

**UNIVERZITA KONŠTANTÍNA FILOZOFA V NITRE  
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED A ZDRAVOTNÍCTVA**

**PERCEPCIA RIZIKA ZISKOV A STRÁT U GAMBLEROV**

**Diplomová práca**

Študijný program: Psychológia

Školiace pracovisko: Katedra psychologických vied

Školiteľ: PhDr. Ľubor Pilárik, PhD.

**Nitra 2012**

**Bc. Monika Franková**

## **Pod'akovanie**

Najväčšia vďaka patrí môjmu školiteľovi, PhDr. Ľuborovi Pilárikovi, PhD. za odborné vedenie počas realizácie práce, hodnotné návrhy a rady pri jej záverečnom spracovaní. Pod'akovanie patrí aj respondentom, ktorí sa ochotne zúčastnili môjho výskumu.

## **ABSTRAKT**

Franková, Monika: Percepcia rizika, ziskov a strát u gamblerov [Diplomová práca] – Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva; Katedra psychologických vied. Školiteľ: PhDr. Lubor Pilárik, PhD. Stupeň odbornej kvalifikácie: Magister. Nitra: FSVaZ, 2012, 54 s.

Cieľom našej práce bolo zistiť, ktoré faktory prispievajú k vzniku a rozvoju patologického hráčstva a porovnať tieto faktory u patologických hráčov a nehráčov.

Vo výskume sme kvantitatívnou analýzou zisťovali, aký je rozdiel v tendencii k rizikovému správaniu u patologických hráčov a nehráčov. Ďalej sme skúmali faktory averzie voči strate, anticipovaných emócií šťastia a ľútosti a vyhľadávania stimulácie u patologických hráčov a tiež u nehráčov. Na meranie sledovaných premenných sme použili nasledovné dotazníky: Dotazník RSK, Dotazník averzie voči strate a anticipovaných emócií a Škálu vyhľadávania stimulácie. Vo výskume sme pracovali so súborom tridsiatich patologických hráčov a tridsiatich nehráčov, vo veku 18 až 57 rokov. Z výsledkov vyplýva, že patologickí hráči majú väčšiu tendenciu k rizikovému správaniu, majú nižšiu schopnosť anticipovať emócie či už pozitívne, alebo negatívne a sú menej averzívni voči strate, ako nehráči. Taktiež sa ukázalo, že patologickí hráči nevyhľadávajú viac stimuláciu ako nehráči. Aplikáciu daného výskumu vidíme v možnosti integrácie daných poznatkov do terapie patologických hráčov.

### **Kľúčové slová:**

Percepcia rizika. Averzia voči strate. Anticipované emócie. Vyhľadávanie stimulácie.

## **ABSTRACT**

Franková, Monika: Perception of risk, gains and losses by gamblers. [Master Thesis] – Constantine the Philosopher University in Nitra, Faculty of Social Sciences and Health Care; Department of Psychological Sciences. Tutor: PhDr. Ľubor Pilárik, PhD. Master of degree: Educational qualification degree: Master, Nitra: FSVaZ, 2012, 54 p.

The aim of our study was identify factors that contribute to the creation and development of pathological gambling and compare these factors in pathological gamblers and non-players. In research, we investigate the quantitative analysis, the difference in propensity for risky behaviour in pathological gamblers and non-players. Than, we examined factors loss aversion, anticipated emotions of happiness, sorrow and stimulating the search for pathological gamblers and non-players. The measurement observed variables, we used the following questionnaires: Questionnaire RSK, Questionnaire of loss aversion and anticipated emotions and Sensation seeking scale. In research, we worked with a set of thirty pathological gamblers and thirty non-players, aged 18 to 57 years. The result suggest that pathological gamblers are more inclined to risky behavior. They have less ability to anticipate the emotions, whether positive or negative and are less aversive to losses than non-players. They also showed that pathological gamblers do not seek stimulations more than non-players. The application of the research is seeing in the possibility of the integration of knowledge in retreatment of pathological gamblers.

### **Key words:**

Risk perception. Loss aversion. Anticipated emotions. Sensation seeking.

# OBSAH

<b>ABSTRAKT.....</b>	<b>4</b>
<b>OBSAH.....</b>	<b>5</b>
<b>ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV.....</b>	<b>9</b>
<b>ZOZNAM SKRATIEK A ZNAČIEK .....</b>	<b>8</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>1 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 VYMEDZENIE POJMU RIZIKA.....</b>	<b>11</b>
1.1.1 MODEL Y RIZIKA.....	13
1.1.2 PERCEPCIA RIZIKA.....	13
<b>1.2 RIZIKOVÉ SPRÁVANIE.....</b>	<b>14</b>
1.2.1 MODEL Y RIZIKOVÉHO SPRÁVANIA.....	16
<b>1.3 RIZIKOVÉ ROZHODOVANIE.....</b>	<b>16</b>
1.3.1 MODEL Y RIZIKOVÉHO ROZHODOVANIA.....	17
<b>1.4 RIZIKOVÉ SPRÁVANIE A ZÁVISLOSŤ.....</b>	<b>18</b>
<b>1.5 AVERZIA VOČI STRATE.....</b>	<b>19</b>
1.5.1 VZŤAH MEDZI AVERZIOU VOČI STRATE A AVERZIOU VOČI RIZIKU.....	21
1.5.2 AVERZIA VOČI STRATE A PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO.....	22
<b>1.6 RIZIKO A EMÓCIE.....</b>	<b>22</b>
<b>1.7 VYHLADÁVANIE STIMULÁCIE.....</b>	<b>25</b>
1.7.1 VZŤAH SENSATION SEEKING A PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVA...28	
1.7.2 VZŤAH MEDZI SENSATION SEEKING A RIZIKOM.....	29
<b>1.8 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO.....</b>	<b>30</b>
1.8.1 POJEM PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO.....	30
1.8.2 PRIEBEH PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVA.....	34
1.8.3 ŠTÁDIÁ ROZVOJA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVA.....	34
1.8.4 ŠTÁDIÁ UZDRAVENIA.....	36
<b>1.9 VÝSKUMNÝ PROBLÉM A CIEĽ .....</b>	<b>38</b>
<b>1.10 VÝSKUMNÉ HYPOTÉZY A OTÁZKY.....</b>	<b>39</b>

<b>2. METÓDY</b> .....	<b>43</b>
<b>2.1 VÝSKUMNÁ VZORKA</b> .....	<b>43</b>
<b>2.2 VÝSKUMNÉ METODIKY A ICH CHARAKTERISTIKA</b> .....	<b>44</b>
<b>2.3 METÓDY ŠTATISTICKÉHO TESTOVANIA</b> .....	<b>46</b>
<b>2.4 DIZAJN VÝSKUMU</b> .....	<b>46</b>
<b>3. VÝSLEDKY</b> .....	<b>47</b>
<b>3.1 RIZIKOVÉ SPRÁVANIE</b> .....	<b>47</b>
<b>3.2 ANTICIPOVANÉ EMÓCIE</b> .....	<b>48</b>
3.2.1 POROVNANIE ANTICIPOVANEJ EÚTOSTI U HRÁČOV A NEHRÁČOV.....	48
3.2.2 POROVNANIE ANTICIPOVANÉHO ŠŤASTIA U HRÁČOV A NEHRÁČOV.....	49
<b>3.3 AVERZIA VOČI STRATE U HRÁČOV         A NEHRÁČOV</b> .....	<b>50</b>
<b>3.4 VYHLADÁVANIE STIMULÁCIE U HRÁČOV         A NEHRÁČOV</b> .....	<b>51</b>
3.4.1 VYHLADÁVANIE DISINHIBITON STIMULATION.....	52
<b>4. DISKUSIA</b> .....	<b>54</b>
<b>4.1 APLIKÁCIE VYPLÝVAJÚCE Z VÝSLEDKOV VÝSKUMU         A ODPORÚČANIA PRE PRAX</b> .....	<b>58</b>
<b>ZÁVER</b> .....	<b>64</b>
<b>ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV</b> .....	<b>65</b>
<b>PRÍLOHA A (DOTAZNÍK RSK)</b>	
<b>PRÍLOHA B (DOTAZNÍK AVERZIE VOČI STRATE A ANTICIPOVANÝCH EMÓCIÍ)</b>	
<b>PRÍLOHA C (PRIEBEŽNÉ VÝSTUPY PROGRAMU SPSS)</b>	

## **ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV**

- Tabuľka 1** Zloženie výskumného súboru podľa priemerného veku
- Tabuľka 2** Zloženie výskumného súboru z pohľadu hráčstva/nehráčstva
- Tabuľka 3** Zloženie výskumného súboru podľa miesta bydliska
- Tabuľka 4** Zloženie výskumného súboru podľa ukončeného vzdelania
- Tabuľka 5** Zloženie výskumného súboru podľa pohlavia
- Tabuľka 6** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov v tendencii k rizikóvemu správaniu
- Tabuľka 7** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska anticipovanej emócie ľútosť
- Tabuľka 8** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska anticipovanej emócie šťastia
- Tabuľka 9** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska averzie voči strate
- Tabuľka 10** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska vyhľadávania stimulácie
- Graf 1** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov v tendencii k rizikóvemu
- Graf 2** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska anticipovanej emócie ľútosť
- Graf 3** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska anticipovanej emócie šťastia
- Graf 4** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska averzie voči strate
- Graf 5** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska vyhľadávania stimulácie
- Graf 6** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska subškály Disinhibition Seeking

## ZOZNAM SKRATIEK A ZNAČIEK

<b>n</b>	počet respondentov
<b>AM</b>	aritmetický priemer
<b>Me</b>	medián
<b>SD</b>	štandardná odchýlka
<b>t</b>	hodnota t-testu
<b>df</b>	stupne voľnosti
<b>p</b>	hodnota dosiahnutej signifikancie/významnosti
<b>Z</b>	hodnota Mann – Whitneyho U testu
<b>DIS</b>	Disinhibition seeking
<b>TAS</b>	Thrill and adventure seeking
<b>ES</b>	Experience seeking
<b>BS</b>	Borderom Susceptibility

\* Korelácia je významná na hladine  $p < 0.05$

\*\* Korelácia je významná na hladine  $p < 0.01$



# ÚVOD

*„ Hra je pre ľudí duchaplným rozptýlením, pre hlupákov vášňou.“*

*A. Dumas ml.*

V našej práci sme sa zaoberali oblasťami percepcie rizika, averziou voči strate, anticipovanými emóciami a vyhľadávaním stimulácie, pričom dané oblasti sme skúmali u patologických hráčov a nehráčov.

Hazardné hranie nie je novodobým fenoménom. Existencia hazardných hier bola zaznamenaná už v starovekých kultúrach v Egypte, Číne, Japonsku, či v Perzii. Hra je však prirodzenou súčasťou života človeka, pomocou nej sa dieťa socializuje a v dospelosti slúži na rozptýlenie a zábavu. Problém však nastáva, ak sa stane každodennou rutinou, potrebou a teda závislosťou.

Objasniť dôvod vzniku a pretrvávanie patologického hráčstva sa snažilo mnoho výskumov. Jedna časť výskumov sa prikláňa k tvrdeniu, že závislosť ovplyvňujú iracionálne presvedčenia patologických hráčov (Hánová, Kordáčová, 2002), iní zase zdôrazňujú význam impulzivity (Breen, Zuckerman, 1999). Z dôvodu nejednoznačnosti faktorov vplývajúcich na patologické hráčstvo, sme sa rozhodli túto problematiku hlbšie preskúmať.

Cieľom našej práce bolo zistiť, ktorý z faktorov- averzia voči strate, anticipované emócie, alebo vyhľadávanie stimulácie, súvisí s patologickým hráčstvom. Zaujímalo nás, ako vnímajú riziko patologickí hráči a nehráči.

Daný výskum sme koncipovali ako komparačnú štúdiu. V prvej časti sme uviedli teoretické východiská danej problematiky a následne sme formulovali výskumný problém a cieľ. Zamerali sme sa na oblasti rizika, modely rizika, vnímanie rizika, rizikové správanie a rozhodovanie, averziu voči strate, anticipované emócie a nakoniec sme objasnili oblasť patologického hráčstva ako diagnózu, mechanizmus vzniku a typy hráčov.

Na základe teoretických východísk sme formulovali výskumné otázky a hypotézy, ktoré sme overovali u diagnostikovaných patologických hráčov v porovnaní s nehračmi.

V časti o použitých metódach sme opísali jednotlivé metódy a ich použitie. Následne uvádzame výsledky štatistického spracovania získaných dát a vyjadrujeme sa k uvedeným výskumným otázkam a hypotézam. V diskusii sa zameriavame na psychologickú interpretáciu zistení a možno aplikácie daných poznatkov v praxi.

# 1 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ

## 1.1 VYMEDZENIE POJMU RIZIKA

Problematikou rizika sa v období posledných 40 rokov zaoberali mnohí slovenskí i českí psychológovia. Riziko, ako aspekt záťaže sledovali hlavne inžinierski psychológovia (Hladký, Matoušek, 1970). E. Bakalář (1977) sa zaoberal rizikom vo vzťahu k psychickej spôsobilosti pre výkon povolania. Rizikovému správaniu v oblasti dopravy sa venovali hlavne Štikař (1971) a Zdražil (1971). Vzťahu rizika a osobnosti sa u nás venoval Sarmány - Schuller (1977, 1979). Novšie výskumy sa zameriavajú na riziko v súvislosti so zdravím (Skorodenský, 1989), s tvorivosťou (Kováčová, 1994) a tiež v súvislosti so životným prostredím (Potašová, 1993; Rošková, Schraggeová 1996; Rošková 1996). (in Bianchi, Rošková, Rossová, 1996).

Luhman (in Fandelová, 1996) uvádza, že pojem „riziko“ sa používa približne v 1500 oblastiach ľudských činností. Je to opozitum k pojmu istota (security), ktorá sa všeobecne ako hodnota vysoko oceňuje. Človek túži po istote, ale v závislosti od podmienok súčasného života musí akceptovať ako neoddeliteľnú súčasť svojho života riziko.“

Riziko v odbornej literatúre nie je chápané jednotne. Existuje väčšie množstvo vysvetlení tohto pojmu, ktoré sú však navzájom odlišné. Riziko sa často chápe ako:

- určitý stav informovanosti subjektu rozhodovania
- variabilita (rozptyl) možných výsledkov
- nebezpečenstvo negatívnej odchýlky od cieľa
- nebezpečenstvo straty
- nebezpečenstvo chybného rozhodnutia

(Fotr, 1986, s. 48)

Podľa Schragrovej a Roškovej (2000) môžeme pri definícii rizika identifikovať dva základné prístupy a to *technický* a *sociálny*. V technickom kontexte sa riziko chápe ako možnosť nehody, určité poškodenie, alebo strata. Kritikou tohto konceptu je absencia humánneho aspektu, pretože človek tu vystupuje ako pasívny prvok, ktorý nemôže jednotlivé udalosti ovplyvňovať. Naopak, v sociálnom prístupe sa riziko vníma ako pre

človeka subjektívne a teda neexistujúce. Ľudia pracujú s týmto pojmom, aby sa lepšie vysporiadali s nebezpečenstvom a neistotou života.

Thompson ( in Schrageová, Rošková, 2000) rozlišuje:

- *riziko reálne*, ktoré je kombináciou možností a negatívnych dopadov, vyskytujúcich sa v realite
- *riziko pozorovateľné*, je vyhodnotenie kombinácie možností a negatívnych dopadov využitím teoretických konceptov fyzikálneho sveta
- *vnímané riziko* je ohodnotením reálneho rizika bez použitia teoretických konceptov

Najvšeobecnejšie definície rizika, hovoria o riziku ako o nebezpečenstve, odchýlke od cieľa, kedy riziko chápeme ako možnosť, že voľbou určitej alternatívy nedosiahneme stanovený cieľ (Fandelová,1996).

Rovnako Webster (in Slovic,1994) uvádza, že riziko je „možnosť zranenia, zničenia, alebo straty“.

Väčšina sociálnych vied uvádza, že riziko je vysoko subjektívne. Neexistuje niekde vonku, ale je v mysli každého jedinca. Pojem riziko človeku pomáha vysporiadať sa s nebezpečenstvom a neistotou v živote. Aj keď v živote človeka sa často objaví *reálne riziko* často čelíme riziku ktoré nie je objektívne. Príkladom takéhoto rizika môže byť odhad nukleárneho inžiniera pri odhade pravdepodobnosti nukleárnej havárie, alebo odhad chemika o možnosti karcinogénneho účinku látky. Oba predpoklady sú založené na teoretických modeloch, ktorých základ je subjektívny a ten vedie k subjektívnemu usúdeniu (Slovic,1999).

Podľa Roškovej (1995) „riziko neexistuje ako niečo, čo možno konkrétne vnímať a považuje ho viac menej za sociálny konštrukt. Zahŕňa v sebe technické, sociálne, kultúrne, individuálne i iné charakteristiky, vzťahujúce sa na ohrozenie života, nebezpečie, nejakú stratu či zisk, vyjadruje neistotu, pravdepodobnosť možnosti, alebo dôsledky udalosti.

Sjoberg (in Rošková,1997,s.113) definuje riziko nasledovne:

- ako pravdepodobnosť nejakej udalosti
- ako kombináciu pravdepodobnosti a konzekvencie udalostí
- ako dôsledok udalosti
- ako význam, ktorý je spojený s typom a pôvodom udalosti

Podľa Kovačiča (1985) sa riziko chápe ako „teoretický konštrukt, ktorý v sebe integruje osobnostné, situačné i kognitívne komponenty a predstavuje komplexný pojem v zmysle interfunkčného prístupu k sledovanému javu.“

### 1.1.1 MODEL Y RIZIKA

O jednotný súhrn modelov rizika sa pokúsila Barbara Keogh (1989 in: Matějček, Dytrych, 1998), ktorá vo svojej práci uvádza celkovo štyri modely. Každý jeden z modelov obsahuje rizikové, ale aj protektívne faktory, ktoré sú určitým spôsobom organizované a určujú silu každého z modelov.

Prvým z nich je *model priameho účinku*. Je to najjednoduchší a najpriamejší model na predpovedanie rizika. Tento model počíta s priamym účinkom rizikového správania na organizmus. Predpokladá, že riziko je prirodzenou súčasťou vývoja jedinca, je možné ho sledovať a predpovedať dôsledky. Hlavným faktorom je pri tom závažnosť daného rizika.

Základom *modelu súčtu* je predpoklad, že riziko nezávisí od druhu rizikového faktoru, ale od počtu rizikových faktorov. Rizikové faktory, ktoré v danej situácii pôsobia na človeka sa teda sčítavajú.

*Model závažnosti* sa snaží rozvíjať predchádzajúce chápanie tým, že zdôrazňuje aj závažnosť jednotlivých rizík, ktoré pôsobia na organizmus. Miera závažnosti jednotlivých rizík sa mení v závislosti na vývojovom stupni jedinca. Ďalej, *model kompenzácie* sa pri identifikovaní následkov rizika sústreďuje na určité mechanizmy, ktoré môžu pôsobiť proti riziku. Tieto mechanizmy znižujú mieru dopadu negatívnych vplyvov rizika a môžu dokonca pracovať aj pre vývojový prospech.

Tak ako samotný pojem riziko nie je v literatúre vymedzený jednotne, tak isto je vnímaný ľuďmi. Každý človek percipuje riziko inak. Niektorí môžu vidieť určitú situáciu ako rizikovú, iní zas ako nerizikovú. V nasledujúcej časti sa preto zameriame na samotnú percepciu rizika.

### 1.1.2 PERCEPCIA RIZIKA

Schaarschmidt (in Fandelová, 1996) uvádza, že ľudia sa líšia v schopnosti vnímať riziko. Vnímanie rizika u ľudí je často ovplyvnené ich sociálnou skúsenosťou. Porozumieť individuálnemu vnímaniu rizika, je dôležité, hlavne pri vytváraní kognitívnych stratégií

riešenia problémov, alebo inovatívnych postupov .Pre človeka, ktorý vyhľadáva nové stratégie riešenia, alebo vytvára nové postupy, je každá takáto situácia konfliktná, alebo riskantná.

Rozdiely pri vnímaní rizika sú hlavne medzi laikmi a odbornou verejnosťou.

Laici vnímajú riziko iracionálne a posudzujú ho len na základe osobnej analýzy, aká je pravdepodobnosť daného rizika, alebo úrazu. Racionálnejšie vnímanie rizika sa objavuje pri vnímaní situácií, ktoré nezahŕňajú hodnotenie pravdepodobnosti úmrtia (ako napr. vnímanie nedostatku kontroly, strach, hodnotenie nákladov a prínosov). Dôležité je však poznamenať, že vnímanie rizika verejnosťou môže mať obrovský sociálny dopad (Leistrowitz,2003).

Posúdenie rizika expertmi vymedzuje Slovic (1999), ako objektívne, analytické, racionálne a múdre a založené na *reálnom riziku* (teda nejde len o percepciu, ale vnímanie reality).

Sjöberg, Dorttz- Sjöberg (in Schrageová,Rošková,2000) opisujú tri faktory, ktoré ovplyvňujú vnímanie a hodnotenie rizika:

1. Postoje
2. Citlivosť voči riziku ako črta osobnosti
3. Strach a špecifické zložky rizika

Vnímanie rizika u ľudí je často ovplyvnené informáciami médií o danom riziku – situácie, v ktorých je väčšie množstvo ľudí vystavené riziku, sa dostávajú do médií a majú v nich väčší priestor a intenzitu než situácie, kde je vystavené pôsobeniu rizika menej ľudí (napr. letecké nešťastia vs. automobilové nehody).

Existuje viacero faktorov, ktoré ovplyvňujú našu subjektívnu pravdepodobnosť, teda vnímanie objektívnej pravdepodobnosti. Najdôležitejšie faktory, ktoré ovplyvňujú vnímanie rizika, sú emočné faktory, sociálne faktory a kognitívne heuristiky (Bavolář,2008).

## **1.2 RIZIKOVÉ SPRÁVANIE**

Rizikové správanie je individuálnym osobnostným znakom, ktorý sa viaže na určité konkrétne situácie a je ovplyvnené kognitívnymi i nonkognitívnymi faktormi a zároveň je špecifickou formou sociálneho správania. Rizikové správanie je súčasťou teórie

psychológie rizika. Vysvetľuje správanie človeka v situáciách rozhodovania v podmienkach neistoty, ohrození, nedostatku, alebo nadbytku dôležitých informácií, v časovom strese a pod. (Fandelová,1996).

Gullon a Moor (2000) vymedzujú rizikové správanie ako „participáciu na takom type správania, ktoré v sebe zahŕňa i potencionálne negatívne dôsledky, alebo straty. Toto riziko je však do istej miery vyvážené vnímanými pozitívnymi dôsledkami, alebo ziskami, ktoré pre jedinca z rizikových aktivít vyplývajú.“

Rizikové správanie sa chápe ako individuálny osobnostný znak, viaže sa na konkrétne situácie a závisí od kognitívnych a nonkognitívnych faktorov, predstavuje špecifickú formu sociálneho správania. Rizikové správanie ako súčasť širšie koncipovanej teórie psychológie rizika vysvetľuje správanie individua v situáciách rozhodovania za podmienok neistoty, pri ohrození, nedostatku, alebo nadbytočnosti významných informácií, v časovom strese a pod. Vo všeobecnosti výskum rizikového správania prebieha na dvoch úrovniach, ktoré sa vzájomne integrujú. Ide o osobnostné charakteristiky a situačné faktory (Fandelová,1999).

Vo všeobecnej rovine Moore, Gullone a Konstanski (in Orosová,1999) uvádzajú, že „rizikové správanie je správaním ktorého výsledok nie je jasný, ktoré prináša balansovanie medzi možnosťami negatívnych následkov (straty) a pozitívnymi následkami (ziskom)“. K rizikovým formám správania tak zaraďujeme všetky formy drogového správania, ako aj porušovanie sociálnych noriem, promiskuitu a iné. Na základe takéhoto chápania rizikového správania stojí v kontexte primárnej či sekundárnej prevencie drogových závislostí potreba zamerať pozornosť na jednotlivé faktory- zdroje drogového rizikového správania.

Rizikové správanie opisujú aj Moore, Gullone a Konstanski (1997 In : Orosová,1999). Podľa autorov je rizikové správanie také, ktorého výsledok nevieme predpovedať. Ide o rozhodovanie medzi možnosťou negatívneho dopadu (stratou) a možnosťou dopadu pozitívneho (ziskom). K rizikovým formám správania tak zaraďujeme všetky formy závislostí, ako aj porušovanie sociálnych noriem, promiskuitu a pod. Na základe takéhoto chápania rizikového správania je dôležité z hľadiska primárnej, ale aj sekundárnej prevencie identifikovať rizikové faktory závislosti.

### 1.2.1 MODELY RIZIKOVÉHO SPRÁVANIA

Napriek tomu, že mnohé modely rizikového správania sú odborníkmi kritizované, sú dôležité z hľadiska ich zjednocujúcej a explanatórnej funkcie.

Rošková (1995) popisuje dva základné modely, pričom vychádza z motivačných aspektov rizika.

Autormi prvého modelu sú Näätänen a Summala. Tento model má základ v nulovej teórii rizika. Vychádza z predpokladu, že človek vníma riziko subjektívne na základe určitého vnútorného monitora, ktorý sa aktivuje pri určitej prahovej hodnote. Človek sa však tento monitor snaží udržať pod prahovou hodnotou. Ak nastane situácia, kedy sa táto prahová hodnota presiahne, riziko sa premietne do nášho správania v podobe inhibície správania a anticipácie strachu.

Druhý model sa nazýva homeostatický, Jeho autorom je Wild. Teoretický základ tohto modelu možno nájsť v teórii rizikovej homeostázy. Teória rizikovej homeostázy predpokladá, že ak sa človek nachádza v rizikovej situácii, bude prispôbovať svoje správanie určitej hladine rizika, ktorá je u každého človeka individuálna. Je to hladina, ktorá určuje aké riziko je jedinec ešte ochotný akceptovať. Následné správanie závisí od schopnosti človeka ovplyvniť diskrepanciu medzi hladinou akceptovateľného rizika a subjektívne vnímanou hladinou rizika v konkrétnej situácii. Poznanie hladiny subjektívne akceptovateľného rizika jedinca je dôležité hlavne z dôvodu možnosti ovplyvnenia rizikového správania daného jedinca v budúcnosti.

Akceptácia rizika je u každého jedinca odlišná. Niektorí autori uvádzajú, že dobrovoľnosť je hlavným faktorom akceptácie rizika (Sivak,Soler,Tränkle 1988 In: Fandelová,1996).

### 1.3 RIZIKOVÉ ROZHODOVANIE

Skúmanie rozhodovania má dlhú históriu v mnohých krajinách. Väčšina autorov sa zhoduje na tom, že začiatok systematického skúmania rozhodovania sa datuje do 40. až 50.rokov 20.storočia. Z tohto pohľadu je skúmanie rozhodovania pomerne mladou oblasťou výskumu. Najrozšírenejším prúdom skúmania rozhodovania je rozhodovanie normatívne (to znamená, aké by naše rozhodnutia mali byť) s opisom rozhodnutí, ktoré ľudia robia (to znamená deskriptívne). Okrem tohto hlavného prúdu, pôsobili a pôsobia

rôzne iné prúdy zaoberajúce sa rozhodovaním. Tieto prúdy sa zaoberajú inými otázkami ako rozhodovaním normatívnym, deskriptívnym, prípadne preskriptívnym (Bačová,2010).

Človek sa s rozhodovaním stretáva v každodennom živote. Pokusom o popis faktorov, ktoré ovplyvňujú voľbu určitej možnosti je *behaviorálna teória rozhodovania*. Táto teória je aplikovateľná na všetky situácie, kedy sa človek rozhoduje medzi rôznymi podnetmi, alebo reakciami. Ak vieme, že určitá naša reakcia povedie celkom iste k určitému výsledku, môžeme hovoriť o rozhodovaní za určitosti, t.j. o deterministickom modeli. Pri tomto rozhodovaní si človek vyberá medzi jednotlivými alternatívami za podmienok istoty.

Opakom je *rizikové rozhodovanie*. Pre toto rozhodovanie platí stochastický model. Pri takomto rozhodovaní je jedinec vyberá z viacerých alternatív a snaží sa vybrať čo najužitočnejšiu možnosť. Pokiaľ sú nám známe jednotlivé možnosti, ich dôsledky a možnosť ich výskytu, ide o rozhodovanie za neistoty. O rozhodovaní za neurčitosti hovoríme, ak nám tieto možnosti známe nie sú (Vaněk, 1982).

Otázkou je, čo spôsobí že sa človek správa riskantne a v určitej situácii sa teda správa rizikovo, namiesto racionálneho vyhodnotenia situácie?

Havlůj (1982) uvádza, že rizikové rozhodovanie závisí od ochoty človeka podstúpiť riziko, pričom táto ochota je ovplyvnená osobnostnými charakteristikami daného človeka. To, či bude človek ochotný riskovať, závisí aj od samotnej rozhodovacej situácie. Tendencia k rizikovému správaniu sa posudzuje z hľadiska daného predmetu rizika a cieľa samotného rozhodovania. Rizikové rozhodovanie závisí od maximálnej miery rizika a vnímanej hodnoty, ktorú daná voľba predstavuje pre rozhodovateľa.

### 1.3.1 MODELÝ RIZIKOVÉHO ROZHODOVANIA

Na vysvetlenie rizikového rozhodovania u ľudí sa najčastejšie používajú tri základné modely. Tieto modely vznikli na podklade skúmania ekonomickej vedy, pretože v minulosti sa oblasť skúmania rizika a rizikového rozhodovania skúmala hlavne v oblasti ekonómie a finančných trhov.

Prvým modelom je *model očakávanej hodnoty*. Jej autorom je Bernoulli. Základom modelu je predmet rozhodovania ( $x$ ) a pravdepodobnosť tohto predmetu ( $p$ ). Ak si môžem vybrať medzi 100 eurou bankovkou a 50 eurou bankovkou vyberieme si prvú



z možností. Tento princíp zachytáva predpoklad, že pri rizikovom rozhodovaní sa snažíme o maximalizáciu očakávanej hodnoty. Spomenutú 100 eurovú bankovku však môžem vyhrať len v televíznej súťaži, kým 50 eurovú bankovku môžem zarobiť na brigáde. Pravdepodobnosť výhry v súťaži je 10%. Pravdepodobnosť, že ma vezmú na brigádu je 50%. Racionálnou voľbou teda je druhá možnosť. V reálnom živote dá väčšina ľudí prednosť zárobku v hypermarkete pred neistou možnosťou výhry v televíznej súťaži. Kritikou tejto teórie bolo, že voľba medzi dvomi predmetmi nemôže byť dostatočne popísaná maximalizáciou očakávanej hodnoty, pretože úžitok je pre každého človeka iný a nemôžeme ho popisovať len na základe financií.

Druhý model vysvetľujúci podstupovanie rizika sa nazýva model očakávaného úžitku. Táto teória uvádza, že ľudia síce zvažujú pravdepodobnosť nastavenia výsledkov rozhodnutí, iné je to však s hodnotou vecí. Namiesto očakávanej hodnoty sa táto teória sústreďuje na tzv. očakávaný úžitok. Základom je vysvetlenie, že čím máme viac peňazí, tým sú nám menej užitočné. Slovo relatívne, je veľmi dôležité. Vysvetľuje, že peniaze uspokojujú rôzne potreby, pričom tieto potreby majú pre človeka rôznu mieru dôležitosti. Za jedno euro si napríklad kúpime chlieb, za milión euro napríklad zámok. Jedlo, je pre nás relatívne dôležitejšie ako predvádzať priateľom svoj spoločenský status pomocou zámku. Preto je kus chleba možno miliónkrát lacnejší ako zámok, nie však miliónkrát menej užitočný. Preto rôzne množstvá istej veci môžu mať pre človeka rozdielnu hodnotu, podľa toho, aké potreby uspokojujú. Preto pri odhadovaní rizika, sa ľudia podľa tohto modelu nerozhodujú podľa hodnoty, ale podľa úžitku, ktorý im z určitej veci, alebo situácie plyní.

Tretí model ktorý vysvetľuje prečo ľudia podstupujú riziko, sa nazýva model spracovania informácií, kedy ľudia vyhodnocujú rizikovú situáciu na základe dostupných informácií. Do procesu rozhodovania vstupujú informácie rôznej všeobecnosti, na základe ktorých človek vyhodnocuje rizikovú situáciu (Baláž,2009).

## **1.4 RIZIKOVÉ SPRÁVANIE A ZÁVISLOSŤ**

K rizikovým formám správania sa zaraďujú aj všetky formy drogového správania (Verešová, 2004), pričom medzi formy drogového správania môžeme zaradiť aj patologické hráčstvo.

Štúdie autorov ( Gaboury a Ladoucer 1989, Toneto 1999, Goodie 2005) preukázali, že patologickí hráči vykazujú vyšší stupeň rizikového správania, ako zdraví jedinci,

pretože trpia poznávacími omylmi, na základe ktorých sú pre nich riskantné stávky viac zaujímavejšie, alebo sa cítia prehnane sebavedomí v zručnostiach hrania.

Riziková tendencia je významným faktorom, ktorý zvyšuje riziko vzniku a rozvoja závislosti. U závislých jedincov je v úzkej spätosti so snahou zažiť dobrodružstvo a túžbu po magických zážitkoch. Jedinec s určitou závislosťou si neuvedomuje závažnosť rizikovej situácie. Nerozlišuje realnosť situácie a jej subjektívne hodnotenie nevidí a nechápe riziko drogy, jej negatívny vplyv a dôsledky. Človek so závislosťou má nízku úroveň anticipácie - predvídania, predstihovania udalostí, javov, situácií, ktoré podstupuje, alebo tendenciu spoliehať sa na náhodu v rizikových situáciách (snáď to dobre dopadne) (Ondrejko, 1997, str. 36).

Verešová – Ondrušková (1997) uvádzajú, že aspekty kognitívnej regulácie sa u závislých prejavujú v neefektívnom rozhodovaní sa v rizikových situáciách (risk-taking), vo zvedavosti, dobrodružnosti, necieľavedomosti a neschopnosťou anticipácie.

## 1.5 AVERZIA VOČI STRATE

Termín averzia voči strate ako prví použili vo svojej Prospektivej teórii Kahneman a Tversky v roku (1979). Táto teória predstavuje alternatívu k Teórii racionálneho správania. Prospektívna teória sa odlišuje od racionálnej teórie v troch hlavných bodoch a to:

1. V racionálnej teórii si ľudia vyberajú z jednotlivých možností na základe maximalizovania svojho úžitku. Prospektívna teória, uvádza, že ľudia si vyberajú také možnosti, kedy môže dôjsť k zmene ich bohatstva, teda nie na stav, ale relatívne vyjadrenie vzhľadom na ich referenčný bod (počiatočný stav).

2. V Racionálnej teórii sú ľudia rovnako averzívni voči riziku. V Prospektivej teórii sú ľudia viac averzní voči riziku v prípade, že zmenu v ich bohatstve vnímajú ako úžitok, ale ak považujú zmenu v ich bohatstve za stratu, sú ochotní viac riskovať. Averzia voči strate je teda určitou asymetriou medzi výnosmi a stratami.

3. V Racionálnej teórii je riziko vnímané na základe jeho pravdepodobnosti. V Prospektivej teórii ľudia preceňujú malé pravdepodobnosti. To môže viesť k vyhľadávaniu rizika v prípade potencionálneho výnosu (možnosť vyhrať na automate)

a k väčšej opatrnosti, averzii voči riziku v prípade potencionálnej straty (poistenie voči málo pravdepodobným udalostiam). (Kaheman, Tversky, 1979).

Averzia voči strate znamená predpoklad, že straty sa javia väčšie ako zisky. To znamená, že subjektívna hodnota určitej straty sa zdá byť väčšia a je pociťovaná nepríjemnejšie než subjektívna hodnota rovnocenného zisku. (Bačová, Jusková, 2009).

Baláž (2009) uvádza, že averzia voči strate je „emočná odchýlka od racionality, ktorá sa prejavuje v tom, že ľudia pociťujú straty podstatne intenzívnejšie ako zisky, pričom podstata samotnej averzie voči riziku vychádza z Prospektovej teórie“.

Mnohé výskumy poukazujú na fakt, že averzia voči strate sa objavuje nielen pri riskantných voľbách a nerizikových rozhodnutiach, ale tiež pri ich očakávaní. Averzia voči strate pri odhadovaní sa zdá byť oveľa silnejšia a spoľahlivejšia ako po rozhodnutí a zažití dôsledkov daného výberu. Ľudia očakávajú, že zážitok straty bude mať väčší hedonický dôsledok pre nich, než zisk rovnakej hodnoty a preto sa viac obávajú negatívnych emócií po pravdepodobnej strate v budúcnosti, než by očakávali pôžitok po predpokladanom zisku. (Wilson, Gilbert, 2005).

Harick (2007) a kol. zistili, že pre malé výsledky je averzia voči strate obmedzená. To znamená, že malé zisky sú väčšou hrozbou než malé straty. Tento zvrät vysvetľujú na základe dvoch princípov. Prvý je hedonický princíp, ktorý uvádza, že osoby sú motivované maximalizovať pôžitok a minimalizovať bolesť. Druhý predpoklad hovorí, že malé straty sú ľahšie prehliadnuteľné než sú veľké sumy.

Ariely, Huber a Wertenbroch (2005), uvádzajú, že averzia voči strate neznamená len to, že ľudia sú zaujatí voči stratám, aj keď slovo „strata“ označuje niečo neodmysliteľne averzívne, rovnako ako slovo „zisk“ označuje atraktivnosť.

Ďalší významný aspekt averzie voči strate je referenčný bod a z neho plynúca referenčná závislosť. Bez referenčného bodu by koncept averzie voči riziku nemal taký významný dopad na psychológiu a ekonomiku.

Klasický model rizikového rozhodovania hovorí, že ľudia sú celkovo averzívní voči riziku. Väčšina súčasných výskumov, však toto tvrdenie vyvracia (Tversky, Kaheman 1979; Binswagner, 1981; Donkers 2000).

Na jednej strane výskumy udávajú, že väčšina ľudí nie je ochotná akceptovať stávkku, kde je rovnaká šanca výhry, alebo prehry (napr. 50% šanca vyhrať 20\$ alebo prehrať 20\$) pravdepodobne z dôvodu averzie voči strate. Ľudia pokladajú stratu určitej sumy peňazí ako viac bolestivú, než zisk určitej sumy peňazí (Kaheman, Tversky 1979).

Na druhej strane milióny ľudí riskujú v kasínach, stávkujú v stávkových kanceláriách prijímajú stávky, ktoré by väčšina ľudí pokladala za neprijateľné.

Prečo je potom hranie hazardných hier také rozšírené?

Conlisk (1993) uvádza, že ak potencionálny hráč vidí niekoho iného vyhrať veľkú výhru, dramaticky to zvýši jeho subjektívnu pravdepodobnosť výhry a vyvolá pocit, že tiež môže vyhrať a povzbudí ho to v hraní, aj keď očakávaná bolesť zo straty je vyššia než očakávaná radosť z výhry.

O averzii voči strate sa hovorí väčšinou v termínoch lotérie, alebo peňažných ziskov (Kaheman a Tversky 1979, Köbberling and Wakker 2005).

Avšak ľuďom často vznikajú straty, ktoré nemusia byť vyjadrené peniazmi (môže ísť o stratu blízkeho priateľa, alebo príbuzného, stratu viery, prestíže, stratu dobrého klienta, alebo stratu morálky zamestnancov atď.).

### 1.5.1 VZŤAH MEDZI AVERZIOU VOČI STRATE A AVERZIOU VOČI RIZIKU

Kaheman a Tversky 1979 uvádzajú, že ľudia sú aj averzívni voči riziku, no zároveň riziko vyhľadávajú a tento vzor rizikového správania je organizovaný jednoduchým spôsobom: averzia k riziku a averzia voči strate sú vzájomne prepojené a majú tendenciu byť reverzné keď je naznačené, že výsledok sa zmení. Kaheman a Tversky, 1979 pomenovali tento efekt ako „reflection effect“.

V ich experimente (Kaheman, Tversky 1979; Tversky, Kaheman 1992) potvrdili, že pre rovnaké stávky ( $p = 0,5$ ) boli probanti prevažne averzní voči riziku v prípade pozitívneho úžitku a vyhľadávali riziko pri negatívnom. To znamená, že sú menej ochotní riskovať za zisky ako za straty. V prípade pozitívneho prospektu sme averzní voči strate, aby nebol ohrozený náš zisk, zatiaľ čo v prípade negatívnych vyhlíadok máme tendenciu riskovať viac kvôli odvráteniu škody.

### 1.5.2 AVERZIA VOČI STRATE A PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO

Na jednej strane výskumy udávajú, že väčšina ľudí nie je ochotná akceptovať stávku, kde je rovnaká šanca výhry, alebo prehry (napr. 50% šanca vyhrať 20\$ alebo prehrať 20\$), pravdepodobne z dôvodu averzie voči strate. Ľudia pokladajú stratu určitej

sumy peňazí ako viac bolestivú, než zisk určitej sumy peňazí (Kaheman, Tversky 1979). Na druhej strane milióny ľudí riskujú v kasínach, stávkujú v stávkových kanceláriách, primajú stávky, ktoré by väčšina ľudí pokladala za neprijateľné.

Prečo je potom hranie hazardných hier také rozšírené?

Tom, Fox a Poldrack (2007) uvádzajú, že ľudia ktorí hrajú hazardné hry sú menej averzívni voči strate.

Conlisk (1993) uvádza, že ak potencionálny hráč vidí niekoho iného vyhrať veľkú výhru, dramaticky to zvýši jeho subjektívnu pravdepodobnosť výhry a vyvolá pocit, že tiež môže vyhrať a povzbudí ho to v hraní, aj keď očakávaná bolesť zo straty je vyššia než očakávaná radosť z výhry.

## 1.6 RIZIKO A EMÓCIE

Emócie, ako psychologický fenomén, sú konceptmi vyabstrahovanými z celku duševného diania, preto odpovedať jednoduchou definíciou na otázku, čo sú emócie, je nemožné.

Pluchtik (in Stuchlíková,2007,s.7) hovorí o emóciách ako o odvodenej, zložitej sekvencii reakcií na podnet, ktorá zahŕňa kognitívne hodnotenie, subjektívne zmeny, autonómnú a neurálnu aktiváciu. Impulzy ku konaniu a správaniu v takej podobe, ktoré majú vplyv na podnet, ktorý vzbudil túto sekvenciu.

Podľa Nakonečného (2000,s.7) na základe zhrnutých poznatkov o emóciách existuje dodnes takmer stovka rôznych definícií emócií.

Arnoldová (1968,s.182) definuje emóciu ako „pociťovanú tendenciu voči niečomu intuitívne oceňovanému ako dobré (prospešné), alebo voči niečomu, čo je oceňované ako zlé (škodlivé). Táto atraktivita, alebo averzia je sprevádzaná vzorcom fyziologických zmien organizovaných vzťahom približovania, alebo úniku“.

Emócie však nie sú prežívané len priamo a bezprostredne. Lowenstein a Lerner (2003) zdôrazňujú, že je potrebné rozlišovať medzi predpokladanými emóciami (anticipovanými) a momentálne prežívanými emóciami.

Anticipované emócie sú presvedčenia o budúcich emocionálnych stavoch človeka, ktoré môžu vzniknúť, keď sa dostavia výsledky rozhodnutia. Bezprostredné emócie naopak sú aktuálne prežívané pri rozhodovaní, čo ovplyvňuje duševné procesy, ktoré sa prejavujú v rozhodovaní. Tieto emócie majú dva varianty, buď ako náhodné emócie

spôsobené faktormi nesúvisiacimi s rozhodovacou situáciou a ako očakávané, alebo základné emócie ktoré vyvoláva samotná rozhodovacia situácia. Mnohé výskumy dokazujú, že tieto druhy emócií často ovplyvňujú rozhodovanie a následné voľby pri rozhodnutí.

Anticipované emócie, podľa Lowensteina a kol. (2001) typicky nie sú prežívané v bezprostrednej prítomnosti, ale sú očakávané, že budú prežívané v budúcnosti.

V našej práci sa budeme ďalej zaoberať anticipovanými emóciami, a to *anticipovanou ľútosťou* a *anticipovaným šťastím*.

Podľa Stuchlíkovej (2007) je šťastie emócia považovaná za príležitostnú a bezprostrednú reakciu na špecifickú pozitívnu udalosť, šťastie ako pretrvávajúci pocit prebieha na pozadí. Anticipovaná emócia šťastia nie je prežívaná aktuálne, ale je očakávanie, že v budúcnosti budeme túto emóciu pociťovať. To závisí od rôznych faktorov, ktoré toto prežívanie ovplyvňujú.

Stuchlíková (2009) uvádza, že väčšina ľudí sa domnieva, že ak by mali o 10 až 20% viac peňazí cítili by sa šťastnejší. Teda anticipujú emóciu šťastia.

Ak naše rozhodnutie nie je ľahko zvrátiteľné a jeho výsledok môže vyústiť k negatívnym emóciám, je pravdepodobné, že ľudia budú brať túto možnosť do úvahy pri hodnotení svojich možností pred rozhodnutím. Inými slovami racionálne rozhodnutie môže byť výsledkom procesu, počas ktorého odhadujeme aká je možnosť, že budeme pociťovať ľútosť v prípade každého z možných rozhodnutí. Anticipovaná ľútosť je preto významný faktor ovplyvňujúci rozhodovanie ľudí.

Ľudia zažívajú ľútosť, alebo šťastie, keď porovnávajú výsledok možnosti, ktorú si vybrali s výsledkom, ak by si boli vybrali inak. Ľútosť je pociťovaná, keď možnosť, ktorú sme si nevybrali bola lepšia a radosť zažívame vtedy, keď možnosť ktorú sme odmietli bola pre nás horšia. Preto s anticipovanou ľútosťou rátame v rozhodovacom procese vtedy, keď vopred vieme, že výsledok nielen vybranej možnosti, ale možnosti ktorú sme odmietli.

Keď ľudia vedia len výsledok vybratej možnosti a nevidia výsledok alternatívnej možnosti nemôžu pociťovať ľútosť (Ritov a Baron, 1995; in Tochkov 2007).

Výskum anticipovanej ľúlosti sa zameriava na dve hlavné otázky:

1. Ako presné sú predpovede ľudí o určitých udalostiach vzhľadom na ich emócie
2. Ako pôsobí anticipovaná ľútosť na ochotu podstúpiť riziko

Vo výskumoch rozhodovania sa najviac sledujú anticipované emócie *ľútosť* a *sklamanie*. (Connolly a Zeelenberg 2002; Zeelenberg, van Dijk, Manstead, & van der Pligt, 2000).

Ľútosť a sklamanie sú výsledkom kontrafaktuálneho porovnania čo človek získal, v porovnaní s tým, čo mohol získať a určujú nám, či sme urobili zlé rozhodnutie.

Ľútosť a sklamanie upozorňujú ľudí na rôzne možné dôsledky zlého rozhodnutia, čo ovplyvňuje naše správanie (Zeelenberg et.al. 2000).

Pokiaľ ide o ľútosť, táto emócia závisí od predchádzajúceho rozhodnutia a je vyzdvihovaná ako relevantná príčina, alebo tendencia vrátiť späť určité rozhodnutie a pokúsiť sa dostať druhú šancu.

Na rozdiel od sklamania, kedy sa objavuje tendencia uniknúť zo situácie a človek sa snaží zvaliť vinu na smolu, alebo nešťastie. (Böhm, Pfister,2008).

Predchádzajúce výskumy poukazujú na fakt, že skupiny porúch, najmä tie, ktoré sú ovplyvnené anticipovanými emóciami, sa prejavujú v podobe závislého správania. Ďalej sa zistilo, že schopnosť anticipovať ľútosť môže odpovedať na otázku závislosti. Jedinci s deficitom v sebakontrolu môžu tiež vykazovať deficit v anticipácii negatívnych emócií, ktoré zažívajú keď zistia, že takéto správanie môže viesť k nesprávnemu rozhodnutiu. Keď sú neskôr konfrontovaní s aktuálnym výsledkom, môžu pociťovať ľútosť, ale nie sú schopní zobrať späť rozhodnutie ktoré urobili.

Prečo je dôležité skúmať anticipovanú ľútosť práve na gambleroch?

1. Gambling zahŕňa výber medzi finančnými čiastkami a rôznymi možnosťami, čo môže pri nesprávnom výbere spôsobiť ľútosť
2. Gambleri často zažívajú negatívne dôsledky ich správania hneď, ako urobia svoje rozhodnutie a následne stratia veľkú sumu peňazí

To znamená, že ľútosť sa častejšie môže vyskytovať u gamblers ako u alkoholikov,

3. Gambling nezahŕňa niečo čo môže mať prídavný závislý efekt. Inými slovami drogy, alkohol a tabak môžu ovplyvniť schopnosť anticipovať ľútosť na základe nervových dráh zatiaľ čo pri gamblingu táto schopnosť zostáva zachovaná (Tochkov,2009).

Tochkov (2009) uvádza, že v prípade hazardnej hry pri výbere rizikovej stávky dochádza u gamblers k menšej senzitivite anticipovať ľútosť.

Wolfson a Briggs (2002) skúmali 485 hráčov lotérie a ich ochotu zúčastniť sa lotérie a zistili, že 38% hráčov bolo ochotných kúpiť si tiket, pretože by inak ľutovali, že

ich čísla ktoré pravidelne tipovali mohli prepadnúť. Podiel hráčov sa zvýšil na 54% u tých hráčov, ktorí tipovali pravidelne určité čísla.

Rae a Haw (2005) skúmali emócie ľútosť, sklamanie, a eufóriu u 93 hazardných hráčov a zistili že anticipované emócie môžu ovplyvňovať vytrvanie v hre.

Tochkov (2009) zistil, že často hrajúci gambleri sú menej schopní anticipovať ľútosť v porovnaní s príležitostne hrajúcimi hráčmi. To znamená, že ľútosť môže viesť k pretrvávaniu gamblingu. V tomto výskume boli participanti požiadaní, aby si vybrali stávku s fiktívnou výhrou peňazí a mali si predstaviť, ako by sa cítili, keď sa dozvedia výsledok stávky. O týždeň neskôr sa rovnakých participantov opýtali, či by hrali túto hru, ale s reálnou možnosťou výhry, alebo prehry a skúmali ich ľútosť.

Tochkov (2009) uvádza, že rozdiel medzi anticipovanou ľútosťou a aktuálnou ľútosťou bol signifikantne väčší u často hrajúcich hráčov v porovnaní s občasnými hráčmi.

Tieto zistenia naznačujú, že keď hráči neanticipujú negatívne pocity ľútosť môže to spôsobiť, že ak sa hráč dozvie výsledok stávky, dostávajú sa do pokušenia pokračovať v hre.

Vnímanie rizika neovplyvňujú iba anticipované emócie. Ďalším významným faktorom, ktorý súvisí s percepciou rizika, je vyhľadávanie stimulácie. Preto sme si za ďalší faktor, ktorý môže ovplyvňovať percepciu rizika zvolili práve túto osobnostnú dimenziu. Vzťahom rizika a vyhľadávania stimulácie sa budeme ďalej zaoberať podrobnejšie.

## **1.7 VYHLADÁVANIE STIMULÁCIE**

Zuckerman (1994) popisuje vyhľadávanie stimulácie ako osobnostnú črtu. Na základe výskumov s dvojčatami bolo zistené, že ide o črtu, ktorá je dedičná, teda významne ju ovplyvňuje genetika. Táto osobnostná črta, má tiež biochemický základ. Ovplyvňuje ju hlavne enzým MAO (Monoamine oxidase) , ktorý ovplyvňuje neurotransmitery, hlavne dopamín a súvisí s vyšším levelom vyhľadávania stimulácie.

Základ pojmu vyhľadávania stimulácie (sensation seeking) môžeme hľadať v koncepte optimálneho levelu stimulácie (OLS). Koncept optimálneho levelu stimulácie (OLS) sa začal používať približne od roku 1950.

Hebb (in Zuckerman 1994, str. 6) formuloval level optimálnej stimulácie (OLS) na základe diskusie o bolesti: vo väčšine zmyslových modelov sa objaví určitá prahová hodnota, kedy sa objaví vyhnutie sa. Pod týmto bodom môže byť stimulácia ešte



vyhľadávaná, príjemná, no rovnaký druh stimulácie môže spôsobiť vyhnutie sa pokiaľ je stimulácia nad daným prahovým bodom. Ak je však vyhnutie sa neúspešné, dochádza k poruche správania“.

Pôvodný koncept optimálneho levelu stimulácie (OLS) môžeme hľadať už u Wunda (1987), ktorý ho používal na vysvetlenie vzťahu medzi afektívnymi reakciami a intenzitou stimulácie (Sarmány Schuller, 1999).

Optimálny level stimulácie (OLS) má podľa Hebba behaviorálno – motivačnú zložku. To znamená, že príliš málo stimulácie vedie k vyhľadávaniu stimulácie a príliš veľa zase k vyhýbaniu sa vyhľadávaniu stimulácie (Zuckerman,1994).

Zuckerman a kol. 1964 (in Sarmány Schuller,1994) vytvoril na základe tohto konceptu experimentálnu situáciu , kde bola vytvorená podmienka zamedzujúca stimuláciu. V situácií senzorickej deprivácie výskumníci pozorovali zmenu správania s ohľadom na depriváciu základnej stimulácie. Základ teórie optimálnej stimulácie je v myšlienke, že každý organizmus preferuje určitý stupeň stimulácie.

Pôvodný koncept optimálneho levelu stimulácie (OLS) môžeme hľadať už u Wunda (1987), ktorý ho používal na vysvetlenie vzťahu medzi afektívnymi reakciami a intenzitou stimulácie.

V roku 1964 začal Zuckerman so spolupracovníkmi vytvárať prvú škálu vyhľadávania stimulácie na základe myšlienky, že existujú individuálne rozdiely v optimálnej hladine stimulácie a arousalu a tieto rozdiely môžu byť merateľné dotazníkom.

Vyhľadávanie stimulácie (*sensation seeking*) je črta charakterizovaná vyhľadávaním mnohých, rôznorodých, komplexných a intenzívnych vnemov a zážitkov a zároveň ochota podstúpiť fyzické, sociálne, finančné a právne riziko za účelom dosiahnutia takýchto zážitkov (Zuckerman,1994).

Definícia vyhľadávania stimulácie prešla niekoľkými zmenami od jej počiatku.

Zuckerman (1979 s.10) ju definoval ako „potrebu vyhľadávať rôzne nové a komplexné pocity a skúsenosti a tiež ako ochotu prijímať sociálne a fyzické riziká, aby získal takéto skúsenosti“.

O niekoľko rokov sám odmietol definíciu sensation seekingu, ako potrebu a snažil sa sensation seeking definovať ako črtu zahŕňajúcu vyhľadávanie nových komplexných pocitov a skúseností a intenzívnych zmyslových zážitkov“(Zuckerman, 1994,s.27).

Bolo to preto, lebo samotný pojem „potreba“ mohol viesť k pojmu „kompulzia“ aj keď je prakticky nemožné, aby sa zabránilo chápaniu vyhľadávania stimulácie ako „potreby“ (Zuckerman, 1994,s.26).

Aj sám Zuckerman (1994, s.374) hovorí niekedy o potrebe stimulácie (need for sensation) .

Ochota podstupovať rôzne druhy rizika je podľa Zuckermana (1994) korelátom vyhľadávania stimulácie, no nie je esenciálnym aspektom tejto vlastnosti.

Osoby, ktoré výrazne vyhľadávajú vonkajšiu stimuláciu, aby si udržali optimálnu hladinu arousalu - „**high seekers**“ podceňujú, alebo akceptujú riziko ako cenu v podobe získaných vnemov, alebo zážitkov. Títo „high seekers“ však len zriedkakedy usilujú o maximalizáciu rizika len kvôli nemu samotnému. „**Low seekers**“ (osoby s nízkou optimálnou hladinou stimulácie a arousalu) majú tendenciu zastávať konzervatívne postoje a vo vzťahu k riziku prejavujú averziu. V aktivitách a zážitkoch, ktoré vyhľadávajú „high seekers“ nevidia zmysel ani motivujúcu odmenu a preferujú relatívne málo stimulujúce prostredie (Zuckerman,1994).

Ľudia vyhľadávajúci vzrušenie sú označovaní ako high seekri. Môžeme ich charakterizovať ako osoby ktoré:

- hodnotia situácie ako menej riskantné
- vykazujú viac riskantného správania
- prežívajú menšiu úzkosť pri hodnotení rizík
- zapájajú sa do experimentov, rôznych školení skúšajú športy ako parašuting, potápanie, požiarnických výcvikov, častejšie užívajú drogy, hrávajú hazardné hry, stávkujú vyššie stávky (H.S. Kopeikin,1997).

Hlavný rozdiel medzi „high seekers“ a „low seekers“ je v tom, že „high seekers“ vyhľadávajú negatívnu stimuláciu. Naopak, „low seekers“ vyhľadávajú skôr pozitívnu stimuláciu. Taktiež bolo zistené, že dimenzia vyhľadávania stimulácie súvisí s delikventným správaním a asociálnym správaním (Sarmány - Schuller,1999).

### 1.7.1 VZŤAH SENSATION SEEKING A PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVA

Rôzne psychologické teórie sa snažia vysvetliť vznik patologického hráčstva. Tieto prístupy zahrňujú nielen psychologické vysvetlenie, behaviorálne modely, ale aj osobnostné premenné, ako je napr. impulzivita. Vyhľadávanie stimulácie je jedným z takýchto osobnostných rysov (Celine,Bunger,Varescon,2006).

Custer a Milt (in Zuckerman, 1994) popisujú gamblera ako niekoho, kto baží po stimulácií, obľubuje risk, výzvy, dobrodružstvá, stimuláciu, vzrušenie a je unudený keď nemôže takto vyplňať voľné chvíle svojho života. Môžeme povedať, že takýto popis patologického hráča je zhodný s popisom „high sekera“.

V súvislosti s hráčstvom, definujú Sager (1970) hráčsku osobnosť, ako osobnosť so sklonmi k vyhľadávaniu stimulácie, neurotizmom a extraverciou.

Hammelstain (2004) uvádza, že patologický hráč je osoba, ktorá potrebuje intenzívnu stimuláciu, vzrušenie a zmenu. Tiež obľubuje riziko, výzvy a dobrodružstvo.

Na základe vyššie uvedených definícií vidíme, že patologické hráčstvo má veľmi blízky vzťah k vyhľadávaniu stimulácie.

Najlepšiu definíciu, ktorá popisuje tento vzťah, podáva Zuckerman (1999), ktorý opisuje patologického hráča ako prototyp sensation seekera.

Viacerí autori uvádzajú, že hráči majú vyššiu hladinu stimulácie, než normálna populácia (Anderson a Brown, 1984; Dickerson et al. 1987; Parke et al. 2004). Tieto zistenia podporil aj Zuckerman (1994).

Anderson a Brown (1984) zistili, že gambleri pri hraní prežívajú značný arousal, pokiaľ čakajú na výsledok stávky, pričom so zvyšujúcou sa stávkou sa im zároveň zvyšuje aj pulz.

Podľa Browna (1988) pravidelní hráči vedú obyčajný život, ktorý im neposkytuje dostatok vzrušenia, aby si mohli udržať optimálnu hladinu arousalu. Na základe sociálnych skúseností sa tak dostali ku gamblingu, ktorý je pre nich vzrušujúcou aktivitou. Ak sa hranie stáva návykom, potrebujú stále väčšie sumy a rizikovejšie stávky aby dosiahli potrebnú hladinu arousalu, ktorý predtým vedeli dosiahnuť pomocou nižších a bezpečnejších stávok. Abstinenčné príznaky sa objavia v prípade, že nehrajú a podliehajú podprahovému arousalom. Život sa im potom javí ako nudný a prázdny. Zvýšený arousal počas hrania môže vysvetliť nižšie sústredenie na hru, ktorá vedie k nerozvážnemu hraniu.

Allcock a Grace (1988) porovnávali patologických hráčov, alkoholikov a drogo závislých pri vstupe do liečby s kontrolnou skupinou. Zistili, že alkoholicy a drogo závislí mali nižšie skóre sensation seeking ako kontrolná skupina. U gamblerov bolo zistené vyššie skóre sensation seeking v porovnaní s kontrolnou skupinou.

Mnohé štúdie potvrdili, že s patologické hráčstvo súvisí nielen s celkovým skóre vyhľadávania stimulácie, ale hlavne so subškálou Disinhibition (DIS) v Škále vyhľadávania stimulácie, M. Zuckermana.

Fortune a Goodie (2009) v štúdií porovnávali patologických hráčov a nehráčov. V skupine patologických hráčov sa zistilo vyššie skóre hlavne na subškále DS (Disinhibition) a BS (Borderom).

Takisto Castellani a Rugle (1995) zistil, že u patologických hráčov bola najvyššia hladina vyhľadávania stimulácie na subškále DS (Disinhibition) a tá sa pravdepodobne najviac viaže k samotnému gamblingu.

### **1.7.2 VZŤAH MEDZI SENSATION SEEKING A RIZIKOM**

V biologickom zmysle možno tendenciu vyhľadávať riziko do istej miery stotožniť s tendenciou vyhľadávať dojmy (Zuckerman,1994).

Podľa Zuckermana (1994) definícia vyhľadávania stimulácie zahŕňa ochotu podstupovať riziko a niektoré škály zdôrazňujú tento aspekt. Ide napríklad o fyzické podstupovanie rizika, ktoré je zahrnuté v subškále TAS a sociálne riziká sú zahrnuté v Subškálach ES a DIS.

Zuckerman pôvodne navrhol vzťah medzi vyhľadávaním stimulácie a patologickým hráčstvom ako vzťah, kedy ľudia vnímajú riziko straty peňažnej čiastky ako pozitívne posilnenie, ktoré vzniká na základe vysokého arousalu v situácií neistoty, rovnako ako pozitívny arousal (vzrušenie) ktoré vzniká pri výhre. (Zuckerman 1979, s.211).

Výskumy, ktoré potvrdzujú pozitívny vzťah medzi gamblingom a vyhľadávaním stimulácie naznačujú, že zvýšená hladina stimulácie môže vznikáť z väčšieho riskovania hráčov. V porovnaní s ostatnými high sensation seekers sa vystavujú väčšiemu riziku a majú tendenciu viacej riskovať, pričom tieto situácie sa im nemusia javiť ako príliš riskantné.

Preto, ak patologickí hráči sú v skutočnosti väčší vyhľadávači stimulácie, neveria, že by hranie hazardných hier mohlo byť riskantné a hazardné situácie, ktoré by u nepatologických hráčov vyvolávali anxiету, by v prípade patologických hráčov anxiету nevyvolávali.

Patologickí hráči počas rozvoja ich choroby, stávajú čoraz väčšie stávky peňazí, aby mohli uspokojiť stále rastúcu potrebu vzrušenia a potešenia. Patologickí hráči riskujú svoju osobnú pohodu, vlastné financie a tiež aj zamestnanie. Je to kvôli výraznej stimulácii,

ktorá plynie z hrania. Z tohto dôvodu môžu patologickí hráči viac riskovať, alebo mať zvýšenú hladinu vyhľadávania stimulácie než nehráči (Fortune a Goodie, 2009).

Tak isto štúdie autorov ( Gaboury a Ladoucer 1989, Toneto 1999, Goodie 2005) preukázali, že patologickí hráči vykazujú vyšší stupeň rizikového správania, ako zdraví jedinci, pretože trpia poznávacími omylmi, na základe ktorých sú pre nich riskantné stávky viac zaujímavejšie, alebo sa cítia prehnane sebavedomí v zručnostiach hrania.

Custer a Milt (in Zuckerman 1994) popisujú kompulzívneho gamblera ako niekoho, kto baží po stimulácií, obľubuje risk, výzvy, dobrodružstvá, stimuláciu, vzrušenie a je unudený, keď nemôže takto vyplňať voľné chvíle svojho života. Môžeme povedať, že takýto popis patologického hráča je zhodný s popisom „high sekera“.

## **1.8. PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO**

Z psychologického hľadiska je hra jedným z najvýznamnejších socializačných činiteľov, pričom pri nej dochádza k procesu zámerného učenia. Bohužiaľ, nie všetky herné činnosti majú charakter, že človeka obohacujú či rozvíjajú. Hráčstvo nie je fenoménom novým. Prvé hry boli dokumentované už v starovekých kultúrach egyptských, čínskych, či perzských. (Prunner, 2008).

### **1.8.1 POJEM PATOLOGICKÉ HRÁČSTVO**

V medzinárodnej klasifikácii chorôb sa patologické hráčstvo radí medzi návykové a impulzívne poruchy, teda nie priamo medzi závislosti. Patologické hráčstvo sa ako diagnostická jednotka prvýkrát zaradilo do medzinárodnej klasifikácie chorôb až v roku 1980 (Nešpor, 2000).

Prejavom poruchy sú časté, opakované, epizódy hrania, ktoré prevládajú na úkor rodiny, práce, hodnôt, či záväzkov. Ľudia trpiaci patologickým hráčstvom riskujú stratu zamestnania, zdlženie, budú klamať, alebo porušovať zákon kvôli získaniu peňazí a splateniu dlhov. Prejavmi patologického hráčstva sú intenzívne pudenie k hre, ktoré je ťažko ovládnuteľné, spolu so zaujatím myšlienkami a predstavami hrania a okolností, ktoré túto činnosť sprevádzajú. K diagnostickým kritériám patrí trvalo sa opakujúce sa hráčstvo, ktoré pokračuje a často aj vzrastá navzdory nepriaznivým dôsledkom ako sú napríklad narušené vzťahy v rodine, narušenie osobného života či schudnutie (Nešpor, 2000).

Prepracovanejšiu a exaktnejšiu charakteristiku patologického hráčstva opisuje klasifikácia DSM-IV. Patologické hráčstvo (pathological gambling) podľa Diagnostického a štatistického manuálu Americkej psychiatrickej asociácie (DSM-IV) je opísané ako:

- A. Pretrvávajúce a opakujúce sa neprispôsobivé správanie vzťahujúce sa k hazardným hrám, ako ukazuje päť nasledujúcich charakteristík:
1. Človek sa neustále zamestnáva hazardnou hrou ( napr. znovu prežíva v spomienkach zážitky vmažúce sa k hazardnej hre, plánuje ako bude hrať ďalšiu hru, zháňa prostriedky pre ďalšiu hru atď.)
  2. Za cieľom dosiahnutia žiaduceho vzrušenia z hry, zvyšuje množstvo peňazí ktoré vkladá do hazardnej hry
  3. Opakovane a neúspešne sa človek pokúšal hazardnú hru ovládnuť, zredukovať alebo s ňou celkovo prestať
  4. Pociťuje nervozitu a podráždenosť pri pokuse prestať s hrou
  5. Hazardná hra je pre neho možnosťou úniku od problémov, alebo možnosť ako zmierniť disforickú náladu (napr. pocity bezmocnosti, anxiety, depresie...)
  6. Po prehre sa znova vracia k hre, aby nahral stratené peniaze
  7. Klame príbuzným, terapeutovi, okoliu, aby zakryl rozsah svojho hrania
  8. Dopustil sa kvôli hraniu ilegálnych činov (krádeže, podvody, sprenevera...)
  9. Stratil , alebo ohrozil kvôli hraniu vzťahy, svoju kariéru či zamestnanie
  10. Spolieha sa na druhých, pri poskytovaní finančných prostriedkov, ktoré by zmiernili jeho zlú finančnú situáciu, do ktorej sa dostal vplyvom hazardu
- B. Hazardné hranie nie je možné lepšie vysvetliť manickou epizódou. (Nešpor,2011).

Je však potrebné rozlišovať medzi patologickým hráčstvom a hráčstvom a stávkovaním.

- **Hráčstvo a stávkovanie (Z 72.6)** znamená, že tu ide o časté hranie pre vzrušenie, alebo je to pokus vyhrať peniaze. Túto diagnostickú kategóriu nezaraďujeme medzi duševné poruchy, ale do skupiny faktorov ovplyvňujúcich zdravie a kontakt so zdravotníckymi zariadeniami (III. Os viacosej diagnostiky MKN-10).

Ďalej je potrebné od patologického hráčstva odlíšiť:

- **Nadmerné hráčstvo u manických pacientov**

- **Hráčstvo u sociopatických osobností** ( objavuje sa tu trvalá porucha sociálneho správania , ktorá sa prejavuje agresívnym správaním a nezáujmom o druhých ľudí a ich pocity) (Nešpor,2007).

Pri stanovení diagnózy patologického hráčstva sa neorientujeme len podľa medzinárodných klasifikácií.

Kritériá na stanovenie tejto diagnózy môžu byť *kvalitatívne*, alebo *kvantitatívne*.

Pri kvantitatívnom posudzovaní, si všímame predovšetkým motiváciu k hraniu, ktorou je najčastejšie vidina výhry určitého množstva peňazí. Vzťah k peniazom, je najvýraznejším rozdielom pri posudzovaní medzi normou a patológiou u hráčov. Väčšina hráčov hrá len v prípade, že peniaze majú. No patologický hráč, hrá aj vtedy keď peniaze nemá, no chce ich vyhrať. Kvalitatívne kritérium sa spája s otázkou „Čo je hra?“ Každá hra má určitú schému a logiku. Závislý hráč však túto logiku nevníma a zameriava sa len na schématické správanie, ktoré ho pohlcuje. Vtedy dochádza k tomu, že hráč si stratu neuvedomuje. To platí hlavne pre hry na výherných automatoch (Marhounová,1995).

Z vyššie uvedeného vyplýva, že patologické hráčstvo má veľa spoločného so známami závislosti, ako zvýšené množstvo času, ktoré daný problém zaberá, zvyšujúca sa tolerancia, abstinénčné príznaky, znížené sebaovládanie, pokračovanie v škodlivom správaní. Môžeme teda povedať, že napriek tomu, že patologické hráčstvo nie je závislosťou v pravom slova zmysle, má so závislosťami mnoho spoločných rysov.

## Porovnanie patologického hráčstva a závislosti

Patologické hráčstvo	Závislosť na návykových látkach
<p>Časté opakované epizódy hráčstva dominujú v živote na úkor sociálnych, materiálnych, rodinných a pracovných záväzkov</p> <p>Hráči popisujú intenzívne pudenie k hre, ktoré nie je ľahké ovládnuť, objavujú myšlienky hrania a okolnosti, ktoré hranie sprevádzajú</p> <p>Trvalo sa opakujúce hráčstvo, ktoré pokračuje napriek nepriaznivým sociálnym dôsledkom, ako je schudnutie, narušené vzťahy, ohrozenie práce atď.</p>	<p>Zanedbávanie doterajších záujmov.</p> <p>Namiesto toho užívajú psychoaktívne látky a väčšie množstvo času trávia získavaním, alebo užívaním látky, alebo zotavovaním sa z jej účinku</p> <p>Túžba a pocit pudenia užiť látku, objavujú sa problémy s kontrolou užívania látky, v prípade začiatku a konca užívania, alebo množstva užitej látky</p> <p>Človek pokračuje v užívaní látky napriek zjavne škodlivým následkom užívania látky</p>

(Nešpor,2000) s.31

Samotní patologickí hráči nie sú jednotnou skupinou. V závislosti dôvodu vzniku hrania môžeme nájsť v odbornej literatúre vymedzenú typológiu patologických hráčov. Sú to tieto typy hráčov:

### 1. Sociálni hráči:

- hrajú z dôvodu peňažného zisku, najčastejšie v období určitej životnej krízy
- nie je u nich ešte rozvinutá závislosť, sú schopní prestať hrať a v prípade, že prehrajú vopred stanovenú sumu pociťujú problémy vyplývajúce z hrania



- môžeme do tejto skupiny zaradiť mladých hráčov, ktorí hrami získavajú členstvo v určitej skupine
- objavuje sa tu riziko vzniku závislosti, pretože hranie hazardných hier sa stáva životným štýlom, prinajmenšom jeho súčasťou

## **2. Hráči s narušenou osobnosťou**

- objavuje sa u nich nízka odolnosť voči záťaži
- rovnako sa objavujú ťažkosti so sebaovládaním
- ich konanie je impulzívne, rýchle a neuvážené
- ťažko sa prispôsobujú realite a utekajú od problémov
- neobjavujú sa u nich pocity viny z dôvodu hrania

## **3. Hráči s nízkou sebaúctou**

- pomocou hry uvoľňujú napätie a hnev, ktorý sa v nich hromadí, nedokážu ho ventilovať prirodzene, pretože sa chcú vyhnúť konfliktom s určitými ľuďmi
- často sú úspešní, či už v povolani, alebo sociálnych vzťahoch
- v prípade výhry pocitujú vyššiu hodnotu samého seba (cítia sa silní, všemocní)
- po hre prežívajú pocity viny a hanby (Hupková,2009).

### **1.8.2 PRIEBEH PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVA**

Patologický vzťah k hre sa vyvíja u hráča postupne. Prvý krát prichádza do herne väčšinou zo zvedavosti, alebo len chce skúsiť svoje šťastie, či sa snaží o bezprácny zisk. Až po opakovanom kontakte s hazardnou hrou, či už ide o automat, ruletu, či inú formu hazardu, sa môže vyvinúť potreba hrať pre hru samotnú a pre pocity ktoré vyvoláva. U závislých hráčov v priebehu opakovaného hrania dochádza k rozpadu hrovej integrity, človek stráca zmysel hry a zmysel pre hrovú reverzibilitu. Taktiež dochádza k popretiu zmyslu hrania. (Nábělek,2004).

### **1.8.3 ŠTÁDIA ROZVOJA PATOLOGICKÉHO HRÁČSTVA**

Z pohľadu vývoja gamblingu je patologické hráčstvo chápané ako progresívne a viacstupňové ochorenie. Cesta k samotnému patologickému hraniu prebieha väčšinou v nasledujúcich fázach:

## **1. Fáza výhier**

Chorobné hranie, začína najskôr veľmi nenápadne. Budúci hráč má na začiatku hrania tzv. začiatocnícke hranie. Pod vplyvom tohto šťastia narastá u hráča sebavedomie a verí, že bude naďalej vyhrávať. Hráč sa cíti dobre v atmosfére herne a peniaze a čas vyložený na hranie sú ešte v hraniciach únosnosti. Hranie však vyhl'adáva čoraz častejšie, zvyšuje stávky aby mohol dosiahnuť potrebný pocit vzrušenia z hry. Ak nehrá, často si hru predstavuje a je neprimerane optimistický čo sa týka výhier. Dúfa, že vyhrá veľkú sumu peňazí, čo zmení jeho budúcnosť.

## **2. Fáza prehíer**

V tejto fáze hráč hrá oveľa častejšie, tým pádom prehráva viacej peňazí, ktoré sa následne snaží znovu vyhrať. Jeho myšlienky sa čoraz častejšie upriamujú na hru. V hraní volí riskantnejšie stávky, mení výherné automaty a typy hier. V tejto fáze už nedokáže prestať hrať, ani keď prehral veľké množstvo peňazí a ani po viacerých prehrách. Začína klamať svojmu okoliu o svojich prehrách, alebo prehry jednoducho bagatelizuje. Požičiava si peniaze od kamarátov, príbuzných, môže sa stať, že z domu začnú miznúť peniaze. Vznikajú mu dlhy, ktoré nie je schopný splácať a jeho dlhy narastajú. Dochádza k narastaniu problémov a dochádza aj k vymáhaniu dlžôb. V prípade, ak rodina zistí rozsah materiálnych strát, je schopný všetko oľutovať a sľúbiť, že už nebude hrať. To vedie k upokojeniu príbuzných, ktorí mu znova začínajú veriť. Často sa však potajomky vracia k hraniu.

## **3. Fáza straty kontroly – fáza zúfalstva, závislosti**

Ide o poslednú fázu vývinu patologického hráčstva. V tejto fáze gambler hrá najintenzívnejšie, stávky zvyšuje a čoraz viac času venuje hre. Nedokáže sám prestať hrať a všetky jeho pokusy o skončenie s hrou vedú k návratu hrania. Všetky finančné prostriedky venuje hre, často sa stáva, že kvôli peniazom začne páchať trestnú činnosť (krádeže, podvody, sprenevera). Je však presvedčený, že hranie má pod kontrolou, a prehrané peniaze môže znovu vyhrať. V tejto fáze dochádza aj k zmene osobnosti, stáva sa podráždeným, nepokojným, precitliveným a vyhýba sa ľuďom (Hupková,2009).

Aj keď sa v našej literatúre stretávame väčšinou s tromi fázami vývoja patologického hráčstva, Rosenthal (in Prunner,2008) uvádza, že u niektorých hráčov dochádza k vzniku štvrtej fázy, ktorá je označovaná ako „fáza rezignácie“.

Hráč prežíva pocit beznádeje a zúfalstva, rezignuje na vyriešenie vzniknutých problémov vlastnou pomocou. Nedokáže sa sám rozhodovať a dostáva sa do stavu celkovej pasivity. Pod vplyvom nátlaku osoby, ktorá má na daného človeka vplyv, je takýto človek schopný vyhľadať odbornú pomoc. V dôsledku výrazného stresu v tomto štádiu sa môžu objaviť rôzne psychické poruchy, alebo psychosomatizácia, ktorá vzniká z ťažkej psychickej záťaže.

#### 1.8.4 ŠTÁDIUM UZDRAVENIA

Nešpor (2006) uvádza, že priebeh uzdravovania je u každého hráča individuálny. Veľmi orientačne je možné povedať, že u väčšiny ľudí, ak ide všetko dobre, zaberie každé štádium uzdravovania asi rok. Tieto štádiá sú nasledovné:

##### 1. Štádium kritičnosti

Hráč vyhľadá pomoc a získava nádej na uzdravenie. V tomto období si začína uvedomovať realitu, upúšťa od fantázií a zostavuje si ako bude splácať svoje dlhy. Dokáže uvažovať jasnejšie, dokáže uspokojovať svoje potreby, ktoré boli doteraz kvôli hre zanedbávané. Dokáže riešiť svoje problémy, je schopný sa vhodne rozhodovať, prípadne môže znovu nastúpiť do práce.

##### 2. Štádium znovuvytvárania

Hráč začína splácať dlhy na základe svojich finančných možností. Vie, ako nahradiť škody, ktoré spôsobil, dokáže vnímať svoje silné aj slabé stránky. Zlepšujú sa aj jeho sociálne vzťahy, rodina, ale aj priatelia mu začínajú znova dôverovať. Tiež sa snaží tráviť s rodinou viac času a postupne sa mu navracia stratený kľud.

Novým spôsobom života mu narastá sebavedomie, dokáže lepšie riešiť spory s úradmi, alebo súdmi a vie si dávať primerané ciele.

##### 3. Štádium rastu

V tomto štádiu sa prestáva myslieť na hru a hranie. Dokáže efektívnejšie riešiť problémy, lepšie chápe sám seba a rozumie si. Zlepšujú sa jeho vzťahy s okolím, dokáže druhým pomôcť či prejavíť náklonnosť. Začína s novým spôsobom života.

Ako sme už spomenuli, patologické hráčstvo nezaradujeme medzi závislosti ako také. Ide teda o návykovú impulzívnu poruchu. Človek je však závislý na danej hre. A to sa môže prejavovať dvoma spôsobmi. A to duševnou, alebo telesnou závislosťou.

**Duševná závislosť** sa prejavuje túžbou až nutkaním hrať, prípadne v hraní pokračovať, pretože daná činnosť prináša pocity pôžitku a vzrušenia. Peniaze potrebné k hraniu sa gambler snaží získať akýmkoľvek prostriedkami, pričom neváha využiť i prostriedky protizákonného charakteru.

### **Telesná závislosť**

Telesná závislosť sa väčšinou prejavuje u človeka závislého na určitej látke droge v podobe abstinčných príznakov. U hráča sa prejaví abstinčné príznaky v prípade, že u hráča chýbajú látky vytvárané pri riskantnom hraní. Pri hre sa gambler dostáva do stavu vzrušenia z hry a v organizme sa mu vytvárajú látky podobné opiátovým drogám. Sú to napríklad endorfíny, enkafelíny či dopamín). V prípade, že hodnota týchto látok v organizme klesne, organizmus tak vyžaduje ich doplnenie a človek pociťuje vysokú potrebu hrania. Rovnako, ako u drogového závislého tak aj u gamblera sa objavujú abstinčné - odvykacie príznaky. Tieto príznaky sa prejavujú ako túžba, alebo nutkavý pocit potreby hrania, depresia, nepokoj neschopnosť sústredenia sa na činnosť, agresívne správanie, niekedy sa dokonca môžu objaviť aj telesné príznaky (ako sú potenie, zvýšená telesná teplota, či trasenie). Ako náhle gambler začne hrať, tieto príznaky vymiznú. Aby však dosiahol potrebné vzrušenie, musí neustále zvyšovať stávky, riskovať väčšie množstvo peňazí, hrať frekventovanejšie a zároveň dlhšie. Vtedy hovoríme o vzrastajúcej tolerancii, alebo prispôbení sa, či znášanlivosti organizmu na úroveň daných látok v tele. V situácií, kedy nehra naruša sa rovnováha jeho organizmu.

Môžeme povedať, že u gambleroch sa vytvára skôr duševná závislosť. Telesná závislosť je pridružená len v niektorých prípadoch. Duševnú závislosť natrvalo odstrániť nie je možné. Táto závislosť zostane abstinujúcemu hráčovi doživotne. Preto je potrebné aby sa hráč natrvalo vyhýbal akýmkoľvek hazardným hrám (Mullerová,2009).

## 1. 9 VÝSKUMNÝ PROBLÉM A CIEĽ

Patologické hráčstvo je stále častejšie sa vyskytujúcim javom na Slovensku. Aj keď toto nežiaduce správanie ničí jednotlivca i rodiny a má často súvislosť s páchaním trestnej činnosti, je tento problém stále v úzadí záujmu našej spoločnosti. Preto sme sa v našej práci rozhodli venovať práve téme percepcie rizika, ziskov a strát u gamblero.

K rizikovým formám správania zaraďujeme všetky formy drogového správania. Pri chápaní rizikového správania v kontexte primárnej a sekundárnej prevencie drogových závislostí je silná potreba a nevyhnutnosť identifikovať zdroje drogového rizikového správania (Verešová, 2004).

Patologické hráčstvo je jednou z foriem nelátkových závislostí. Podľa 10. revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb je definované ako „porucha spočívajúca v častých a opakovaných epizódach hrania, ktoré prevládajú na úkor sociálnych, materiálnych, rodinných a pracovných hodnôt a záväzkov.

Podobne ako pri vzniku drogových závislostí, aj patologické hráčstvo je polyetiologický, mnohopríčinne podmienený jav. Vníma sa ako jediná závislosť bez dodania látky, ktorá by ju vyvolávala. U patologického hráča tak nespôsobuje pôžitok prijatá látka, ale hranie ako činnosť (napr. pri hre sa vylučuje noradrenalín, ktorý je podobný metamfetamínu).

Na jej vzniku sa podieľajú faktory bio – psycho - sociálneho charakteru. Patologický vplyv bude mať ich spolupôsobenie (Hroncová, 2006).

Niektorí autori sa prikláňajú k tvrdeniu, že vznik patologického hráčstva ovplyvňuje hlavne jeho osobnosť. Benkovič (2003) uvádza, že u gamblera sú významné črty ako nezdržanlivosť, bezstarostnosť, egocentrizmus, labilita, nebbalosť, emocionálna nezrelosť. Vacek (1992) zistil zvýšené skóre na škále psychotizmu a depresie v MMPI a Eysenckovom dotazníku v škále extravenzie, psychopatizmu, a neuroticizmu.

Iní autori pokladajú za dôležitý faktor vzniku závislosti impulzívnosť (Bren in Zuckenberg, 1999). Ďalší ukazujú na dôležitosť skúmania impulzivity (Hánová, Kordáčová, 2002).

Na základe uvedených teoretických poznatkov vidíme, že na vznik patologického hráčstva vplýva mnoho faktorov. Otázkou je, prečo vstupujú do väčšieho rizika ako iní ľudia a rozvíja sa u nich závislosť. Preto ako na prvé sa v našom výskume zameriame na porovnanie patologických hráčov a nehráčov v oblasti tendencie k rizikovému správaniu.

Ďalej sa zameriame na vzťah oblasti averzie voči strate, anticipovaných emócií a vyhľadávania stimulácie ako faktorov ovplyvňujúcich rozvoj a udržiavanie patologického hráčstva.

Cieľom práce je prispieť v rozšírení chápania mechanizmu vzniku tejto závislosti. V našej práci sa budeme snažiť o prienik medzi jednotlivými konceptami - sensation seeking, anticipovanými emóciami a averziou voči strate, na základe ktorých sa pokúsime objasniť mechanizmy vzniku a udržiavania patologického hráčstva.

## **1.10 VÝSKUMNÉ HYPOTÉZY A OTÁZKY**

Pojem riziko je v psychologických koncepciách často pomerne bežne používaný. Riziko sa považuje za obsažnejší a širší pojem. Podľa Roškovej (in Fandelová, 1999) neexistuje ako niečo, čo možno konkrétne vnímať a považuje ho viac-menej za sociálny konštrukt.

Kováč (in Fandelová 1999) chápe riziko ako teoretický konštrukt, ktorý v sebe integruje osobnostné, situačné i kognitívne komponenty a predstavuje komplexný pojem v zmysle interfunkčného prístupu.

Rizikové správanie sa chápe ako individuálny osobnostný znak, viaže sa na konkrétne situácie a závisí od kognitívnych a nonkognitívnych faktorov, predstavuje špecifickú formu sociálneho správania. Rizikové správanie, ako súčasť širšie koncipovanej teórie psychológie rizika, vysvetľuje správanie individua v situáciách rozhodovania za podmienok neistoty, pri ohrození, nedostatku alebo nadbytočnosti významných informácií, v časovom strese a pod. Vo všeobecnosti výskum rizikového správania prebieha na dvoch úrovniach ktoré vzájomne integrujú. Ide o osobnostné charakteristiky a situačné faktory (Fandelová,1999).

K rizikovým formám správania sa zaraďujú aj všetky formy drogového správania (Verešová, 2004), pričom medzi formy drogového správania môžeme zaradiť aj patologické hráčstvo.

Štúdie autorov ( Gaboury a Ladoucer 1989, Toneto 1999, Goodie 2005) preukázali, že patologickí hráči vykazujú vyšší stupeň rizikového správania, ako zdraví jedinci, pretože trpia poznávacími omylmi, na základe ktorých sú pre nich riskantné stávky viac zaujímavejšie, alebo sa cítia prehnane sebedomí v zručnostiach hrania.

## **H1: Predpokladáme, že patologickí hráči budú mať rizikovejšie správanie, ako nehráči.**

V mnohých prípadoch zohrávajú emócie dôležitú funkciu ohľadom rozhodovania. V našom výskume sme sa zamerali na anticipované emócie. Ide o anticipovanú ľútosť a anticipované šťastie. Anticipované emócie, podľa Lowensteina et.al. (2001) typicky nie sú prežívané v bezprostrednej prítomnosti, ale sú očakávané, že budú prežívané v budúcnosti.

Ľútosť je emócia vznikajúca vtedy, keď vlastné slobodné rozhodnutia prinášajú výsledky, ktoré sú neuspokojivé, prípadne, menej uspokojivé v porovnaní s výsledkami, aké by sme mohli dosiahnuť, ak by sme sa rozhodli inak (Zeelenberg, Pieters, 2007).

Tochkov (2009) uvádza, že v prípade hazardnej hry pri výbere rizikovej stávky dochádza u gambleroch k menšej senzitivite anticipovať ľútosť.

Rae a Haw (2005) skúmali emócie ľútosť, sklamanie, a eufóriu u 93 hazardných hráčov a zistili že anticipované emócie môžu ovplyvňovať vytrvanie v hre.

Tochkov (2009) zistil, že často hrajúci gambleri sú menej schopní anticipovať ľútosť v porovnaní s príležitostne hrajúcimi hráčmi.

Podľa Stuchlíkovej (2007) je šťastie emócia, považovaná za príležitostnú a bezprostrednú reakciu na špecifickú pozitívnu udalosť, šťastie ako pretrvávajúci pocit prebieha na pozadí. Anticipovaná emócia šťastia nie je prežívaná aktuálne, ale je očakávanie, že v budúcnosti budeme túto emóciu pociťovať. To závisí od rôznych faktorov, ktoré toto prežívanie ovplyvňujú.

## **H2: Budú mať patologickí hráči nižšiu anticipovanú ľútosť ako nehráči?**

### **VO1: Budú patologickí hráči v porovnaní s nehráčmi anticipovať emóciu šťastie rozdielnym spôsobom?**

Na jednej strane výskumy udávajú, že väčšina ľudí nie je ochotná akceptovať stávku, kde je rovnaká šanca výhry, alebo prehry (napr. 50% šanca vyhrať 20\$ alebo prehrať 20\$) pravdepodobne z dôvodu averzie voči strate. Ľudia pokladajú stratu určitej sumy peňazí ako viac bolestivú, než zisk určitej sumy peňazí (Kaheman, Tversky 1979). Na druhej strane milióny ľudí riskujú v kasínach, stávkujú v stávkových kanceláriách prijímajú stávky ktoré by väčšina ľudí pokladala za neprijateľné.

Prečo je potom hranie hazardných hier také rozšírené?

Tom, Fox a Polacek (2007) uvádzajú, že ľudia ktorí hrajú hazardné hry sú menej averzívni voči strate.

Conlisk (1993) uvádza, že ak potencionálny hráč vidí niekoho iného vyhrať veľkú výhru dramaticky to zvýši jeho subjektívnu pravdepodobnosť výhry a vyvolá pocit, že tiež môže vyhrať a povzbudí ho to v hraní, aj keď očakávaná bolesť zo straty je vyššia než očakávaná radosť z výhry.

### **H3: Predpokladáme, že patologickí hráči, budú mať nižšiu averziu voči strate ako nehráči**

Ďalší faktor, ktorý prispieva k vzniku a udržiavaniu hráčskej závislosti patrí vyhľadávanie stimulácie - sensation seeking.

Vyhľadávanie stimulácie (z angl. sensation seeking) chápe Zuckerman (1994) ako biologicky determinovanú osobnostnú vlastnosť, pre ktorú je príznačné vyhľadávanie nových, rôznorodých, komplexných a intenzívnych vnemov a zážitkov, ako aj ochota podstúpiť fyzické, sociálne, právne a finančné riziko za účelom dosiahnutia týchto zážitkov.

V súvislosti s hráčstvom, definujú autori hráčsku osobnosť, ako osobnosť so sklonmi k vyhľadávaniu stimulácie, neurotizmom a extraverziou. (Seager,1970;Mandic 1995).

Convenbury a Brown (1993) vo svojej štúdií zistili, že hráči ktorí hrajú hazardné hry v kasíne, majú vyššie skóre v hladine vyhľadávania stimulácie, než normálna populácia.

Fortune a Goodie (2009) v štúdií porovnávali patologických hráčov a nehráčov. V skupine patologických hráčov sa zistilo vyššie skóre hlavne na subškále DS (Disinhibition) a BS (Borderom).

Takisto Castellani a Rugle (1995) zistili, že u patologických hráčov bola najvyššia hladina vyhľadávania stimulácie na subškále DS (Disinhibition) a tá sa pravdepodobne najviac viaže k samotnému gamblingu.



**H4: Predpokladáme vyšší stupeň vyhľadávania stimulácie u patologických hráčov v porovnaní s nehráčmi.**

**H4.1: Patologickí hráči budú mať vyšší stupeň disinhibície ako nehráči.**

## 2. METÓDY

### 2.1 VÝSKUMNÁ VZORKA

Našu výskumnú vzorku tvorili pacienti z psychiatrických liečební v Bratislavskom a Banskobystrickom kraji- 17 participantov, sanatória v bratislavskom kraji- 3 participant, centra v Nitrianskom kraji- 5 participantov a ďalších 5 participantov bolo liečených ambulantne v Banskobystrickom a Nitrianskom Kraji.

Vekové rozmedzie pacientov bolo 18 do 57 rokov. Ich priemerný vek bol 31.30.

**Tabuľka 1** Zloženie výskumného súboru podľa priemerného veku

	Vek
n	60
AM	31.300
SD	8.774

n = počet respondentov, AM = aritmetický priemer

Výskumný súbor tvorilo celkovo 60 participantov, 30 patologických hráčov a 30 nehráčov. Aby boli obe skupiny porovnateľné každý participant zo skupiny patologických hráčov mal v skupine nehráčov participanta, s ktorým sa zhodoval vo veku, bydlisku, a ukončenom vzdelaní.

**Tabuľka 2** Zloženie výskumného súboru z pohľadu hráčstva/nehráčstva

	Početnosti	Percentá
Hráči	30	50
Nehráči	30	50
Súčet	60	100

**Tabuľka 3** Zloženie výskumného súboru z podľa miesta bydliska

	Početnosti	Percentá
Mesto	50	83.3
Dedina	10	16.7
Súčet	60	100

**Tabuľka 4** Zloženie výskumného súboru podľa ukončeného vzdelania

	Početnosti	Percentá
Základné	2	3.3
SOU	6	10.1
Stredné	44	73.3
Vysokoškolské	8	13.3
Súčet	60	100

**Tabuľka 5** Zloženie výskumného súboru podľa pohlavia

	Početnosti	Percentá
Muži	58	96.7
Ženy	2	3.3
Súčet	60	100

## 2.2 VÝSKUMNÉ METODIKY A ICH CHARAKTERISTIKA

Vo výskume sme použili nasledovné metodiky, pričom sme sa riadili stanovenými výskumnými cieľmi.

### **Dotazník RSK**

Na zistenie rizikového rozhodovania sme použili dotazník rizikového rozhodnutia, ktorého autorom je Schaarschmidt. U nás ho preložil a upravil Sarmány - Schuller. Pozostáva z 25 položiek spracovaných formou otázok. Dotazník zachytáva rizikové správanie, rizikovú tendenciu ako sklon k rizikovým reakciám. Rizikový charakter správania určuje napríklad bezprostredné reagovanie, záľuba v dynamizme, nedostatku regulačných zábran, sociálnej naivite i exhibicionizme. Administruje sa pomocou záznamového hárku a jeho vyhodnotenie trvá 15 minút a je časovo neobmedzený.

### **Dotazník averzie voči strate a anticipovaných emócií**

Na zistenie averzie voči strate sme použili dotazník od Bačovej Brezinu a Lešniaka z roku 2010, ktorý sme prekladali. Participanti dostali šesť lotérií a ich úlohou bolo vyjadriť sa pri každej z nich, či by ju akceptovali, alebo odmietli. Čím viac hier odmietli, tým väčšia averzia voči strate bola u nich nameraná. Zisky sa v priebehu lotérie nemenili,

boli fixované sumou 6 eur, pričom straty sa menili v rozmedzí 2 až 7 eur. Lotéria jedna znela: ak padne na minci hlava, potom stratíte 2 eurá, ak na minci padne znak, vyhráte 6 eur. Lotéria 2: ak padne na minci hlava, potom stratíte 3 eurá, ak na minci padne znak, vyhráte 6 eur. Lotéria 3-ak padne na minci hlava, potom stratíte 4 eurá, ak na minci padne znak, vyhráte 6 eur. Lotéria 4 – ak padne na minci hlava, potom stratíte 5 eur, ak na minci padne znak, vyhráte 6 eur. Lotéria 5 – ak padne na minci hlava, potom stratíte 6 eur, ak na minci padne znak, vyhráte 6 eur. Lotéria 6 – ak padne na minci hlava, potom stratíte 7 eur, ak na minci padne znak, vyhráte 6 eur.

V tomto dotazníku sme zisťovali aj anticipované emócie šťastie a ľútosť. V prvom prípade inštrukcia znela: Predstavte si, že si v lotérii (po odpočítaní nákladov na tiket) vyhrali 1 euro. Ako šťastný by ste sa cítili? Stávky sa postupne zvyšovali a posledná,šiesta inštrukcia znela: Predstavte si,že si v lotérii (po odpočítaní nákladov na tiket) vyhrali 100 euro. Ako šťastný by sa cítili? Rovnaké otázky s rovnakými finančnými výhrami dostali participant pri anticipovanej emócií ľútosti. Otázka však znela: Ako veľmi by ste ľutovali stratu?

### **Škála SSS (Sensation Seeking Scale)**

V našom výskume sme použili škálu zisťujúcu vyhľadávanie stimulácie a jej formu IV, ktorej autorom je M. Zuckerman. Túto škálu u nás preložil Sarmány-Schuller. Dnes táto škála existuje v šiestich modifikovaných verziách. V našom výskume sme použili verziu zo 40 položkami, ktoré zachytávajú 4 základné faktory vyhľadávania stimulácie. Každý z nich je sýtený desiatimi položkami.

1. Faktor TAS (Thrill and Adventure Seeking) - znamená vyhľadávanie zážitkov, ktoré znamenajú nebezpečenstvo, dobrodružstvo, alebo rýchlosť, ako napríklad adrenalínové športy

*Příklad: „Častokrát by som chcel/a byť horolezcom“.*

2. Faktor ES (Experience Seeking) - znamená vyhľadávanie nevšedných zážitkov (zmyslových i myšlienkových), napríklad cestovanie, nekonformný štýl a pod.

*Příklad: „Mám rád niektoré prirodzené telesné pachy“.*

3. Faktor DIS (Disinhibition Seeking) - vyhľadávanie zážitkov spojených s neviazaným správaním (sociálnym, sexuálnym) ako sociálne pitie, vyhľadávanie sexuálnych partnerov, účasť na večierkoch

*Příklad: „Páčia sa mi rozvášnené a neviazané večierky (party)“.*

4. Faktor BS (Borderom Susceptibility) - averzia k opakovanej rutine, situáciám, ktoré sú stále, nemenia sa.

*Príklad: „Otravuje ma pozerat' sa na film, ktorý som už videl/a.“*

(Hrašnová, Sarmány-Schuller, 1988)

Demografické údaje, pohlavie, vek, miesto bydliska a ukončené vzdelanie sme administrovali s ostatnými dotazníkmi.

## **2.3 METÓDY ŠTATISTICKÉHO TESTOVANIA**

Získané dáta z dotazníkov RSK, Škály SSS a Dotazníka averzie voči strate a anticipovaných emócií. Údaje sme spracovali nasledovnými štatistickými postupmi: Studentov t-test pre dva nezávislé výbery, a Mann – Whitneyho U test. Hladinu významnosti sme stanovili na hodnotu  $\alpha = .05$ .

Dáta boli spracované pomocou počítačového štatistického systému SPSS verzia 16.0 a pomocou programu Microsoft Office Excel 2003.

## **2.4 DIZAJN VÝSKUMU**

Výskum, ktorým sme testovali naše stanovené výskumné hypotézy a výskumné otázky, bol koncipovaný ako komparačný výskumný plán.

Výskum bol realizovaný v rôznych zariadeniach. Vzorku tvorili pacienti z psychiatrických liečební v Bratislavskom a Banskobystrickom kraji- 17 participantov, sanatória v bratislavskom kraji- 3 participantí, centra v Nitrianskom kraji- 5 participantov a ďalších 5 participantov bolo liečených ambulantne v Banskobystrickom a Nitrianskom Kraji. Skupina patologických hráčov bola zrovnoprávňovaná so skupinou nehráčov na základe rovnakého vzdelania, dosiahnutého vzdelania a bydliska

### 3. VÝSLEDKY

Vo výskume sme sa zamerali na porovnanie patologických hráčov a nehráčov v tendencii k rizikovému správaniu. Ďalej sme sa zamerali na oblasti averzie voči strate, anticipovaných emócií a vyhľadávania stimulácie ako faktorov, ktoré môžu ovplyvňovať patologické hráčstvo. Tieto faktory sme porovnávali v oboch skupinách. Zaujímalo nás, či budú mať hráči vyššiu hladinu stimulácie ako nehráči a aký je rozdiel medzi hráčmi a nehráčmi v subškále DIS (Disinhibition Seeking). Tiež nás zaujímal vzťah medzi vyhľadávaním stimulácie a rizikovým správaním.

#### 3.1. RIZIKOVÉ SPRÁVANIE

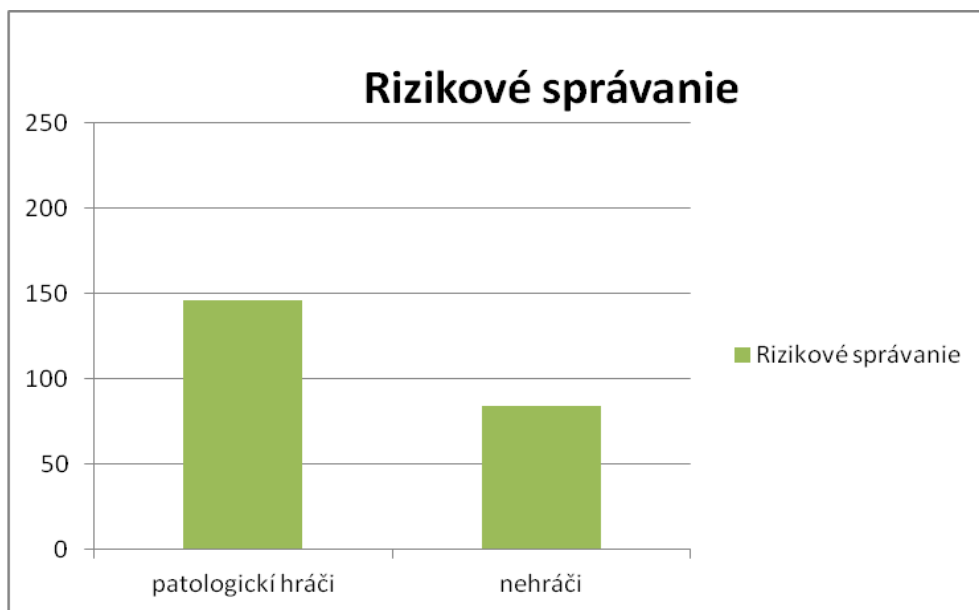
Výsledky sme spracovali pomocou Studentovho t-testu pre dva závislé výbery. Výsledné údaje uvádzame v tabuľke 6. Zistili sme, že patologickí hráči sa správali rizikovejšie ako nehráči. Hodnota Studentovho t-testu pri 58 stupňoch voľnosti bola 5.637 a dosiahnutá signifikancia mala hodnotu 0.000\*\*\*. Dosiahnutá signifikancia bola nižšia ako stanovená hladina významnosti  $\alpha$ . Z uvedených výsledkov vyplýva, že výskumná hypotéza č.1 sa nám potvrdila. Patologickí hráči mali väčšiu tendenciu k rizikovému správaniu než nehráči.

**Tabuľka 6** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov v tendencii k rizikovému

		n	AM	SD	t	df	p
Skupina	patol.hráči	30	145.910	38.322	5.637	58	0.000***
	nehráči	30	83.931	46.450			

n= počet respondentov, AM= aritmetický priemer, SD= štandardná odchýlka, t= hodnota t-testu, df= stupeň voľnosti, p= hodnota dosiahnutej signifikancie/významnosti

**Graf 1** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov v tendencii k rizikovému



## 3.2 ANTICIPOVANÉ EMÓCIE

### 3.2.1 POROVNANIE ANTICIPOVANEJ LÚTOSTI U HRÁČOV A NEHRÁČOV

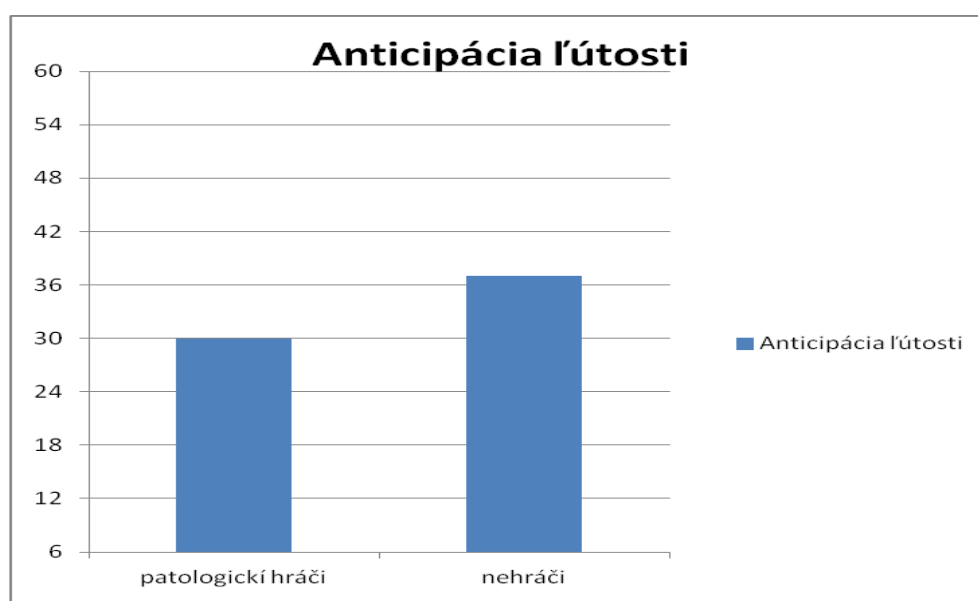
Výsledky sme spracovali pomocou Mann Whitney U Testu (tabuľka 7). Hodnota Mann Whitney U testu bola – 4.142 a dosiahnutá signifikancia bola 0.000\*\*\*. Dosiahnutá signifikancia bola nižšia ako stanovená hladina významnosti  $\alpha$ , z čoho vyplýva, že výsledok je štatisticky významný. Existuje rozdiel v anticipovanej ľúlosti medzi patologickými hráčmi a nehračmi. Z uvedených výsledkov vyplýva, že Hypotéza č.2 sa nám potvrdila. Patologickí hráči majú nižšiu anticipáciu ľúlosti ako nehračmi.

**Tabuľka 7** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska anticipovanej emócie ľútosti

		n	Me	Z	p
Ľútosť	patol. hráči	30	30	- 4.142	0.000***
	nehráči	30	37		

n = počet probantov, Me= medián, Z = hodnota Mann – Whitneyho U testu, p = dosiahnutá hodnota signifikancie/ významnosti

**Graf 2** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska anticipovanej emócie ľútosti



### 3.2.2 POROVNANIE ANTICIPOVANÉHO ŠŤASTIA U HRÁČOV A NEHRÁČOV

Výsledky sme spracovali pomocou Mann Whitney U Testu (tabuľka 8). Hodnota Mann Whitney U testu bola – 1.961 a dosiahnutá signifikancia bola 0.05. Dosiahnutá signifikancia bola nižšia ako stanovená hladina významnosti  $\alpha$ , z čoho vyplýva, že výsledok je štatisticky významný. Existuje rozdiel v anticipácii emócie šťastia medzi patologickými hráčmi a nehračmi. Z uvedených výsledkov vyplýva, že výskumná otázka č.2 sa nám potvrdila. Patologickí hráči a nehračmi anticipujú emóciu šťastia rozdielnym spôsobom.

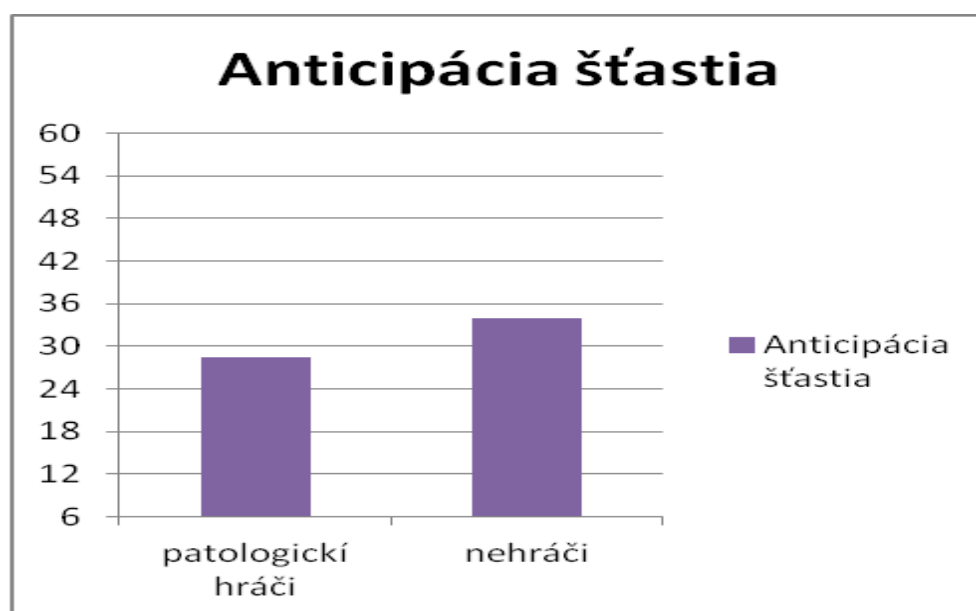


**Tabuľka 8** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska anticipovanej emócie šťastia

		n	Me	Z	p
šťastie	patol. hráči	30	28.5	- 1.961	0.05
	nehráči	30	34		

n = počet probantov, Me=medián, Z = hodnota Mann – Whitneyho U testu, p = dosiahnutá hodnota signifikancie/ významnosti

**Graf 3** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska anticipovanej emócie šťastia



### 3.3 AVERZIA VOČI STRATE U HRÁČOV A NEHRÁČOV

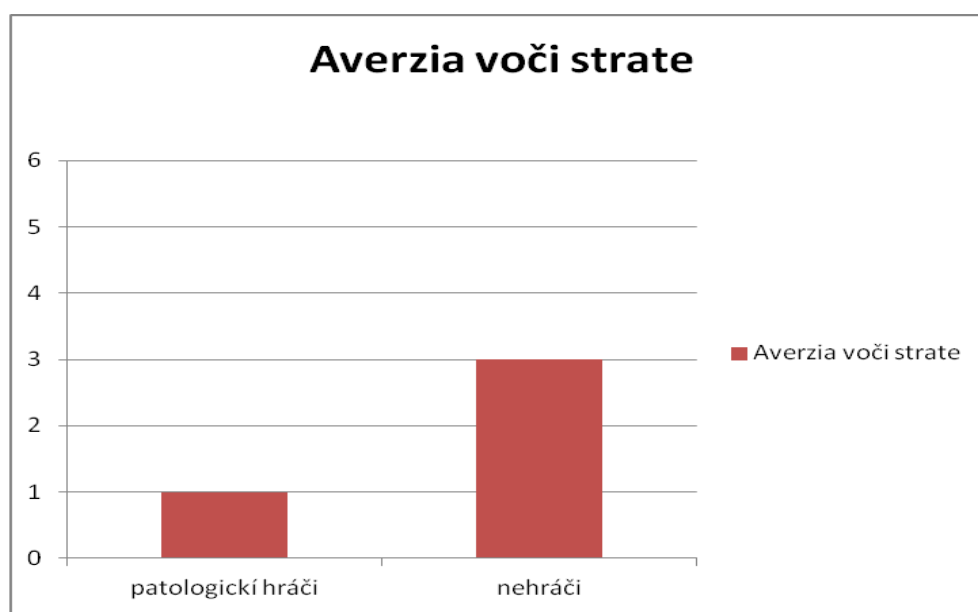
Výsledky sme spracovali pomocou Mann Whitney U Testu (tabuľka 9). Hodnota Mann Whitney U testu bola – 5.038 a dosiahnutá signifikancia bola 0.000\*\*\*. Dosiahnutá signifikancia bola nižšia ako stanovená hladina významnosti  $\alpha$ , z čoho vyplýva, že výsledok je štatisticky významný. Patologickí hráči majú nižšiu averziu voči strate ako nehráči. Z uvedených výsledkov vyplýva, že hypotéza č.3 sa nám potvrdila. Patologickí hráči majú nižšiu averziu voči strate ako nehráči.

**Tabuľka 9** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska averzie voči strate

		n	Me	Z	p
Averzia voči strate	patol. hráči	30	1	- 5.038	0.000***
	nehráči	30	3		

n = počet probantov, Me=medián, Z = hodnota Mann – Whitneyho U testu, p = dosiahnutá hodnota signifikancie/ významnosti

**Graf 4** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska averzie voči strate



### 3.4 VYHLADÁVANIE STIMULÁCIE U PATOLOGICKÝCH HRÁČOV A NEHRÁČOV

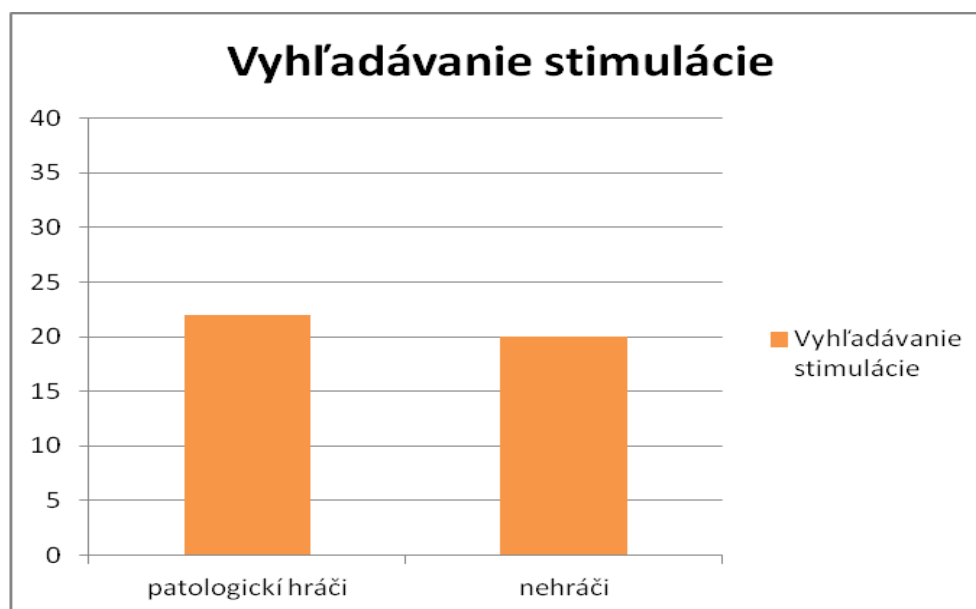
Výsledky sme spracovali pomocou Studentovho t-testu pre dva závislé výbery. Výsledné údaje uvádzame v tabuľke 9. Zistili sme, že patologickí hráči majú vyššiu hladinu vyhľadávania stimulácie ako nehráči. Hodnota Studentovho t-testu pri 58 stupňoch voľnosti bola 1.33 a dosiahnutá signifikancia mala hodnotu 0.181. Dosiahnutá signifikancia bola vyššia ako stanovená hladina významnosti  $\alpha$ . Z uvedených výsledkov vyplýva, že výskumná hypotéza č.4 sa nám nepotvrdila. Patologickí hráči nemajú vyššiu hladinu vyhľadávania stimulácie ako nehráči.

**Tabuľka 10** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska vyhľadávania stimulácie

		n	AM	SD	T	df	P
skupina	patol.hráči	30	21.966	6.509	1.353	58	0.181
	nehráči	30	19.966	4.817			

n= počet respondentov, AM= aritmetický priemer, SD= štandardná odchýlka, t= hodnota t-testu, df= stupeň voľnosti, p= hodnota dosiahnutej signifikancie/významnosti

**Graf 5** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska vyhľadávania stimulácie



### 3.4.1 VYHLADÁVANIE DISINHIBITION STIMULATION U PATOLOGICKÝCH HRÁČOV A NEHRÁČOV

Výsledky sme spracovali pomocou Mann Whitney U Testu (tabuľka 10). Hodnota Mann Whitney U testu bola – 1.281 a dosiahnutá signifikancia bola 0.200. Dosiahnutá signifikancia bola vyššia ako stanovená hladina významnosti  $\alpha$ , z čoho vyplýva, že výsledok nie je štatisticky významný. Patologickí hráči nemajú vyššiu hladinu Disinhibition Seeking v porovnaní s nehráčmi. Z uvedených výsledkov vyplýva, že

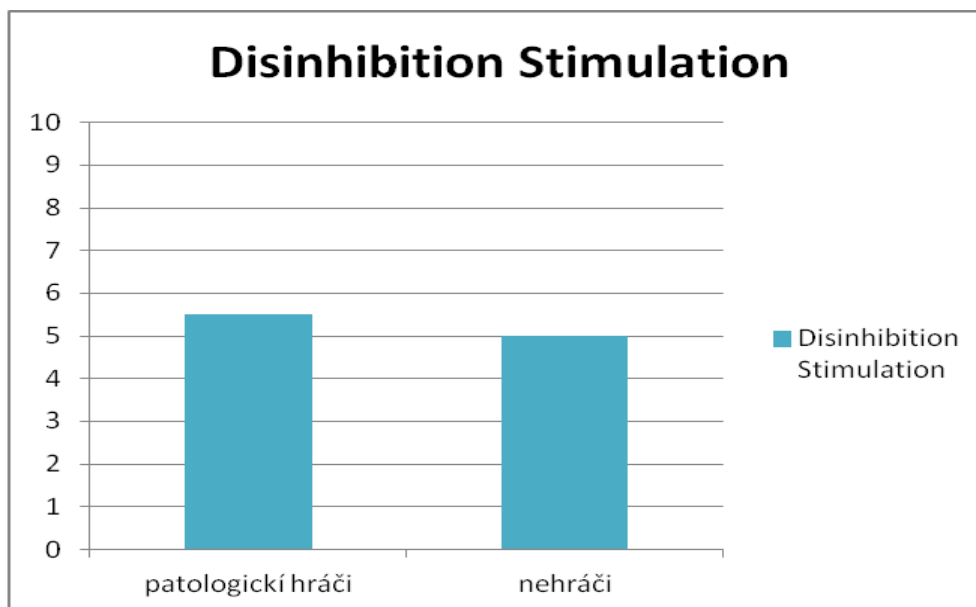
hypotéza č.5 sa nám nepotvrdila. Patologický hráči nemajú vyššiu hladinu Disinhibition Seeking ako nehráči.

**Tabuľka 11** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska subškály Disinhibition Seeking

		N	Me	Z	P
stupeň DIS	patol. hráči	30	5.5	- 1.281	0.200
	nehráči	30	5		

n = počet probantov, Me= medián, Z = hodnota Mann – Whitneyho U testu, p = dosiahnutá hodnota signifikancie/ významnosti

**Graf 6** Porovnanie patologických hráčov a nehráčov z hľadiska subškály Disinhibition Seeking



## 4 DISKUSIA

V našej práci sme sa zamerali hlavne na otázku, ako percipujú riziko patologickí hráči v porovnaní s nehráčmi. V centre nášho výskumného záujmu bolo skúmanie vzťahu oblastí averzie voči strate, anticipovaných emócií a vyhľadávania stimulácie ako faktorov ovplyvňujúcim rozvoj a udržiavanie patologického hráčstva. Po dôkladnom preštudovaní literatúry týkajúcej sa daných oblastí výskumu sme si stanovili päť hypotéz a jednu výskumnú otázku. Ktoré sme následne overovali kvantitatívnou analýzou.

Výskumy Verešovej (2004), Gabouryho a Ladoucera (1989) či Toneta (1999) naznačovali, že patologickí hráči vykazujú vyšší stupeň rizikového správania ako nehráči. Vyslovili sme teda predpoklad, že patologickí hráči budú mať rizikovejšie správanie ako nehráči. Naše predpoklady sa potvrdili. Zistili sme, že patologickí hráči majú väčšiu tendenciu k rizikovému správaniu než nehráči. Naše výsledky sa zhodujú s výsledkami uvedených autorov.

Toto zistenie potvrdil aj Leopard (1978) vo svojom výskume.

Na základe výskumov Tochkova (2009) či Rae - Hawa (2005) sme vyvodili hypotézu, že patologickí hráči budú mať nižšiu anticipáciu ľútosti ako nehráči. Predpokladali sme teda, že patologickí hráči v našom výskume budú mať horšiu schopnosť anticipovať ľútosť v porovnaní so skupinou nehráčov. Z výsledkov sme zistili, že patologickí hráči majú nižšiu schopnosť anticipovať emóciu ľútosti v porovnaní s nehráčmi. Naša hypotéza je v zhode so zisteniami Fernandez, Dequea a Landersa (2008), ktorí skúmali vzťah medzi anticipovanou ľútosťou a gamblingom. Zistili, že gambleri nielenže nedokážu anticipovať ľútosť, ale ľútosť dokonca odmietajú.

V našom výskume sme sa zamerali aj na anticipovanú emóciu šťastia. Na základe prieskumu doterajších výskumov sme nenašli výskum ktorý by sa zaoberal vzťahom anticipovanej ľútosti a šťastia. Preto sme si stanovili výskumnú otázku, či budú patologickí hráči v porovnaní s nehráčmi anticipovať emóciu šťastia rozdielnym spôsobom.

Z výsledkov vyplýva, že patologickí hráči anticipujú emóciu šťastia rozdielnym spôsobom ako nehráči v smere, nižšej anticipácie šťastia u gamblersov.

Jedným z možných vysvetlení prečo dochádza u patologických hráčov k nižšej anticipácii šťastia je fakt, že v priebehu ich závislosti opakovane navštevovali herne, či kasína, opakovane hrali. Toto správanie sa pre nich stalo zvykom. Nezáležalo už na výhre či

prehre. Tento typ správania sa stalo závislosťou a prežívanie šťastia mohlo byť preto menej uvedomované. Výhry a prehry sa stávali rutinou každodenného dňa. Nehráči boli skupinou, ktorá neprichádzala do styku s hazardnými hrami, pravdepodobne ani s iným typom hier. Preto potencionálna výhra a následná anticipácia šťastia bola pre nich novou situáciou a preto mohli predpokladať, že budú prežívať väčší pocit šťastia pri potencionálnej výhre v stávke. Nešpor (1999) uvádza, že hráči v období najväčšej závislosti hrajú skôr z dôvodu vzrušenia z danej hry, ako kvôli samotnej výhre.

Ďalej sme sa zamerali v našom výskume na oblasť averzie voči strate. Vychádzali sme hlavne z výskumu Toma, Foxa, Poldrack (2007) a Consilka (1993), ktorí zistili, že patologickí hráči sa vyznačujú nižšou averziou voči strate. Na základe týchto zistení sme stanovili hypotézu, že patologickí hráči budú mať nižšiu averziu voči strate, ako nehráči.

Naš predpoklad sa potvrdil. Patologickí hráči boli menej averzívni voči strate v porovnaní s nehráčmi. Averzia voči strate teda môže byť vysvetlením, prečo vzniká u hráčov závislosť. Patologickí hráči pravdepodobne nevnímajú straty ako ohrozujúce v porovnaní s nehráčmi. Preto sa púšťajú aj do rizikových hier, často zvyšujú stávky a pokračujú v hraní.

Vychádzajúc z teórie Zuckermana (1994), Fortuna a Goodieho (2009) či Convenburyho a Browna (1993) sme predpokladali vyšší stupeň vyhľadávania stimulácie u patologických hráčov v porovnaní s nehráčmi. Napriek mnohým výskum podporujúcim toto tvrdenie sa nám naša hypotéza nepotvrdila. Novšie štúdie, však prinášajú vysvetlenie tohto fenoménu.

Vyhľadávanie stimulácie závisí od dvoch hlavných faktorov a to, či sú skúmaní patologickí hráči aktuálne pod liečbou, či už ambulantnou, alebo ústavnou.

To potvrdzujú aj štúdia Hammelsteina (2004), ktorý kritizoval pripisovaný význam vyhľadávania stimulácie u patologických hráčov. V štúdií porovnával liečených patologických hráčov s kontrolnou skupinou, pričom zistil, že vyhľadávanie stimulácie je nižšie u patologických hráčov.

Rovnaké zistenia priniesli výskumy Blaszczynskeho et.al. (1986), Blanca et.al.(1996) a Carrasca et.al.(1994). Vo všetkých výskumoch boli patologickí hráči pod vplyvom liečby a zistilo sa u nich nižšia úroveň sensation seeking v porovnaní s kontrolnou vzorkou.

Takisto Zuckerman v neskorších štúdiách (Breen a Zuckerman,1999;Zuckerman 1994,2005) zistil, že patologickí hráči, ktorí sú pod liečbou vykazujú nižšiu úroveň sensation seeking a patologickí hráči ktorí nie sú v liečbe, vykazujú asociálne správanie a vysokú hladinu vyhľadávania stimulácie.

Vo väčšine uvedených štúdií sa vyššie sensation seeking spájalo s vysokou frekvenciou hrania, výškou stávk, množstvom peňazí minutých na hru a tzv. „chasingom“ (potrebou znovunahrať stratené peniaze). Tieto skutočnosti sa u hráčov pod vplyvom liečby neobjavovali a u hráčov pod vplyvom liečby dochádza k zníženej túžbe hrať.

Druhým faktorom, ktorý do veľkej miery ovplyvňuje vyhľadávanie stimulácie, je druh hazardnej hry, ktorú daní hráči vyhľadávajú.

Väčšina autorov rozdeľuje hazardné hry na aktívne a pasívne. Medzi aktívne hazardné hry patrí napríklad stávkovanie v kasíne, kde sú hry ako poker, ruleta, alebo stávkovanie na dostihoch, pričom tieto hry prinášajú hráčom viac vzrušenia ako pasívne hry. Medzi pasívne hry zaraďujú väčšinu tipovanie v stávkových kanceláriách, alebo hru na hracích automatoch.

Autori Bonnaire, Bungener a Varescon (2006), porovnávali hráčov hrajúcich aktívne hry – stávkovanie priamo na dostihoch a porovnávali ich s hráčmi hrajúcimi pasívne hry - hranie výherných automatov, tipovanie v stávkových kanceláriách. Zistili, že sensation seeking sa viaže na stávkovanie na dostihoch.

Ako uvádzajú spomenutí autori, aktívne hry hrajú hráči z dôvodu arousalu, ktorý daná hra produkuje. Druhú skupinu tvoria hráči ktorí hrajú pasívne hry a hrajú ich z dôvodu aby zabránili nepríjemným emočným stavom.

Výskumy Coventryho a Browna, 1993, či Coventryho a Normana,1997 potvrdzujú, že hráči, ktorí hrajú v kasínach majú väčšiu hladinu vyhľadávania stimulácie ako normálna populácia.

U hráčov hrajúcich väčšinou pasívne hry, teda tipovanie v stávkových kanceláriách, prípadne hra na výherných automatoch, bolo zistené nižšie vyhľadávanie stimulácie v porovnaní s hráčmi hrajúcimi aktívne hry. Toto tvrdenie podložili vo svojich prácach Covenbry a Brown 1993; Dickerson et.al. 1997; Dickerson 1990).

Parke (2004) uvádza, že rôzne skupiny hráčov v závislosti na tom akú hru hrajú, môžu vykazovať rôznu úroveň kompetitívnosti a teda môžu byť rôznym spôsobom motivovaní k hre. Podľa neho sú kompetitívnosť a motivácia hrania takisto významným faktorom prispievajúcim k výslednej úrovni vyhľadávania stimulácie.

Ďalším faktorom prispievajúcim k nižšiemu sensation seeking je to, že mnohí pacienti prichádzajú na liečbu v depresii, pričom depresia môže znížiť skóre sensation seekingu. Tento fakt zistili vo výskume Carton, Jouvent, Bungener, 1995 a Widlocher, 1992 (in Zuckerman, 2005).

Na základe výskumov Tom, Fox a Poldracka (2007), či Conliska (1993) sme predpokladali, že patologickí hráči budú mať vyšší stupeň disinhibitor seeking, než nehráči.

Tento predpoklad sa nám nepotvrdil. Rovnaké zistenie uvádzajú výskumné štúdiá Blanca et. al (1996), Blaszczynskeho (1986) a Carrasco et. al (1994) ktoré zistili, že patologickí hráči majú nižšie skóre na hladine vyhľadávania stimulácie.

V našom výskume sme zamerali aj na porovnanie ostatných škál vyhľadávania stimulácie vo vzorke patologických hráčov. Boli to škály BS (Borderom Susceptibility), TS (Thrill and Adventure Seeking) a ES (Experience Seeking). Ani v jednej škále sme nezistili štatisticky významné rozdiely medzi hráčmi a nehráčmi. Tabuľky pre jednotlivé škály uvádzame v prílohe. Rovnaké zistenia priniesol svojim výskumom Anderson a Brown 1984; Dickerson et. al. 1997; Parke et. al. 2004 uvádzajú, že sa nezistili rozdiely v subškálach SS u patologických a nepatologických hráčov.

Aj na základe týchto výskumov vidíme, že patologickí hráči, ktorí sú pod vplyvom liečby vykazujú nižšie skóre vyhľadávania stimulácie, napriek tomu, že hráči ktorí nie sú momentálne v liečbe sa prejavujú ako „high seekri.“ Je zrejmé, že patologickí hráči, ktorí sú pod vplyvom liečby sa pravdepodobne snažia ukázať v lepšom svetle, alebo samotná liečba ovplyvňuje vyhľadávanie stimulácie. Patologickí hráči, ktorí prichádzajú na liečbu, trpia často ďalšími problémami ako je depresia, nespavosť (napríklad kvôli dlhom), samovražedné myšlienky. Preto sú im podávané lieky, ktoré môžu ovplyvňovať ich stav a teda aj vyhľadávanie stimulácie. Prínosné by však bolo v budúcnosti skúmať patologických hráčov, ktorí nie sú pod vplyvom liečby a porovnávať ich s hráčmi pod vplyvom liečby. Tiež by bolo vhodné skúmať hráčov v závislosti od dĺžky liečby a sledovať, či a ako sa mení u nich úroveň vyhľadávania stimulácie. V budúcom výskume by bolo vhodné patologických hráčov skúmať aj podľa hazardnej hry ktorú hrajú najčastejšie, pretože sa ukázalo, že aj typ hazardnej hry môže ovplyvňovať úroveň vyhľadávania stimulácie.

Odborná literatúra uvádza, že existujú významné rozdiely medzi mužmi a ženami čo sa týka závislostí a hlavne patologického hrania. V našom výskume, sme sa však



nemohli zamerať na medzi pohlavné rozdiely, pretože vo výskumnom súbore sa nachádzala iba jedna žena. Je známe, že patologickí hráči sú väčšinou muži. Ondrejkovič (2003) uvádza, že v Austrálii pripadá na troch gamblerov jedna žena, V USA je tento pomer 7:3. U nás ich je podstatne menej. V Odbornom liečebnom ústave psychiatrickom na Prednej Hore tvoria patologickí hráči približne 5 %. Nedávne výskumy (Cunningham-Williams et.al.1998, Welte 1994 in Prunner 2008) potvrdili, že muži majú hodnoty patologického hrania takmer dvakrát tak vysoké ako ženy.

Nešpor (2006) uvádza, že v prípade patologických hráčov sa stretávame väčšinou s mužmi. Je to ovplyvnené aj tým, že muži sú patologickým hráčstvom viac ohrození. Tiež však udáva, že v päťdesiatych rokoch bola žena závislá od alkoholu väčšinou zvláštnosťou. Dnes žien s týmto problémom pribudlo. Patologické hráčstvo existuje aj u žien, pričom na rodinu a výchovu detí to pôsobí ešte horšie než patologické hráčstvo mužov.

Hlavným limitom našej práce je výskumný súbor. Súbor bol tvorený len tridsiatimi patologickými hráčmi, pričom v súbore bola len jedna žena. Preto naše výsledky nemôžeme zovšeobecňovať na celú populáciu.

#### **4.1 APLIKÁCIE VYPLÝVAJÚCE Z VÝSLEDKOV VÝSKUMU A ODPORÚČANIA PRE PRAX**

Aplikáciu nášho výskumu vidíme hlavne v terapeutickom využití, pri liečbe patologických hráčov. Výskumné zistenia môžu byť v terapii nápomocné v zmysle toho, že vieme na ktoré oblasti je potrebné sa zamerať. V našom výskume sme zistili, že patologickí hráči majú väčšiu tendenciu k rizikovému správaniu v porovnaní s nehráčmi. Ďalej sme zistili, že hráči majú nižšiu schopnosť anticipovať svoje emócie. Hlavne anticipovaná ľútosť sa nám zdá ako dôležitý faktor ovplyvňujúci potrebu hrať. Tiež sme zistili, že patologickí hráči sú averzívnejší voči strate v porovnaní s nehráčmi. Všetky spomenuté faktory môžu prispievať k vzniku a rozvoju závislosti. Sú to faktory, ktoré sú u hráčov buď vrodené, alebo podmienené prostredím v ktorom žijú, či už ide o výchovu, kamarátov, alebo životné udalosti. To všetko môže ovplyvniť správanie vedúce k maladaptívnemu správaniu – patologickému hraniu. Otázkou je či a ako sa tieto faktory dajú ovplyvniť.

Za dôležitú pokladáme hlavne primárnu prevenciu. Z nášho výskumu sme zistili, že patologickí hráči majú väčšiu tendenciu k rizikovému správaniu ako nehráči. Už na základných školách vidíme, že niektoré deti sa správajú rizikovejšie ako ostatné. Preto je dôležité, aby bola na školách zavedená primárna prevencia, pričom je dôležité zamerať sa práve na takéto rizikové deti. Ich rizikové správanie môže prameniť z rôznych príčin, či už je to nesprávna výchova, vzor v rodine, zdedené predispozície k rizikovému správaniu, či nevhodná partia. To, s čím príde dieťa z rodiny ovplyvniť nevieme. Vieme však prevenciou ovplyvniť aspoň z časti jeho správanie.

Ako uvádza Nešpor (2011), k najzávažnejším rizikovým faktorom patrí dostupnosť hazardu, alebo nabádanie naň. Smutné je že prevádzkovatelia herní a kasín otvárajú svoje prevádzky v blízkosti škôl. Zákon však takéto počínanie nezakazuje. Toto je závažným rizikovým faktorom gamblingu u mladých. Deťom by mala škola poskytnúť pozitívne alternatívy k rizikovému správaniu, čo je účinné hlavne u detí so zisteným rizikovým správaním. Alternatívou môžu byť rôzne záujmové krúžky či šport, ktoré by mali byť v súlade so špecifickými individuálnymi potrebami. Dôležitá je tiež krátka intervencia v školskom prostredí. Tá môže byť vsadená do rámca výchovy k zdravému spôsobu života. Tiež je vhodné ju integrovať s prevenciou škôd spôsobených návykovými látkami ako sú alkohol nikotín či tvrdé drogy, pretože patologické hráčstvo sa často spája s ostatnými závislosťami.

Je dôležité zamerať sa na prevenciu u mládeže hlavne z dôvodu, že u detí má takáto, ako aj hocijaká iná závislosť oveľa dramatickejší priebeh. Ako uvádza Nešpor (2006), závislosť na hraní sa v mladšom veku rozvíja rýchlejšie než v dospelosti. U detí a mládeže vedie hranie ku školským problémom, nižšej úrovni vzdelania a horšiemu uplatneniu. Hazard tu často súvisí aj so zneužívaním alkoholu, alebo drog či homosexuálnou prostitúciou u chlapcov.

Wynne (in Prunner, 2008) vo svojom výskume zistil, že mladí, ktorí majú problémy s hraním majú viacej problémov s políciou, majú pocit, že sa nemajú komu zveriť, často u nich nefunguje rodinné zázemie, cítia sa ignorovaní, alebo odmietaní rodinou.

Rodina pre mladého človeka je veľmi dôležitá. Je to prostredie, ktoré tvorí základňu pre jeho ďalší rozvoj, prostredie, ktoré má byť miestom podpory a istoty. Ak však rodina nefunguje, môže mladý človek ľahko sklznúť do závislosti, kde hľadá uspokojenie svojich nenaplnených potrieb. Dôležité je, aby rodičia dieťa informovali o závislosti. Na to je potrebné aby mali sami dostatok informácií a hlavne aby neboli negatívnym modelom.

Nešpor (2006) uvádza, že prevencia je veľmi dôležitá hlavne v rodine. Podľa neho je potrebné:

- získať dôveru dieťaťa, vedieť ho počúvať a venovať mu potrebný čas
- mať dostatok informácií o tej ktorej závislosti aby mohol s dieťaťom zasvätené hovoriť
- predchádzať tomu, aby sa dieťa nudilo (to môžeme dosiahnuť tým, že ho primerane veku zamestnáme v rodine, alebo mu sprostredkujeme vhodné záľuby)
- základným pravidlom pre dieťa je „za žiadnych okolností hazardná hra“ (v prípade, že to poruší mali nasledovať primerané sankcie, napríklad obmedzenie televízie, zníženie vreckového ...)
- byť pre dieťa vhodným modelom
- dieťa by malo vedieť, že určité veci vo svojom živote je potrebné proste odmietnuť, medzi ne patrí i možnosť hrať hazardnú hru
- chrániť svoje dieťa pred nevhodnou partiou aj tým, že mu pomôžeme nájsť vhodných priateľov
- posilňovať zdravé sebavedomie dieťaťa a oceňovať jeho úsilie
- v prípade potreby spolupracovať s odborníkmi či so školou
- v prípade, že sa u dieťaťa objavia problémy s hazardnou hrou, je potrebné vyhľadať profesionálnu odbornú pomoc

V mnohých prípadoch, ak primárna či sekundárna prevencia nebola dostatočná, alebo nebola vôbec prítomná, alebo sa človek dostal do ťažkej životnej situácie, či partie, môže sa u neho vyvinúť závislosť. Hlavne v prípade, že človek má určité osobnostné špecifiká. V našom výskume sme sa zamerali na averziu voči strate, tendenciu k rizikovému správaniu, anticipované emócie a vyhľadávanie stimulácie. V prvých troch faktoroch sme našli výrazné rozdiely medzi patologickými hráčmi a nehráčmi. Domnievame sa, že aj tieto tri komponenty môžu prispievať k závislosti.

Z výsledkov našej štúdie nám vyplýva, že patologickí hráči majú nižšiu schopnosť anticipácie emócií, hlavne ľútosti, ktorá podľa výskumov najviac ovplyvňuje patologické hranie.

Ferland et.al.2002 a Ladoucer 2001,2003 uvádzajú, že liečba patologických hráčov by mala byť zameraná na kognitívnu reštrukturalizáciu, tiež na ich iracionálne presvedčenia a omyly, ktorými trpia (napríklad, že pomocou hazardu ľahko prídu k peniazom, znova

nahrajú to čo v automate nechali, zlepšia sa v hraní tak, že budú len vyhrávať...). Teda by v terapii bolo vhodné zrealizovať ich pohľad na možnosť výhry, peniaze aj samotnú hru.

Je pre nich dôležité aby sa naučili lepšie anticipovať negatívne emócie, ktoré sa spájajú s výsledkom hazardnej hry. Terapeut by mal naučiť pacienta lepšej anticipácií a to napríklad za pomoci popisu možných dôsledkov nadmerného hrania. Opísať môže napríklad vzniknuté sociálne, či finančné problémy. Cieľom tejto techniky je naučiť pacientov zamerať sa na negatívne pocity, hlavne na ľútosť. Je potrebné zamerať sa na túto emóciu pred samotným hraním, alebo pred rozhodnutím pokračovať v hre.

Účinok ovplyvňovania anticipovaných emócií v terapii závislostí je málo prebádaný. No výskumy Richardsa (1996) potvrdili, že zameranie sa na anticipáciu negatívnej emócie vo vzťahu k rizikovému správaniu znížili riskantné sexuálne správanie.

Táto metóda však nezabrala u alkoholikov, ovplyvňovanie anticipácie emócií nevedlo podľa Murgaffa (1999) k menšej miere pitia alkoholu. Je to možno preto, že anticipácia emócií je ovplyvnená návykovou látkou, v tomto prípade alkoholom, pričom u patologických hráčov táto látka chýba.

Toschkov (2009) vo svojom výskume zistila, že nadmerné hranie môžu ovplyvňovať anticipované emócie ľúlosti a preto je vhodné, aby sa tento problém riešil v rámci kognitívno behaviorálnej terapie problémových hráčov. Základ kognitívno behaviorálnej terapie je zameraný na opravu omylov, ktoré sa týkajú nesprávnej, alebo nedostatočnej anticipácie ľúlosti.

Gooding a Tarrier (2009) na základe metaanalýzy zistili, že existujú presvedčivé doklady o účinnosti kognitívno behaviorálnej terapie a to bez ohľadu na druh hazardnej hry, ktorú hráč hrá.

V liečbe patologických hráčov sa najviac využíva desenzibilizácia vo fantázii a kognitívna reštrukturalizácia.

Blaszczynski et.al. (1991) vytvorili účinný program Kognitívno behaviorálnej terapie zameranej na liečbu patologického hráča:

- je potrebné sa zaoberať otázkami šťastia a náhody pri hre (zmeniť kognitívne omyly patologických hráčov, predstavy o „pani šťastene“ pri hre)
- doviest' pacienta k tomu aby začal realisticky uvažovať o hre
- desenzibilizácia spojená s myšlienkami na hazard
- naučiť sa lepším sociálnym zručnostiam, napríklad lepšie riešiť problémy
- naučiť sa alternatívne stratégie riešenia problémov
- prevencia realapsu

Kognitívnu terapiu u patologických hráčov využíval aj Ladoucer (1988In :Šerý 2001). Ladoucer a jeho spolupracovníci v terapii použili korekciu mylných predstáv o základných pravidlách náhodnosti. Táto terapia zahŕňala štyri zložky:

- a) Porozumenie pravidlám náhodnosti- terapeut vysvetlil pacientom pravidlá náhodnosti, že každá hra je nezávislá a nie je stratégia ako získať vytúžený výsledok a že existuje minimálna nádej v návratnosti vložených peňazí do banku, a hru nie je možné kontrolovať
- b) Porozumenie mylným domnienkam gamblero- terapeut opíše pacientom, že ilúzie o schopnosti kontrolovať hru prispievajú k udržiavaniu závislosti
- c) Kognitívna korekcia mylných vnemov – terapeut koriguje neprimeranú verbalizáciu a mylné domnienky s využitím záznamu pacientovej verbalizácie v priebehu imaginárnej hry

Liečba prebiehala raz až dvakrát týždenne (60-90 min) celkovo maximálne 20 hodín. Po liečbe piatich takýchto pacientov nemal ani jeden po dobu šesť mesiacov skúsenosť s hraním.

Behaviorálna terapia vníma patologické hráčstvo ako správanie, ktoré je naučené, ktoré je udržiavané pozitívnym a negatívnym posilňovaním. Väčšina behaviorálnych postupov bola zameraná na averzívne postupy. Novšie výsledky sú však menej povzbudzujúce. V dnešnej dobe sa najviac využívajú techniky desenzitizácie, relaxácie, ktoré potlačujú úzkosť, čím sa znižuje potreba hrania.

Pomocou kognitívne-behaviorálnej terapie Sharpe a Tarrier (in Šerý, 2001) liečili pacienta kombináciou kognitívnej reštrukturalizácie a imaginácie. Zistili, že u pacienta sa znížila úzkosť a hranie sa postupne vytratilo. Arribas a Martinez (in Šerý,2001) liečili štyroch pacientov behaviorálno- kognitívnymi technikami, ako napríklad sebapozorovanie, kontrola stimulov, kognitívne reštrukturalizácia prevencia odpovedí, intervencia v rodine a prevencia relapsov. Po trinástich sedeniach pacient nehral pol roka.

Zdá sa, že kognitívno-behaviorálne techniky sú v liečbe patologického hráčstva najúčinnnejšie. Okrem nich sa však využívajú aj ďalšie postupy. Napríklad postupy multimodálnej terapie. Takáto terapia vzniká ako kombinácia viacerých techník. Uplatňuje sa tu skupinová terapia, individuálna terapia, psychodráma, svojpomocné skupiny, nácvik

komunikačných schopností. Úspešnosť takejto formy terapie je celkom vysoká 50-70%. Úspešnosť liečby však závisí hlavne od motivácie pacientov, alebo schopnosti terapeuta pacientov dostatočne motivovať.

V našom výskume sme zistili, že patologickí hráči sú menej averzívni voči strate ako nehráči. Je zrejmé, že aj tento faktor ovplyvňuje rozvoj závislosti u človeka. U takýchto hráčov je vhodné využiť hlavne psychodynamickú terapiu. Niektorí psychoanalytici vidia príčinu patologického hráčstva v skorých stratách (hlavne v detstve) a v deprivácií. Victor a Krug (in Šerý, 2001) použili zvláštny postup pri liečbe gamblera. Gambler mal za úlohu aby hral po dobu troch hodín týždenne a zapisoval si svoje pocity o hre, hlavne pri strate. Tento gambler potom nehral najbližších 20 rokov. Z tohto výskumu vyplýva, že v terapii je vhodné zameriavať sa na emócie klienta. Aby im lepšie rozumel, pochopil ich. Tiež aby sa nebál negatívnych emócií aby ich vedel spracovať a hlavne ich anticipovať. Správna anticipácia emócií (napríklad ľútosti) môže byť faktorom, ktorý zabráni ďalšiemu hraniu, alebo celkovému rozhodnutiu hrať.

Ak sa patologický hráč nachádza v ústavnej liečbe, využíva sa hlavne režimový terapeutický proces. Ide o štruktúrovaný proces, kde pacienti vykonávajú povinné aktivity, či zmysluplne trávajú voľný čas. Pacient tiež absolvuje edukáciu, kde sa informuje o svojej závislosti, napríklad racionálne, alebo tematické skupiny, tiež je oboznámený s cravingom. Ďalej sa cvičí riešenie problémov v protistresových skupinách a je zaradený aj do pracovnej terapie. Dôraz v liečbe sa kladie na zmysluplné a nerizikové trávenie voľného času, športom, alebo kultúrnymi aktivitami.

Okrem ústavnej liečby sa využíva tiež liečba ambulantná. Benkovič (2011) však uvádza, že pacient však musí mať zdravotné problémy stabilizované, musí vedieť fungovať na autonómnej úrovni v momentálnom prostredí a je schopný spolupracovať v programe liečby.

## ZÁVER

Závislosť je problémom, ktorý sa týka každého z nás. Či už ide o kávu, či fajčenie až po alkohol, alebo tvrdé drogy, všetky tieto závislosti sa vyskytujú v našom okolí. Najnovšie sa do popredia dostávajú nelátkové závislosti medzi ktoré patrí aj patologické hráčstvo.

V teoretickej časti našej štúdie uvádzame mnoho výskumov a prác, zaoberajúcimi sa problémom patologického hráčstva. Na základe uvedených prác, môžeme, konštatovať, že patologické hráčstvo je problémom, ktorý nemá jednoznačnú príčinu a vzniká za spolupôsobenia rôznych faktorov. V našej štúdií sme skúmali vplyv anticipovaných emócií ľútosti a šťastia, averzie voči strate, a vyhľadávania stimulácie na patologické hráčstvo. Tieto jednotlivé faktory sme pre porovnanie skúmali aj vo vzorke nehráčov. Tiež sme sa zamerali na tendenciu k rizikovému správaniu u patologických hráčov a nehráčov. Jedným z hlavných cieľov našej práce bolo zistiť, ktorý z faktorov sa pričiňuje o vznik a rozvoj patologického hráčstva.

Naše výsledky naznačujú, že patologickí hráči trpia na nízku anticipáciu emócií, či už pozitívnych alebo negatívnych, sú menej averzívni voči riziku a majú vyššiu tendenciu k rizikovému správaniu v porovnaní s nehračmi. Významné rozdiely medzi hráčmi a nehračmi sme v celkovom skóre vyhľadávania stimulácie, no ani v jednotlivých subškálach nenašli.

Z uvedeného nám vyplýva, že s patologickým hráčstvom súvisí hlavne neschopnosť anticipovať emócie, či už pozitívne, alebo negatívne a tiež nízka averzia voči riziku, čo môže byť tiež faktorom, že sa hráči púšťajú do rizikových hier a sú ochotní minúť na hazard veľké sumy peňazí. Tiež to môže ovplyvňovať aj vyššia tendencia k rizikovému správaniu na strane patologických hráčov.

Na základe našich zistení by bolo vhodné upraviť aj terapiu patologických hráčov. Hlavne sa v priebehu terapie zamerať na prežívanie a anticipáciu pred samotným hraním, zamerať sa na význam strát v živote patologického hráča a primerane s nimi pracovať.

Rizikovú tendenciu si môžeme všimáť nielen u závislých, ale už aj v mladom veku. Preto je potrebné zamerať sa na rizikovú mládež a zamedziť tak rozvoju závislosti.

## POUŽITÁ LITERATÚRA

ALLCOCK,C.C.-GRACE,D.M.1988.Pathological gamblers are neither impulsive nor sensation seekers. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*. 1988. vol.22,no.2,p.307-311.

ANDERSON,G.-BROWN,R.1984. Real and laboratory gambling,sensation-seeking and arousal. *British Journal of psychology*.1984. vol. 75,no.3,p.401-410.

ARIELY,D.-HUBER,J.-WERTENBROCH,K.2005. „When do losses loom larger than gains?“ *Journal of making Research*. 2005.vol.42,no.5,p.134-138.

BAČOVÁ,V.2010. Rozhodovanie a usudzovanie, Pohľady psychológie a ekonómie I.Ústav experimentálnej psychológie SAV, 2010, ISBN 978-80-88910-30-5.

BAČOVÁ,V.-BREZINA,I.-LEŠNIAK.2010. Anticipated loss aversion for small and large amounts of Money in cultural different (Slovakia,Poland,Bolivia) university student samples. In *Studia Psychologica*. 2010. Roč.52,č.4. s315-326. ISSN 0039-3320

BALÁŽ,V.2009.Riziko a neistota. Úvod do behaviorálnej ekonómie a financií. Bratislava:Veda,2009, 451 s., ISBN 978-80-224-1082-3.

BAVOLÁŘ,J.2008.Výkonová motivácia a vnímanie rizika. In *Sociálne procesy a osobnosť: Zborník z konferencie,2008*. Bratislava:Ústav experimentálnej psychológie,2008.

BENKOVIČ,J.2011.Patologické hráčstvo,odporúčané postupy. *Psychiatria pre prax*.2011,roč.12,č.4,s.149-153.

BIANCHI,G.-ROSOVÁ,V.-ROŠKOVÁ,E. Percepcia a komunikácia rizík v detskej populácii. In *Retrospektíva,realita a perespektíva psychológie na Slovensku.Zborník príspevkov VIII.zjazdu slovenských psychológov*.Bratislava:Stimul.1996. s 38



- BLANCO,C.-ORESANZ-MUNOZ,L.-BLANCO-JEREZ,C.-SAIZ-RUIZ,J.1996.  
Pathological gambling and platelet MAO activity: a psychological study.1996,vol.153,no.2,p.119-121.
- BLASZCZYNSKI,A.-WILSON,A.- McCONAGHY,N.1986. Sensation seeking and pathological gambling. *Addict*.1986.vol.81,no.3,p.113-117.
- BLASZCZYNSKI,A.-McCONAGHY,N.-FRANKOVA,A.1990. Borderom proneness in pathological gambling. *Psychological Reports*.1990.vol.67.no.2,p.35-42.
- BLASZCZYNSKI,A.-FRANKOVA,A.-NcCONAGHY.1991.Comparasion of imaginal desensitisation A two-to nine-year follow up.*The British Journal Psychiatry:The Journal Of Mental Science*.1991.*British Journal of Psychiatry*.1991.vol.159,p.390-393.
- BONNAIRE,C.-BUNGLER,C-VARESCON,I. 2006. Pathological gambling and sensation seeking-How do gamblers playing games of chance in cafés differ from those who bet on horses at the racetrack? *Addiction Research and Theory*.2006.vol.14,no.6,p.619-629.
- BÖHM,G.2008. Anticipated and experienced emotions in enviromental risk perception.*Judgement and Decision Making*.2008.vol.3,no.1,p.73-86.
- BREEN,R.B.-ZUCKERMAN,M. 1999. Chasing in gambling behavior:personality and cognitive determinants.*Personality and individual Differences*.1999. vol.27,no.6,p.1097.
- CARRASCA,J.L.-SAIZ-RUIZ,J.-HOLLANDER,E.-CAESAR,J.-LOPEZ-IBOR,J.J.1994.  
Low platet monoamine oxidase activity in pathological gambling. *Acta psychiatric Scandinavia*. 1994.vol.90,no.2, p.427-431.
- CASTELLANI,B.-RUGLE,L.1995. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity,Sensation Seeking,and Craving. *Substance Use and Misuse*.1995.vol.30.no.3,275-289p.

- CÉLINE,B.-BUNGER,U-VARESCON,I. 2006. Pathological gambling and sensation seeking- How do gamblers playing games of chance in cafés differ from those who bet horses at the racetrack?. *Addiction Research and Theory*.2006.vol.14,no.2,p.619-629
- CONSILK,J.1993. The utility of gambling.*Journal of Risk and Uncertainty*.1993. no.6,p.255-275.
- CONNOLLY,T-ZEELLENBERG,M. 2002. Regret in decision making. *Current Directions in Psychological Science*.2002.vol.11,no.1. p.212-216.
- COVENTRY,K.R.-BROWN,R.I.F,1993. Sensationseeking,gambling and gambling addictions. *Addiction*.1993.vol.88,no.4,p.541-554.
- COVENTRY,K.R.-NORMAN,A.C. 1997. Arousal,sensation seeking and frequency of bettors. *British Journal in off-course horse racing*.1997.vol.88,no.4,p.671-681.
- COVENTRY,K.R.-CONSTABLE,B.1999. Physiological arousal and sensation seeking in female fruit machine gamblers. *Addiction*.1999. vol.94.,no.2,p.425-430.
- DICKERSON,M.G.-HINCHY,J.-FABRE,J.1997. Chasing,arousal and sensation seeking in off-course gamblers. *British Journal of Addictions*. 1987. Vol.82.no.3,p.673-680.
- DICKERSON,M.G.-WALKER,M.-ENGLAND,S.L.-HINCHY,J.1990. Demographic,personality,cognitive and behavioral correlates of off-course betting involvement.*Journal of Gambling Studies*.1990. vol. 6,no.3, p.165-182.
- FANDELOVÁ,E.1996. Aplikácia psychológie rizika v sociálnych vedách. In *Retrospektíva a perspektíva psychológie na Slovensku. Zborník príspevkov VIII.zjazdu slovenských psychológov*. Bratislava:Stimul,1996,s.38.
- FANDELOVÁ, E. 1999. *Psychológia rizika a zavádzanie multimediálnych prostriedkovvzdelávania*. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa FF, 1999. 96 s. ISBN 80-8050-239-0.

FERLAND,F.-FRANCINE,LADOU CER,R.-VITARO,F. 2002. Prevention of problem gambling: Modifying misconceptions and increasing knowledge.*Journal of Gambling Studies*.2002. vol.18,no.1,p.19-30.

FERNANDEZ-DUQUE,D.-LANDERS,J. 2008. Feeling more regret than I Would imagine. Self report and behavioral evidence. *Judgement and Decision Making*.2008.vol.3,no.6,p.449-456.

FORTUNE,E.- GOODIE,A.S. 2009. The relationship between pathological gambling and sensation seeking: The role of subscale scores. *Journal of gambling studies*.2009.vol.26,no.3, p.331-346.

FOTR,J. 1986 *Exaktní metody ekonomického rozhodování*. Praha: Academia. 1986.

GABOURY,A.-LADOU CER,R. 1989. Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behaviour and personality*.1989,vol.4,no.5. p.411-420.

GOODIE,A.2005. The role of percived control and overconfidence in pathological gambling.*Journal of Gambling Studies*.2005,vol.21,no.3, p.481-502.

GOODING,P.A.-TARRIER,N. 2009. A systematic and meta – analysis of cognitive – behaviour interventions to reduce behvaiour:hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*. 2009,vol.47,no.7,p.592-607.

GULLON,E.-MOORE,S. 2000. Adolescent risk-taking and five – factor model of personality. *Journal of adolescence*.2000,vol. 23, p.393-407.

HAMMELSTEIN,P.2004. Faites vos jeux! Another look at sensation seeking and pathological gambling.*Personality and Individual Differences*.2004.vol.37,no.5,p.917-931,ISSN 01918869.

HÁNOVÁ,J.-KORDÁČOVÁ,J. 2002. Iracionalita a osobnosť patologického hráča. In SARMÁNY-SCHULLER,I.-KOŠČ,M.(Eds.)*Psychológia na rózcestí. Zborník z príspevkov X.zjazdu slovenských psychológov*.2002. Bratislava: STIMUL,s.351-355.

HARINCK, F. – DIJK, E. – BEEST, I. – MERSMANN, P. 2007. When gains loom larger than losses: Reversed loss aversion for small amounts of money. In *Psychological Science*, 2007, vol. 18, p. 1099 – 1105. ISSN 0963-7214.

HRAŠNOVÁ, M. - SARMÁNY-SCHULLER, I. 1998. Optimálna hladina stimulácie a zvládanie rôznych náročných situácií u delikventnej mládeže, In: Zborník Edukácie študentov k riešeniu aktuálnych problémov človeka. Trnava, str. 54-56, 1998.

HUPKOVÁ, I. 2009. Vybrané aspekty problematiky patologického hráčstva, In *Sociálna prevencia- Prevencia nelátkových návykových chorôb*, 2009, roč. IV, č. 2, s. 16-17. ISSN 1336-9679.

KAHNEMAN, D., TVERSKY, A. 1979. Prospect Theory: An analysis of decision under risk. In *Econometrica*, 1979, vol. 47, no. 2, p. 263 – 292. ISSN 1468-0262.

KOPEIKIN, H. 1997. *Sensation Seeking*. [online]. 1997. [cit. 2012-03-15]. Dostupné na internete:

< <http://www.psych.ucsb.edu/~kopeikin/sssinfo.htm#Definition> >

KOVAČIČ, V. 1985. *Psychológia pre vedúceho*. Bratislava: Obzor. 1985.

KÖBBERLING, V. - WALKER, P. 2005. An index of loss aversion. *Journal of Economic Theory*. 2005. vol. 122, no. 1, p. 119-131.

LADOU CER, R. - SYLVAIN, C. - BOUTIN, C. - LACHANCE, S. - DOUCET, C.

LEBLOND, J. 2001. Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001. vol. 189, p. 773-7780.

LADOU CER, R. - SYLVAIN, C. - BOUTIN, C. - LACHANCE, S. - DOUCET, C. -

JACQUES, C. 2001. Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001. vol. 189, no. 4, p. 766-773.

- LADOU CER,R.-SYLVAIN,C.-BOUTIN,S.-LACHANCE,C.-DOUCET,C.-LEBLOND,J.2003. Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach.*Behavior Research and Therapy*. 2003. vol.41.p.587-596.
- LASZCZYNSKI,A.P.-WILSON,A.C.-McCONAGHY.1986. Sensation seeking and pathological gambling. *British Journal of Addiction*.1986.vol.86,no.3,p.113-117.
- LEOPARD,D. 1978. Risk in consecutive gambling. *Journal of Experimental Psychology:Human Perception and Performance*.1978.vol.4,no.2,p.521-528.
- LEISEROWITZ,A.2003. *Global warming in the American mind: The roles of affect,imagery,and worldviews in risk perception policy preferences and behaviour*. Dissertation work. Oregon: University of Oregon,2003.
- LOWENSTEIN,G.- LERNER,J.S.2003. The role of affect in decision making.In R.Davidson,L Scherer,H.Goldsmith. *Handbook of affective science*. New York:Oxford University Press.p.619-642.
- MARHOUNOVÁ,J.1995. *Alkoholici, fetišti a gambléři*. Praha: Empatia,1995. 110 s. ISBN 80-8943-57-3.
- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z.1998. Riziko a resilience. *Československá psychologie*, XLII, 1998, č. 2, s. 97-105.
- MULLEROVÁ,Z. 1989.Gambléři, Malacky:Public,1989. 34s, ISBN 80-968126-2-9.
- MURGRAFF,V.-McDERMOTT,M.R.-WHITE,D.-PHILIPS,K.1999. Regret is what you get? The effects of manipulating anticipated affect and time perspective on risker single-occasion drinking. *Alcohol and alcoholism*.1999. vol.34. p.590-600.
- NAKONEČNÝ,M.2000. *Lidské emoce*. Praha:Academia,2000,359.s. ISBN 80-200-0763-6.

NÁBĚLEK,L.2004. K duševnej poruche, In *Čistý deň*,2004,roč.2,č.3,s.8-10. ISSN 1336-4243.

NEŠPOR,K.2000. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perespektivy léčby*. Praha:Portál,2000.152.s, ISBN 80- 7178-432.

NEŠPOR,K.2006. *Už jsem prohrál dost*. Praha:Sportpropag,2006. 130 s.

NEŠPOR,K.2007.*Návykové chování a závislost: současné poznatky a perespektivy léčby*. Praha: Portál, 2007, 176 s., ISBN 80 – 7367 – 267 – 6.

NEŠPOR,K. 2011. *Jak překonat hazard*. Praha:Portál,2011. 159.s., ISBN 978-80-262-0009-3.

ONDREJKOVIČ,P. 1998.Individualizácia mládeže a jej negatívne stránky v oblasti drogovej závislosti. In *Drogy-pedagogický problém? Zborník*.Nitra:Slovdidac.1988. str.35-40.

OROSOVÁ, O. 1999. Rovesnícky program prevencie závislostí a rizikového správania. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 1999, roč. 34, č. 3, s. 313 – 319. ISS 0555-5574.

PARKE,A.-GRIFFITHS,M.-IRWING,P.2004. Personality traits in pathological gambling: Sensation seeking,deferment of gratification and competetivnes as risk factors. *Addiction Research and Theory*.no.12, p.201-212.

PRUNNER,P.2008. *Psychologie gamblerství,aneb sázka neštěstí*.Plzeň.: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čenek,2008.273.s, ISBN 9788073800741.

RAE,D.-HAW,J.2005. The effect of depression and percived skill on anticipated emotions and persistance iv off-course betting.*International Gambling Studies*.2005.vol.5,no.2,p.199-208.

RICHARD,R.-PLIGT,J.-VARIES,N.1996.Anticipated regret and time pererspective:changing sexual risk taking behavior. *Journal of Behavioral Decision Making*.1996.p.185-199.

ROŠKOVÁ,E. 1995. Problém rizikovosti a rizikového správania v cestnej doprave. In *Psychologie v ekonomické praxi*. 1995, roč. 30, č. 1 – 2, s. 63 – 68. ISSN 0033-300X.

ROŠKOVÁ,E.1997. Percepcia rizík : Niektoré teoretické a empirické aspekty výskumu. *Psychologie v ekonomické praxi*.1997. č. 3-4, roč. XXXII, s.113-124.

SARMÁNY-SCHULLER,I.1999. Procrastination,need for cognition and sensation seeking. *Studia psychologica*.1999.roč.41,č.1,s.73-85. ISSN 0039-3320.

SEAGER,C.P.1970. Treatment of compulsive gamblers using electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*. 1970. Vol.117,p.545-553.

SCHRAGGEOVÁ,M.-ROŠKOVÁ,E.2000. *Riziko z pohľadu hodnotenie a zvládania, Československá psychologie*.2000. ročník XLIV,č.4, s. 212-224.

SLOVIC,P. 1984. Risk Theory: Conceptual Frames for Understanding Risk Taking in Young Drivers. In Blackman,R: *Proceedings of a Conference on Adolescent Risk Taking Behavior*. 1984. p. 17 – 25.

SLOVIC,P.1999. Trust, emotion,sex,politics, and science: Surveying the risk assessment battlefiled. In *Risk Analysis*,1999,vol.19,no.4, p. 689-701.

STUHLÍKOVÁ,I.2007. *Základy psychologie emoci*. Praha:Portál.232 s. ISBN 80- 7367-282-9.

ŠERÝ,O. 2001.Patologické hráčství.*Psychiatrie pro praxi*.2001.č.4,s.161-164.

TOCHKOV,K.2007. *The role of anticipated regret and risk seeking in gambling behavior*.Dissertation. New York: State University of New York.2007.

- TOCHKOV,K. 2009. The impact of emotions on problem gambling.*American Journal of Psychology Research*.2009,vol.5,no.1,p.7-19.
- TOM,S.-FOX,C.R.-POLDRACK,A.2007. The Neural Basis of Loss Aversion in Decision –Making Under risk. *Science*.2007,no.6,p.515-518.
- TONEATTO,T. 1999. Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance Use and Misue*. 1999. Vol.34,no.11,1593-1604.
- VEREŠOVÁ,M. - ONDRUŠKOVÁ,J.1997. Osobnostná a sociálna determinácia vzniku drogovej závislosti. In *Drogy – pedagogický problém?* Zborník. Nitra: Slovdiač .1997.str. 65-69
- VEREŠOVÁ, M. 2004. *Mediátory užívania drog*. Cesta k efektívnej prevencii drogových závislostí. Nitra: FSVaZ UKF v Nitre, 2004. 388 s. ISBN 80-8050-767-8.
- WILSON,T.D.- GILBERT,D.T. 2005.Affective forecasting:Knowing what to want. In *Current Direction in Psychological Science*.2005. vol.14.no.2, p.131-134.
- ZEELLENBERG,M.-Van DIJK,W.-MANSTEAD,A.S.- Van der PLIGT,J.2000. On bad decision and disconfirmed expectancies: The psychology of regret and disappointment. *Cognition and Emotion*.2000.vol.14,no.3,p.521-541.
- ZUCKERMAN,M.1979. *Sensation seeking:Beyond Optimal Level of Arousal*.New York:Lawrence Erlbaum.1979.464s. ISBN 978-0470268514.
- ZUCKERMAN,M. 1994. *Behavioral expression and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge: University Press, 1994.463p. ISBN 0-521-43770-9.
- ZUCKERMAN,M.2005. Faites vos jeux anouveau:Still another look at sensation seeking and pathological gambling. *Personality Individual Differences*.2005,vol.39,no.2,p.361-365.