

Michaela Dávidová

---

# Patologické hráčství

výskyt • diagnostika • léčba •  
komplexní pohled na problematiku

---





Michaela Dávidová

---

# Patologické hráčství

**výskyt • diagnostika • léčba •  
komplexní pohled na problematiku**

---

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **restně stíháno**.

**PhDr. Michaela Dávidová, PhD.**

## **PATOLOGICKÉ HRÁČTVÍ**

**výskyt • diagnostika • léčba • komplexní pohled na problematiku**

**Recenze:**

Prof. PhDr. Mgr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

ThDr. Jana Bosáková, PhD.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2020

Cover Photo © depositphotos.com, 2020

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 7652. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. et Mgr. Olga Kopalová

Sazba a zlom Jaroslav Kolman

Počet stran 176

1. vydání, Praha 2020

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

*Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.*

ISBN 978-80-271-1599-0 (ePub)

ISBN 978-80-271-2075-8 (pdf)

ISBN 978-80-247-2758-5 (print)

# Obsah

Úvod .....	6
<b>1 Současný stav problematiky patologického hráčství .....</b>	<b>7</b>
1.1 Vymezení a prevalence patologického hráčství .....	8
1.2 Diagnostika patologického hráčství .....	16
1.3 Koncepty patologického hráčství .....	21
1.4 Teorie vzniku a prohlubování patologického hráčství .....	31
Biologicko-medicínská teorie patologického hráčství.....	32
Psychologicko-psychoanalytické teorie patologického hráčství.....	37
Kognitivně-subjektivistická teorie patologického hráčství.....	44
Sociálně-behaviorální teorie patologického hráčství.....	52
Existenciálně-spirituální teorie patologického hráčství .....	55
1.5 Rizikové a protektivní faktory patologického hráčství .....	58
1.6 Terapie a intervence patologického hráčství .....	62
1.7 Rodinné determinanty a patologické hráčství .....	72
<b>2 Výzkum patologického hráčství .....</b>	<b>86</b>
2.1 Metodologické uvedení výzkumu .....	86
2.2 Vybrané výzkumné výsledky a diskuse .....	99
<b>3 Integrovaní bio-psycho-sociálně-existenciální koncept patologického hráčství .....</b>	<b>114</b>
Závěr .....	128
Seznam použité literatury .....	130
Seznam zkratk a značek .....	164
Rejstřík .....	167
Souhrn .....	172
Summary .....	173

## ÚVOD

Text publikace byl sestaven z původní dizertační práce autorky. Publikace má charakter odborné/vědecké monografie.

Primárním cílem monografie v kontextu realizace exploračního výzkumu bylo ověřit existenci vztahu mezi problémovým hazardním hraním, které splňuje diagnostická kritéria pro patologické hráčství, a funkčností primárního i sekundárního rodinného systému z pohledu funkčnosti rodinného systému, zapamatovaného rodičovského chování typu vztahové vazby v dětství i v dospělosti a prožitých traumat v dětství.

Sekundárním cílem monografie v kontextu realizace exploračního výzkumu bylo nastínit na základě ověřených teorií integrační bio-psycho-sociálně-existenciální koncept patologického hráčství v kontextu biologicko-medicínské, psychologicko-psychoanalytické, kognitivně-subjektivistické, sociálně-behaviorální a existenciálně-spirituální teorie patologického hráčství, jakož i situační a konjunktivní teorie sociální patologie.

Při zpracování textu monografie byl kladen důraz na multidisciplinární charakter probíraného tématu, aby bylo možné vyvodit komplexní závěry. Vzhledem k absenci teoretických konceptů a výzkumů zaměřených na problematiku patologického hráčství v našich podmínkách<sup>1</sup> čerpáme ve většině případů ze zahraničních výzkumných studií, které jsou obsaženy v mezinárodních časopiseckých databázích odborných a vědeckých periodik.

Monografie je určena širší odborné veřejnosti a všem zájemcům, kteří chtějí získat hlubší poznatky o fenoménu patologického hráčství.

Věříme, že monografie a její obsah zaujmou odbornou veřejnost natolik, že se bude problematikou zabývat jak v rámci odborných a vědeckých aktivit, tak i rozšířením vědecko-metodologické základny společensko-humanitních věd ve smyslu řešení problematiky patologického hráčství.

---

<sup>1</sup> V našich podmínkách = prostor České republiky a Slovenské republiky.

# 1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

Neustále stoupající trend hráčství je důsledkem normalizace tohoto chování v běžné populaci. Přispívají k tomu média a v současnosti i takzvaná „virtuální společnost“, v jejímž rámci je běžné hrát hazardní hry virtuální, a to kdekoliv a kdykoliv. Problematika patologického hráčství začala být vysoce aktuální po transformačním období v důsledku možnosti propagovat a provozovat hazardní hry prostřednictvím výherních hracích automatů. Hazardní hraní se však v té době ani zdaleka nepřiblížilo frekvenci a variabilitě hazardního hraní v současnosti. Atraktivita hazardních her vzhledem k dostupnosti v reálných kasinech a hernách, jakož i virtuálních kasinech a hernách neustále stoupá, což je varovný signál pro další generace ve smyslu morálních, kulturních, hodnotových a systémových mechanismů společnosti.

Patologické hráčství je z pohledu sociálních věd pojaté jako sociálně patologický jev (nelátková závislost, závislost na procesu), avšak je nutné na tuto problematiku nahlížet v rámci její komplexnosti, resp. víceborovosti. Z pohledu psychologie a medicíny jde v případě patologického hráčství o „návykovou impulzivní poruchu“ (poruchu kontroly impulzů). Teoretické koncepty předmětné problematiky jsou v našich podmínkách rozpracovány jen okrajově. Na Slovensku se tématu patologického hráčství autoři věnují v publikacích zaměřených na sociálně patologické jevy, resp. problematiku „nelátkových závislostí“ (behaviorálních poruch). V našich podmínkách značnou pozornost problematice patologického hráčství věnují odborníci z oblasti medicíny, a to konkrétně z oboru psychiatrie, jakož i odborníci z oboru adiktologie.

Závislost je porucha, která se nejlépe konceptualizuje z bio-psycho-sociální perspektivy. To znamená, že existuje několik známých činitelů této poruchy, z nichž všechny mají vliv na závislost jako vyskytující se fenomén. Biologická komponenta se vztahuje k neurobiologickým aspektům závislosti a jejím genetickým dispozicím. Psychologická komponenta souvisí s osobnostními faktory, jako jsou bazální deficit v objektivních vztazích, chronické interpersonální problémy, deficit v sebereflexi a častá neschopnost regulovat emoce. Sociální komponenta souvisí s komplexní úlohou, kterou závislost „hraje“ v našich sociálních vztazích (Levenson et al., 2005).

Bio-psycho-sociální model závislosti se stal základem odborné praxe v léčbě a prevenci psychických poruch souvisejících se závislostním chováním a následně i v léčbě a prevenci různých typů závislostí už v šedesátých až sedmdesátých letech minulého století. Model vytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO), která pojímá lidského jedince jako celistvou bio-psycho-sociální bytost ve zdraví, nemoci i v léčbě. Zdůrazňuje potřebu interdisciplinárního přístupu s přihlédnutím k filozofickému, antropologickému, přírodovědeckému, sociálnímu i psychologickému pohledu na člověka jako na „fenomén“.

Teorie závislosti však vycházejí i z multifaktoriálního modelu, který chápe „fenomén závislosti“ z pohledu jeho vzniku, vývoje a udržování jako výsledek interakcí mnoha faktorů (Kalina, 2015).

V případě našeho zpracování jsme bio-psycho-sociální podstatu závislosti na hazardních hrách rozšířili také o existenciálně-spirituální podstatu a její specifika. V tomto případě je však nutné zdůraznit, na základě některých biologických, psychologických a sociologických a sociálních konceptů, psychosomatickou a somatopsychickou a také somatosociální a psychosociální determinaci mezi jednotlivými dimenzemi patologického hráčství. Z našeho pohledu jsou všechny uvedené dimenze (bio-psycho-sociálně-existenciální) vzájemně určující vzhledem k tomu, že změna v jedné oblasti recipročně ovlivní fungování i v dalších oblastech s přihlédnutím k fenomenologicko-eklektickému přístupu k problematice patologického hráčství.

Z výše uvedeného vyplývá, že závislost na hazardních hrách je multifaktoriálně podmíněný jev, a to nejen sociálně patologický, ale i neurobiologický a psychologický jev, který souvisí i s noetickou a existenciální složkou osobnosti.

Uplatnění poznatků, jakož i metod a technik z více vědních disciplín s důrazem na sociální fungování jedince se při prevenci a intervenci patologického hráčství jeví být účinnou strategií zamezení tohoto nežádoucího jevu ve společnosti.

## 1.1 VYMEZENÍ A PREVALENCE PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVÍ

Patologické hráčství (angl. „Pathological, Excessive, Addictive, Compulsive Gambling“; něm. „Pathologisches Glücksspielsucht, Spielsucht“) je z pohledu sociálních věd zahrnuto do oblasti sociální patologie (sociální deviace). Podle modelu závislosti na psychoaktivních látkách se vnímání patologického hráčství posouvá a je řazeno mezi takzvané návykové chování (angl. „addictive behaviours“) jako forma novodobé nelátkové závislosti – závislosti na procesech, a to i přesto, že podle diagnostických kritérií jde o „návykovou a impulzivní poruchu“ (poruchu kontroly impulzů).

Jde o chronickou progresivní neschopnost čelit impulzům k hazardnímu hraní, čehož důsledkem je narušení bio-psycho-sociálně-existenciální dimenze osobnosti jako celku v kontextu sociálního prostředí. Patologické hráčství je v zahraničí definováno jako takzvaná „porucha patologického hraní“ (PGD – angl. „pathologic gambling disorder“).

„Názory odborné veřejnosti na problematiku patologického hráčství se vyvíjejí. Mnohé otázky týkající se diagnostiky, klasifikačního zařazení, etiopatogeneze a terapeutických přístupů k této diagnostické jednotce zůstávají více či méně otevřené a stále dávají možnost rozličného nazírání“ (Nábělek, Vongrej, 2003, s. 90). Uvedené tvrzení teoreticky i metodologicky ověřujeme v následujícím textu.

V případě závislosti na hazardních hrách se v zahraniční odborné literatuře (Gamblers Anonymous; Arizona Council on Compulsive Gambling, in: Perkins et al., 2007) uvádějí různé typy hráčského chování (angl. „types of gambling behaviours“). Jde o hazardní hraní (angl. „gambling“), problémové hazardní hraní (angl. „problem gambling“), kompulzivní hazardní hraní (angl. „compulsive gambling“) a patologické hráčství (angl. „pathologic gambling“).

V rámci hazardního hraní můžeme hovořit o sázení v jakékoli podobě, pro sebe nebo jiné osoby, ať už jde o peníze nebo ne. Nezávisí na tom, jak vysoké sázky jsou. Výsledek je pokaždé nejistý a závisí na náhodě, resp. i hráčské dovednosti.



Problémové hraní je na rozdíl od kompulzivního (patologického) hazardního hraní definováno jako „pravděpodobné nutkavé hazardní hraní“. Jde o rizikové chování spojené s hazardní hrou, které obecně poškozuje jedince (sociální a rodinné vztahy, finanční situaci a sociální zázemí). Kompulzivní (patologické) hazardní hraní je definováno jako progresivní porucha, která je charakteristická kontinuální nebo periodickou ztrátou kontroly nad hazardními hrami. Jedinec má v sobě zakořeněný předsudek (iracionální, kontrafaktové myšlení), že hazardním hraním může získat vyšší finanční obnos a pokračuje v hazardní hře i přes nepříznivé následky, které si sám uvědomuje.

Patologické hráčství jako maladaptivní chování je indikováno pěti nebo více průvodními jevy. Jsou to:

- nadměrná zaujatost hraním;
- zvyšování sázek za účelem zvýšení vzrušení ze hry;
- opakovaná snaha o eliminaci až zastavení hazardního hraní;
- neklid a podráždění, které má výrazný vliv na pokračování v hazardním hraní;
- hráčství za účelem odstranění negativních emocionálních pocitů nebo snaha o „únik od běžné reality“;
- snaha o získání finančních ztrát zpět;
- páchání trestné činnosti za účelem získávání peněz na hazardní hraní;
- narušení blízkých vztahových vazeb v rodině, ztráta zaměstnání, resp. kariérního postupu z důvodu nadměrného hráčství;
- dluhy z důvodu hraní (Gamblers Anonymous; Arizona Council on Compulsive Gambling, in: Perkins et al., 2007).

Negativní následky hazardního hraní jsou obecně podle Prunera (2013) následující:

- hráčské poruchy (Shaffer et al.); rodinné disfunkce<sup>2</sup> a domácí násilí (zahrnující manželské i dětské zneužívání) (Bland et al.; Heineman; Jacobs et al.);
- hráčství mladistvých a nezletilých (Eadington, Cornelius; Shaffer, Hall; Shaffer et al.);
- problémy s alkoholem a jiné drogové závislosti (Crockford, el-Guebaly; Cunningham-Williams et al.; Lesieur, Heineman; Shaffer et al.; Spunt et al.);
- psychické poruchy a psychózy (včetně vzniku depresí, maniodepresivní psychózy, poruchy osobnosti, výrazný excentrismus / asociální – psychopatická osobnost, silné úzkosti a těžké problémy s neschopností udržet pozornost a jiné (Blaszczynski, Steel; Crockford, el-Guebaly; Cunningham-Williams et al.; Shaffer et al.);

---

<sup>2</sup> **Disfunkce** – pojem používaný ve významu „nežádoucí činnosti hodnocené z hlediska celku; jde o narušenou činnost nějakého prvku systému (například disfunkce komunikace, nárůst sociálních disfunkcí) (Balážová, 2006). V našem pojetí za disfunkční systém v tomto významu označujeme rodinný systém. **Dysfunkce** – pojem využíván v medicínských vědách pro označení „narušení, poruchy funkce, činnosti orgánu“ (například motorická dysfunkce, specifické vývojové dysfunkce) (Balážová, 2006). Využití tohoto pojmu nacházíme i v oboru psychologie. V našem pojetí tímto pojmem označujeme všechny souvislosti v kontextu biologicko-medicínské teorie a psychologicko-psychoanalytické teorie patologického hráčství.

- sebevražedné myšlenky, sebevražedné pokusy až sebevražda (Bland et al.; Crockford, el-Guebal);
- závažné finanční problémy (jako přímý následek hazardního sázení vedoucí až k bankrotu, ztrátě zaměstnání a chudobě) (Błaszczynski, McConaghy; Fessenden; Gerstein et al.; Ladouceur et al; Lesieur);
- kriminální chování (Brown; Gerstein et al; National Research Council).

Perkins et al. (2007) předložili podrobné charakteristiky problémového kompulzivního hazardního hráče. Podle autorů toto označení spadá především pod kategorii mladých jedinců s tím, že čím jsou mladší, tím je výskyt kompulzivního hazardního hraní vyšší. Dále jsou zpravidla ve většině případů svobodní a mají nižší vzdělání. Z pohledu jejich osobnostních rysů je možno uvést, že jsou více impulzivní, hyperaktivní a nesoustředění v porovnání s hazardními hráči bez přítomnosti kompulzivního chování. V rámci biologických charakteristik je u 30–43 % kompulzivních hráčů přítomna porucha pozornosti (ADD – angl. „Attention Deficit Disorder“). Zaznamenány byly i určité genetické predispozice a vyšší hladina noradrenalinu. Až 94 % kompulzivních hazardních hráčů má finanční problémy ve smyslu osobního finančního bankrotu, případně byli vystěhováni z domova z důvodu neplacení hypotéky a v průměru až 69–76 % těchto hráčů ztratilo zaměstnání. Přítomny jsou také somatické problémy v podobě bolestí hlavy a útrápenosti, vysoký krevní tlak, kardiovaskulární problémy, zažívací problémy a přítomnost bronchiálního astmatu. Z pohledu psychických až psychiatrických obtíží lze uvést přítomnost deprese v průměru u 70–76 % kompulzivních hráčů; 12–18 % těchto hráčů mělo sebevražedné projevy až tendence. Drogovou závislostí současně trpí 47 % kompulzivních hráčů, 69 % kompulzivních hráčů trpí závažným nikotinismem, 23 % těchto hráčů kompulzivním nakupováním, 17 % kompulzivním sexuálním chováním a 60 % častými poruchami nálad, které jsou spojovány s panickými atakami a úzkostnými stavy. Úzkostná porucha osobnosti je přítomna přibližně u 40 % kompulzivních hráčů, intermitentní explozivní porucha osobnosti u 19 % těchto hráčů a antisociální porucha osobnosti u 33 % kompulzivních hazardních hráčů.

Rozvoj hazardního hraní je podle Frouzové (2008) podporovaný širokou škálou hráčů, jakož i variabilitou a dostupností hazardních her. Už v mladém věku je možné mít k hazardní hře přístup, čímž se postupně rozvíjí i vášnivý vztah k ní. Z hlediska statistických údajů pravděpodobnost výhernosti hracích automatů je v průměru kolem 60–80 %, což nasvědčuje tomu, že návratnost vkladu je téměř ve všech případech neúplná, pokud pomíneme náhodné velké výhry.

Herní automaty, jejich variabilita a systém her jsou v současnosti dostupné i v „online“ podobě, což se jeví být novodobým fenoménem podporujícím hazardní hraní ve společnosti. Podle Frouzové (2008) mohou hazardní hráči sázet a hrát online od roku 1995. Hráč si může v pohodlí domova sázet a hrát, jako kdyby byl v herně.

Systém výher a proher reálného a online hazardního hraní je relativně stejný. Rozdíl vidíme jen v tom, že platba za hru se provádí prostřednictvím virtuální platby (angl. „internet banking“), jakož i výplata v případě výhry. Na možnosti vstoupit do virtuálních kasin a heren upozorňují masivně a výrazně osvětlené reklamy, které jsou již

přítomny téměř všude. Pro děti, mladistvé a mladé dospělé je nebezpečná především reklama na sociálních sítích. Tyto reklamy lákají na hraní her, které mají stejný charakter jako ty hazardní, avšak zpočátku je hraní bez nutnosti finančního vkladu. Později je tato možnost hráčům nabídnuta, případně si tyto hráčské aktivity zkušejí hrát za peníze na jiných virtuálních hráčských portálech.

K tomuto tématu Frouzová (2008) uvádí, že kvalita virtuálního hráčství je na některých hráčských portálech zlepšována tím, že je „novému“ hráči poskytnuto poradenství ze strany správců těchto portálů týkající se systému a možností hazardního hraní. Základní instruktáž může „nový hráč“ získat také prostřednictvím „chatových místností“ ve virtuální síti hazardních hráčů, kteří jsou v tomto případě také většinou nápomocní. Správci virtuálních hráčských portálů poskytují různé bonusy a slevy, které jsou v mnoha případech stimulační k tomu, aby hráč pokračoval v hazardní hře. Hráči jsou upozorňováni na tyto bonusy a možné „slevové kupóny“ získané ve formě aktivačních kódů také prostřednictvím emailu či zprávy, pokud uvedli své identifikační údaje. Hazardním hraním ve virtuálním prostoru se podrobněji teoreticky zabývají Blinka et al. (2015).

Na zvýšené nebezpečí vzniku závislosti na hazardních hrách v kontextu hráčství ve virtuálním prostoru upozorňují především odborníci z oboru neurofyziologie, kteří zvýšené nebezpečí virtuální hry vidí v těchto situačních faktorech:

- čím kratší odezva na naši akci, tím dříve se soustředíme na proces (takzvaný „syndrom ponoření se“), v němž nevnímáme nic jiného a máme problém proces ukončit;
- v případě, že uděláme chybu, v další volbě více riskujeme. Atmosféru doprovází „motto“ hazardních hráčů: „Kdo nic nehraje, nic nevyhraje, člověk bez odvahy je tak ‚loser““ (Frouzová, 2008).

Na téma zvýšeného nebezpečí hraní online hry bychom mohli navázat předpokladem, že s takzvanými „virtuálními penězi“ se hraje mnohem jednodušeji, protože jsou virtuální a míru rizika si uvědomujeme méně než v případě jejich skutečného vlastnění a manipulace s nimi.

Provozovatelé hazardních her mohou mít vzhledem k novému trendu online sázení a hráčství zisk z hazardních her i bez nutnosti provozních nákladů za budovy, které slouží jako herny či kasina, i zaměstnance. Tento stoupající trend, který kráčí s dobou, je velkou hrozbou pro budoucí generace. V případě virtuálního hraní se problémem z pohledu věku jeví dostupnost virtuálních hráčských portálů bez ověřování skutečného věku. Věk tak není při „online“ hazardních hrách důležitý, i když doména „online heren“ upozorňuje, že účast na hazardní hře je možná od 18 let. Některé virtuální hráčské portály však přistoupily k ověřování totožnosti hráče, což se zdá být v tomto případě prevencí časných hráčských epizod již v mladém věku. V současnosti se dá upozornit na fakt, že tolerance společnosti v souvislosti s hazardním hraním rapidně stoupá a tento trend bude pravděpodobně pokračovat vzhledem k již zmíněné možnosti a variabilitě dostupných hráčských aktivit. Na důležitost prevence patologického hráčství upozorňují mnozí, především zahraniční autoři z pohledu výzkumných východisek, a to Tolchard, Thomas a Battersby (2007); Dickson-Gillespie et al. (2008); Abbott et al. (2016); Todirita, Lupu (2013); Hing et al. (2014, 2014) a Westphal, (2007).

Z pohledu odborné veřejnosti se problematika hráčství opírá spíše o medicínské a psychologické poznatky v kontextu sociálních věd a teorií, které se snaží vysvětlit kauzalitu tohoto sociálně patologického jevu. Přínosné z hlediska komplexního poskytnutí údajů, faktů a teorií v oblasti patologického hráčství mohou být nejen vybrané publikace, ale i odborné a vědecké časopisy.

Aktuálně v našich podmínkách můžeme mezi odborné časopisy, ve kterých lze najít i témata týkající se předmětné problematiky, přiřadit například slovenský časopis „Alkoholismus a drogové závislosti“ a český časopis „Adiktologie“. Mezinárodní časopisecké databáze, které nabízejí odborné a vědecké články zaměřené výhradně na problematiku patologického hráčství, jsou Journal of Gambling Studies; International Gambling Studies; Asian Journal of Gambling Issues and Public Health; Journal of Gambling Issues; Journal of Gambling Study; Journal of Gambling Business and Economics; Journal of Gambling and Commercial Gaming Research a Journal of Gambling Behaviour. Okrajově nabízejí články zaměřené na problematiku patologického hráčství i jiné odborné a vědecké časopisy týkající se závislostního chování obecně, a to například Journal of Behavioral Addictions; Addiction; International Journal of Mental Health and Addiction; Addiction Biology; Psychology of Addictive Behavior; European Addiction Research; Journal of Addictive Diseases; Addictive Behaviors a American Journal on Addictions.

Genezi vývoje závislosti na hazardních hrách je možné v globální rovině datovat od roku 1975. V tomto roce se předpokládalo, že 68 % osob z celkové dospělé populace ve Spojených státech amerických (USA) mělo zkušenost s hraním hazardních her. V roce 1998 to bylo již 86 % z celkové dospělé populace. V dané statistice jsou zahrnuty všechny tehdejší tradiční formy hazardních her (kasino, loterie, dostihy). Poker a internetové hraní bylo zaznamenáváno až v následujícím období. V roce 2001 to bylo až 10 % dospělých hráčů, kteří byli přiřazeni k problémovým hráčům (3–4 % z celkové populace) v rámci USA. Už v tomto období statistiky napovídaly, že patologických hráčů celosvětově přibývá. Prevalence patologického hráčství v roce 2001 v americké i evropské populaci byla 1–3 %. V případě dospívajících bylo toto číslo podstatně vyšší. Šlo až o 9 % v rámci problémového hraní a 4 % v rámci patologického hráčství. Tyto údaje byly základem pro vytvoření prvních a v současnosti nejnámějších organizací, které bojovaly proti závislosti na hazardních hrách (angl. „Gamblers Anonymous“; „The National Council on Problem Gambling“; „Gam-Anon“) (Šerý, 2001).

Prevalenci problémového hazardního hraní ve světě v adolescenci i v dospělosti se zabývali Calado a Griffiths (2016). Autoři nabídli systematický přehled empirických zjištění od roku 2000 do roku 2015 ze 69 výzkumných studií. Výsledky prokázaly, že v rámci celého světa i přes absentující statistické údaje z některých zemí světa je prevalence problémového hazardního hraní od 0,12 do 5,8 % z celkové populace ve světě, přičemž v Evropě je prevalence od 0,12 do 3,4 %.

Prevalence spojená s hazardním hraním ve světě je uváděna nejen z pohledu problémového hazardního hraní, ale také z pohledu hazardního hraní jako volnočasové aktivity. Hazardní hraní jako volnočasová aktivita je ve světě odhadovaná od 0,7 do 6,5 % z celosvětové populace, přičemž nejnižší prevalence patologického hráčství byla zaznamenána v tomto případě v Dánsku a nejvyšší v Estonsku (Kun et al., 2012; Calado, Griffiths, 2016).

Z pohledu rozdílností mezi zeměmi je zjevné, že v celosvětovém měřítku je nejvyšší prevalence výskytu problémového hazardního hraní u dospělé populace v Severní Americe, a to od 2 do 5 %. Nejnižší prevalence byla zjištěna v Oceánii, a to od 0,4 do 0,7 % (Calado, Griffiths, 2016). Prevalence patologického hráčství na asijském kontinentu je odhadována od 0,5 do 5,8 % a v Evropě od 0,1 do 3,4 % (Kun et al., 2012; Planzer, Gray, Shaffer, 2014; Meyer et al., 2015; Meyer, Hayer, Griffiths, 2008). Nejvyšší prevalence patologického hráčství je dlouhodobě zaznamenávána v Hongkongu (Brodbeck, Duerrenberger, Znoj, 2009). V současné době je prevalence problémového hazardního hraní u adolescentů odhadována od 1,6 do 5,3 % z celkové populace ve světě (Molinaro et al., 2014).

Při hodnocení prevalence v jednotlivých zemích světa je nutné přihlížet také k mezikulturním rozdílům a specifikům (Kun et al., 2009). Při porovnání průměrů výsledků z různých studií je v jednotlivých evropských zemích prevalence problémového hazardního hraní různá, a to v Belgii od 0,4 do 1,6 % u dospělých jedinců (muži: 2,3 %, ženy: 1,8 %) a od 3,2 do 4 % u adolescentů (Druine et al., in: Calado, Griffiths, 2016); v Rakousku od 0,4 do 0,7 % (Kalke et al., in: Calado, Griffiths, 2016); v Norsku od 0,15 do 1,7 % (Bakken et al., 2009; Lund, Nordlund, 2003; Göttestam, Johansson, 2003); v Portugalsku 0,2 % (Lopes, 2009); v Slovinsku od 0,46 do 1,46 % (Nakarovič et al., 2008); v České republice od 1,3 do 2,3 % (Mravčík et al., 2014; Szczyrba et al., 2015); ve Francii od 0,4 do 2,2 % (Costes et al., in: Calado, Griffiths, 2016); v Německu od 0,2 do 0,6 % (Sassen et al., 2011; Buth, Stöver, 2008; Bühringer et al., 2007; Meyer et al., 2015); ve Švýcarsku od 1,6 do 2,2 % (Bondolfi, Osiek, Ferrero, 2000; Bondolfi et al., 2008; Brodbeck, Duerrenberger, Znoj, 2009); v Dánsku od 0,3 do 3,4 % (Bonke, Borregaard, 2006; Ekholm et al., 2012; Laanso, Niit, 2009); ve Finsku od 1,5 do 2,2 % (Raisamo et al., 2014; Castrén et al., 2013); ve Velké Británii od 0,5 do 0,9 % (Wardle et al., 2007; Wardle, D'Souza, Farrel, 2009; Wardle et al., 2014); v Itálii od 1,2 do 6,1 % (Bastiani et al., 2011; 2013; Brabaranelli, 2010); v Severním Irsku od 2,2 do 4,8 % (Northern Ireland Statistics and Research Agency, 2010); v Maďarsku od 1,9 do 5,3 % (Paksi et al., 2009); v Nizozemsku od 1 do 1,5 % (Bieleman et al., 2011; Goudriaan, 2014; De Bruin et al., 2006); ve Španělsku od 0,18 do 0,92 % (Becona, 2004); ve Švédsku od 2 do 3,9 % (Abbott et al., 2016; Volberg et al., 2001).

Problém s hazardním hraním u adolescentů v Evropě je podle Blinn-Pikeho, Worthyho a Jonkmána (2010) připisován ve významné míře problémům se zdravím, psychosociálním problémům a depresivním symptomům.

Williams, Volberg a Strevens (2012) uvádějí, že v mnoha zemích je patologické hráčství významným problémem souvisejícím s veřejným zdravím, který na celém světě u dospělé populace představuje odhadem od 0,5 do 7,6 % případů problémů s patologickým hráčstvím. Průměr mezi všemi zeměmi je podle uvedených autorů na úrovni 2,3 %. Souvislost výskytu patologického hráčství s problematikou veřejného zdraví dále rozpracovávají také Schaffer a Korn (2002) a Williams, Lee a Back (2013).

První národní kvantitativní studie „postojů hraní“ v USA se uskutečnila v roce 1979. Studií předložila „Komise pro přezkoumání národní politiky proti hraní“ (Kallick et al., 1979). Výzkum se snažil popsat jednotlivé stupně problémového hazardního hraní (kompulzivního hazardního hraní). Měření v té době určilo hodnotu pro „pravděpodobné problémové kompulzivní hraní“ na úroveň 0,8 %. Pro méně závažnou formu

problémového hraní – „možné nutkavé hazardní hraní“ – byl zjištěn výskyt na úrovni 2,3 % (in: Prunner, 2013).

V souvislosti s epidemiologií patologického hráčství je možné uvést několik dalších studií realizovaných v minulosti i v současnosti. Shaffer et al. (1999) ve své metaanalýze sumarizovali poznatky ze 119 studií zaměřených na prevalenci patologického hráčství v různých populacích. U dospělé populace byl výskyt problémů s hazardním hraním na úrovni 1,6 %, přičemž počáteční údaj byl na úrovni 1,14 %. To potvrzuje zvyšující se tendenci výskytu již v tomto období. Tendence má zvyšující se charakter až do současnosti. V případě adolescentní prevalence patologického hráčství se výskyt z původních 3,88 % zvýšil na 5,77 %. V současnosti je toto číslo podstatně vyšší. Nárůst způsobuje i relativní dostupnost a akceptace tohoto typu „zábavy“ ve volném čase.

Hollander a Rosen (1999) uváděli v minulosti v USA masovou prevalenci patologického hráčství na úrovni až 3 %. Prevalenci patologického hráčství v USA se zabývali i Bland et al. (1993), Cunningham-Williams et al. (2005) a Wolte et al. (2001), kteří uváděli, že se pohybovala kolem roku 2000 na úrovni 0,4–2,5 %. Petry (2005) uvádí, že prevalence patologického hráčství v celkové populaci byla také přibližně na úrovni 1–2 %, přičemž porucha se častěji vyskytuje u mužů než u žen, což prokázaly i výzkumné výsledky (muži 72,2 % versus ženy 27,8 %). Výsledky Petryho se shodovaly s výsledky výskytu patologického hráčství v české populaci v tom období. Nešpor a Csémy (2005) konzervativně odhadovali, že 1 % z celkové populace jsou patologičtí hráči (přibližně sto tisíc osob). K tomuto údaji uvádějí, že výskyt problémového hazardního hraní je i přes uvedené zjištění podstatně vyšší. Z pohledu Shaffera et al. (2004b) byla celosvětově prevalence patologického hráčství v minulosti odhadována také zhruba na úrovni 0,2–1,2 %.

Okuda et al. (2009) potvrzují, že hráčské aktivity jsou v současnosti součástí každé kultury. Výzkumné poznatky o patologickém hráčství poukazují na to, že i přestože u většiny jedinců, kteří hrají hazardní hry, se nevyvine současně také závislost na těchto hrách, hrozí toto riziko 1–3 % dospělé hráčské populace. V případě, že odlišíme patologické hráčství od problémového hraní, se prevalence problémového hazardního hraní pohybovala v minulém období přibližně na úrovni 5,5 % (Shaffer et al., 1999). Shaffer, Hall a Vander Bilt (1999) zrealizovali podrobnou metaanalýzu 119 studií za 20 let (1974–1997). Výsledky analýzy výskytu problémového kompulzivního hazardního hraní prokázaly prevalenci 2,9 % z celkové populace. Patologických hráčů bylo klasifikováno 0,8 % z celkové populace. Novější studie (1994–1997) ukázaly prevalenci problémového hazardního hraní na úrovni 4,9 % a patologického hraní na úrovni 1,3 % (Perkins et al., 2007).

Výzkumné studie také uvádějí fakt, že jedinci v dospívajícím věku jsou více ohroženi vznikem závislosti na hazardních hrách ve srovnání s dospělou populací. Csémy na základě výsledků z Evropské školní studie (2007) uvedl, že denně nebo téměř denně hraje hazardní hry 1,1 % chlapců ve věku 16 let. V rámci tohoto zjištění zastávají odborníci názor, že jde již o patologické hráče vzhledem k tomu, že v tomto věku je rychlý průběh vzniku a prohlubování hráčské závislosti (in: Nešpor et al., 2011).

Ve Velké Británii byl výskyt patologického hráčství v období kolem roku 2000 na úrovni 0,8 % (Sproston et al., 2000). V asijském regionu se prevalence patologického hráčství v současnosti pohybuje na úrovni od 0,07 do 2,66 %. Závisí to na dostupnosti



legálních hráčských možností v rámci kulturních odlišností jednotlivých zemí (Liu, Luo, Hao, 2013). Výsledky jednotlivých studií uváděly v té době podobnou procentuální prevalenci výskytu patologického hráčství v celkové populaci. Je důležité také podotknout, že u psychiatrických pacientů je vyšší riziko vzniku závislosti na hazardních hrách. V tomto případě se čísla pohybovala v rozmezí 6–12 % z populace psychiatrických pacientů. Tento poznatek uvádějí Sproston, Erens a Orford (2000). Procento výskytu je také u této cílové skupiny v současnosti rozhodně vyšší.

Thomas et al. (2017) z pohledu současného stavu v mezinárodních souvislostech uvádí odhadovanou prevalenci 2,3 %. Mezinárodní studie uvádějí z pohledu různých států různou prevalenci v rozmezí 0,5–7,6 %. Nejnižší prevalence (0,5 %) je odhadována v Dánsku a Norsku a nejvyšší v Hongkongu (7,6 %). Odhadovaná prevalence patologického hráčství v Austrálii je 2,1 %, přičemž rozmezí v rámci jednotlivých regionů je od 0,7 do 2,6 % (Williams, Volberg, Stevens, 2012). Vzhledem k uvedeným výsledkům z pohledu geneze a z pohledu současné prevalence problémového hazardního hraní je zjevné, že jeho výskyt se s postupem času neustále zvyšuje.

Petry (2005) a Slutske et al. (2005) uvádějí, že existuje určitá diskrepance mezi počtem lidí, kteří hrají hazardní hry. U některých se vyvine patologické hráčství a u jiných ne. Autoři na základě analýzy studií zdůrazňují, že predisponující je výskyt poruchy osobnosti. Jde o určitý rizikový faktor směřující k vulnerabilitě pro rozvoj patologického hráčství.

CAMH (angl. „Centre for Addiction and Mental Health“), konkrétně Institut v Ontariu, který se zabývá problémovým hazardním hraním (angl. „Problem Gambling Institute of Ontario“), uvádí následující současnou prevalenci patologického hráčství v celkové populaci podle počtu respondentů. Prevalence je variabilní z důvodu chybového rozpětí z pohledu počtu respondentů. U 1000 respondentů je typický výskyt problémového hazardního hraní v průměru 1–2 %, avšak skutečná prevalence patologického hráčství se pohybuje od 0–5 % (při chybovém rozmezí 3,2 %). Při 5000 respondentech je chybové rozpětí 1,5 %. Pokud bychom chtěli chybové rozpětí dostat na hodnotu 1 %, bylo by nutné mít výzkumný soubor větší než 10 000 respondentů. Pokud je posuzováno problémové hraní spolu s patologickým hraním, tak je prevalence okolo 5–8 % z celkové populace.

Prevalence problémového a patologického hráčství je zpravidla ověřována metodou SOGS (angl. „The South Oaks Gambling Screen“) a jeho modifikovanou verzí určenou pro adolescenty SOGS-RA (angl. „The South Oaks Gambling Screen – Revised Adolescent“). Pro identifikaci problémových hráčů je určena i metoda GA-20 (angl. „Gamblers Anonymous 20 Questions“), „Lie/Bet Questionnaire“ a G-SAS (angl. „Gambling Symptom Assessment Scale“). Tyto metody jsme použili i v našem výzkumu.

Dávidová (2018) poukazuje na fakt, že procento výskytu problémového a patologického hazardního hraní v Evropě i ve světě není úplně jednoznačné a kvůli dostupnosti a oblíbenosti různých hráčských aktivit se také neustále zvyšuje.

## 1.2 DIAGNOSTIKA PATOLOGICKÉHO HRÁČTVÍ

V diagnostickém manuálu Americké psychiatrické asociace (APA – DSM-III) se patologické hráčství jako diagnostická kategorie vyskytovalo od roku 1980. V mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) byla diagnóza patologického hráčství zařazena od ledna 1994. V aktuální verzi MKN-11 je patologické hráčství kategorizováno jako diagnóza F63.0 a patří do skupiny „návykových a impulzivních poruch“.

Přestože oba hlavní diagnostické klasifikační systémy nemocí (MKN-10, DSM-IV) definovaly patologické hráčství jako poruchu kontroly impulzů, diagnostická kritéria a průběhové charakteristiky jsou podle Nábělka a Vongreje (2010) podobné spíše závislostem na psychoaktivních látkách, na což navazuje nová kategorizace patologického hráčství v aktuálním manuálu DSM-5. V případě aktualizované mezinárodní klasifikace nemocí MKN-11 zůstala kategorizace patologického hráčství neměnná v porovnání s předchozí verzí MKN-10.

Oba diagnostické systémy podle Nábělka, Vongreje a Gromové (2004) zařazovaly v předchozích platných verzích (MKN-10 a DSM-IV) patologické hráčství mezi „poruchy kontroly impulzů“, avšak i podle těchto autorů mnohé znaky této psychické poruchy vykazují pozoruhodnou podobnost s dalšími dvěma kategoriemi psychických onemocnění – na jedné straně s obsedantně-kompulzivní poruchou ve spektru psychických poruch a na straně druhé se závislostmi na alkoholu a jiných psychoaktivních látkách. Autoři také uvedli hypotézu, že v případě patologického hráčství se jedná o „nelátkovou závislost“. Tuto teorii zařazují autoři mezi verifikované vzhledem k tomu, že patologické hráčství má nepochybně svá analogická kritéria mezi diagnostickými kritérii pro „látkovou závislost“. Dokazují to výzkumy prokazující neurobiologickou příbuznost patologického hráčství a látkových závislostí, kde jsou v obou případech přítomny poruchy serotoninergní, dopaminergní a noradrenergní neurotransmise. Na souvislost patologického hráčství s impulzivitou poukazuje také Patarák (2013, s. 9), který uvádí, že „už klasicky se serotoninergní dysregulace spojuje se zvýšenou impulzivitou a agresivitou“. Diagnostika patologického hráčství navazuje na mnohé vědecké i teoretické poznatky spojené s etiologií, komorbiditou a léčbou tohoto jevu.

Etiologií, komorbiditou a léčbou patologického hráčství se podrobně zabýval Petry (2005) ve své publikaci. V rámci etiologie a patogeneze tohoto typu závislostního chování mluví o prvotní hypotéze, že patologické hráčství je porucha s nonsubstančním abúzem (abúzus bez drog). Paralela byla také navázána v souvislosti s obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD), jakož i jinými závislostmi (alkohol, drogy). Tuto paralelu potvrdily i tehdejší výzkumy, které prokázaly, že 45–55 % patologických hráčů trpí současně i alkoholismem. V populaci patologických hráčů nacházíme čtyř- až desetkrát více jedinců, kteří mají problémy s užíváním drog (Šerý, 2001).

Patogenezi patologického hráčství se pokoušejí objasnit i různé vysvětlující teorie, a to psychologické, neurofyzilogické i sociální. Psychologické teorie si více všímají vnitřních prediktorů. Je poukazováno na jakousi vnitřní psychickou prázdnotu a neautenticitu problémových hazardních hráčů s intenzivní potřebou nějakého vnějšího silného rizikového dění, kde vzrušení z ohrožení přináší slast a pocit dotyku s vlastní existencí (Schaefer; Peele; Stearman, in: Frouzová, 2008).



Neurofyziologická teorie poukazuje na zvýšené množství dopaminu a adrenalinu, které jsou základem vytvoření závislosti. Podle výzkumu hráči prožívají v porovnání s alkoholiky větší nutkání, které koreluje s pozitivní emocí (u alkoholiků převažuje naopak negativní stav) a je více závislé na externích faktorech, které vyvolávají spíše útlum (u alkoholiků naopak vnitřní podněty vyvolávají při nutkání nepříjemné vzrušení) (Ruden, Byalick; Ricketts, MacAskill, in: Frouzová, 2008).

Spojitosť patologického hráčství se sociálním prostředím, rodinou a společností analyzují sociologické teorie. Tyto teorie si všímají „atmosféry teroru mezi penězi a konzumem“, který se mění v impulzivní a nesmyslné chování. Pojetí života spočívající v hostilním prostředí na jedné straně a existenciální úzkosti z nesmyslnosti bytí na straně druhé vytváří atmosféru, která závislostní chování upevňuje. Zajímavým fenoménem je určitá regrese do dětského „magického myšlení“ s potřebou náhradního objektu a pocitů spojených s vírou v nadpřirozenou ochranu „štěstěny“. Protože problém s hazardním hraním je velmi často doprovázen depresí, převládá jeden čas i názor, že hazardní hráči trpí nedostatkem endorfinu v mozku a nižší aktivitou serotoninového systému v mozku (Aasved, in: Frouzová, 2008).

Ze základních diagnostických kritérií byla vytvořena předdefinice, která je používána dodnes. V některých případech je zčásti modifikovaná. Podle diagnostických psychiatrických klasifikačních systémů jde o chronickou a progresivní neschopnost čelit impulzům k hazardnímu hraní a o narušení v oblasti fungování osobního, rodinného a pracovního života. Už v této definici je vidět jasná propojenost psychologické dimenze lidského života se sociální dimenzí. Definice dále spojuje tyto „nekontrolované“ impulzy s pocitem štěstí, nadšení až euforie, které doprovázejí aktivní účast na hazardní hře. Tyto pocity lze spojovat i s pocitem emočního uvolnění (ventilování až katarze) a následnými pocity viny, neschopnosti a beznaděje.

Nábělek a Vongrej (2010) dále uvádějí, že „patologické hráčství“ bylo v DSM-III přiřazeno k „poruchám kontroly impulzů“, kam jsou řazeny i pyromanie, kleptomanie a trichotillomanie. V předchozí verzi byla kritéria patologického hráčství víceméně popisná, resp. behaviorální. V revidované modifikované verzi tohoto manuálu bylo zahrnuto i subjektivní prožívání patologického hráče a zážitková stránka této poruchy. Diagnostická kritéria se oproti minulosti více posunula k modelu závislosti na psychoaktivních látkách, čímž se vnímání patologického hráčství posouvá mezi „návykové (náruživé, závislostní) chování“ (angl. „addictive behaviours“).

V současnosti je v zahraničí preferovaný pojem „behaviorální závislosti“ (angl. „behaviour addictions“) v souladu s diagnostickým klasifikačním manuálem DSM-5. Základním typem závislosti tohoto druhu je nepochybně závislost na hazardních hrách, kromě jiných sem dále patří například závislost na internetu, závislost na jídle, závislost na cvičení (bigorexie) či opalování (tanorexie) apod. Jde tedy o určitý specifický typ závislostního chování, které je u „postižených“ jedinců doprovázeno pocitem slasti.

Griffiths (1996) uvedl pět projevů behaviorálních závislostí, jejichž přítomnost v klinickém obraze je v případě stanovení diagnózy nutná. Sussman, S., Sussman, A. N. (2011) uvedli šest komponent behaviorálních závislostí, v MKN-11 jsou uvedeny tři a více projevů a v DSM-5 se závislostní chování stupňuje podle počtu projevů, a to tak, že dva až tři projevy jsou příznačné pro mírnou závislost; čtyři až pět projevů

pro střední závislost a šest a více projevů jsou znakem silné závislosti. Mezi základní příznaky podle Griffithse patří: významnost (aktivita je označována za nejdůležitější v životě jedince a dominuje v pocitech, chování i myšlení), změna nálady následkem zahájení určité aktivity, která má především charakter zvládací strategie, tolerance, abstinenci příznaky, interpersonální nebo intrapersonální konflikt a relaps. Porovnání konkrétních projevů podle výše uvedených autorů a diagnostických manuálů uvádějí Vacek a Vondráčková (2015).

V DSM-5 jsou v nové kategorii „užívání drog a závislostní chování“ sloučeny látkové závislosti a patologické hráčství, avšak další úvahy směřují k modifikaci ve smyslu přiřazení i jiných behaviorálních závislostí, jako jsou internetová závislost, závislost na sexu, závislost na cvičení, závislost na nakupování apod. Avšak vzhledem k tomu, že příbuznost ještě nebyla jednoznačně exaktně prokázána, modifikace je ještě ve stadiu rozpracování (APA, 2013; Vacek, Vondráčková, 2015).

Snaha odborníků byla zaměřena na přesnější konceptualizaci a definici pojmu „behaviorální závislost“. Zprvu byly v MKN-10 a v DSM-IV pouze závislosti spojené s poruchami, které jsou vyvolány užíváním nějaké psychoaktivní látky. V současnosti nejnovější revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-5) sem řadí všechny typy závislosti (užívání drog i behaviorální závislostní chování). Jsou řazeny do kategorie R37, kam patří i patologické hráčství (angl. „gambling disorder“; „internet gambling disorder“). Revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) zařazuje patologické hráčství do skupiny psychických a behaviorálních poruch, přičemž nemá samostatnou kategorii behaviorálních závislostí, která obsahuje i poruchu „patologické hráčství“ a dosud neupřesněné určité specifikované behaviorální závislosti (angl. „certain specified behavioral addictions“) (Vacek, Vondráčková, 2014).

Změny v pojetí patologického hráčství v rámci DSM-5 (2013) přispěly k významným změnám. Pojem „patologické hráčství“ byl nahrazen pojmem „hráčská porucha“ (angl. „gambling disorder“). Hráčská porucha byla také vyřazena ze skupiny „poruch kontroly impulzů“ a byla přiřazena do společné kategorie s látkovými závislostmi tak, jak jsme již nastínili výše v textu. Další změnou je snížení počtu diagnostických kritérií. (DSM-5, 2013).

Diagnostická kritéria patologického hráčství podle DSM-5 jsou:

- A.** Trvalé a rekurentní problematické hráčské chování vedoucí ke klinicky významným potížím, vyjádřené u jedince čtyřmi (nebo více) projevy z následujících v 12měsíčním období:
1. Potřebuje hrát stále s většími částkami peněz pro dosažení požadovaného vzrušení.
  2. Je neklidný nebo podrážděný při pokoušení se o redukování či ukončení hraní.
  3. Měl opakovaně neúspěšné pokusy kontrolovat, redukovat či zastavit hraní.
  4. Je často zaujatý hraním (zaujetí perzistentními myšlenkami o minulých hráčských zážitcích, o překážkách nebo plánování dalšího hazardu, přemýšlení o způsobech, jak získat peníze na hraní).
  5. Často hraje, když se cítí sklíčený (bezradný, vinný, anxiózní, depresivní).
  6. Po prohrání peněz se často další den vrací vyrovnat ztráty.
  7. Lže, aby zatajil rozsah hraní.

8. Ohrozil nebo ztratil důležitý vztah, práci nebo studijní či kariérní příležitosti kvůli hraní.
  9. Spoléhá na ostatní, že poskytnou peníze na zmírnění zoufalé finanční situace.
- B.** Hráčské chování nelze vysvětlit přítomností manické epizody.

DSM-5 (2013) blíže specifikuje i závažnost poruchy:

1. „mild“ – mírná hráčská porucha: je-li splněno 4–5 diagnostických kritérií;
2. „moderate“ – středně těžká: pokud je splněno 6–7 diagnostických kritérií;
3. „severe“ – těžká: jestliže je splněno 8–9 diagnostických kritérií (DSM-5, in: Reilly, Smith, 2013; Jenčová, 2014).

Petry (2010), jakož i George, Ijeoma a Bowden-Jones (2013) zdůrazňují, že konceptuální a nozologická nejednoznačnost v diagnostických kritériích patologického hráčství byla součástí všech dosavadních diagnostických systémů. V současnosti je však podle autorů správně a jednoznačně, v rámci diagnostických kritérií, definováno v sekci návykových poruch v DSM-5. Porovnání v rámci diagnostických kritérií DSM-IV a DSM-5 uvádějí Temcheff, Derevensky a Paskus (2011) a Stinchfield (2016).

Výzkumné metody zaměřené na diagnostiku patologického hráčství jsou například GBI (angl. „Gambling Behaviour Interview“), DSM-IV-MR (angl. „DSM-IV Multiple Response“), EIGHT (angl. „Early Intervention Gambling Gealth test“), DIGS (angl. „Diagnostic Interview for Gambling Schedule“), Nods (angl. „National Opinion Research Center DSM-IV – Screen for Gambling Problems“), MAGS (angl. „Massachusetts Gambling Screen“), TLFB (angl. „Time-Line Follow-Back“) a GAM-IV (angl. „Gambling Assessment Module“). Existuje také řada jiných výzkumných metod, které jsou aplikovány na konkrétní charakteristiky poruchy, resp. specifika osobnosti závislého jedince.

V našich podmínkách byl vytvořen výzkumný nástroj určený na vyšetřování míry závažnosti hazardního hraní – BBDPH, jehož autory jsou Nábělek a Vongrej (2006). V případě tohoto výzkumného nástroje je však jeho skórování a vyhodnocování nejasně specifikováno vzhledem k tomu, že výzkumný nástroj ještě nebyl standardizovaný a porovnáváný i s kontrolními skupinami běžné populace.

Známých je i několik výzkumných nástrojů, které měří závažnost hráčských symptomů a souvisejících proměnných u adolescentů a mladých dospělých. Jsou to například SOGS-RA (angl. „The South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents“); MAGS (angl. „The Massachusetts Gambling Screen“); CAGI (angl. „The Canadian Adolescent Gambling Inventory“); GABS (angl. „The Gambling Addictive Behavior Scale for Adolescents“) a GPSS (angl. „The Gambling Problem Severity Subscale“). Systematický přehled reliability uvedených výzkumných nástrojů od roku 2006 až do roku 2015 poskytli Edgren et al. (2016).

Nábělek a Vongrej (2004) ve své prezentované práci poukázali na podobnosti i odlišnosti patologického hráčství a příbuzných diagnostických kritérií. Výzkumně se zaměřili na přítomnost a závažnost obsedantních myšlenek a kompulzivního chování ve třech skupinách pacientů hospitalizovaných pro adiktivní poruchu. Ve výsledcích studie nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v celkovém skóru modifikované