

PORUCHA V DÔSLEDKU HRANIA DIGITÁLNYCH HIER: SKÚSENOSTI SO SLOVENSKOU VERZIOU DOTAZNÍKOV IGDT-10, GDT A ŠTRUKTÚROVANÝM KLINICKÝM ROZHovorOM SCI-IGD

původní práce

Marcel Martončík¹
Lubica Zibrínová¹
Matúš Adamkovič^{1,2}
Peter Babinčák¹
Igor Smelý¹

¹Inštitút psychológie FF PU
v Prešove, Slovenská republika

²Spoločenskovedný ústav CSPV SAV,
Bratislava, Slovenská republika

Kontaktní adresa:

doc. Mgr. Marcel Martončík, PhD.
Inštitút psychológie FF PU v Prešove
Ul. 17. Novembra 1
080 01 Prešov
Slovenská republika
e-mail: martoncik@protonmail.ch

Táto práca bola podporená
Agentúrou na podporu výskumu
a vývoja na základe Zmluvy
č. APVV-18-0140.

Súhrn

Martončík M, Zibrínová L, Adamkovič M, Babinčák P, Smelý I. Porucha v dôsledku hrania digitálnych hier: Skúsenosti so slovenskou verziou dotazníkov IGDT-10, GDT a štruktúrovaným klinickým rozhovorom SCI-IGD

V súčasnosti už nadpolovičná väčšina slovenskej a českej dospeléj populácie hrá digitálne hry či už na mobilných zariadeniach, PC alebo hernej konzole. Malá časť z týchto hráčov hrajúcich nadmerne si vytvorí patologický vzorec hrania, v klasifikačnom systéme DSM-5 zvaný ako porucha v dôsledku hrania internetových hier a v novšom ICD-11 ako porucha v dôsledku hrania. Vo svete bolo od roku 2013, vychádzajúc z týchto dvoch systémov, zatiaľ publikovaných 17 skríningových nástrojov v anglickom jazyku.

Ciel: Nakoľko v slovenskom alebo českom jazyku nie je dostupný ani jeden nástroj, cieľom bolo adaptovať dotazníky IGDT-10 a GDT a štruktúrovaný klinický rozhovor SCI-IGD do slovenského jazyka, predbežne odhadnúť ich diagnostickú presnosť (špecifitu a senzitivitu), reliabilitu; a opísať skúsenosti s ich používaním.

Materiál a metóda: Výskumnú vzorku tvorilo 43 hráčov hrajúcich digitálne hry minimálne 20 hodín za týždeň. Klinický rozhovor SCI-IGD bol realizovaný iba

Summary

Martončík M, Zibrínová L, Adamkovič M, Babinčák P, Smelý I. Gaming Disorder: Slovak translations of questionnaires IGDT-10, GDT, and structured clinical interview SCI-IGD

The majority of the Slovak and Czech adult population play digital games, be it on a smartphone, tablet, PC, or gaming console. A small proportion of the gamers will develop a pathological gaming pattern. Pathological gaming has already been recognized by both DSM-5 (Internet Gaming Disorder) and ICD-11 (Gaming Disorder). Since 2013, 17 screening instruments based on either of these two classifications have been published in English.

Objective: The aim of this study was to adapt the IGDT-10 and the GDT questionnaires and also the structured clinical interview SCI-IGD to the Slovak language, as neither of those has been available in Slovak or Czech, to preliminarily estimate their diagnostic accuracy (specificity and sensitivity), reliability, and to describe experiences with their use.

Method: The sample consisted of 43 gamers that play digital games for at least 20 hours per week. The clinical interview SCI-IGD was conducted only on a subsample of

na podvzorke 15 hráčov, ktorí hrali denne digitálne hry v priemere 5,47 hodiny.

Výsledky: Obidva dotazníky produkovali reliabilné dáta ($\omega_t = 0,79$ a $0,83$) a ich senzitivita bola 50 % pre IGDT-10 a 25 % pre GDT. Špecificita obidvoch dotazníkov bola zhodne 100 %.

Záver: Vzhľadom k veľkosti vzorky je potrebné považovať výsledky prinajlepšom za predbežné. Potreba ich replikácie je v tomto prípade nevyhnutná. Väčší počet kritérií v DSM-5 zrejme výrazne zvyšuje senzitivitu, avšak na druhú stranu je potrebné povedať, že cieľom WHO bolo znížením počtu kritérií zrejme zvyšovať špecificitu, teda redukovať množstvo falošne pozitívnych osôb aj za cenu znížovania senzitivity, keďže práve nízka špecificita nie senzitivita by mohla byť problematickým aspektom v rámci skríningu. Klady a zápory slovenských verzií dotazníkov IGDT-10 a GDT a rozhovoru SCI-IGD sú diskutované v texte príspevku.

Kľúčové slová: digitálne hry, nadmerné hranie, počítačové hry, videohry, závislosť, IGDT-10, Ten-Item Internet Gaming Disorder Test, GDT, Gaming Disorder Test, SCI-IGD.

15 players, who played digital games for an average of 5.5 hours per day.

Results: Both questionnaires produced reliable data ($\omega_t = 0.79$ and 0.83) with their sensitivity being 67% and 57% for IGDT-10 and GDT, respectively. The specificity of both questionnaires was 100%.

Conclusion: Given the sample size, the results should be considered as preliminary at best and further replication is needed. A larger number of criteria in DSM-5 probably significantly increases sensitivity, but on the other hand, it must be said that the goal of WHO with reduction of the number of criteria was probably to increase specificity, i.e. to reduce false positives even at the cost of reducing sensitivity, as low specificity could be a problematic aspect of screening. Pros and cons of the Slovak versions of the IGDT-10 and GDT questionnaires as well as the SCI-IGD interview are discussed in the paper.

Key words: digital games, excessive gaming, video games, computer games, addiction, IGDT-10, Ten-Item Internet Gaming Disorder Test, GDT, Gaming Disorder Test, SCI-IGD.

ÚVOD

Hranie digitálnych hier, teda hier hraných na PC, konzole či mobilných zariadeniach, sa stalo neodmysliteľnou súčasťou nášho sveta. V roku 2020 bolo celosvetovo 2,69 miliardy aktívnych hráčov digitálnych hier.¹ Podľa reprezentatívneho prieskumu ASUS² hrá na Slovensku počítačové hry 80 % mužov a 68 % žien vo veku nad 15 rokov, ktorí majú pripojenie na internet. Podľa českého štatistického úradu³ hralo v roku 2017 vo vekovej kategórii 16–24 rokov digitálne hry 67 % mladých dospelých. Je možné predpokladať, že časť z týchto hráčov tvoria hráči excesívne hrajúci, a že časť z nich si vytvorí patologický vzorec hrania, teda poruchu v dôsledku hrania digitálnych hier (ďalej iba GD). Suchá et al.⁴ odhadli prevalenciu tejto poruchy u adolescentov v ČR na 3,7 % (v bežnej populácii) a 6,1 % (v populácii hráčov). Tieto čísla sú obdobné ako v zahraničných štúdiách.⁵ Vo svete sa na skrínung GD používa veľké množstvo rôznych nástrojov, 17 z nich vychádza z klasifikačného systému DSM-5 alebo ICD-11, ostatné nemajú základ v žiadnom klasifikačnom systéme.^{6,7} Odborníci a výskumníci na Slovensku a v Čechách

však nemajú k dispozícii žiadny nástroj na skrínung tejto poruchy v slovenskom alebo českom jazyku, ktorý by vychádzal z aktuálnych klasifikačných systémov, DSM-5 alebo ICD-11. Výnimkou sú Suchá et al.,⁴ ktorí na meranie IGD použili samotné formulácie kritérií z DSM-5. Dotazník Game Addiction Scale, ktorý adaptovali Jelínek a Květon,⁸ zas nevychádza ani z DSM-5, ani z ICD-11, nakoľko bol vytvorený ešte v roku 2009.

PORUCHA V DÔSLEDKU HRANIA DIGITÁLNYCH HIER

APA⁹ uvádza v klasifikačnom systéme DSM-5 (s dodatkom, že sa jedná iba o návrh pre ďalší výskum) názov Internet Gaming Disorder (IGD), čo je možné preložiť ako porucha v dôsledku hrania internetových hier¹⁰ (vhodnejšie sa nám javí použitie prídavného mena „digitálnych“ namiesto „internetových“, čím sa zdôrazní, že sa nejedná o poruchu navodenú hraním hier na konkrétnej platforme [napr. konzole alebo PC] ani konkrétnym spôsobom

[online alebo offline, singleplayer alebo multiplayer]], a definuje ju ako „pretrvávajúce a opakujúce sa používanie internetu na hranie hier, často s inými hráčmi, ktoré vedie ku klinicky významnému poškodeniu alebo distressu“. Indikuje ju prítomnosť aspoň piatich z deviatich kritérií po dobu minimálne jedného roka.⁹

Pracovná skupina WHO¹¹ sa rozhodla v systéme ICD-11 znížiť množstvo kritérií oproti DSM-5 a dôraz položiť na prítomnosť poškodenia či negatívnych dôsledkov ako centrálného kritéria. Upustila aj od používania prídavného mena „internetových“ a poruchu označila ako Gaming Disorder (GD), teda porucha v dôsledku hrania digitálnych hier v porovnaní s klasifikačným systémom DSM-5.¹⁰ WHO však na rozdiel od APA neuvádza žiadnu diagnostickú hranicu, prekročením ktorej by malo byť usudzované na prítomnosť poruchy, a rovnako tak nepublikovala dôvody (empirickú evidenciu) pre redukciu počtu kritérií. Mnoho autorov túto zmenu definície privítalo a označovalo za výrazné zlepšenie.^{12–14} Z domácich autorov sa k definícii v ICD-11 vyjadril napr. Patarák,¹⁰ ktorý uvádza, že jej výhodou je to, „že sa odráža od behaviorálnej významnosti (behavioral salience) hrania pre jedinca ako od svojho základu a priamo označuje negatívne psychosociálne dopady na každodenný život postihnutého. Opisuje tak jadro behaviorálnej závislosti a problematické termíny tolerancie alebo abstinenčných príznakov priamo neuvádza, čím vypúšťa tie najrozporuplnejšie kritériá.“ Vyššie uvedení zahraniční autori vyzdvihujú najmä zameranie na funkčné poškodenie a vynechanie tzv. periférnych kritérií.^{15,16} Empirická evidencia v prospech rozlišovania kritérií na centrálnu a periférnu však nie je úplne presvedčivá. Napr. Brunborg et al.¹⁵ založili svoje presvedčenie iba na výsledkoch exploračnej faktorovej analýzy a Snodgrass et al.¹⁶ na štatisticky nesprávne špecifikovanom modeli merania (vysoké a sign. chí-kvadráty, neuspokojivo vysoké hodnoty zhody modelu). Na druhú stranu je potrebné povedať, že iné štúdie potvrdili užitočnosť (napr. relatívne vysokú špecifitu a senzitivitu) všetkých kritérií navrhnutých v DSM-5.^{17–20} Nie všetci autori považujú zmenu definície GD v ICD-11 za pokrok^{20,21} a kritizujú najmä jej vágnosť, z čoho vyplýva neistota pri tvorbe skriningových nástrojov či pri samotnej diagnostike. Na vyvodzovanie dôveryhodnejších záverov (ktoré v mnohých prípadoch nie sú viac než len subjektívnymi názormi výskumníkov) tak bude potrebné ešte veľké množstvo empirickej evidencie.

DIAGNOSTIKA PORUCHY V DÔSLEDKU HRANIA DIGITÁLNYCH HIER VO SVETE

V aktuálnom systematickom prehľade⁷ autori identifikovali 32 nástrojov (30 dotazníkov a 2 štruktúrované klinické rozhovory) publikovaných v anglickom jazyku, ktoré by mali slúžiť na meranie poruchy v dôsledku hrania digitálnych hier, avšak iba osem z týchto nástrojov meria aj všetkých deväť kritérií opísaných v DSM-5 alebo štyri kritériá opísané v ICD-11. Inkonzistencie sú však aj v operacionalizácii jednotlivých kritérií, preto plne v súlade s opisom kritérií z DSM-5 nie je ani jeden a s kritériami

z ICD-11 je iba jeden nástroj (Gaming Disorder Test²²) (pre detailnejšiu kritiku a prehľad pozri²³). Z hľadiska psychometrických vlastností autori⁷ konštatovali, že z nástrojov vychádzajúcich z DSM-5 majú najväčšiu empirickú podporu dotazníky IGDT-10, IGDS9-SF a IGD-9. Kritickejšiu analýzu poskytujú, ktorí uvádzajú, že väčšina z nimi posudzovaných štúdií z klinickej oblasti použila na meranie IGD/GD nástroje určené na meranie závislosti na internete. Zvyšné nástroje charakterizujú ako „heterogénne“ a „veľmi odlišné“.

Na rozdiel od dotazníka, ktorý je skôr vhodný pre rýchly skrining alebo výskum, sa v klinickej oblasti viac používa štruktúrovaný klinický rozhovor. Obzvlášť je vhodný pre použitie v špecifických populáciách, napr. u detí alebo adolescentov, ktorí môžu mať problém so sústredením na dlhšie dotazníky, uvažovaním o svojom vlastnom prežívaní a správaní alebo vnímaním vlastného správania v širšom, najmä časovom kontexte.²⁴ Použitie štruktúrovaného klinického rozhovoru namiesto neštruktúrovaného rieši podľa citovaných autorov²⁴ aj riziko stanovovania diagnózy na základe intuície bez preskúmania všetkých kritérií alebo nadmerným prisudzovaním významu niektorých kritérií v súlade s odbornou skúsenosťou osoby vedúcej klinický rozhovor. Dva štruktúrované klinické rozhovory SCI-IGD²⁴ a DIA²⁵, identifikované v citovanom systematickom prehľade,⁷ nadväzujú na klasifikačný systém DSM-5. Autori obidvoch nástrojov konštatujú dostatočné dôkazy validity a reliability, v prospech SCI-IGD ďalej hovorí aj voľná dostupnosť nástroja ako aj množstvo doplňujúcich otázok ku každému kritériu.

PORUCHA V DÔSLEDKU HRANIA DIGITÁLNYCH HIER V DOMÁCEJ LITERATÚRE

Problematike GD sa doposiaľ venovalo iba niekoľko slovenských a českých autorov, a aj to skôr v teoretickej než empirickej rovine. O možnostiach terapie behaviorálnych závislostí vo všeobecnosti informovali Vacek a Vondráčková²⁶ a o možnostiach ich liečby na príklade kazuistiky skoršie už Benkovič.²⁷ Možnosti diagnostiky a psychoterapie príbuzných závislostí na internetovej pornografii a internete vo všeobecnosti opísali v teoretickom príspevku Víchová a Koblolovský.²⁸ Jedinečnou v domácom kontexte je štúdia Kopeckého a Szotkowského,²⁹ ktorí opísali prejavy závislostného správania detských hráčov hry Minecraft. Z oblasti merania závislosti na hraní digitálnych hier publikovali Jelínek a Květon⁸ validačnú štúdiu zastaralejšej metodiky GAS. Je vhodné upozorniť aj na diskusný príspevok Pataráka,¹⁰ ktorý prezentuje presvedčivé zdôvodnenia existencie GD a kriticky reaguje a vyvracia „prehnané“ kontroverzie okolo tejto poruchy vyvolané publikáciou autorov Aarseth et al., ktorú spomína Patarák.¹⁰

CIEĽ VÝSKUMU

Vzhľadom k tomu, že v posledných rokoch a najmä od publikovania DSM-5 narastá záujem o skúmanie fenoménu

GD v psychologickom a psychiatrickom výskume a rovnako aj odborníci v praxi sa začínajú stretávať s osobami s patologickým vzorcom hrania, rozhodli sme sa v rámci tohto výskumu: 1) adaptovať doposiaľ najpoužívanejšie a z pohľadu psychometrických vlastností najvhodnejšie nástroje (dva dotazníky a jeden štruktúrovaný rozhovor) na meranie GD; 2) predbežne odhadnúť ich diagnostickú presnosť (špecifickú a senzitivitu) a reliabilitu; a 3) opísať skúsenosti s ich používaním.

METÓDA

Vzorka

Celkovú vzorku tvorilo 43 hráčov. Keďže cieľom bolo realizovať rozhovory s nadmerne hrajúcimi hráčmi, kritériom pre zaradenie do vzorky bolo minimálne 20 hodín hrania digitálnych hier za týždeň. Z celkovej vzorky boli realizované rozhovory iba s 15 mužmi ($M = 25,70$, $SD = 9,74$), ktorí hrali denne digitálne hry v priemere 5,47 hodiny ($SD = 2,03$) s takou intenzitou v priemere posledných 9,53 roka ($SD = 7,78$). Druhú časť vzorky, s ktorou rozhovory už realizované neboli, tvorilo 28 hráčov (3 ženy) s priemerným vekom 20,80 roka ($SD = 2,94$), ktorí hrali denne digitálne hry v priemere 6,43 hodiny ($SD = 2,77$) s takou intenzitou hrania v priemere posledných 7,25 roka ($SD = 4,81$).

Priebeh výskumu

Preklady výskumných nástrojov boli realizované metódou „two forward and reconciliation“. Respondenti boli oslovení prostredníctvom reklamného banneru (<https://osf.io/feaqb/>) umiestneného na herných webstránkach. Na začiatku výskumu vyjadrili všetci respondenti informovaný súhlas. Nástroje im boli administrované v poradí: dotazníky IGDT-10 a GDT, rozhovor (SCI-IGD). Rozhovor bol ukončený debriefingom. Anonymizované prepisy rozhovorov (za realizáciu prepisov by sme sa chceli poďakovať Drahomíre Karnižovej) sú dostupné na: <https://osf.io/r73dk/>. Dáta získané počas tohto výskumu sú dostupné na: <https://osf.io/arj6m/>.

Nástroje

Všetky použité nástroje sa pýtajú na herné správanie za posledný rok.

Ten-Item Internet Gaming Disorder Test, IGDT-10,³⁰ vychádza z DSM-5 a obsahuje desať položiek, z ktorých posledné dve položky merajú deviate diagnostické kritérium. Respondent odpovedá na 3-bodovej stupnici (nikdy, niekedy, často), avšak jeho odpovede je možné rekódovať aj na dichotomickú

Tabuľka 1. Deskriptívna štatistika

			IGDT-10		GDT	
	M	SD	Spearmanove rho	95% CI	Spearmanove rho	95% CI
IGDT-10	1.30	1.64	-	-		
GDT	.64	1.01	.62	[.39, .80]	-	-
SCI-IGD	3.13	2.02	.55	[.02, .89]	.37	[-.29, .81]

Poznámka: $n_{IGDT-10} = 43$; $n_{GDT} = 42$; $n_{SCIIGD} = 15$

stupnicu (často = 1; niekedy a nikdy = 0). Slovenský preklad nástroja je dostupný na: <https://osf.io/rsvfb/>.

The Gaming Disorder Test, GDT,²² vychádza z ICD-11 a obsahuje 4 položky, jednu pre každé kritérium. Respondent odpovedá na 5-bodovej stupnici (nikdy, zriedkavo, niekedy, často, veľmi často). Za naplnenie daného kritéria sa považujú iba odpovede často a veľmi často. Slovenský preklad nástroja je dostupný na: <https://osf.io/ud2sm/>.

Structured Clinical Interview for Internet Gaming Disorder, SCI-IGD,²⁴ predstavuje štandardizovaný štruktúrovaný diagnostický rozhovor, ktorý vychádza z DSM-5. Autori jeho použitie vidia najmä v epidemiologických prieskumoch a výskume psychického zdravia. Ku každému z deviatich kritérií autori vytvorili niekoľko hlavných a doplnujúcich otázok. Slovenský preklad nástroja je dostupný na: <https://osf.io/c9bsh/>.

Štatistické spracovanie

Spearmanove rho a jeho 95% CI boli počítané v R pomocou balíka RVAideMemoire, koeficient omega total a jeho 95% CI v R pomocou balíka MBESS, diagnostická presnosť pomocou kalkulatora programu MedCalc (https://www.medcalc.org/calc/diagnostic_test.php). Ostatné výpočty boli realizované v štatistickom programe JAMOVI.

VÝSLEDKY

Vzhľadom k obmedzeniam vyplývajúcim z malej vzorky (nízka štatistická sila pre identifikáciu malých efektov) budú vo výsledkovej časti uvádzané iba výsledky deskriptívnej štatistiky. Z vyššie uvedeného dôvodu nebolo možné realizovať dostatočne presné výpočty a robiť z nich kredibilné inferencie. V tab. 1 uvádzame deskriptívne štatistiky a interkorelácie medzi premennými.

Limity malej veľkosti vzorky je vidieť na širokom rozsahu hodnôt intervalov spoľahlivosti, a preto vyvodzovanie inferenčných záverov z týchto výsledkov by bolo potenciálne veľmi nepresné. V tab. 2, 3 a 4 sú uvedené početnosti

Tabuľka 2. Frekvencie odpovedí v dotazníku IGDT-10 korešpondujúce s kritériami pre IGD podľa DSM-5, N = 15 (N = 43 v zátvorke)

	pol. 1	pol. 2	pol. 3	pol. 4	pol. 5	pol. 6	pol. 7	pol. 8	pol. 9	pol. 10
nikdy	0 (2)	9 (29)	9 (25)	11 (26)	10 (32)	5 (17)	7 (29)	0 (7)	12 (39)	7 (30)
niekedy	11 (31)	5 (12)	5 (16)	4 (15)	3 (8)	5 (16)	4 (8)	10 (20)	2 (3)	5 (9)
často	4 (10)	1 (2)	1 (2)	0 (2)	2 (3)	5 (10)	4 (6)	5 (16)	1 (1)	3 (4)

Poznámka: pol. = položka v dotazníku; deviate diagnostické kritérium v DSM-5 je merané poslednými dvoma položkami

Tabuľka 3. Frekvencie odpovedí v dotazníku GDT korešpondujúce s kritériami pre GD podľa ICD 11, N = 15 (N = 43 v zátvorke)

	pol. 1	pol. 2	pol. 3	pol. 4
nikdy	3 (9)	1 (6)	3 (10)	9 (29)
zriedkavo	4 (21)	7 (13)	4 (13)	3 (8)
niekedy	5 (8)	2 (10)	3 (11)	1 (3)
často	1 (3)	3 (11)	3 (5)	0 (1)
veľmi často	1 (1)	1 (2)	1 (3)	1 (1)

Poznámka: pol. = položka v dotazníku; tretie diagnostické kritérium v ICD 11 je merané poslednými dvoma položkami

výskytu rôznej frekvencie jednotlivých odpovedí v dotazníkoch IGDT-10, GDT a štruktúrovanom rozhovore SCI-IGD pre vzorku, na ktorej bol realizovaný rozhovor (N = 15), a celú vzorku (N = 43).

Porucha v dôsledku hrania digitálnych hier bola predpokladaná u tých hráčov, ktorí uviedli prítomnosť 5 a viac symptómov v dotazníku IGDT-10 (tzv. kritérium DSM-5) alebo v dotazníku GDT uvádzali na všetky štyri položky odpoveď „často“ alebo „veľmi často“.²⁸ Uvedenú frekvenciu na všetky štyri položky v GDT uviedol zo vzorky iba jeden účastník. (Pozn.: odpoveď „často“ alebo „veľmi často“ uviedol na 3 položky zo 4 ďalší respondent. Túto hranicu považujeme takisto za vhodnú na ďalšie preskúmanie, nakoľko dve položky v dotazníku GDT sa pýtajú na to isté, tretie kritérium.) Senzitivitu a špecificitu sme počítali tak, že sme štruktúrovaný klinický rozhovor považovali za tzv. zlatý štandard a voči jeho výsledkom sme porovnávali výsledky dotazníkových metód. Na základe výsledkov z rozhovoru SCI-IGD a kritéria DSM-5 (prítomnosť 5 a viac symptómov) bola GD predpokladaná u 4 hráčov. Senzitivita dotazníka IGDT-10 bola následne 50 %, 95% CI [6,76, 93,24], špecificita 100 %, 95% CI [71,51, 100,00], senzitivita dotazníka GDT bola 25 %, 95% CI [0,63, 80,59] a špecificita 100 %, 95% CI [69,15, 100,00].

To znamená, že nikto z hráčov nebol falošne pozitívny a falošne negatívni boli 2 hráči v prípade dotazníka IGDT-10 a 3 hráči v prípade dotazníka GDT. Vzhľadom k malej veľkosti vzorky majú tieto odhady iba orientačnú a nie inferenčnú povahu, čo je opäť vidieť na veľmi širokých intervaloch spoľahlivosti.

Reliabilita dotazníka IGDT-10 vyjadrená hodnotami koeficientu omega total bola $\omega_t = 0,77$, 95% CI [0,54, 0,87] (Cronbachova $\alpha = 0,76$) a reliabilita dotazníka GDT vyjadrená hodnotami koeficientu omega total bola $\omega_t = 0,82$, 95% CI [0,64, 0,91] (Cronbachova $\alpha = 0,82$).

DISKUSIA A ZÁVER

K meraniu či skríningu GD za účelom stanovenia jej prevalence, úspešnosti rôznych foriem liečby či skúmania

súvislosti medzi GD a inými premennými sa vo svete používa väčší počet predovšetkým dotazníkových nástrojov. V aktuálnych prehľadových štúdiách^{6,7} autori hodnotia najmä ich psychometrické vlastnosti, súlad s DSM-5 a ICD-11 a použitie v klinickej praxi. Na základe ich výsledkov sme si spomedzi 17 dostupných zahraničných nástrojov vybrali pre potrebu adaptácie dotazníky IGDT-10 a GDT. Obidva dosiahli na našej vzorke vysoké hodnoty reliability. Predpokladať prítomnosť GD bolo možné na základe výsledkov IGDT-10 u 2 účastníkov a na základe GDT u 1 účastníka, čo sa potvrdilo aj pomocou rozhovoru SCI-IGD. Skóre (množstvo uvádzaných symptómov) u ostatných účastníkov sa na drobné odchýlky zhodovalo medzi dotazníkmi a rozhovorom (pozri dáta: <https://osf.io/arj6m/>). Na základe rozhovoru bolo GD predpokladané u ďalších 2 účastníkov. Zaujímavá je nižšia prevalencia pri dotazníku vychádzajúcom z ICD-11 než pri dotazníku IGDT-10 vychádzajúcom z DSM-5. ICD-11 by sa mala sústrediť na centrálné aspekty tejto poruchy, čím by sa mala minimalizovať falošná pozitivita. Obdobné výsledky publikovali aj Starcevic et al.,³¹ v práci ktorých bolo IGD častejšie diagnostikované ako GD (61% vs. 36%), a to pomocou klinického rozhovoru. Citovaní autori realizovali svoj výskum na pacientoch psychiatrických kliník, ktorí sami vyhľadali odbornú pomoc kvôli svojmu problematickému hraniu. Z toho dôvodu vyvstáva otázka, či sú niektoré kritériá v DSM-5 označované ako periférne aj naozaj periférnymi a vedúcimi k falošnej pozitivite. Starcevic et al.³¹ konštatujú, že kritériá uvádzané v ICD-11 a DSM-5 nie sú veľmi efektívne pre identifikáciu osôb, ktoré potrebujú liečbu z dôvodu problematického hrania. Nedávno publikovaný výskum³² v časopise Nature priniesol obdobné zistenie. Autori uvádzajú, že meranie GD pomocou dotazníka malo 55,6% senzitivitu a 90,4% špecificitu. Za možné dôvody tejto nezhody medzi dotazníkom a klinickým rozhovorom autori vidia najmä uvádzanie sociálne žiaducich odpovedí, ktorých výskyt by mal byť v období adolescencie vyšší. Adolescenti s problematickým hráním nemusia chcieť zdieľať svoje problémy a môžu cielene uvádzať ich nižšiu frekvenciu i závažnosť.

Príznaky opísané v DSM-5 by sa dali rozdeliť do dvoch kategórií: na príznaky intrapsychické, prežívané samotným pacientom (kritériá 1, 2 a 8), a behaviorálne, ktoré môžu byť opísané ako druh pozorovaného správania (kritériá 3, 4, 5, 6, 7 a 9). ICD-11, zdá sa, položila dôraz na prítomnosť poškodenia či negatívnych dôsledkov a v podstate sústreďuje svoju pozornosť len na behaviorálne príznaky, ktoré sú pozorovateľné okolím jedinca. Tento dôraz na behaviorálnu významnosť hrania pre jedinca a negatívne psychosociálne následky si všimol aj Patarák.¹⁰ V oboch prípadoch sa hranica medzi normalitou a patológiou presúva z psychologickú do skôr v prípade DSM-5 (alebo výlučne v prípade ICD 10) behaviorálnej až sociálnej roviny, v ktorej posúdenie patológie závisí od kultúrneho

Tabuľka 4. Frekvencie odpovedí v rozhovore SCI-IGD korešpondujúce s kritériami pre IGD podľa DSM-5 (N = 15)

	pol. 1	pol. 2	pol. 3	pol. 4	pol. 5	pol. 6	pol. 7	pol. 8	pol. 9
znak prítomný	15	13	8	13	11	10	13	9	11
znak neprítomný	0	2	7	2	4	5	2	6	4

kontextu. Tak tomu býva aj pri iných poruchách, nakoľko patoplasticita, čiže vplyv kultúrnych zvláštností na psychickú patológiu, je dlhodobo známy jav. Napriek tomu však predpokladáme, že kultúra len tvaruje štruktúry, ktoré preexistujú v duševnom živote daného jedinca, či už ich považujeme za psychologické, biologické alebo psychobiologické. A to si vyžaduje existenciu nejakej teórie, na základe ktorej budeme o tejto preexistujúcej štruktúre, ktorá sa môže patologicky zvrhnúť, uvažovať. Praktickým významom takejto teoretickej úvahy je to, aby sme svojvoľne nepsychiatrizovali normálne (hoci spoločnosťou považované za nadmerné) správanie.

Aj keď je znižovanie počtu kritérií, o ktoré sa snaží ICD-11, často užitočné, v tomto prípade redukcia príznakov na čisto behaviorálne prejavy môže uberať na presvedčivosti definície novej psychickej poruchy. Zároveň, zmena paradigmy od latentných modelov k sieťovým modelom psychopatologických konštruktov stavia práve na dôkladnejšom vnímaní komplexity, štruktúry a vnútornej dynamiky týchto konštruktov.³³ Vyvodzovať inferencie stavajúce na troch indikátoroch tak pre túto úlohu pravdepodobne nie je dostatočné a dané indikátory majú skôr pragmatický charakter. Naše posudzovanie vhodných nástrojov na meranie danej poruchy je v tomto zmysle významným spôsobom ovplyvnené potrebou ich využitia. Podobne ako sme uviedli vyššie pri posudzovaní klasifikačných systémov, je aj pri meracích nástrojoch dôležitý účel merania. Ak ide o skriningové predbežné vyšetrenie, ktoré má pomôcť zúžiť populáciu možných pacientov alebo záujemcov o následné vyšetrenie, sú potrebné iné kritériá oproti tým, ktoré by mal mať nástroj, ktorý sa snaží odhaliť poruchu s podobnou presnosťou ako klinické vyšetrenie. Z tohto pohľadu je vhodnejší nástroj IGDT-10 ako GDT.

Určité obmedzenia plynú už zo samotných kritérií, ktorými sa daný nástroj bude riadiť. Ak sa bude sebaopisovacia škála opierať o výskumnú IGD/GD kategóriu, má približne tri oporné body, ktoré sa týkajú samotného jedinca (tie, ktoré sme si označili ako intrapsychické), ale posúdenie tých ostatných, ktoré sa týkajú jeho správania (behaviorálnych), bude skreslené (alebo musí byť doplnené dotazníkom, ktorý budú vyplňať príbuzní alebo blízke osoby). V prípade ICD-11 je to ešte zložitejšie, keďže intrapsychické kritériá tam vôbec nenachádzame. Takže aj keď nami posudzované škály majú pomerne slušnú reliabilitu, validita nie je jednoznačne preukázaná. Tomu zodpovedá aj naše zistenie, že veľmi často uvádzanými symptómami v dotazníku IGDT-10 boli dva intrapsychické: nadmerný záujem a únik od negatívnych emócií, a len jeden behaviorálny: nadmerné hranie napriek psychosociálnym problémom. Väčší počet kritérií v DSM-5 síce výrazne zvyšuje senzitivitu (pozri³¹; 61 % vs. 36 % v prospech DSM-5), avšak na druhú stranu je potrebné povedať, že cieľom WHO bolo znižovaním počtu kritérií zrejme zvyšovať špecifitu, teda redukovať množstvo falošne pozitívnych osôb aj za cenu znižovania senzitivity, keďže práve nízka špecifita nie senzitivita by mohla byť problematickým aspektom v rámci skriningu. Vysvetliť to môžeme na príklade Jeonga et al., 2018, ktorí uvádzajú 90,4% špecifitu, keďže nami zistenú 100% špecifitu je potrebné vzhľadom k malej vzorke interpretovať s opatrnosťou. Pri 90,4% špecifite bude zo 100 000 hráčov 9600

hráčov hrajúcich nie patologickým spôsobom falošne pozitívnych, čo je veľmi vysoké číslo. Sociálnym dôsledkom tohto stavu by mohla byť nedôvera verejnosti alebo samotných hráčov voči takýmto nástrojom. Tomu zodpovedá aj náš predbežný záver, že dotazníky považujeme za vhodný doplnok na rýchly skrining poruchy, avšak nie za náhradu za klinické vyšetrenie. Preto by sa mali používať len ako orientačný ukazovateľ skutočnej prevalencie poruchy.

Ak by sme mali zhodnotiť obidve metódy, výhoda dotazníka spočíva v dĺžke trvania a v spôsobe administrácie, ktorá môže byť hráčom bližšia – nemusia viesť rozhovor, ku ktorému nemusia mať vzťah ani v bežnom živote. Napak klinický rozhovor podaný v dobrej, priateľskej atmosfére umožňuje tú istú otázku parafrázovať pri zachovaní významu, čím sa hráč môže bližšie zamyslieť nad odpoveďou. Podľa autorov nástroja SCI-IGD je použitie rozhovoru riešením viacerých problémov dotazníkov, napr. náročnejšej koncentrácie na dlhšie položky, neschopnosti presne hodnotiť vlastné správanie či neschopnosti vnímať vlastné správanie v časovom kontexte (dĺžka trvania, frekvencia). Rozhovor dokáže navodiť stav dôvery a bezpečia, čím sa hráči môžu otvoriť aj menej príjemným témam a eliminuje sa tak množstvo sociálne žiaducich odpovedí. Nevýhodou je časová náročnosť. Nie všetci hráči môžu byť ochotní prekročiť hranicu sociálnej interakcie a v dostatočnej dĺžke zachovať rovnakú motiváciu pre otvorenie sa voči zadanej téme. Rozhovor v našom prípade pomohol bližšie poznať úroveň percepcie predloženej témy, ktorá bola podmienená individuálnou skúsenosťou hráčov. Pri kladení otázok a vyjadrení neistoty zo strany hráča bolo možné otázku preformulovať a viac prispôbiť mentálnej kapacite hráča. Väčšina z nich reálny rozhovor v svojom živote nevedie, vzhľadom na ich prevažujúce profesijné zameranie na IT. Dotazník nepriniesol možnosť tú istú otázku preformulovať a overovať pochopenie významu. Príjemná atmosféra, ktorú sme sa v rozhovore snažili udržiavať, priniesla otvorenosť a väčšiu hĺbku odpovedí. Týmto si vysvetľujeme aj rozpor vo výpovedi hráča s ID11, ktorí v rozhovore pripustil vo významnejšej miere vážnosť symptómov a problémov spojených s hraním. V dotazníku bez hlbšieho zamyslenia odpovedal sociálne žiaduco.

Limity štúdie. Jedným z obmedzení výskumu bola skutočnosť, že nie všetky rozhovory boli realizované psychiatrom / klinickým psychológom, ale aj zaškoleným psychológom z akademického prostredia. Ďalšie obmedzenia sa týkajú veľkosti a charakteru vzorky – výsledky je možné generalizovať len na vzorku nadmerne hrajúcich hráčov, a zároveň, je pravdepodobný značný stupeň selekčného skreslenia. Ako to vystihol jeden z hráčov, skutoční patologickí hráči sa takéhoto výskumu nezúčastnia, vzhľadom na to, že čas trávia pri online hrách a nenechajú sa o tento čas obráť. Vyššie spomenuté ohrozenia sme sa snažili redukovať poskytnutím potenciálne reálnej odmeny (výhra kvalitnej hernej myši) za účasť na výskume. Aj napriek tomu môže tento článok poslúžiť ako základ pre ďalší, najmä klinický výskum v tejto oblasti, a to špeciálne v lokálnych končinách, kde sa GD ešte len dostáva do povedomia odborníkov.

Aj napriek tomu, že naše predbežné výsledky si vyžadujú replikáciu s vyššou štatistickou silou (a použitie zlatého štandardu, teda vyšetrenia každého respondenta psychiatrom), z dôvodu potenciálne nízkeho počtu oficiálne

diagnostikovaných patologických hráčov v slovenskej alebo českej populácii a ich extrémne náročnej dohľadateľnosti ostávame voči jej realizácii skeptickí. Aspoň dočasnou alternatívou (do realizácie robustnej validačnej štúdie) by mohlo byť zabezpečenie dobrej obsahovej validity (posúdením dotazníkov odborníkmi z praxe) nami preložených nástrojov a dočasná akceptácia slubných

výsledkov zahraničných validačných štúdií na náš kontext. Z toho dôvodu budeme veľmi radi, ak sa ostatní odborníci zapoja do diskusie ohľadom prekladov alebo adaptácie nami použitých nástrojov a akékoľvek návrhy na ich úpravu adresujú buď priamo autorskému kolektívu, alebo pridajú komentár na stránke OSF: <https://osf.io/4kxng/>, kde zdieľame všetky materiály.

LITERATÚRA

- Gough C. Number of active video gamers worldwide from 2015 to 2023 [online]. Statista 2020 [cit. 2020-12-8]. Dostupné na: <https://www.statista.com/statistics/748044/number-video-gamers-world/>.
- Prieskum ASUS. Reprezentatívny prieskum hrania počítačových hier na Slovensku [online]. Nielsen Admosphe-re Omnibus 2020 [cit. 2020-12-8]. Dostupné na: https://hernazona.aktuality.sk/clanok/5820/ake-hry-hravaju-slovaci-prve-miesto-ta-prekvapi-exkluzivny-prieskum/?AT=wgt.article_clanok-crosspromo.c.x...B.&utm_source=sport.sk&utm_medium=zona-article&utm_campaign=box-esports-article&utm_content=cross/.
- ČSÚ. Videohry hrajeme do 24 let [online]. Český statistický úrad 2017 [cit. 2020-12-8]. Dostupné na: <https://www.statistikaamy.cz/2017/12/12/videohry-hrajeme-do-24-let/>.
- Suchá J, Dolejš M, Pipová H, Maierová E, Cakirpaloglu P. Hraní digitálních her českými adolescenty. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2018.
- Darvesh N, Radhakrishnan A, Lachance CC et al. Exploring the prevalence of gaming disorder and Internet gaming disorder: A rapid scoping review. *Systematic Reviews* 2020; 9 (1).
- Costa S, Kuss, DJ. Current diagnostic procedures and interventions for Gaming Disorders. A Systematic Review. *Frontiers in Psychology* 2019; 10: 578.
- King DL, Chamberlain SR, Carragher N et al. Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. *Clinical Psychology Review* 2020b; 77: 101831.
- Jelínek M, Květon P. Ověření psychometrických vlastností české adaptace Škály závislosti na hraní videoher pro adolescenty. *Československá psychologie* 2017; 61 (5): 448–459.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2013.
- Patarák M. Kontroverzie okolo klasifikácie poruchy v dôsledku hrania počítačových hier. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)* 2018; 53 (2): 67–79.
- World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). [cit. 2020-12-8]. Dostupné na: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- Billieux J, King DL, Higuchi S et al. Functional impairment matters in the screening and diagnosis of gaming disorder. *Journal of Behavioral Addictions* 2017; 6 (3): 285–289.
- Király O, Demetrovics Z. Inclusion of Gaming Disorder in ICD has more advantages than disadvantages. *Journal of Behavioral Addictions* 2017; 6 (3): 280–284.
- King DL, Delfabbro PH. The concept of “harm” in Internet gaming disorder. *Journal of Behavioral Addictions* 2018; 7 (3): 562–564.
- Brunborg GS, Hanss D, Mentzoni RA, Pallesen S. Core and peripheral criteria of video game addiction in the Game Addiction Scale for adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2015; 18 (5): 280–285.
- Snodgrass JG, Zhao W, Lacy MG, Zhang S, Tate R. Distinguishing core from peripheral psychiatric symptoms: Addictive and problematic internet gaming in North America, Europe, and China. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 2018; 43 (2): 181–210.
- Chiu Y-C, Pan Y-C, Lin Y-H. Chinese adaptation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test and prevalence estimate of Internet gaming disorder among adolescents in Taiwan. *Journal of Behavioral Addictions* 2018; 7 (3): 719–726.
- Khazaal Y, Breivik K, Billieux J et al. Game Addiction Scale assessment through a nationally representative sample of young adult men: Item response theory graded-response modeling. *Journal of Medical Internet Research* 2018; 20 (8): e10058.
- Müller KW, Beutel ME, Dreier M, Wölfling K. A clinical evaluation of the DSM-5 criteria for Internet Gaming Disorder and a pilot study on their applicability to further Internet-related disorders. *Journal of Behavioral Addictions* 2019; 8 (1): 16–24.
- Bean AM, Nielsen RKL, van Rooij AJ, Ferguson CJ. Video game addiction: The push to pathologize video games. *Professional Psychology: Research and Practice* 2017; 48 (5): 378–389.
- Van den Brink W. ICD-11 Gaming Disorder: Needed and just in time or dangerous and much too early? *Journal of Behavioral Addictions* 2017; 6 (3): 290–292.
- Pontes HM, Schivinski B, Sindermann C et al. Measurement and conceptualization of Gaming Disorder according to the World Health Organization framework: The development of the Gaming Disorder Test. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2019.
- Karhulahti V, Martončík M, Adamkovic M. Measuring Internet Gaming Disorder and Gaming Disorder: Qualitative Content Validity Analysis of Validated Scales; 2021, January 8. Dostupné na: <https://doi.org/10.31234/osf.io/dgtmq>.
- Koo HJ, Han DH, Park S-Y, Kwon J-H. The Structured Clinical Interview for DSM-5 Internet Gaming Disorder: Development and validation for diagnosing IGD in adolescents. *Psychiatry Investigation* 2017; 14 (1): 21–29.
- Ryu H, Lee JY, Choi AR, Chung SJ, Park M, Bhang S-Y, Choi J-S et al. Application of Diagnostic Interview for Internet Addiction (DIA) in Clinical Practice for Korean Adolescents. *Journal of Clinical Medicine* 2019; 8 (2): 202.
- Vacek J, Vondráčková P. Behaviorální závislosti: Klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Čes a slov Psychiat* 2014; 110 (6): 326–332.
- Benkovič J. Nelátkové závislosti v ambulancii praktického lékaře. *Via Practica* 2007; 4 (11): 530–533.
- Víchová V, Koblolovský P. Diagnostika a psychoterapie „nových“ závislostí. *Psychiatrie pro praxi* 2014; 15 (1): e4–e7.
- Kopecký K, Sztokowski R. Projevy závislostního chování u dětských hráčů hry Minecraft pohledem kvantitativního výzkumu. *Pediatric pro praxi* 2018; 19 (1): e1–e6.
- Király O, Slecza P, Pontes HM et al. Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addictive Behaviors* 2017; 64: 253–260.
- Starcevic V, Choi TY, Kim TH et al. Internet gaming disorder and gaming disorder in the context of seeking and not seeking treatment for video-gaming. *Journal of Psychiatric Research* 2020; 129: 31–39.
- Jeong H, Yim HW, Lee SY et al. Discordance between self-report and clinical diagnosis of Internet gaming disorder in adolescents. *Scientific Reports* 2018; 8 (10084): 1–8.
- Ropovik I, Adamkovič M, Baník G. Duševné zdravie ako komplexný dynamický systém: Sieťový prístup k psychopatológii. *Československá psychologie*. In press 2020.