ale hra je hra, v žiadnom prípade nepociťujem nutkanie vyrovnať rýchlo všetky straty (0 bodov)

7. Požičiavate si peniaze na ďalšie hranie, keď už nemáte vlastné?

- je pre mňa pravidlom požičať si peniaze, keď musím ďalej hrať (3 body)
- niekedy mi robilo problémy požičať si peniaze na ďalšie hranie, teraz si už často požičiavam (2 body)
- občas sa mi stane, že si požičiavam peniaze na ďalšie hranie, keď ostanem na nule (1 bod)
- nikdy si peniaze nepožičiavam, hrávam len toľko, na koľko mám (0 bodov)

8. Hovoríte pravdu svojim blízkym, príbuzným a priateľom o tom, koľko času trávite hazardným hraním, o aké sumy hrávate a čo pri tom cítite?

- čo sa týka hrania, klamem prakticky vo všetkom (3 body)
 - často sa mi stáva, že nehovorím pravdu o záležitostiach súvisiacich s hraním (2 body)
 - pripúšťam, že o veciach týkajúcich sa hrania svojim blízkym občas zaklamem (1 bod)
 - nemám problém hovoriť o svojom hraní, nemám dôvod ani necítim potrebu nehovoriť pravdu (0 bodov)
-

9. Stáva sa, že si prostriedky na hranie zadovážite nečestným alebo nelegálnym spôsobom (klamstvo pri požičiavaní peňazí, krádež, sprenevera a pod.)?

- už som porušil zákon, aby som sa dostal k peniazom na hranie (3 body)
 - nerobí mi problém použiť nečestné spôsoby pri získavaní peňazí na hranie (2 body)
 - už sa mi stalo, že som sa zachoval nečestne pri získavaní peňazí na hranie (1 bod)
 - nikdy by som sa neznížil k nečestným praktikám, či klamstvám (0 bodov)
-

10. Minuli ste na hranie peniaze, ktoré boli určené na niečo iné?

- miniem na hranie všetky prostriedky, ku ktorým sa dostanem, bez ohľadu na čo boli určené (3 body)
 - opakovane som prehral peniaze, ktoré boli určené na niečo iné (2 body)
 - už sa mi to stalo (1 bod)
 - nikdy som neminul na hranie peniaze určené na niečo iné, hrávam len „odtiaľ-potiaľ“ (0 bodov)
-

11. Sú vaše vzťahy v rodine, s priateľmi a známymi rovnaké v porovnaní s obdobím predtým, ako ste začali hrať?

- vzťahy s príbuznými a známymi sú na bode mrazu v dôsledku môjho hrania (3 body)
- moje vzťahy s príbuznými a známymi sa výrazne zhoršili (2 body)
- nie je to už také dobré ako predtým, čo som začal hrať, ale ešte sa to dá (1 bod)
- vzťahy s príbuznými a známymi sú stabilné, moje hranie ich neovplyvnilo (0 bodov)

12. Dokážete si rovnako kvalitne plniť pracovné resp. školské povinnosti v porovnaní s obdobím predtým, ako ste začali hrať?

- pracovné resp. školské povinnosti výrazne zanedbávam, hrozí mi, že ma vyhodí zo zamestnania alebo zo školy (už ma vyhodili) (3 body)
- moja pracovná, či školská výkonnosť poklesla, prejavilo sa to aj na pracovných výsledkoch, či školskom hodnotení (2 body)
- mám isté problémy s plnením pracovných alebo školských povinností odkedy som začal hrať, no ešte to ako tak zvládam (1 bod)
- pracovné či školské povinnosti si plním bez problémov, skutočnosť, že si občas zahrám ich nijako neovplyvňuje (0 bodov)

13. Dokážete načas a v plnej miere vracať prípadné dlžoby vznikajúce v súvislosti s hazardným hraním?

- dostal som sa do štádia, kedy mi dlžoby vzniknuté hraním celkom prerástli cez hlavu, nie som schopný ich uhrádzať a vôbec neviem, čo s nimi urobím (3 body)
- so splácaním dlžôb vznikajúcich v dôsledku hrania mám vážne problémy (2 body)
- s „odretými ušami“, ale predsa dokážem splatiť dlžobu v plnom rozsahu a načas (1 bod)
- nerobím dlžoby v súvislosti s hraním, ak by sa to náhodou stalo, nemám žiadne problémy dlžobu uhradiť (0 bodov)

MUDr. Lenka Jenčová

PORUCHY OSOBNOSTI U PATOLOGICKÝCH HRÁČOV

pre Lundbeck Slovensko s.r.o.

vydala Zuzana Čičelová v roku 2015

design & layout © Zuzana Čičelová

foto v koláži na obálke © Mikadun | Shutterstock, Inc

© Pi-Lens | Shutterstock, Inc

tlač: Peter Prekop Print Production

vydanie 1.

Lundbeck Slovensko s.r.o.

Zvolenská 19

821 09 Bratislava 2

ISBN 978-80-89434-27-5

MUDr. František Kuzma
**Parafrenia, história pojmu
a postavenie v súčasnosti**

atestačná práca 2002

Mgr. Mária Andrášiová, PhD.
Analýza snov dizertačná práca 2002

Mgr. Anton Heretik, PhD.
**Psychoedukácia v liečbe
schizofrenie** dizertačná práca 2001

MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.
**Vzťah paranoidného syndrómu
k osobným dispozíciám**

dizertačná práca 2003

MUDr. Marek Zelman
Symptomatické demencie

atestačná práca 2005

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.
**Porovnanie účinnosti a bezpečnosti
monoterapie a kombinovanej
farmakoterapie schizoafektívnej
poruchy (depresívny typ)**

dizertačná práca 2007

MUDr. Andrea Marsalová
**Narcizmus a narcistická porucha
osobnosti** atestačná práca 2006

MUDr. Miroslav Grohol
Arteterapia v psychiatrii

atestačná práca 2008

MUDr. Genovéva Almássyová
**Poruchy príjmu potravy –
etiopatogenéza a princípy liečby**

atestačná práca 2009

MUDr. Michal Turček, PhD.
Tabak a psychické poruchy

atestačná práca 2010

MUDr. Barbora Vašečková
Predstieravá porucha

atestačná práca 2009

MUDr. Peter Janík
**Environmentálne vplyvy pri
schizofrenii** dizertačná práca 2009

MUDr. Martina Paulinyová, PhD.
**Prognostické faktory u pacientok
s mentálnou anorexiou**

dizertačná práca 2011

MUDr. Branislav Moťovský, PhD.
**Depresívna epizóda pri unipolárnej
a bipolárnej depresii**

dizertačná práca 2014

MUDr. Zuzana Janíková
**Vplyv architektúry spánku
na pamäť a možnosti ovplyvnenia
antidepresívami** špecializačná práca 2014

MUDr. Lenka Jenčová
**Poruchy osobnosti u patologických
hráčov** špecializačná práca 2014



Lundbeck Slovensko
Zvolenská 19
821 09 Bratislava 2

