

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SOUVISLOST MEZI TYPEM
ZÁVISLOSTI A OSOBNOSTNÍ
PSYCHOPATOLOGIÍ NA ZÁKLADĚ
STRUKTURÁLNÍ DIAGNÓZY

RELATIONSHIP BETWEEN THE TYPE OF ADDICTION
AND PERSONALITY PSYCHOPATHOLOGY BASED ON
A STRUCTURAL DIAGNOSIS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Kateřina Dvořáková**

Vedoucí práce: **PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2019

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D. za jeho laskavý a odborný přístup k vedení mé diplomové práce. Dále bych chtěla také poděkovat Mgr. Bc. Karlu Riegelovi, PhD. a PhDr. Danielu Dostálovi, Ph.D. za jejich odborné rady a připomínky. Mé poděkování patří také kolegyni Juditě Lorencové za spolupráci a cennou pomoc při realizaci výzkumu. V neposlední řadě děkuji také všem zařízením, které mi umožnily realizovat výzkum, za jejich vřelé přijetí a pomoc při realizaci. Stejně tak děkuji všem respondentům, kteří se na tomto výzkumu ochotně podíleli.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Souvislost mezi typem závislosti a osobnostní psychopatologií na základě strukturální diagnózy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1	Problematika závislosti	7
1.1	Definice a diagnostika závislosti	7
1.2	Problematika duálních diagnóz	9
1.3	Modely vzniku a rozvoje závislosti.....	10
1.3.1	Psychoanalytické teorie závislosti.....	10
1.3.2	Behaviorální teorie a teorie učení.....	13
1.3.3	Sociologické teorie	14
1.3.4	Neurobiologické teorie	14
1.4	Charakteristika vybraných skupin závislostí.....	16
1.4.1	Závislost na alkoholu.....	16
1.4.2	Závislost na nealkoholových drogách	18
1.4.3	Patologické hráčství	21
2	Osobnostní psychopatologie	23
2.1	Vymezení základních pojmů	23
2.2	Diagnostika poruch osobnosti	24
2.3	Klasifikace poruch osobnosti	25
2.3.1	Paranoidní porucha osobnosti	26
2.3.2	Schizoidní porucha osobnosti.....	27
2.3.3	Disociální porucha osobnosti	27
2.3.4	Emočně nestabilní porucha osobnosti	28
2.3.5	Histriónská porucha osobnosti	30
2.3.6	Anankastická porucha osobnosti.....	30
2.3.7	Anxiózní porucha osobnosti.....	31
2.3.8	Závislá porucha osobnosti.....	31
2.4	Osobnostní psychopatologie podle Kernberga.....	32
2.4.1	Vývojový koncept	32
2.4.2	Struktura osobnosti.....	33
2.4.3	Identita.....	35
2.4.4	Obranné mechanismy	35
2.4.5	Testování reality	38
2.4.6	Hraniční organizace osobnosti	38
2.4.7	Hodnocení Kernbergova konceptu.....	41

3	Osobnostní psychopatologie u závislých jedinců.....	42
3.1	Úroveň organizace osobnosti a závislost.....	42
3.2	Poruchy osobnosti a závislost.....	43
3.3	Obranné mechanismy a závislost	44
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	46
4	Výzkumný problém.....	47
5	Typ výzkumu a použité metody	48
5.1	Testové metody	48
5.1.1	Inventář organizace osobnosti (IPO).....	48
5.1.2	Mezinárodní zkouška pro poruchy osobnosti (IPDE).....	49
5.1.3	Dotazník hraniční osobnosti (BPQ)	50
5.1.4	Dotazník obranného stylu (DSQ-40).....	50
5.2	Cíle výzkumu a formulace hypotéz	51
6	Sběr dat a výzkumný soubor.....	53
6.1	Sběr dat.....	53
6.2	Výzkumný soubor	53
6.3	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	56
7	Práce s daty a její výsledky	57
7.1	Zpracování dat	57
7.1.1	Popisná statistika dotazníku IPO	57
7.1.2	Popisná statistika dotazníku IPDE	59
7.1.3	Popisná statistika dotazníku BPQ	59
7.1.4	Popisná statistika dotazníku DSQ-40	60
7.2	Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz	62
7.2.1	Rozdíl mezi jednotlivými typy závislostí.....	62
7.2.2	Rozdíl mezi muži a ženami	72
7.2.3	Analýza vztahů mezi dotazníky	73
7.2.4	Přehled výsledků	76
8	Diskuze	78
9	Závěr.....	83
10	Souhrn	85
	LITERATURA.....	87

ÚVOD

Problematika závislosti je sama o sobě dosti náročná a komplikovaná. Mnohdy k tomu bývá spojována také s řadou komplikací, které práci se závislými jedinci znesnadňují. Jednou takovou komplikací je osobnostní psychopatologie, která může dosahovat úrovně poruch osobnosti. Častou komorbiditu závislosti s poruchami osobnosti dokládá řada studií.

Jedno z možných vysvětlení této časté komorbidity předkládají psychoanalytické teorie předpokládající existenci osobnostní psychopatologie, která zvyšuje riziko vzniku závislosti. Prozkoumání této teorie je velice komplikované a vyžaduje více prostoru, než mu můžeme věnovat v diplomové práci. Na základě této koncepce se však chceme zaměřit na možné rozdíly v osobnostní psychopatologii u určitých typů závislostí a přispět tak k pochopení závislého jedince a práci s ním.

Jako klíčovou metodu jsme zvolili Inventář struktury osobnosti vytvořenou Ottou Kernbergem. Kernbergův koncept osobnosti překopává výskyt většiny poruch osobnosti na hraniční úrovni osobnostní organizace. Tento koncept významně přispěl k porozumění hraniční poruchy osobnosti. Tato porucha osobnosti je v posledním desetiletí nejčastěji zkoumanou poruchou osobnosti. V našem prostředí však chybí spolehlivé metody, které by tuto problematiku dostatečně zmapovaly. Kernbergova metoda by mohla přispět ke zjištění některých kritérií hraniční poruchy osobnosti a pomoc tak při práci s adiktologickými pacienty.

V teoretické části se nejdříve věnujeme problematice závislosti. Zaměřujeme se na popsání různých modelů vzniku a rozvoje závislostí pro lepší pochopení závislého jedince. Dále popisujeme vybrané typy závislostí. Druhá část je zaměřena na bližší seznámení s osobnostní psychopatií a Kernbergovým konceptem. Věříme, že tato část přiblíží čtenáři tento koncept a jeho možné využití.

Naším cílem je tedy zmapovat osobnostní psychopatií u adiktologických pacientů. Chceme zjistit, zda se u těchto pacientů nachází rozdíly v závažnosti osobnostní psychopatií u různých typů závislostí a zda závažnost těchto rysů může dosahovat úrovně poruch osobnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI

V této kapitole se zabýváme problematikou závislosti. Důraz klademe především na popis modelů vzniku a rozvoje závislosti, zejména modelů psychoanalytických. Věříme, že to povede k lepšímu pochopení problematiky závislosti z psychoanalytického pohledu a tím i lepšímu pochopení propojení závislosti a osobnostní psychopatologie.

1.1 Definice a diagnostika závislosti

Definice závislosti je poněkud problematická. Definice samotného pojmu „závislost“ prošla během let různými obměnami. S rozvojem diagnostických manuálů se pojem začal zužovat na drogové závislosti, tedy závislosti na psychoaktivních látkách (West & Brown, 2014). Psychoaktivní látka je definovaná jako látka, která biochemicky působí na centrální nervový systém a vyvolává pocit štěstí. Při opakovaném užívání může u těchto látek vznikat fyzická závislost, jelikož tělo vyžaduje látku pro „normální“ fungování. Nicméně prvky závislosti se objevují také u procesů a činností, které s psychoaktivními látkami nesouvisí. Jedná se o závislost na procesech, jako jsou např. nadměrné stravování, hazardní hry, užívání internetu, sex a další. (Padwa & Cunningham, 2010). Závislost na procesech ovlivňuje podobně systém odměny jako psychoaktivní látka, avšak zevním stimulem je soubor dějů (Vacek & Vondráčková, 2015).

To, co spojuje závislost na návykových látkách a závislé chování jsou podle Padwa & Cunninghama (2010) tři znaky:

1. kompulzivní užívání/chování
2. ztráta kontroly
3. pokračování v užívání navzdory nepříznivým důsledkům

Sussman & Sussman (2011) na základě revize literatury vymezili těchto pět znaků závislosti:

1. chování vedoucí k uspokojení
2. zaujaté chování
3. dočasné uspokojení
4. ztráta kontroly
5. existence negativních důsledků

Tyto znaky do jisté míry korespondují s diagnostickými kritérii popsanými v diagnostických manuálech. Kritérium, které je v diagnostických manuálech navíc a odlišuje závislost na psychoaktivních látkách od ostatních závislostí je somatický odvykací stav. Spolu s růstem tolerance na látku je součástí fyzické závislosti (Raboch et al., 2015).

Definice syndromu závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí zní takto:

„Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Zde může být důkaz, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“ (MKN-10, 75, 1992).

Tab. č. 1. Diagnostická kritéria podle MKN-10 (1. ledna 2009)

K udělení diagnózy syndromu závislosti může dojít, pokud během posledního roku došlo ke třem, nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo puzení užívat látku,
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího stavu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

Diagnostická kritéria dle diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V) jsou rozepsána více podrobně, ale zahrnují v podstatě totéž. Jsou rozdělena do čtyř oblastí týkajících se *narušení kontroly, sociálního narušení, rizikového užívání*

a *farmakologických kritérií*. Užívání látky vede ke klinicky významnému narušení nebo nepohodě a musí se projevit alespoň dvěma kritérii v průběhu jednoho roku (APA, 2013).

Klasifikace MKN-10 (1. ledna 2009) dělí psychoaktivní látky do těchto skupin: alkohol, opiáty, kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain, jiná stimulancia včetně kofeinu, halucinogeny, tabák a prchavá rozpouštědla. V praxi se však často setkáváme s kombinacemi různých drog. Dochází k tomu buď nechtěně nebo záměrně, aby došlo k zesílení účinku drogy nebo aby došlo ke zmírnění negativních účinků drogy jiné (Nešpor & Csémy, 1999). Jednou z nejčastějších kombinací jsou kombinace alkoholu s jinou psychoaktivní látkou. Podle výzkumu Martina et al. (1996) se kombinace jiné drogy s alkoholem objevovala u 63 % respondentů. Nejčastějšími kombinacemi byly alkohol a kokain (60 %), alkohol a marihuana (51 %) a alkohol se sedativy (31 %). Kombinace se může v průběhu času měnit. Často se také při léčbě jednoho typu drogy objevuje závislost na jiné droze, což léčbu komplikuje (Iudici, Castelnuovo, & Faccio, 2015). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) je potřeba najít jeden typ dominantní drogy: „*Mnoho jedinců užívá více než jeden druh drogy. Diagnóza poruchy by nicméně měla být, pokud možno klasifikována podle nejdůležitější nebo jediné užívané látky (nebo třídy látek)*“ (MKN-10, 73, 1992).

1.2 Problematika duálních diagnóz

Problematika duálních diagnóz u lidí se závislostí je velice častým předmětem výzkumů. Bohužel se nejedná o ojedinělou záležitost. Podle výzkumu Hana, Compton, Blanca & Colpeho (2017) se odhaduje výskyt další poruchy osobnosti u 37,9 % uživatelů návykových látek. Duální diagnóza komplikuje léčbu závislosti. Objevuje se zde vyšší riziko recidivy, horší společenské uplatnění a vyšší frekvence rizikového a kriminálního chování. Návykové látky mohou také zhoršit průběh a zvýraznit jednotlivé symptomy u duševního onemocnění (Miovský, Miovský, & Kalina, 2008)

Literatura (Miovský, Miovský, & Kalina, 2008; NIDA, 2010) často podává popis tří skupin, u kterých se duální diagnóza objevuje:

1. První skupinou jsou jedinci, kteří primárně trpí duševní poruchou a závislost se u nich objevuje jako forma samoléčení. Pomocí látek se snaží zmírnit symptomy této poruchy.

2. Druhou skupinu tvoří uživatelé návykových látek, u kterých se duševní porucha manifestovala až vlivem užívání.
3. Poslední skupinou jsou ti jedinci, u kterých je závislost a psychická nemoc výsledkem společné příčiny, např. stresu nebo traumatu.

Podle výzkumů se u uživatelů návykových látek nejčastěji objevují úzkostné poruchy, afektivní poruchy, poruchy osobnosti, ale i psychotické poruchy nebo posttraumatická stresová porucha (Adamson, Todd, Douglas Sellman, Huriwai, & Porter, 2006; Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke, & John, 2005; Franken, Vincent, & Hendriks, 2001). Podle staršího výzkumu (Regier, 1990) se závislost nebo užívání návykových látek objevuje nejvíce u antisociální poruchy osobnosti (83,6 %) a schizofrenie (47 %). Výzkum Weavera et al., (2003) porovnával komorbidity u alkoholové a nealkoholové závislosti. U úzkostných a afektivních poruch byla prevalence 81 % u alkoholové a 68 % u nealkoholové závislosti, u poruch osobnosti 53 % u alkoholové a 37 % u nealkoholové závislosti a u schizofrenie u obou závislostí 3 %. Poruchami nálady, úzkostnými poruchami a závislostí prostupuje také patologické hráčství (Lorains, Cowlshaw, & Thomas, 2011).

1.3 Modely vzniku a rozvoje závislosti

Otázkami závislosti se zabývalo mnoho teoretiků a vzniklo mnoho přístupů, které se zabývají faktory vzniku a rozvoje závislosti. V této práci budeme zmiňovat pouze některé vybrané modely, s důrazem na psychoanalytické modely, vzhledem k charakteru práce.

1.3.1 Psychoanalytické teorie závislosti

Od počátku Freudovi teorie psychosexuálního vývoje vysvětlovaly psychoanalytické teorie vznik veškeré závislosti na základě fixace v orálním stádiu a zaměřovaly se na roli sexuality a agrese. Z tohoto důvodu časné teorie nerozlišovaly mezi různými typy závislostí, jako je závislost na drogách, alkoholu, tabáku či přejídání. Všechny tyto příznaky byly považovány za „orální jevy“ s podobným nevědomým motivem. Pozdější teorie integrovaly tradiční koncept id, adaptivní a defenzivní funkci ega s teoriemi objektivních vztahů, psychodynamicky založenou vývojovou teorii a psychologii self. Současná koncepce se zaměřuje především na dopady zkušeností v raném věku a celkový psychologický vývoj, zejména vývoj v oblasti reprezentací self a objektů (Blatt, McDonald, Sugarman, & Wilber, 1984). Podle Leedse & Morgensterna (1999) jsou psychoanalytické teorie teoriemi

motivace. Snaží se vysvětlit, proč osoba začne užívat návykové látky a proč si závislost stále udržuje. Užívání návykové látky pokládají za symptom, který reaguje na vnitřní konflikt.

Ze současných psychoanalyticky orientovaných autorů jsou nejčastěji uváděni Leon Wurmser, Edward Khantzian, Henry Krystal nebo Joyce McDougal.

Teorie Henryho Krystala

Podle Krystala je základním předpokladem drogové závislosti porucha objektivních vztahů (Khantzian, 2005). Krystal konstatuje, že hlavní problém u osob se závislostí je jejich neschopnost činit si nárok, vlastnit a ovládat různé části sebe sama. Závislý člověk má pocit, že některé životně důležité části jeho samého, jsou součástí objektivních reprezentací nikoli self reprezentací (Krystal, 1977).

Vztah k droze je spojený s narušeným vztahem k primárnímu mateřskému objektu. Někteří drogově závislí z důvodu přežití potlačují své destruktivní přání vůči tomuto mateřskému objektu. Potlačená agrese z dětství se ale stále znovu může prodat na povrch. Každá další ztráta milovaného objektu je tedy u závislých provázená velkým strachem z vlastních destruktivních fantazií. Jedinec je v těchto situacích schopný uniknout pomocí drog i přes jejich sebedestrukční efekt. Vzhledem k traumatu, které závislý v dětství zažívá u něj dochází k „uvěznění“ v afektu. Jedinec má strach ze svých vlastních pocitů a pomocí drogy se je snaží blokovat (Krystal, 1977). U závislého jedince se pak součástí jeho destruktivního stylu života stávají nestabilní osobní vztahy, zlostné chování, zanedbaná péče o sebe samého a nutkavé užívání návykové látky (Kalina, 2013).

Teorie Edwarda J. Khantziana

Základem pro návykové chování podle Khantziana jsou deficity Já. Jedná se o zranitelnost Self v oblasti péče o sebe, seberegulace a sebeúcty. Jedinec následně vyhledává návykovou látku, která kompenzuje tyto deficity (Morgenstern & Leeds, 1993). Poukazuje tedy na to, že existuje určitá psychopatologie, která je skrytá pod symptomy způsobenými samotným užíváním (Khantzian, 1980).

Khantzian mluví o tzv. hypotéze self-medikace. Znamená to, že každý jedinec má nějaké slabé místo, nějaký konkrétní deficit self a tento deficit se snaží kompenzovat konkrétním typem drogy. Tyto deficity se projevují určitými emočními stavy. Jedná se o stavy dysforické, jako je úzkost, strach, nervozita, agrese apod. Jedinec se snaží těmito pocitům nějak vyhnout. Psychoanalytické teorie někdy mluví o tom, že zmírnění emocionálního utrpení je základním motivačním prvkem pro užívání návykových látek. Snaha o stimulaci,

touha po potěšení nebo sebedestruktivní motivy jsou jen vedlejším produktem funkcí self (Khantzian, 1990). V průběhu experimentování s různými látkami jedinec zjistí, že začne upřednostňovat jeden typ drogy před jiným. Například osoby, které pociťují zuřivost a hněv upřednostňují opiáty, jedinci s depresivním laděním vyhledávají stimulanty a restriktivní, uzavření jedinci vyhledávají přítomnost alkoholu (Morgenstern & Leeds, 1993). Pro některé je tedy důvodem pro požití alkoholu „prostě něco cítit“. Jiní se chtějí cítit lépe uvnitř sebe, nebo se chtějí cítit lépe sami se sebou (Khantzian, 1990). Pro jiné je alkohol uklidňující prostředek na vnitřní „emoční hluk“ (Morgenstern & Leeds, 1993).

Ověřením hypotézy self-medikace se zabývali Hall & Quenner (2007). Ve svém výzkumu použili např. škálu pro depresi, úzkost, alexithymii, agrese, hněv, hostilitu atd. ve vztahu k užíváním drog a alkoholu. Žádný výsledek však nevyšel signifikantní. Co se týče emocionálního prožívání, nejvíce rizikovou skupinou pro užívání návykových látek byla skupina s depresivním emocionálním laděním.

Obecně bychom mohli říct, že se neprokázal účinek mezi konkrétním emocionálním stavem a užíváním konkrétní návykové látky. Prokázal se však vliv motivace zmírnit pomocí těchto látek své symptomy a dysforické pocity. Podle některých autorů by se self-medikace měla spíše spojovat se subjektivními dysforickými pocity, než s konkrétními diagnózami (Tronnier, 2015).

Teorie Leona Wurmsera

Teorie Wurmsera stojí na tradičních základech psychoanalytické koncepce. Motivace k užití drog a alkoholu je tzv. narcistická krize. Tato krize vychází z narušené hodnoty já, která vzniká jako důsledek krutého a destruktivního superega. S tímto destruktivním superegem jsou spojeny emoce vztek a strach. Jedinec užije drogu s cílem uniknout před těmito afekty (Wurmser, 1987). Drogy osvobodí jedince od superega, ale vede to k ochromení dalších funkcí, které zahrnují: vnitřní stabilitu nálad, ego ideál, sebepozorování, chápání hranic vnější reality a vztah k sobě (Wurmser, 1984).

Teorie Joyce McDougallové

Podle McDougallové se mluví o závislosti nejen v souvislosti s návykovými látkami, ale zahrnuje se zde také přejídání, kompulzivní sexuální chování, workoholismus a závislé vztahy (Morgenstern & Leeds, 1993). Návykové chování, stejně jako problémy na psychosomatické rovině jsou obranná opatření jedince proti krizi. Tyto mechanismy chrání jedince před negativními afekty a pocity. Pomáhá jim to rychle se vyrovnat s krizovou

situací. Počátek této obrany je v dětství. Problém podle McDougallové vyplývá z narušení interakce matky s dítětem. Narušují u dítěte symbolickou kapacitu pro pocity a vnitřní konflikty. To nutí dítě vyrovnat se s vnitřními konflikty převedením do vnější podoby, tedy do somatizace či návykového chování (McDougall, 1989). Droga má tedy funkci analgetika proti bolesti a utrpení. Toto chování pak vede k vytvoření falešného self, který brání před pravdou pravého, skutečného self (McDougall, 1982).

Za základní myšlenku psychoanalytických teorií lze pokládat existenci psychopatologie, která následně vede ke vzniku závislosti. Tato myšlenka je východiskem pro naši práci. Předpokládá možnou souvislost s osobnostní psychopatií a závislostí. Jedná se o jednu z forem vysvětlení časté komorbidity závislostí s poruchami osobnosti. Psychoanalytické teorie však také čelí značné kritice. *„Významným nedostatkem analyticky orientovaných metod je, že nerozlišují mezi vzorci a stupněm škodlivého užívání návykových látek. V důsledku toho analytická metoda zdůrazňuje homogenitu tím, že dává dohromady jednotlivce, kteří se navzájem liší vážností problému“* (Leeds & Morgenstern, 66, 1999). Panuje myšlenka jednotné „závislé osobnosti“, která se vztahuje na všechny závislosti. Je tedy jedno, o jakou závislost se jedná. S výtkou přišli již Kaplan & Wogan (1978). Podle nich nelze závislost zobecňovat. Z jejich výzkumu zaměřeného na uživatele heroínu byla patrná nejednotnost osobnostních rysů u tohoto vzorku. Stojí tedy proti teorii jednotné „závislé osobnosti“. Dále je také důležité, že dlouhodobé užívání má vliv na osobnostní fungování, což psychoanalytické teorie také značně podceňují (Kalina, 2013).

1.3.2 Behaviorální teorie a teorie učení

Behaviorální teorie se oproti psychoanalytickým zaměřují zejména na procesy učení, které hrají důležitou roli při vzniku závislosti. Osobnost v tomto případě tedy hraje vedlejší roli. Zdůrazňuje se zejména proces podmiňování, ať už klasické či operantní. U klasického podmiňování je základem teorie úzkosti. Úzkostné chování může být procesem podmiňování spojeno s jakýmkoliv podnětem nebo situací. Pokud se úzkost stane navykou reakcí, může dojít k ovlivnění dalších aspektů chování. Vyvolává reakce, které vedou člověka k vyhnutí se nebo zbavení se pocitů úzkosti. Jednou takovou reakcí je užití alkoholu, barbiturátů, narkotik či jiných drog. Návyk na takovou látku pak sám o sobě vyvolává úzkost, což podporuje další zneužívání, které nově vzniklou úzkost snižuje (Prochaska & Norcross, 1999). U operantního podmiňování se jedná o posílení (zpevnění) nebo oslabení konkrétních vzorců chování vlivem „odměn“ a „trestů“. Jeden z nejdůležitějších faktorů

v kontextu závislosti je farmakologické posilování. Drogy způsobují příjemné pocity. Mimo to, že navozují rychlé a spolehlivé změny v emocích, navozují také změny v řadě orgánových systémů, jako jsou kardiovaskulární, zažívací nebo endokrinní systém. Účinky těchto systémů mohou přispět k celkovému pocitu vzrušení a posilují tak příjemné pocity z drogy (O'Brien, Childress, McLellan, & Ehrman, 1992).

K opakovanému užívání podle behaviorálních teorií mohou přispět i environmentální faktory, které souvisí s užitím drogy. Může to být vzhled samotné drogy, ale i lidé, zvuky, pachy, situace, které jsou s užitím drogy spojené. Spojení s těmito faktory pak může vyvolat touhu po užití drogy. Wikler (1973) mluví o tzv. podmíněném abstinčním příznaku (v originále conditioned withdrawal). Předpokladem je, že si jedinec vlivem klasického podmiňování vytvořil v okolí podněty, které se spojí se symptomy abstinčního syndromu. Vystavení tohoto podnětu pak může tyto abstinční příznaky opět vyvolat.

1.3.3 Sociologické teorie

Sociologické teorie nahlíží na závislost jako na sociální problém. Závislost na omamných látkách pochází se sociálně slabých a chudých oblastí. Hodnoty, sociální klima a postoje, které jsou v těchto oblastech zdůrazňovány ovlivňují pravděpodobnost, že určitý jedinec s určitými osobnostními vlastnostmi bude experimentovat s užíváním návykových látek. Dále také rodinné faktory v těchto oblastech přispívají k vlastnostem, jako je slabé fungování ega, narušené superego nebo nedostatek realistických úrovní aspirace s ohledem na dlouhodobé cíle (Siegler & Osmond, 1968). Do sociálně-ekonomického rámce, který se podílí na závislém chování, patří makrosystém (zákony, marketing...), komunita (kulturní normy, postoje...), mikrosystém (rodina, vrstevníci...) a faktory individuální (Sudhinaraset, Wigglesworth, & Takeuchi, 2016). Vliv sociálního prostředí na užívání potvrzuje také Rosenquist (2010). Mimo jiné mluví také o pozitivním vlivu sociálních faktorů na abstinenci formou peer programů, setkávání anonymních alkoholiků apod.

1.3.4 Neurobiologické teorie

Na vývoji závislosti podle neurobiologické teorie se mimo jiné podílí činnost mozkových okruhů. Působení látky na tyto okruhy mají vliv na projevy akutní intoxikace, fázi odvykání nebo bažení po látce. Později má vliv také na inhibiči kontroly a rozhodovací procesy. To vše vede ke zvýšení motivace opakovaně užívat předmět závislosti (Koob & Volkow, 2010). Opakovaná aplikace návykové látky narušuje homeostázu centrální nervové soustavy, a to

dlouhodobě. V nervové soustavě začnou následně probíhat tzv. adaptační mechanismy, které směřují ke znovunastolení rovnováhy, která má však patologický podklad. Tělo drogu neustále vyžaduje, aby si tuto patologickou homeostázu zachovalo. Pokud tělo drogu nedostane, opět se nastartují adaptační procesy, které se projevují ve formě abstinčních procesů (Fišerová, 2003).

Významnou koncepcí pro vznik závislosti je dopaminový systém odměny. Neurologicky je součástí limbického systému s propojením s mozkovou kůrou a striatem (nucleu accumbens). Prožití odměny souvisí s vyplavením dopaminu v nucleu accumbens, jenž je spojeno s příjemnými, libími pocity. *„Systém odměny je jedním z nejdůležitějších autoregulačních mechanismů, jež plynule a trvale zajišťují organismu potřeby nutné k přežití a reprodukci. Podněty z prostředí, situace, úkony, které jsou důležité pro zachování organismu i druhu, jsou spojovány s příjemným, libým pocitem, který zvyšuje pravděpodobnost jejich opakování, a tedy současně i pravděpodobnost přežití.* (Šustková, 148, 2015). Podle tohoto modelu se na vývoji závislosti podílí odchylky v tomto systému odměny. Tím dochází k narušení závislosti na odměně. Droga působí na systém odměny, a to rychleji a intenzivněji než přirozené zdroje. Člověk tedy zaměřuje své chování tak, aby vedlo k co největší odměně co nejkratší cestou (Hyman, Malenka, & Nestler, 2006).

Závislost vykazuje kompulzivní charakter. Ten se promítá do cyklu závislosti, který se skládá z intoxikace, abstinčních příznaků a bažením po droze. Nejprve dochází k pozitivnímu posílení pomocí systému odměn a účincích drogy. Následně se motivace mění v závislosti na negativním posílení, které je způsobené nepříjemnými abstinčními příznaky, kterým se chce jedinec užitím drogy zbavit (Koob & Volkow, 2010). Jedná se o tzv. Solomonovu teorii oponentních procesů. Motivace znovuzítí drogy je spojena s hédonickými, afektivními stavy. Tyto stavy jsou postupně modulovány centrálním nervovým systémem, který snižuje jejich intenzitu. Při opakované expozici se nástup hédonické reakce postupně rozpadá a užívání drogy nahrazuje negativní motivace, tedy vyhnutí se abstinčním příznakům (Solomon & Corbit, 1974).

V současné době se dostává do popředí přístup bio-psycho-socio-spirituální. Vznik a rozvoj závislosti tedy stojí na kombinaci různých faktorů a nelze je od sebe navzájem eliminovat. Určitou roli v patologii závislosti hraje také předmět závislost. V souvislosti s předmětem závislosti se může vznik a průběh rozvoje závislosti od sebe lišit.

1.4 Charakteristika vybraných skupin závislostí

1.4.1 Závislost na alkoholu

Alkohol patří v ČR mezi nejrozšířenější psychoaktivní látky. Za rok 2017 připadá podle Českého statistického úřadu (17. května 2018) 170,6 l alkoholických nápojů na jednoho obyvatele, z toho 144,3 l představuje pivo. Co se týče léčby uživatelů alkoholu, bylo v roce 2017 evidováno 3196 léčených uživatelů alkoholu, což je 37 % ze všech léčených závislostí (ÚZIS, 2018). Muži obecně vykazují vyšší konzumaci alkoholu oproti ženám. Odhad výskytu rizikové konzumace alkoholu je u mužů 25,5 % a u žen 8,6 % (Mravčík & Chomyonová, 2018).

Z chemického hlediska se psychoaktivní látkou v alkoholu myslí ethanol. Jedná se o bezbarvou přírodní látku vznikající kvašením cukru. Tato látka mimo jiné působí na dopaminový a noradrenalinový systém a také na endorfiny a endogenní opiáty. Narušením metabolismu těchto neurotransmiterů a endorfinů má vliv na psychické funkce (Skála, 1987). Dochází k navození příjemných pocitů působením na dopaminergní systém odměny. Mimo to má alkohol také analgetické, anxiolytické a ataxické účinky. Díky blokování excitačního receptoru NMDA (N-methyl-Daspartate), který působí proti glutamátu může docházet k tlumícím účinkům mozkových funkcí, včetně narušení paměti. Konečně vlivem alkoholu dochází také u různých jedinců k nastolení rozdílných hladin serotoninu, což se projevuje buď úzkostným chováním při požití nebo agresivním chování (McIntosh, 2004).

Podle Jellinka (1952) má průběh závislosti několik fází. Důležité je říci, že ne všechny symptomy se nezbytně vyskytují u všech závislých jedinců, ani se neobjevují u všech ve stejném pořadí. Sekvence příznaků uvnitř každé fáze jsou však typické pro většinu závislých na alkoholu. Fáze se liší podle délky jednotlivých charakteristik a enviromentálních faktorů. U žen tyto fáze nejsou tak jasné a zřetelné, jako u mužů a vývoj závislosti má u nich častěji rychlejší průběh.

1. **Prealkoholická fáze:** Samotný začátek požívání alkoholických nápojů je vždy sociálně motivován. Po této motivaci následuje „odměňující“ účinek drogy. Nastává pocit euforie, uvolnění, úlevy. Tyto pocity vedou jedince k opakovanému vyhledávání alkoholu. Postupem času dochází ke zvyšování tolerance a navyšování potřebné dávky alkoholu. Tato fáze může trvat od několika měsíců až po dva roky.
2. **Podromální fáze:** V této fázi se alkohol stává potřebou. Postupné zvyšování dávky alkoholu vede k narušení v sociálním životě. Objevuje se „skryté“ pití, aby se

zamaskovalo navyšování dávky alkoholu. Podle Jellinka se v této fázi objevují také alkoholová okénka (palimpsesty), tedy narušení paměti. Podle některých autorů (Řehan, 1994) je však výskyt palimpsestů patrný až v pokročilejších stádiích alkoholové závislosti.

3. **Kruciální fáze:** Hlavním příznakem tohoto stádia je ztráta kontroly. Jedinec nedokáže kontrolovat množství požitého alkoholu. Často se objevuje snaha o abstinenci, která často vede k nezdaru.
4. **Chronická fáze:** V této fázi dochází k závažným somatickým postižením vlivem působení alkoholu na organismus. Vlivem devastace organismu dochází mimo jiné ke snižování tolerance. Mohou se objevovat alkoholové psychózy a dochází k narušení morálního usuzování. Projevuje se neustálým třesem a psychomotorickou inhibicí.

Pro rozlišení jednotlivých typů závislosti na alkoholu se často využívá Jellinkova klasifikace závislosti na alkoholu. Ta rozlišuje 5 typů závislosti:

1. **Typ alfa** – U tohoto typu alkohol slouží jako tišící prostředek proti dysforickým pocitům jako je tenze, úzkost, deprese atd. Hlavním faktorem užívání je touha po účincích alkoholu. Jedná se o „problémové pití“, které vede k sociálním a osobním problémům.
2. **Typ Beta** – K abúzu dochází příležitostně ve společnosti. Motivací je touha nebýt izolován, odlišován od společnosti. Tito jedinci nejsou fyzicky závislí a netrpí abstinenci příznaky.
3. **Typ gama** – Tento typ je charakterizovaný postupně zvyšující tolerancí a ztrátou kontroly vedoucí k závislosti.
4. **Typ delta** – Dochází k neustálému udržování hladiny alkoholu během dne bez výrazných projevů opilosti. Objevují se somatická poškození vlivem užívání.
5. **Typ epsilon** – Označováno také jako dipsomanie, nebo periodický alkoholismus. U tohoto typu se objevují epizody abúzu, kterým předchází období i úplné abstinence (Jellinek, 1960).

Dlouhodobé užívání alkoholu sebou nese nepřehledné množství somatických a psychických komplikací. Mimo poškození gastrointestinálního traktu, devastujícího účinku na játra, poškození pankreatu a dalších je také častý vznik mnoha infekčních onemocnění způsobených selháním imunitních systémů (Cook, 1998). Užívání může také vést ke vzniku

alkoholové halucinózy, alkoholové paranoidní psychózy, alkoholické demence nebo k narušení paměti ve formě Korsakovova syndromu (Popov, 2003).

1.4.2 Závislost na nealkoholových drogách

Závislost na drogách představuje širokou paletu různých látek, které se od sebe více či méně liší. Klasická dělení návykových látek dělí látky:

- a) podle způsobu vzniku na *přírodní, semisystemické a syntetické*
- b) podle psychoaktivního působení na *tlumivé látky, stimulancia a halucinogeny*
- c) podle míry rizika na *tvrdé a měkké drogy* (Zábranský, 2003).

Diagnostické manuály vycházejí z chemických vlastností látek a z jejich charakteristických účinků. Základními skupinami látek mimo alkoholu jsou opioidy, psychostimulancia, kanabioidy a halucinogeny. Manuály dále zahrnují pod návykové látky také analgetika, sedativa, anxiolytika a těkavé látky (Kalina, 2003). Mezi představitele legálně podávaných léků patří benzodiazepinové preparáty (např. alprazolam) nebo zolpidem z řad hypnotik.

Co se týče rozšíření návykových látek u nás, nejčastější jsou konopné látky s 26,6 %, na druhém místě je MDMA (N-Nitrosodimethylamine) s 7,1 % a na třetím pervitin s 3 %. Prevalence užívání látek zůstává relativně dlouhodobě stabilní (Mravčík, 2018a). Podobná čísla uvádí také Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2017): Konopné drogy s celoživotní prevalencí 29,5 %, MDMA s 6,3 % a stimulancia (společně s pervitinem) s 4,4 %. Ačkoliv patří konopné drogy k nejrozšířenějším, mezi žadateli o léčbu závislostí jsou uživatelé konopí zastoupeny 13 %, kdežto uživatelé stimulancií 29 % (ÚZIS, 2018). U žadatelů o léčbu se dlouhodobě nejčastěji vykytují uživatelé metamfetaminu. V průběhu let se postupně také zvyšovala preference kanabinoidů, která vystřídala preferenci opiátů (Füleová & Petrášová, 2016). Muži, stejně jako v alkoholu vykazují celkově vyšší celoživotní prevalenci v užívání návykových látek s 38,8 %. U žen je to 22,7 %. Jedinou výjimkou je užívání psychoaktivních léků na předpis (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika...), kde ženy vykazovali prevalenci 40,2 % a muži 34,5 %. (Mravčík & Chomyonová, 2018).

Návykové látky mají společné znaky, jako jsou zvyšující se tolerance, bažení nebo tělesný odvykací stav, které je řadí do společné skupiny duševního onemocnění. Svými vlastnosti se však jednotlivé skupiny liší. Stejně tak je důležité podotknout, že i jejich účinky nelze

zobecňovat. Na každého jedince se může působení drogy projevit různými účinky, stejně je tomu i u množství podávané látky.

Kanabinoidy

Kanabinoidy jsou látky vyskytující se v rostlině konopí. Nejsilnější psychoaktivní látka v konopí je 9-tetrahydrokanabinol (9-THC nebo THC). Kanabinoidy jsou přítomny ve stoncích, listech, květech a v semenech rostliny a také v pryskyřici vylučované mateřskou rostlinou. Hlavním účinkem jsou euforické pocity. Může docházet až k tzv. high stavu. K tomuto stavu dochází při dávkách THC až 2,5 mg. Projevuje se zklidněním, zostřením vnímáním, snížením napětí a zvýšenou společenskou kompetencí. Konopí však může u nezkušených uživatelů způsobit dysforické pocity, včetně těžké úzkosti, paniky a paranoidních stavů vedoucích až k psychotické reakci. Při vysokých dávkách může docházet k halucinacím (Ashton, 2001). Kanabinoidy jsou též pro své analgetické a antimimetické účinky užívány pro lékařské účely. Některé druhy kanabinoidů jsou také klinicky využívány při léčbě psychotických pacientů. Mluví se o antipsychotickém a anxiolytickém efektu (Zuardi, Crippa, Hallak, Moreira, & Guimaraes, 2006). Užívání konopí nevede k fyzické závislosti. Často je však konopí „vstupní branou“ do světa drog a zvyšuje riziko užívání jiných nelegálních drog (Fergusson, Boden, & Horwood, 2006).

Opioidy

Opioidy jsou látky, které se užívají v lékařství především k úlevě od bolesti. Mimo jejich analgetické účinky působí také tlumivě, navozují zklidnění a euforii. Injekce heroinu často vyvolávají pocity, které jsou srovnávány s pocity při orgasmu. Při opakovaném užívání dochází k fyzické závislosti s abstinenčními příznaky po vysazení (van Ree, Gerrits, & Vanderschuren, 1999). Abstinenční příznaky se podobají příznakům chřipky. Kromě toho příznaky zahrnují také rozšíření zornic, slzení, rinoreu, piloerekcii, zívání, kýchání, nechutenství, nevolnost, zvracení a průjem. Abstinenční syndrom je proto jeden z důvodů opakovaného užívání opioidů a důvodem častých relapsů (Kosten & O'Connor, 2003). Mezi zástupce opiátů patří z přírodních zdrojů alkaloidy, morfium a kodein a z polysyntetických a syntetických zástupců heroin, metadon, buprenorfin a braun (Minařík & Kmoch, 2015).

Stimulancia

Mezi základní zástupce stimulancií patří kokain a amfetaminy, kam patří amfetamin, metamfetamin a MDMA. Jedná se o silné stimulatory centrální nervové soustavy, které způsobují euforii, zvýšenou ostražitost, zvyšují energii a zesilují emoce. Dochází také k vzestupu výkonnosti. Účinky jsou zprostředkovány zvýšenou synaptickou koncentrací monoaminu dopaminu, serotoninu a noradrenalinu (Sofuoglu & Sewell, 2009). Některá stimulancia mohou mít mimo stimulační účinky i halucinogenní účinek, jako je tomu např. u drogy MDMA, též známé jako extáze nebo taneční droga. (Goodman, Brunton, Chabner, & Knollmann, 2011). Stimulancia nezpůsobují somatickou závislost, nicméně sebou somatické komplikace přinášejí. Při akutní intoxikaci dochází k nabuzení organismu, snížení chuti k jídlu, snížení potřeby spánku, urychlení myšlení. Po odeznění látky dochází díky tomu k vyčerpání organismu, únavě, někdy k extrémnímu hubnutí. Po dlouhodobém užívání může také docházet k toxické psychóze (Gawin & Ellinwood, 1988).

Halucinogeny

Halucinogeny, jinak také známé jako psychedelika nebo psychotomimetika. Tyto psychoaktivní látky výrazně mění vnímání, náladu a celou řadu kognitivních procesů. Název halucinogeny vznikl na základě účinku těchto látek vyvolávat halucinace, nicméně podle některých tvrzení dochází při běžném rekreačním užívání k halucinacím jen vzácně (Nichols, 2004). Hlavním místem působení halucinogenů v CNS je serotoninový receptor 5-HT_{2A} (5-hydroxy-tryptamin), který hraje zásadní roli v kognitivním zpracování, včetně pracovní paměti. Stejně, jako u stimulancií, nedochází zde ke vzniku fyzické závislosti. Mezi základní zástupce patří LSD (diethylamid kyseliny lysergové), meskalin nebo psylocybin (Fantegrossi, Murnane, & Reissig, 2008). V souvislosti s halucinogeny je diskutován také jeho možný léčebný potenciál u jiných typů závislostí (Halpern, 1996). V současnosti se často názory jednotlivých odborníků na možné léčebné působení halucinogenů rozcházejí.

Závěrem této kapitoly bychom se chtěly pozastavit nad kategorizací jedinců dle užívané látky. Statistický manuál MKN-10 uvádí pro závislosti na návykových látkách společné znaky, nicméně vyžaduje přesnou diagnózu na základě primárně užívané drogy. Stejně tak Padwa & Cunningham (2010) a Sussman & Sussman (2011) uvádějí obecné znaky závislosti, jak již bylo v úvodu kapitoly zmíněno. Některé psychoanalytické teorie také popisují vznik závislosti, jako společný fenomén pro všechny typy látek dohromady. Odlišná charakteristika a vlastnosti jednotlivých látek je však značná. Vystává tedy otázka, zda je

možné při práci se závislími jedinci uvažovat nad závislostí jako takovou, nebo odlišovat uživatele podle jednotlivých typů návykových látek.

1.4.3 Patologické hráčství

Patologické hráčství (též gambling) je kapitola, která by si zasloužila mnohem více místa, než které ji můžeme nabídnout. Jedná se o obsáhlé téma, které se v současné době neustále rozšiřuje a mění své tváře. V MKN-10 je patologické hráčství zařazeno pod návykové a impulzivní poruchy. Pro diagnostiku je potřeba přítomnost několik charakteristik, jako jsou zaujaté myšlenky a představy o hraní, silné puzení ke hře nebo setrvávání v tomto chování i přes nevýnosnost a zřejmé narušení každodenního života (MKN-10, 2008). Hlavní motivací gamblingu je riskování něčeho hodnotného s vidinou získání něčeho hodnotnějšího. Často se pak tyto jedinci dostávají do bludného kruhu „honby za ztrátami“. *„Vzorec honby za ztrátami se může objevit s naléhavou potřebou pokračovat v hraní (často vyššími sázkami nebo větším rizikem) za účelem získat zpět ztrátu nebo sérii ztrát“* (Raboch et al., 617, 2015). Vlivem dlouhodobého hraní hazardních her se objevuje řada problémů, od finančních, po interpersonální problémy, domácí násilí, narušené vztahy, zanedbávání rodiny, zneužívání návykových látek, deprese vedoucí často také k sebevraždě (Lorenz & Yaffee, 1989).

V roce 2017 mělo s hazardní hrou zkušenost celkem 58,5 % dospělých od 15 let. Nejvíce s loteriemi, dále s automaty a s kurzovými sázkami. Podle screeningové škály Lie/bet se v kategorii rizika v souvislosti s hraním hazardních her nacházelo celkem 1,9 % populace, z toho 0,7 % spadalo do kategorie vysokého rizika (Mravčík, 2018b). Vyšší frekvenci hraní uváděli muži ve věkových kategoriích 25-34 let a 15-24 let.

V souvislosti s hráčstvím, nebo též gamblingem, mluvíme o závislosti na procesu. Jak již bylo zmíněno, obsahuje spoustu společných znaků závislosti, jako závislost na psychoaktivních látkách. Patologické hráčství, stejně jako návyková látka aktivuje systém odměny a způsobuje některé behaviorální příznaky, které jsou patrné u závislých na návykových látkách (Raboch et al., 2015). Při hraní dochází k působení neurotransmiterů norepinefrinu, serotoninu, dopaminu, endorfinu, glutamatu nebo kyseliny gama-aminomáselné. Stejně tak mohou být zapojeny centra v mozku jako ventrální striatum, ventromediální prefrontální kůra, přední cingulární kůra nebo také amygdala a hipokampus. Tyto struktury a neurotransmitery se podílí na systému odměňování a spolu s dalšími faktory posiluje a udržuje toto hazardní chování (Bullock & Potenza, 2012; Potenza, 2013).

V posledních několika letech se mluví o rozšíření hazardních her na internetu. Nejedná se o nový fenomén, nicméně možností hazardu online neustále přibývá. Vztahují se k řadě sázkových aktivit nabízených prostřednictvím počítačů, mobilních telefonů, tabletů nebo digitálních televizí. Existují různé stránky a aplikace, možností sázet už v podstatě na vše, a to online z pohodlí domova. Nejrizikovější na tom je neomezený a snadný přístup nebo digitální forma financí (Singh, Mallaram, & Sarkar, 2017). Studie, které zjišťují rizikovost online hazardních her však přichází s různými výsledky. Některé potvrzují korelaci mezi patologickým hráčstvím a online hazardem, jiné ne. V oblasti online hráčství se jedná o příliš heterogenní skupinu a výzkumy jsou často nesnadné. Nicméně, internet zvyšuje dostupnost hazardu, což pak může zvyšovat pravděpodobnost rozšíření i na jiný typ hazardního chování (Gainsbury, 2015).

2 OSOBNOSTNÍ PSYCHOPATOLOGIE

2.1 Vymezení základních pojmů

„Osobnost představuje individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, která je pro každého člověka charakteristická“ (Praško, 15, 2003).

V psychiatrii se na osobnost nahlíží jako na soubor trvalých vlastností, které se tvoří v průběhu života a mají vliv na adaptační schopnosti jedince. Důležitým rysem osobnosti je relativní stálost těchto charakteristik (Höschl, Libiger, & Švestka, 2004).

Někdy dochází k disharmonickému vývoji osobnosti. Objevuje se charakterové narušení a maladaptivní vzorce chování. Některé rysy osobnosti jsou extrémně vystupňované, jiné snížené nebo zcela chybí. Vlivem toho nastávají potíže v životě jedince i jeho okolí. V takovém případě mluvíme o poruše osobnosti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Podle Coolidgeho & Segala (1998) je porucha osobnosti definovaná jako dlouhodobé maladaptivní vzorce vnitřních zkušeností a chování, které narušují schopnost jedince adekvátně plnit požadavky prostředí. Klíčovým rysem je manifestace v dospívání, stabilita a chronicita, všudypřítomnost, intrapsychické a interpersonální zaměření.

Millon & Davis (1996) popsali základní principy pro pochopení poruchy osobnosti:

1. Porucha osobnosti není nemoc.
2. Poruchy osobnosti jsou vnitřně diferencované funkční a strukturální systémy.
3. Jsou dynamické, ne statické.
4. Osobnost se skládá z mnohočetných jednotek na mnohočetné úrovni dat.
5. Osobnost existuje na kontinuu. Neexistuje ostrá hranice mezi normalitou a patologií.
6. Patologie osobnosti je postupná interaktivní a mnohočetně rozložená, není přímočará.
7. Kritéria pro osobnostní patologii by měla být logicky koordinována od modelu osobnosti.
8. Poruchy osobnosti mohou být posouzeny, ale ne definitivně diagnostikovány.

9. Poruchy osobnosti vyžadují strategické, plánované a kombinační způsoby taktické intervence.

Co se týče prevalence poruch osobnosti, liší se na základě jednotlivých výzkumů. Záleží, jakou formou dochází k výběru vzorku, zda se jedná o klinickou či obecnou populaci. Také je důležitá forma zvolených diagnostických kritérií a další proměnné. Podle Smolíka (1996) se celková prevalence pohybuje kolem 6-9 %. Zahraniční publikace udávají prevalenci kolem 9-13 % (Samuels et al., 2002; Volkert, Gablonski, & Rabung, 2018) Mezi psychiatrickými pacienty se podle staršího výzkumu nachází asi 15 % pacientů primárně s poruchou osobnosti (Loranger, 1990). Pacientů primárně s jinou mentální poruchou se komorbidita poruchy osobnosti vyskytuje podle výzkumu Koenigsberga, Kaplana, Gilmora & Coopera (1985) ve 36 %, s převahou hraniční poruchy osobnosti (12 %).

2.2 Diagnostika poruch osobnosti

Při diagnostice poruch osobnosti se u nás vychází z diagnostických manuálů. Je důležité, aby jedinec splňoval obecná kritéria stanovená v těchto manuálech. Podle MKN-10 (2008) je porucha osobnosti definovaná jako trvalá vnitřní struktura s projevy chování, které jsou odchýlené od normy dané společností. Tyto odchylky se projevují v těchto oblastech:

1. Poznávání (vnímání, interpretace věcí, lidí a událostí...)
2. Emotivita (přiléhavost, intenzita,)
3. Ovládání impulzů a uspokojování potřeb
4. Způsob interpersonálního chování

Dále musí platit, že tato odchylka se projevuje maladaptivním, dysfunkčním chováním, zahrnujícím široké spektrum situací. Toto chování má dopad na osobní pohodu a sociální prostředí. Jedná se o stálou nebo dlouhotrvající odchylku se začátkem v pozdním dětství nebo adolescenci a příčinou není organické onemocnění, poškození nebo dysfunkce. Symptomy nesmí být důsledkem jiného duševního onemocnění (MKN-10, 1. ledna 2009).

DSM-V se u poruch osobnosti opírá o pětifaktorový model osobnosti, který byl dán do souvislosti s diagnostickými kritériemi v DSM-IV (Widiger & Costa, 2012). Řadí poruchy osobnosti do tří klastrů na základě jejich podobností. Klástr A, zahrnující paranoidní, schizoidní a schizotypní poruchu osobnosti, klástr B s antisociální, hraniční, histrionskou a narcistickou poruchou osobnosti a klástr C, obsahující vyhýbavou, závislou a obsedantně-

-kompulzivní poruchu osobnosti (APA, 2013). Definice poruchy osobnosti podle DSM-V zní takto:

„Porucha osobnosti je trvalý vzorec vnitřního prožívání a chování, který se výrazně liší od hodnot očekávaných v kultuře příslušného jedince, je pervazivní a nepružný, nastupuje v dospívání nebo rané dospělosti, má stabilní průběh a vyvolává nepohodu nebo narušení“ (Raboch et al., 677, 2015).

Podle diagnostických manuálů hraje důležitou roli při diagnostice klinický obraz dané poruchy. V tomto případě se jedná o kategoriální třídění. Mimo toto třídění se uplatňuje také dimenzionální třídění. Dimenzionální třídění se zaměřuje na stupeň sledovaných charakteristik a problémů chování (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). K tomuto přístupu nejvíce přispěli teoretikové Millon a Cloninger. Millon vychází z evoluční teorie a při posuzování osobnosti hodnotí zvládnutí čtyř vývojových úkolů: *boj o vlastní existenci* (příjemné vs. bolest), *přizpůsobivost k prostředí* (aktivita-pasivita), *přizpůsobení se sexuální roli* (druzí-já) a *vyrovnanost složek myšlení a cítění* (Millon & Davis, 1996). Cloninger ve svém pojetí hodnotí sedm temperamentových a charakterových dimenzí: *vyhledávání nového, vyhýbání se poškození, závislost na odměně, stabilitu, sebeřízení, schopnost spolupráce, sebepřesah* (Cloninger, 1999).

2.3 Klasifikace poruch osobnosti

Na základě kritérií vymezených v manuálech jsou poruchy osobnosti rozděleny do několika kategorií. Kategorie poruch osobnosti se v manuálech neustále proměňovala a budoucí vývoj pravděpodobně povede k dalším změnám. (Coolidge & Segal, 1998). Vlastní kategorie nabízí také Millon (Millon & Davis, 1996) na základě svého modelu poruch osobnosti.

Tab. č. 2. Porovnání klasifikací poruch osobnosti

DSM-IV	DSM-V	MKN-10	Millon
Paranoidní porucha osobnosti	Paranoidní porucha osobnosti	Paranoidní porucha osobnosti	Paranoidní
Schizoidní porucha osobnosti	Schizoidní porucha osobnosti	Schizoidní porucha osobnosti	Schizoidní
Schizotypní porucha osobnosti	Schizotypní porucha osobnosti		Schizotypní
Asociální porucha osobnosti	Antisociální porucha osobnosti	Disociální porucha osobnosti	Antisociální
Hraniční porucha osobnosti	Hraniční porucha osobnosti	Emočně nestabilní porucha osobnosti	Hraniční
Histriónská porucha osobnosti	Histriónská porucha osobnosti	Histriónská porucha osobnosti	Histriónská
Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti	Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti	Anankastická porucha osobnosti	Kompulzivní
Vyhýbavá porucha osobnosti	Vyhýbavá porucha osobnosti	Anxiózní porucha osobnosti	Vyhýbavá
Závislá porucha osobnosti	Závislá porucha osobnosti	Závislá porucha osobnosti	Závislá
Narcistická porucha osobnosti	Narcistická porucha osobnosti	Narcistická porucha osobnosti	Narcistická
Pasivně-agresivní porucha osobnosti		Pasivně-agresivní porucha osobnosti	Negativistická
Depresivní porucha osobnosti			Depresivní
			Sadistická
			Masochistická

2.3.1 Paranoidní porucha osobnosti

Paranoidní porucha osobnosti je charakterizovaná všudypřítomnou nedůvěrou jiných osob (Bernstein, Useda, & Siever, 1995). Přístupují k ostatním s podezřením a strachem, že jim bude ubližováno. Zaobírají se myšlenkami na důvěryhodnost a loajalitu blízkých osob a kamarádů. Mají potřebu mít lidi kolem sebe neustále pod kontrolou. Projevuje se u nich nadměrná potřeba soběstačnosti a nezávislosti. Mají potíže se sblížením a sdílením důvěrných informací ze strachu, že tyto informace budou nějakým způsobem zneužity proti nim. Chybně interpretují vnější události a dávají jim nepřátelský podtext. Často přechází do

protiútoku a reagují hněvem a agresí. Bývají často patologicky žárliví (APA, 2013). Důležité je podotknout, že se u těchto jedinců nejedná o psychotické symptomy (Bernstein, Useda, & Siever, 1995).

2.3.2 Schizoidní porucha osobnosti

Widiger & Costa (2013) tuto poruchu popisují jako typické samotáře, izolované a stažené od kontaktu s ostatními. Chybí jim motivace navazovat vztahy. Jsou indiferentní vůči kritice a názoru okolí. Neprojevují vřelé emoce, jsou vnímáni jako citově chladní a neteční. V kontaktu s druhými se projevují rozpačitě a plaše. Uzavírají se často do vlastního světa.

Kernberg (1970) schizoidní poruchu osobnosti přímo spojoval s hraniční organizací, tedy s nižší úrovní organizace osobnosti. Úroveň integrace ega je minimální a jeho syntetická funkce je vážně narušena. Popisuje schizoidní jedince, jako by nebyli schopni spojit sebe a ostatní v ambivalentní celek. Mimo Kernberga se popisem schizoidní poruchy osobnosti zabývala i řada jiných psychoanalyticky orientovaných osobností, počínaje Freudem přes Melanie Kleinovou, Winnicota až po Khana či Kohuta. Akhtar (1987) shrnuje charakteristiky schizoidní poruchy osobnosti na základě psychoanalytických koncepcí takto: 1. těžké, trvalé preoidipální trauma, 2. narušený proces separace-individuace, 3. převaha vztahově objektových a dyadických konfliktů nad internalizovanými, strukturálními konflikty, 4. přetrvání závažného rozštěpení self-reprezentací a s tím souvisejících mechanismů jako je odmítnutí, projektivní identifikace, primitivní idealizace apod., 5. kondenzace preoidipálních a oidipálních konfliktů se sadomasochistickým nádechem a tendence k perversivním formacím, 6. syndrom difúze identity, 7. superego s nerealistickým ego ideálem tvořeným ne idealizací rodičovských objektů, ale namísto nich.

2.3.3 Disociální porucha osobnosti

U disociální poruchy osobnosti se objevuje absence svědomí. V dětském věku se objevují časté krádeže, lhaní, týrání slabších nebo zvířat, toulání, záškoláctví, problémy s autoritami, později promiskuita a kriminální chování. Často se projevují agresivně, mají nízký práh frustrační tolerance. Jsou lhostejní ke společenským pravidlům a normám, nedokáží odložit uspokojování svých potřeb. Často podvádějí a manipulují s ostatními pro svoje potěšení a zisk. Hazardují se svým životem i se životem ostatních. Všechny tyto charakteristiky vedou k tomu, že tito jedinci často končí ve vězení. (Praško, 2009) Nicméně vztah mezi disociální poruchou osobnosti a trestným činem není přímočarý. Ne každý s touto poruchou osobnosti

končí ve vězení, stejně tak ne všichni vězni trpí disociální poruchou osobnosti. Mimo kriminální chování se častěji objevuje také agresivita, nezaměstnanost nebo promiskuita. (Robins, Tipp, & Przybeck, 1991). V DSM-V je tato porucha nazvána *antisociální porucha osobnosti*. Oproti MKN-10 do diagnostických kritérií zahrnuje také věkové vymezení. Pro diagnostiku disociální poruchy osobnosti musí být jedinci minimálně 18 let a musí být důkazy o tom, že se již před 15. rokem začala projevovat porucha chování. Ta musí spadat do jedné ze čtyř kategorií: agresivita vůči lidem a zvířatům, ničení majetku, klamání druhých a krádež, závažné porušování pravidel (APA, 2013).

Nejvyšší výskyt této poruchy (vyšší než 70 %) se objevuje u mužů s těžkou poruchou užívání alkoholu a v léčebnách pro léčbu závislostí na návykových látkách (APA, 2013). To potvrzuje i Robins et. al (1991). U pozorovaných pacientů s disociální poruchou osobnosti se užívání alkoholu a návykových látek objevovalo 3krát až 5krát častěji než u ostatních pacientů. Disociální chování se může projevit i jako následek užívání psychoaktivních látek (Smolík, 1996).

2.3.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti

V MKN-10 se emočně nestabilní porucha dělí na dva podtypy, a to hraniční typ a impulzivní typ. Impulzivní typ se projevuje tendencemi k nečekanému chování, afektivní nestabilitě, neschopností setrvat v činnosti nebo náhlými výbuchy hněvu a zuřivosti. Hraniční typ je charakterizovaný emoční nestálostí, kdy chronické pocity prázdnoty mohou vystřídat prudké změny afektivity. Jedinec má narušené pocity o sobě samém, nestálé interpersonální vztahy a nestálé představy o cílech a vnitřních preferencích. Objevuje se u něj nestálý obraz sebe a druhých. Vztahy si idealizuje nebo naopak devalvuje. Mohou se také objevovat disociativní fenomény, nebo psychotické epizody (MKN-10, 1. ledna 2009). V manuálu DSM-V je emočně nestabilní porucha nazvána *hraniční porucha osobnosti*. Jedinci s hraniční poruchou osobnosti podle DSM-V projevují velký strach z odloučení, opuštěnosti. Často si tento pocit vztahuje k už tak špatnému sebeobrazu. Pocit ztráty, nebo jen obava z ní pak může vést k impulzivním činům, zejména k sebedestruktivním tendencím nebo suicidálnímu jednání. Dochází u nich k extrémním změnám v nahlížení na druhé, na sebe sama, dále také v názorech, cílech, hodnotách, sexuální identitě apod. Převládají u nich pocity zoufalství, smutku, nudy, často vystřídané pocity hněvu a agrese. Jako přidružené znaky se mohou objevovat vzorce podkopávání sebe sama (např. ukončí školu těsně před závěrem studia). U některých jedinců se mohou projevit znaky podobné psychóze, jako jsou

halucinace, paranoia apod. Je to zejména v období stresové zátěže nebo jako reakce na strach z odloučení (Raboch et al., 2015).

Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus (2004) vytvořili na základě kritérií z DSM IV pro hraniční poruchu osobnosti čtyři odvětví kritérií. Jsou jimi: *afektivní kritéria*, *kognitivní kritéria*, *behaviorální kritéria* a *interpersonální kritéria*. Pacienti, kteří projevují symptomy ve všech čtyřech oblastech současně můžeme úspěšně odlišit od jiných forem poruch osobnosti.

- **Afektivní kritéria** v sobě zahrnují emoční ladění těchto jedinců. Můžeme u nich pozorovat celou řadu dysforických pocitů, výraznou reaktivitu nálady nebo chronické pocity prázdnoty.
- **Kognitivní kritéria** zahrnují tři úrovně kognitivní symptomatologie: 1. nepsychotické narušení kognice (nadměrné myšlenky o negativním sebepojetí, depersonalizace, derealizace apod.), 2. kvazi-psychotické příznaky, jako např. přechodné nebo ohraničené bludy, nebo halucinace založené na realitě a 3. pravé bludy nebo halucinace. Poslední kategorie se často objevuje v kontextu psychotické deprese.
- **Behaviorální kritéria.** Do těchto kritérií se řadí určité formy impulzivity. Jedná se zejména o sebepoškozování, sebevražedné tendence, zneužívání návykových látek, nepravidelné stravování, nebo impulzivní agresivní jednání.
- **Interpersonální kritéria.** Tato oblast v sobě zahrnuje jednak hluboký strach z opuštění, který se může projevovat ve snaze vyhnout se samotě za každou cenu a jednak maladaptivní vzorce ve vztazích, které často končí rozpadem těchto vztahů.

Linehanová (1993) mluví o hraniční poruše osobnosti primárně jako o narušení regulace emocí. Pokud je takto emocionálně zranitelné dítě vystaveno narušenému rodinnému prostředí, dochází k nesouladu mezi jejich vnitřním světem a skutečností. Takto narušené prostředí mimo jiné zahrnuje zanedbávání potřeb, zneužívání, týrání, odmítání, nadměrnou kritiku nebo hyperprotektivitu. Může to vést k tomu, že se dítě nedokáže naučit zvládat utrpení, ovládat vlastní emoce nebo nedokáže důvěřovat svým vlastním reakcím a dochází k vývoji maladaptivního chování. To vytváří nejistotu ohledně sebepoznání, vztahů, životních hodnot, dlouhodobých cílů a celkové identity. Dítě je ponecháno s pocitem emocionálního chaosu, které nedokáže řídit vlastní život. V dospělosti to vede k problémům se soběstačností, závislým vztahům a nadměrné potřebě po pomoci ostatních. V rodinné

anamnéze se dále mohou objevovat mnohé krizové momenty, jako jsou problémy s alkoholem, drogami, nevěra na straně rodičů apod.

2.3.5 Histriónská porucha osobnosti

Základním znakem histrionské poruchy osobnosti je pervazivní emocionalita a dožadování se pozornosti. V chování se projevují vyzývavě až nepřiměřeně sexuálně provokativně. Jejich emoce bývají povrchní a proměnlivé. Vkládají spoustu energie a času do svého vzhledu a jsou velice citliví na kritiku, vůči jejich osobě. Jejich kognitivní styl postrádá přesnost a detaily. Mají vyhraněné názory, ale jejich doprovodná argumentace je obvykle vágní. Často názory mění podle ostatních (Raboch et al., 2015). Smolík histrionskou poruchu osobnosti shrnuje těmito slovy: „*Mělká a labilní emotivita, dramatizace, teatrálnost, nadměrné vyjadřování emocí, sugestibilita, koketérie, egocentričnost, neustálá touha po ocenění, vzrušení a pozornosti*“ (Smolík, 372, 1996). Westen & Heim (2003) upozorňují na vztah hraniční a histrionské poruchy osobnosti v souvislosti s emoční regulací a narušením self a identity. Mluví o podtypu hraniční poruchy s histrionskými rysy.

2.3.6 Anankastická porucha osobnosti

Americká klasifikace využívá název *obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti*, a to zejména pro prvky obsesí a kompulzí, které jsou integrální součástí této poruchy (APA, 2013). U této poruchy osobnosti se jedná o chronickou maladaptivní touhu po nadměrném perfekcionismu. Zájem o pořádek a perfekcionalismus vede k výraznému diskomfortu nebo narušení, zejména v oblasti interpersonálního fungování (Pinto, Eisen, Mancebo, & Rasmussen, 2007). Mimo tyto charakteristiky se u nich objevuje také nadměrná svědomitost a disciplinovanost. Jsou zaujati pravidly a detaily. V chování se projevují rigidně, nepružně, nedokáží se přizpůsobit situaci (Höschl et al., 2004). Jsou zaměřeni na práci a na výkon na úkor volného času a přátel. Svůj čas si pečlivě plánují, a i v čase relaxace a odpočinku věnují čas práci a úkolům. Může se u nich objevit i schraňování zbytečných, starých věcí i těch, které pro ně nemají citovou hodnotu. Neochotně spolupracují s ostatními. Mají zaběhlý svůj způsob práce, který se nemusí shodovat se způsobem práce ostatních. Často tedy odmítají pomoc ostatních a snaží se vše udělat sami (APA, 2013). Příznaky této poruchy mohou být zesíleny životním stresem (Pinto et al., 2007).

Co se týče psychosociálního fungování těchto jedinců, může docházet k značnému narušení interpersonálních vztahů. Je to způsobené především přehnanými nároky na druhé,

neschopností dělat kompromisy a přizpůsobovat se. Na druhou stranu může toto chování přinášet značné výhody. Například existuje korelace mezi anankastickou poruchou osobnosti a dosaženým vzděláním. Na akademick a pracovní rovině může tento perfekcionalismus vést k vyšší úspěšnosti (Samuel & Griffin, 2015).

2.3.7 Anxiózní porucha osobnosti

DSM-V používá název *vyhýbávací porucha osobnosti*. Základní charakteristikou této poruchy osobnosti je pervazivní vzorec sociální inhibice, pocit vlastní méněcennosti a přecitlivělost na vlastní kritiku. Vyhýbají se zejména mezilidskému kontaktu a činnostem, které jsou s tímto kontaktem spojené. Dále se vyhýbají také aktivitám, které jsou spojené s hodnocením. Veškeré vyhýbání těchto jedinců, ať už kontaktům, zaměstnání, činnostem nebo výzvám či novým zkušenostem je kvůli strachu z kritiky, z toho, že se ztrapní. Navazování intimních vztahů je pro ně obtížné z důvodu vlastní méněcennosti a nejistoty (Raboch et al., 2015). To vše vede ke zvýšeným pocitům napětí a omezení životního stylu tak, aby byl zachován pocit jistoty (MKN-10, 1. ledna 2009). Charakteristiky vyhýbání se perou s jejich touhami po blízkém intimním vztahu a po uznání ostatních. Vede to jedince často k nedobrovolné izolaci a stažení se ze sociálního prostředí, které následně souvisí se snížením kvality života (Sanislow, Bartolini, & Zoloth, 2012).

2.3.8 Závislá porucha osobnosti

Závislá porucha osobnosti je charakterizovaná trvalým vzorem pervazivní a nadměrné psychologické závislosti na jiných osobách, strach ze separace a pasivní a poddajné chování. S tímto chováním je spojena nedostatečná schopnost běžného fungování (Simonelli & Parolin, 2017). U těchto osob se projevuje strach, že je ostatní opustí a oni se o sebe budou muset postarat sami. Neumí se rozhodovat bez ostatních, mají trvalé pocity bezmoci a neschopnosti. Snaží se vyhovět druhým, přebírají na sebe nepříjemné úkoly, aby neztratili jejich přízeň (MKN-10, 1. ledna 2009). Člověk se závislou poruchou osobnosti sám sebe vnímá jako neschopného a nesamostatného, a to vede k závislému a submisivní chování. Jedinec se snaží vyhledávat kolem sebe „hrdiny“, kteří je zachrání. Předávají na ně zodpovědnost za svůj vlastní život. Projevuje se u nich nadměrný strach, že tyto osoby ztratí, že přijdou o svoji ochranu. Po ukončení jednoho vztahu se snaží naléhavě najít vztah další, aby nezůstali sami (Millon & Davis, 1996).

2.4 Osobnostní psychopatologie podle Kernberga

Jedním ze současných teoretiků zabývajících se osobnostní psychopatií je Otto Kernberg. Kernberg patří mezi psychoanalyticky orientované teoretiky a jeho koncepce se snaží o integraci egopsychologie, tradiční pudové teorie a teorie objektivních vztahů. Ve své práci se zabýval snahou o porozumění osobnostní psychopatologie a pokoušel se o stanovení psychopatologie dle stupně její závažnosti (Mitchell, Kovařík, & Black, 1999). V následující kapitole se budeme věnovat teoretickým východiskům Kernbergova konceptu, z nichž vychází screeningový nástroj IPO (Inventory of Personality Organization). Tento nástroj využíváme v našem výzkumu jako hlavní metodu pro zjištění osobnostní organizace.

2.4.1 Vývojový koncept

Psychická struktura jedince je podle Kernberga složena z jednotek objektivních vztahů. Těmi jsou reprezentace self, reprezentace objektů a afekty. Tato struktura vzniká na základě několika klíčových aspektů během vývoje jedince. Kojenec se rodí se základními afekty, a těmi jsou libost a nelibost. Tyto afekty, stejně jako později vyvinuté afekty, jsou zakotveny uvnitř vztahu mezi obrazem self a objektu. Libí afekt se následně vyvíjí v libido a nelíbí afekt v agresi. Internalizací jednotek objektivních vztahů dochází k psychickému vývoji jedince (Kernberg, 1976). „*Jednotky objektivních vztahů určují strukturu ega, která zase určuje pudovou organizaci.*“ (Fonagy & Target, 193, 2005).

K internalizaci objektivních vztahů dochází pomocí třech prvků: introjekcí, identifikací a ego identitou. Všechny tyto prvky internalizace se skládají ze tří již zmíněných základních komponent: reprezentace self, reprezentace objektivních vztahů a afektů. Podle organizace systému identifikace se v základní úrovni funkce ega objevuje proces štěpení, což je základní obranný mechanismus ega. Později je proces štěpení nahrazen pokročilejším obranným mechanismem vytěsnění. Úroveň integrace a rozvoj ega a superega pak závisí na úrovni nahrazení štěpení vytěsněním a dalšími příbuznými mechanismy (Kernberg, 1976). Pro internalizaci objektivních vztahů existují dva základní úkoly, které musí časné ego splnit: 1. diferenciaci mezi vlastními obrazy a obrazy, které jsou součástí raných introjekcí a identifikací, 2. integrace vlastních a objektivních obrazů postavených na derivátech libidózních pudů s jejich odpovídajícími obrazy objektů postavených na derivátech agresivních pudů, tedy jinak řečeno, integraci dobrých a špatných obrazů self a ostatních. Tyto 2 procesy jsou narušené zejména u psychóz a do jisté míry u hraniční organizace osobnosti (Kernberg, 1967).

2.4.2 Struktura osobnosti

Kernberg (1985) předpokládá, že mentální fungování má určité úrovně organizace. Každá úroveň představuje určitý vzor a stabilitu a tvoří celkovou hierarchii motivačních systémů, které souvisí s internalizací objektních vztahů. Každá úroveň organizace představuje určitou strukturu osobnosti. Úrovně organizace jsou považovány za pozoruhodně stabilní a slouží jako matice celkového psychického fungování.

Tato struktura stojí na třech hlavních vývojových patologiích: 1. patologie ve struktuře ega a superega, 2. patologie v internalizovaných objektních vztazích a 3. patologie ve vývoji libidózních a agresivních impulzů. Na základě úrovně patologie těchto tří komponent se organizace osobnosti rozděluje do různých úrovní (Kernberg, 1970). Kernberg (Kernberg, 1984) nabízí existenci 3 hraničních struktur úrovně osobnosti: neurotickou, hraniční a psychotickou. Jedinec na neurotické úrovni je charakterizovaný integrovanou identitou, vyspělými obrannými mechanismy (iracionalizace, projekce, vytěsnění...) a dobrým testováním reality. V oblasti objektních vztahů jsou schopni integrovat druhé a uvědomit si co prožívají, cítí, jsou schopni na ně mít komplexní pohled s dobrými i špatnými vlastnostmi. Jsou také schopni hlubokých vztahů. Hraniční úroveň oproti tomu využívá infantilní obrany, zejména štěpení či projektivní identifikace. Dále je charakterizována difúzní identitou a proměnlivým testováním reality. Tito jedinci mají problém v interpersonálních vztazích, objevuje se také absence nebo chaos v sexuálních vztazích. Psychotická úroveň se vyznačuje výrazně oslabeným testováním reality. (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2005). Hodnocením dimenzí identita, obranné mechanismy a testování reality získáme strukturální diagnózu, jež je určujícím prediktorem organizace osobnosti (Kernberg, 1984).

Tab. č. 3. Aspekty úrovně organizace osobnosti (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2005)

	Hraniční organizace	Neurotická organizace	Normální organizace
Identita	Inkoherentní vnímání self a ostatních; reprezentace jsou uchovány odděleně	Koherentní vnímání self a ostatních; investování do práce, volného času; ostré ohraničení od reprezentace objektu	Integrované vnímání self a ostatních, investování do práce, volného času
Obranné mechanismy	Užívání primitivních obran	Užívání vyspělejších obran, rigidita užívání obran; ochraňují osobnost před intrapsychickými konflikty	Užívání vyspělejších obran; flexibilita užívání
Testování reality	Proměnlivá empatie se sociálními kritérii reality; narušen vztah mezi realitou a vnímáním reality	Správné vnímání self x Non-self, vnitřní x vnější; schopnost testování reality je zachována	Správné vnímání self x Non-self, vnitřní x vnější; empatie se sociálními kritérii reality
Agrese	Na sebe zaměřená agrese; někdy zaměřená agrese proti ostatním; ve vážných případech agrese	Inhibovaná agrese; výbuchy hněvu následované pocity viny	Modulování hněvu, vhodné sebeprosazení
Internalizované hodnoty	Protikladný hodnotový systém; neschopnost žít podle vlastních hodnot; významná absence některých hodnot	Nadměrné pocity viny; určitá nepružnost v jednání sám se sebou	Stabilní, nezávislé, individualizované
Objektní vztahy	Problematické interpersonální vztahy; absence sexuálního vztahu nebo chaotické sexuální vztahy; zmatené vnitřní pracovní modely vztahů; vážné narušení milostných vztahů	Určitý stupeň sexuální inhibice nebo obtíže při integraci sexu a lásky; hluboké vztahy s ostatními; soustředění na konflikty s vybranými jedinci	Trvalé hluboké vztahy s ostatními; sexuální intimnost kombinovaná s něhou; koherentní vnitřní pracovní modely vztahů

2.4.3 Identita

Vývoj ego identity závisí na internalizaci reprezentací self a reprezentací objektů. V prvních týdnech života jedinec ještě od sebe reprezentace self a objektů nerozlišuje. Diferenciace nastává až později v druhé polovině prvního roku. V tomto období musí být nastavena pevná hranice mezi self a objektem. V pozdějším věku se hranice ega ještě více zpevňují a dochází k začleňování dobrých a špatných reprezentací self a objektu do celkové reprezentace (Mitchell et al., 1999). „...*ego identita a obrazy self a objektu se začleňují, aby vznikla ideální reprezentace self a objektu. Spojení těchto ideálních struktur s krutými a perzekujícími předchůdci superega z předešlého stádia, zmírněné rodičovskými zákazy, dává vzniknout superegu jako psychické instanci*“ (Target & Fonagy, 195, 2005). Na konci procesu dochází k začlenění superega do osobnosti a pomáhá tak ke vzniku ego identity (Kernberg, 1970).

Ego identita se u každé úrovně organizace osobnosti liší. U psychotické úrovně se objevuje nedostatek vývoje hranic ega. Projevuje se to nediferencovaností obrazů self a objektů (Kernberg, 1967). Jinak řečeno hranice mezi nimi se stírají (Kernberg, 1984). Na hraniční úrovni je integrace self narušená. Jedná se především o špatně integrovaný koncept self a dalších významných osob. Dobré a špatné reprezentace self a ostatních jsou vnímány odděleně. Může se projevovat rozporuplnou self-percepcí, v chudé a ploché percepci ostatních, pocitem chronické prázdnoty nebo rozporuplným chováním. Diagnosticky se projevuje neschopností pacientů empatizovat a správně se vyjadřovat při interakci s druhými (Kernberg, 1984). Podle Kernberga ego aktivně odštěpuje dobré a špatné obrazy self a objektu, aby chránilo ty dobré obrazy před špatnými, destruktivními obrazy (Kernberg, 1967). Má to tedy za cíl chránit hranice ega (Kernberg, 1984). Jedná se o difúzy identity, která je typickým syndromem hraniční poruchy osobnosti. Je to přímý důsledek aktivního rozdělení těchto introjekcí a identifikací. Neurotická úroveň naproti tomu má vyvinutou stabilní ego identitu. Dobré a špatné reprezentace self a ostatních jsou na neurotické úrovni integrované do komplexní koncepce self a objektů (Kernberg, 1967).

2.4.4 Obranné mechanismy

„*Obrany jsou nevědomé strategie, které slouží k tomu, aby jedince chránily před bolestnými afekty (úzkostí či vinou)*“ (Fonagy & Target, 59, 2005). Funkce obranného mechanismu je překonávat konflikt mezi afektivními stavy a pudy s internalizovanými zákazy a vnější realitou. Úspěšná zralá obrana minimalizuje úzkost vyplývající z těchto konfliktů

a maximalizuje schopnost jedince jednat pružně a úspěšně (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2005).

Obranné mechanismy můžeme podle Kernberga rozdělit na obrany primitivní a vyspělé. Vypělost obranného mechanismu souvisí s raným vývojem ega. Vyspělejší obranné mechanismy, jako např. intelektualizace, racionalizace nebo izolace, které se nacházejí na neurotické úrovni, chrání ego proti intrapsychickým konfliktům. Oproti tomu štěpení a další primitivní obranné mechanismy chrání ego pomocí disociací aktivním zachování oddělených introjekcí a identifikací silně konfliktní povahy. Tyto primitivní obrany jsou charakteristické pro hraniční úroveň (Kernberg, 1967; 1984).

Na základě Kernbergovy teorie můžeme do primitivních obranných mechanismů zařadit štěpení, projekci, projektivní identifikaci, popření omnipotenci, devalvací a idealizaci.

- **Štěpení** – Jedním z hlavních úkolů při vývoji a integraci ega je syntéza časných a pozdějších introjekcí a identifikací do stabilní identity ega. Introjekce a identifikace vzniklé pod vlivem derivátů libidózních pudů jsou nejprve odděleny od těch, které vznikly v rámci derivátů agresivních pudů (dobré a špatné interní objekty nebo pozitivní a záporné introjekty). Toto rozdělení internalizovaných objektních vztahů na dobré a špatné se nejprve děje jen kvůli nedostatku kapacity pro integraci raného ega. Později se tak ego snaží zabránit generalizaci úzkosti a chrání své jádro postavené na pozitivních introjekcích. To, co je tu popsáno je v podstatě mechanismus štěpení. Tento mechanismus je obvykle používán v rané fázi vývoje ega během prvního roku života a je rychle nahrazen vyššími formami obranných mechanismů ega, jako je například reaktivní výtvar, izolace apod. Podle Kernbergovy koncepce je štěpení základní obranou reakcí u hraniční organizace osobnosti. V tomto smyslu se termín omezuje pouze k aktivnímu procesu oddělování introjekcí a identifikací opačné kvality. Toto rozdělení je základní příčinou slabosti ega. Slabé ego se snadno rozpadá a dochází tak ke vzniku bludného kruhu, kdy slabost ega posiluje štěpení a štěpení posiluje slabost ega. Také negativně ovlivňuje vývoj ideálu ega a superega (Kernberg, 1967). Kernberg termín převzal od Freuda, který ho definoval jako rozštěpení vědomí, které je způsobené sexuálními traumaty v raném dětství. Ilustroval rozštěpení ega ve vztahu ke konfliktu mezi instinkty a vnější skutečností spíše, než ve vztahu ke konfliktu mezi reprezentací objektu a self (Vaillant, 1992).

- **Projekce** – Projekce je mechanismus, kdy jsou vlastní nechtěné psychické obsahy přisuzovány druhým (Freudová, 2006). Promítané postoje mohou vážně zkreslovat objekt, na který jsou přenášeny. „*O člověku, který používá projekci jako svůj hlavní způsob chápání světa a vyrovnávání se životem a který popírá to, co promítá, nebo se k tomu nehlásí, můžeme říct, že má paranoidní povahu*“ (McWilliams, 2015, 122). Hlavním účelem projekce je zvládnutí špatného a agresivního já a objektů. Důsledkem toho je vývoj nebezpečných objektů, proti kterým se musí jedinec bránit. Stručně řečeno se jedná o nedostatečnou diferenciaci mezi sebou a objektem v konkrétní situaci (Kernberg, 1967).
- **Projektivní identifikace** – Projektivní identifikace je termín, který zavedla Melanie Kleinová v roce 1946. Lze ji popsat jako proces, který se skládá z fantazie o projekci, následované tlakem vyvíjeným prostřednictvím interpersonální interakce na „příjemce“ projekce, který je shodný s projekcí, a nakonec zpracování příjemce do podoby dané projekce (Ogden, 1979). Jednoduše řečeno se jedinec snaží do druhého promítnout své vnitřní objekty a zároveň se ho snaží svým nátlakem dovést k tomu, aby se začal chovat jako tyto objekty.
- **Popření** – Tento mechanismus popsal již Freud a jde o přesouvání nepřijatelných myšlenek a impulzů na nevědomou úroveň (Vaillant, 1992). U hraničních pacientů se jedná zejména o popírání emocí, především manické popírání deprese. U této extrémní formy popření dochází k posílení ega proti hroživé části self zkušenosti (Kernberg, 1967).
- **Omnipotence a devalvace** – Omnipotenci chápeme jako magický pocit všemocnosti. Devalvací se rozumí naopak znehodnocení (McWilliams, 2015). Tyto dva mechanismy se u hraniční organizace manifestují v jeden čas při jedné obranné reakci. Pod pocity sebekritiky a nejistoty jsou často přítomné prvky grandiozity a všemocnosti. Projevuje se silným přesvědčením, že by s nimi mělo být zacházeno jako s privilegovanými, speciálními. Devalvace vnějších objektů bývá částečně důsledkem omnipotence. Pokud objekt není schopen poskytnout potěšení, které je od něj vyžadováno, může následkem toho docházet k devalvací tohoto objektu. Devalvace významných objektů má vážné škodlivé účinky na vztah k internalizovaným objektům, které se podílejí na tvorbě superega (Kernberg, 1967). V literatuře můžeme také často narazit na spojení obranných mechanismů idealizace a devalvace. Souvisí to s procesem štěpení, kdy dochází k diferenciaci dobrých

a špatných reprezentací self a objektu. Vede to k tomu, že dochází u hraničních jedinců k černobílému vidění světa, tedy idealizaci a devalvací. To, že Kernberg používá kombinaci mechanismů omnipotence a devalvace může souviset s předpokladem, se kterým přišel Sandor Ferenczi. Podle něj rané představy o vlastní všemocnosti postupně nahrazují představy o všemocnosti pečujících osob, tedy jejich idealizace (McWilliams, 2015).

Obranných mechanismů je v literatuře popsáno nepřeberné množství. Pro teoretické ukotvení našeho výzkumu však výčet obranných mechanismů není podstatný. V této práci popisujeme pouze nezralé obranné mechanismy, které jsou důležité pro popis hraniční organizace osobnosti.

2.4.5 Testování reality

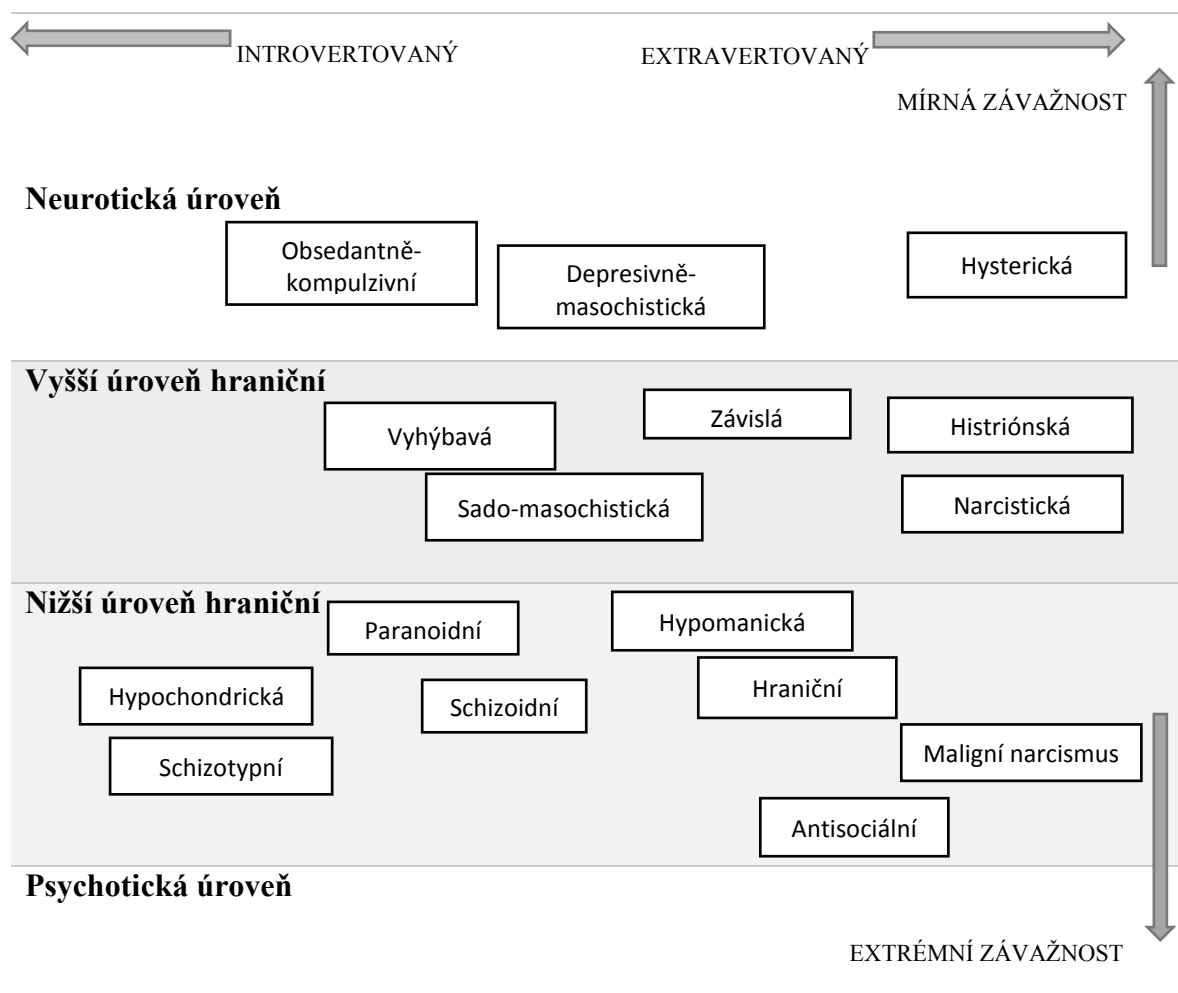
Jedinci s hraniční nebo neurotickou organizací osobnosti mají neporušené testování reality. To je odlišuje od psychotické organizace. Testování reality je schopnost identifikovat se s běžnými společenskými kritérii reality (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2005). Klinicky je testování reality rozpoznáno: 1. absencí halucinací a bludů, 2. hrubě nevhodným myšlenkovým obsahem, afekty nebo chování, 3. kapacitou pro empatizaci s ostatními. (Kernberg 1984). U hraničních pacientů může docházet k fluktuaci testování reality. Pokud jsou v těžké stresové situaci nebo pod vlivem alkoholu či drog, mohou se objevit přechodné psychotické epizody. Dochází ke ztrátě reality a rozvíjí se klamné myšlenky (Kernberg, 1967).

2.4.6 Hraniční organizace osobnosti

Podle Kernberga se termín „hraniční“ používá k označení akutních projevů klientů od neurotické po zjevnou psychotickou reakci a dále také k označení klientů, kteří chronicky fungují na hraniční úrovni mezi úrovní neurotickou a psychotickou (Kernberg, 1985). Tito pacienti se vyznačují difúzním prožíváním své identity, mají nejasné hranice Já, jejich vnímání vnitřní a vnější reality je nestabilní, stejně tak vnímání sebe a druhého člověka. Tito jedinci také nedokáží zvládat své afektivní impulzy. Jejich chování vede často k sebepoškozujícímu chování, experimentálnímu chování s návykovými látkami či pokusy o samoléčení (Jeřábek, 2008). Sebepoškozující chování těchto jedinců je často spojeno s intenzivními záchvaty vzteku vůči objektu. Sebepoškozením či masochistickými sexuálními perverzemi pak stoupne jejich sebeúcta (Fonagy & Target, 2005).

Na hraniční úrovni organizace osobnosti se podle Kernberga nachází specifické poruchy osobnosti popsané v DSM-IV-TR (hraniční porucha osobnosti, schizoidní porucha osobnosti, schizotypní porucha osobnosti, paranoidní porucha osobnosti, histrionská porucha osobnosti, narcistická porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti, antisociální porucha osobnosti a vyhýbavá porucha osobnosti) a dále také další poruchy, které nejsou specifikovány v DSM-IV-TR (hypomanická porucha osobnosti, sadomasochistická porucha osobnosti, hypochondrická porucha osobnosti a syndrom maligního narcismu) Při posuzování se klade důraz na přítomnost nebo nepřítomnost difúze identity a také na její závažnost. (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2005).

Obr. č. 1. Kernbergův model organizace a poruch osobnosti (Kernberg & Caligor, 2005)



Hraniční pacienti mají relativně stabilní formu psychické organizace. Tato organizace je podle něj podkladem pro syndromy jiných poruch osobnosti. Dále je také podkladem pro jiné duševní poruchy, jako je zneužívání návykových látek, alkoholismu, či sexuální perverze (Kernberg, 1974).

Co se týče symptomů hraniční organizace osobnosti podle Kernberga (1967; 1985), mohou se objevit symptomy typické pro neurózy. Konečná diagnóza však závisí na charakteristice ego patologie, nikoliv na popisné symptomatologii. Kernberg (1967) ve svém článku o hraniční organizaci osobnosti přináší vyčerpávající popis symptomů pro hraniční organizaci. Vybrali jsme zde pouze některé. Pro bližší seznámení odkazují na zmíněnou literaturu. Mezi typické symptomy patří např. **úzkost, fobie, obsesivně-kompulzivní symptomy, disociativní reakce, sexuální perverze, klasické prepsychotické osobnostní struktury** (jako jsou paranoidní osobnost, schizoidní osobnost či hypomanická osobnost), **závislosti** atd. Úzkostné prožívání je chronické a difúzní. Co se týče fobií, objevují se zejména fobie, které souvisejí s vlastním tělem nebo vzhledem (např. strach z červení, z mluvení na veřejnosti...). Mohou se objevovat také fobie, které nasedají na vnější objekty (např. zvířecí fobie, strach z bouří, výšky...) a nakonec také fobie, které mají prvky obsedantní neurózy (např. strach ze špíny, kontaminace...). Předpokladem hraniční organizace osobnosti jsou převážně fobie, které zahrnují závažné inhibice a paranoidní prvky. U obsedantně-kompulzivních symptomů je zachování testování reality a jedinec si uvědomuje absurditu jeho chování. Může se však projevit i četná racionalizace tohoto chování. Objevují se také obsese paranoidní a hypochondrické povahy. Jako difúzní reakce lze zaznamenat zejména fugy a amnézie doprovázené poruchami vědomí. Tendence k sexuálním perverzím Kernberg připisuje nestabilním objektním vztahům, které mohou vést k chaotickým a zvráceným fantaziím a činům. Může se to týkat primitivních agresivních projevů nebo nahrazení sexuálních cílů např. močením či defekací. Nakonec jsme zmínili také symptom závislosti. Typické příznaky hraniční organizace osobnosti mohou být alkoholismus, drogové závislosti, určité formy psychogenní obezity nebo kleptomanie. Mimo již zmíněné symptomy se u těchto pacientů mohou také objevit přechodné psychotické epizody, pokud se nachází ve stresové situaci, pod vlivem alkoholu nebo drog. Může u nich dojít ke ztrátě schopnosti testovat realitu a mohou se rozvíjet i klamné myšlenky. Mimo tyto epizody jejich testování reality bývá zachováno.

Hraniční úroveň organizace však nesmí být zaměňována s hraniční poruchou osobnosti definovanou v manuálu DSM-V. Hraniční porucha osobnosti je pouze jednou z poruch, která se projevuje při hraniční organizaci osobnosti. Konkrétně pro hraniční poruchu osobnosti Kernberg (1984) popsal následující kritéria:

1. nespecifické projevy slabosti ega
2. užívání primitivních obrany

3. difúze identity
4. neporušené testování reality
5. patologicky zvnitřněné objektní vztahy

V dřívější literatuře zde zahrnuje také **posun směrem k primárnímu procesuálnímu myšlení** (Kernberg, 1967; 1985). „*Podstatou této poruchy je podle Kernberga nezvládnuté sjednocení protikladně prožívaných aspektů sebe sama i druhého (dobrý/zlý, láska/nenávist, idealizace/démonizování) ve vytváření objektních vztahů v raném dětství, což vede k narušeným vztahům k sobě, k druhým i ke světu*“ (Kalina, 115, 2013).

2.4.7 Hodnocení Kernbergova konceptu

Kernbergova koncepce je místy náročná a nesrozumitelná. Zůstává věrný klasickým psychoanalytickým koncepcím a snaží se do nich vnést prvky jiných škol. Poměrně obsáhlou a přehlednou kritickou analýzu Kernbergovi teorie vydali Christopher, Bickhard, & Lambeth (2001). Zepf (2012) mluví o Kernbergovu konceptu štěpení jako o nadbytečném konstrukt, pomocí něhož nemůžeme pochopit složitou strukturu hraniční organizace.

I přes četnou kritiku jeho koncepce hraniční organizace osobnosti bezpochyby přispěla k lepšímu porozumění hraniční poruchy osobnosti. Narušení self identity, objektních vztahů a využívání primitivních obranných mechanismů u hraničních pacientů potvrzuje mnoho výzkumů (Bender & Skodol, 2007; Gold & Kyratsous, 2017; Kramer, de Roten, Perry, & Despland, 2013). Gacono, Meloy & Berg (1992) také potvrzují podobnost v užívání primitivních obranných mechanismů a narušených objektních vztahů mezi narcistickou, hraniční a antisociální poruchou osobnosti.

Metodou vytvořenou na základě Kernbergovi koncepce je metoda STIPO (Structured Interview of Personality Organization). Jedná se o semistrukturované interview, které posuzuje integraci ega, kvalitu objektních vztahů, používání vyspělých či primitivních obran, testování reality, kvalitu agrese a morální hodnoty (Clarkin, Caligor, Stern, & Kernberg, 2004). Screeningovou formou metody STIPO je metoda IPO (Inventory of Personality Organization), které se budeme více věnovat ve výzkumné části. Podle Kernberga (Kernberg, 1984) by pochopení intrapsychické struktury pacientů s hraniční organizací spolu s kritérii vycházející z deskriptivní diagnózy mohlo pomoci zlepšit zpřesnění klinické diagnózy a může pomoci k lepší predikci prognózy a úspěšnosti léčby.

3 OSOBNOSTNÍ PSYCHOPATOLOGIE U ZÁVISLÝCH JEDINCŮ

Za stěžejní práci považujeme výzkum P. Jeřábka. Jeřábek (2004) se ve své disertační práci věnoval struktuře osobnosti u adiktologických pacientů. Jeho vzorek obsahoval 90 drogově závislých jedinců. Pomocí Rorschachovi metody a FDT (test kresby postavy) se snažil o potvrzení Kernbergova konceptu a nalezení jednotné osobnostní psychopatologie u závislých jedinců. Na základě jeho výsledků bylo celkem 63 protokolů (70 %), které splňovaly daná kritéria pro osobnostní patologii charakterizovanou jako vývojově nízký stupeň osobnostní organizace. Později do svého vzorku zahrnul také alkoholovou závislost. Na základě výsledků a své dlouholeté praxe vyjádřil hypotézu o adiktivně dispoziční osobnostní struktuře. „*Jedná se zřejmě o primární osobnostní patologii, která nekoreluje s délkou abúzu psychotropních látek ani jejich druhem*“ (Jeřábek, 62, 2008). Tato osobnostní struktura se podle Jeřábka (2006; 2008) skládá z těchto dimenzí:

1. nízká integrace identity ega
2. narušená internalizace objektových vztahů
3. vývojově nízká úroveň defenzivní organizace
4. nízká integrace superega
5. nízká integrace emocí a schopnosti jejich prožívání
6. distorze percepčního kognitivního zpracování reality
7. motivační distorze, inkongruence a ambivalence

3.1 Úroveň organizace osobnosti a závislost

Mezi výzkumy zabývající se Kernbergovou koncepcí a lidmi se závislostí patří výzkum Rentropa, Zilkera, Lederleho, Birkhofer a Hörze (2014). Ti se ve svém výzkumu zabývali psychiatrickou komorbiditou a strukturou osobnosti u pacientů s kombinovanou závislostí. Pro svůj výzkum využívali metodu STIPO (Strukturované interview organizace osobnosti). Podle této metody se organizace osobnosti dělí na neurotickou úroveň (NPO), hraniční úroveň (BPO), která se dále dělí na 3 stupně (BPO 1, BPO 2, BPO 3) a na psychotickou úroveň (PPO = BPO 3). Dle jejich výsledků se nikdo nenacházel na neurotické úrovni. Na BPO 1 se nacházel 1 pacient, na BPO 2 27 pacientů a na BPO 3 22 pacientů. Všichni pacienti

vykazovali střední až těžké problémy v oblasti identity, objektivních vztahů, copingových strategií, agrese, morálních hodnot a využívali primitivní obrany. Dále našli silný vztah mezi poruchami osobnosti v dotazníku SCID II a závažností osobnostní psychopatologie podle metody STIPO. Nejčastějšími poruchami osobnosti vyskytujícími se u tohoto vzorku byli hraniční porucha osobnosti a antisociální porucha osobnosti.

Sandell & Bertling (1999) prováděli výzkum zaměřený na vliv intenzity závislosti a drogové preference na organizaci osobnosti. Dle dominantní drogy autoři probandy rozdělili do těchto skupin: centrální stimulancia, kanabis, alkohol, opiáty, centrální stimulancia + alkohol, kanabis + alkohol, sedativa-hypnotika, kanabis + centrální stimulancia, sedativa-hypnotika + alkohol, opiáty + alkohol. Z výsledků můžeme vyčíst, že na hraniční úrovni se nejméně nacházeli jedinci užívající primárně kanabis a alkohol. Naopak se tyto jedinci nacházeli častěji na neurotické úrovni, stejně tak jedinci závislí na sedativech a hypnotikách, avšak tyto výsledky nebyly signifikantní. Zajímavé se ukázaly výsledky u jedinců, kteří primární drogu kombinovali s alkoholem. Tito jedinci se vyskytovali převážně na úrovni hraniční a psychotické. Autoři do svého výzkumu zahrnuli také zkoumání drogové preference s psychiatrickou diagnózou. Diagnóza poruchy osobnosti se nejvíce vyskytovala u jedinců užívajících opiáty, nejméně u jedinců užívajících kanabis v kombinaci s alkoholem.

3.2 Poruchy osobnosti a závislost

Porucha osobnosti se objevuje jako častá komorbidita u závislých poruch, jak už tomu bylo zmíněno v předchozích kapitolách. Tato skutečnost sebou přináší značné problémy v podobě omezeného zapojení do léčebných programů nebo zvýšené riziko relapsů, přičemž s vyšší mírou vzrůstá zátěž pro personál.

Podle výzkumu Comptona, Thomase, Stinsona & Granta (2007) se u závislých jedinců nejčastěji vyskytuje závislá porucha osobnosti (14 %), následovaná antisociální (9,7 %) a histriónskou poruchou osobnosti (8,4 %). Výzkum Granta et al. (2004) zjišťoval rozdíly mezi alkoholovými a nealkoholovými závislostmi. U alkoholové závislosti se nejčastěji vyskytovala antisociální (18,3 %) a paranoidní porucha osobnosti (15,8 %). U nealkoholových závislostí byla prevalence všech osobností téměř dvojnásobná s nejvyšší četností také u antisociální (39,5 %) a paranoidní poruchy osobnosti (33,2 %). Signifikantní rozdíl mezi muži a ženami byl nalezen pouze u alkoholové závislosti, kde ženy vykazovaly

větší prevalenci u obsedantně-kompulzivní, histrionské a antisociální poruchy osobnosti. Ani jeden z těchto výzkumů nezahrnoval hraniční poruchu osobnosti. Výzkum Trulla, Waudbyho & Shera, (2004) ukazuje nejvyšší prevalenci u alkoholové i drogové závislosti právě hraniční poruchu osobnosti. Vysokou prevalenci hraniční poruchy osobnosti u závislostí potvrzuje i řada dalších studií (Kienast, Stoffers, Bermpohl, & Lieb, 2014; (Scalzo, Hulbert, Betts, Cotton, & Chanen, 2018; Trull, 2000). Zneužívání návykových látek u jedinců s hraniční poruchou osobnosti může být způsobeno vysokou úrovní impulzivní a afektivní nestability, které mají také vliv na pokračování tohoto chování (Tragesser, Jones, Robinson, Stutler, & Stewart, 2013). Návyková látka může být také forma samoléčby pro chronické pocity prázdnoty nebo intenzivní dysforické pocity (Trull, 2000).

Patologické hráčství je nejčastěji spojováno s poruchami klastru B, zejména hraniční a antisociální poruchou osobnosti (Bagby, Vachon, Bulmash, & Quilty, 2008; Brown, Allen, & Dowling, 2015; Pietrzak & Petry, 2005). Podle výzkumu Fernández-Montalvo & Echeburúa (2004) se porucha osobnosti objevovala u 32 % patologických hráčů. Nejčastější porucha byla opět hraniční porucha osobnosti s 16 % následovaná antisociální, paranoidní a narcistickou poruchou osobnosti. Vaddiparti & Cottler (2017) však upozorňují na to, že se jedná o poměrně heterogenní skupinu a pro lepší porozumění je potřeba longitudinálních studií. Z českého prostředí se patologickým hráčstvím zabývá Maierová (2015). Ve své práci výzkumný soubor podrobila mimo jiné dotazníku PSSI. Střední klinická významnost byla nalezena na škálách: histriónský, rapsodický, narcistický. Vysoká klinická významnost na těchto škálách: paranoidní, schizotypní, schizoidní, borderline, sebenejistý, závislý, negativistický, depresivní, obětující se a disociální.

3.3 Obranné mechanismy a závislost

Obranné mechanismy u závislých jedinců jsou poměrně častou oblastí výzkumu. V našem výzkumu však není hlavním cílem popsat obranné mechanismy u závislých jedinců, ale jejich propojenost s osobnostní psychopatií u těchto jedinců. Využíváme jej zde jako statistickou oporu pro Kernbergovu koncepci osobnostní psychopatie. Mimo využívání obranných mechanismů u závislostí nás zajímá také využívání obranných mechanismů v kontextu psychopatie osobnosti.

U nealkoholových závislostí se objevovali častěji primitivní obranné mechanismy, což ukazuje výzkum (Khosravani, Alvani, & Seidisarouei, 2016). U alkoholové závislosti se naopak nejčastěji objevovali obrany neurotické (Spáčil, 2018). Stejných výsledků se lze

dočíst také ve výzkumu Raketice, Kovacevice & Djurice (2009), kde se zabývali obrannými styly u žen závislých na alkoholu a na opiátech. Co se týče patologického hráčství a obranných mechanismů, nenašli jsme žádný odpovídající výzkum na toto téma. Některé zdroje však mluví o výskytu disociace u patologického hráčství (Griffiths, Wood, Parke, & Parke, 2006).

Na podporu Kernbergovy koncepce lze uvést řadu výzkumů, které se zabývaly vztahem osobnostní psychopatologie a obrannými mechanismy. Zajímavý výzkum provedla Cramerová (1999), která zkoumala využívání obranných mechanismů u hraničních, narcistických, histrionských a psychopatických osobnostních syndromů. Bylo u nich zjištěno využívání primitivních obranných mechanismů, a to projekce a popření. Podle výzkumu Perryho, Presniaka & Olsona (2013), kteří zkoumali obranné mechanismy u schizotypní, hraniční, antisociální a narcistické poruchy osobnosti, prostupují téměř všechny obranné mechanismy každou poruchu, s převahou primitivních obranných mechanismů. U hraniční poruchy osobnosti až v 66,3 %. Pokud zůstaneme u hraniční poruchy osobnosti, za zmínku stojí také výzkum Zanariniho, Frankenburga & Fitzmaurice (2013). Také z jejich výzkumu vyšly primitivní obranné mechanismy jako dominantní u hraniční poruchy osobnosti s převahou mechanismu projektivní identifikace a štěpení. Na základě těchto výzkumů můžeme předpokládat podle Kernbergovi koncepce převahu primitivních obranných mechanismů u jedinců se závažnější osobnostní patologií.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Problematika závislosti je často spojována s komorbiditou jiných duševních poruch. Jak jsme zmínili v teoretické části, jednou z nejčastějších poruch spojovaných se závislostí je porucha osobnosti (Compton et al., 2007; Weaver et al., 2003). Podle psychoanalytických teorií závislý jedinec predisponuje psychopatologickou strukturou osobnosti různé závažnosti. Jeřábek (2004; 2006; 2008) vyslovil hypotézu o adiktivně dispoziční osobnostní struktuře. Při vysoké míře závažnosti této struktury můžeme podle Kernberga předpokládat výskyt poruch osobnosti (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2005). V těchto teoriích však není dána míra osobnostní psychopatologie do souvislosti s typem závislosti. Výzkum Sandella & Bertlinga (1999) však rozdíl mezi typem závislosti v míře osobnostní psychopatologie naznačuje. Novější zahraniční výzkumy na toto téma jsme nenašli.

Hodnocením dimenzí *obranné mechanismy*, *integrace identity* a *schopnosti testování reality* chceme tedy popsat strukturu osobnosti u jednotlivých typů závislosti, na základě které můžeme předpokládat míru závažnosti osobnostní psychopatologie, a tedy možný výskyt poruchy osobnosti. K tomuto účelu budeme využívat Inventář organizace osobnosti (IPO) spolu s dalšími doplňujícími metodami.

Jako dílčí cíle jsme si stanovili zjistit rozdíl v užívání obranných mechanismů mezi jednotlivými typy závislosti a rozdíl v možném výskytu jednotlivých poruch osobnosti.

Konečně chceme také popsat možné vztahy mezi jednotlivými dotazníky, pomocí nichž chceme ověřit Kernbergův koncept struktury osobnosti.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Pro ověření výzkumného cíle jsme zvolili kvantitativní design. Data jsme získávali pomocí dotazníkové baterie. Administrace probíhala formou tužka-papír.

5.1 Testové metody

Dotazníkovou baterii, která byla ve výzkumu použita, tvořilo celkem 5 metod: 1. Inventář organizace osobnosti (IPO), 2. Mezinárodní dotazník pro poruchy osobnosti (IPDE), 3. Dotazník obranného stylu (DSQ-40), 4. Dotazník hraniční osobnosti (BPQ), 5. Osobnostní inventář pro DSM-V (PID-5). Dotazník PID-5 nebyl použit v rámci našeho výzkumu. Testovým metodám předcházela dotazník pro zjištění anamnestických údajů. Vzhledem k délce testové baterie byly na závěr položeny dvě otázky na motivaci a koncentraci respondenta. Odpovídal se na škále 1-5, kde 1 = vysoká motivace, výborné soustředění a 5 = nízká motivace, nízké soustředění. Při odpovědích 4 a 5 na tyto položky byly dotazníky z výzkumu vyřazeny.

Český překlad metod byl získán od Mgr. Bc. Karla Riegela, Ph.D. Data z dotazníkové baterie budou dále použita pro další výzkumné účely.

5.1.1 Inventář organizace osobnosti (IPO)

Inventory of Personality Organization (IPO) je sebeposuzující metoda vytvořená v roce 1995 O.F. Kernbergem a J.F. Clarkinem. Stojí na teoretickém základě Kernbergovi koncepcí hraniční organizace osobnosti, které jsme se již věnovali v teoretické části. Původní verze dotazníku obsahuje 155 položek. Současná verze má 57 položek, které hodnotí difúzy identity, primitivní obranné mechanismy a testování reality. Na položky se odpovídá pomocí pětibodové škály Likertova typu: 1 = zcela neplatí, 2 = zřídka platí, 3 = někdy platí, 4 = často platí, 5 = vždy platí (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001). Později autoři Ellison & Levy (2012) navrhli 4 faktory, které se liší od původních třech Kernbergových faktorů, nicméně reflektují důležité aspekty organizace osobnosti, které Kernberg definoval. Jsou jimi *nestabilita ve vnímání sebe a ostatních*, *nestabilita v postojích*, *psychóza* a *nestabilita v chování*. V roce 2009 byla také vytvořena revidovaná verze IPO-R (Smits, Vermote, Claes, & Vertommen, 2009).

Metoda IPO neumožňuje rozřazení do Kernbergových úrovní organizace. Na základě dosažených hodnot však můžeme sledovat rozdíly v závažnosti osobnostní psychopatologie. Metodu IPO lze použít jako screeningovou metodu pro strukturované interview organizace osobnosti (Structured Interview of Personality Organization, STIPO).

Tab. č. 4. Popis základních škál metody IPO (Preti et al., 2015)

Základní škály	Popis
Identita	Integrace identity představuje stabilní, flexibilní a realistickou vnitřní zkušenost sebe a ostatních. Difuze identity představuje povrchní a polarizované reprezentace sebe a ostatních. <i>-Mé cíle se neustále mění</i> <i>-Nedokážu vysvětlit změny svého chování</i>
Obranné mechanismy	Obranné mechanismy slouží k zachování integrity jedince. Obranné mechanismy mohou být zralé a flexibilní nebo nezralé a rigidní, které narušují schopnost adaptace. <i>-Lidé mě buď zaplavují láskou, nebo mě opouští</i> <i>-Mám své favority, ktejé nejen obdivuji, ale téměř si je idealizuji</i>
Testování reality	Schopnost rozlišování mezi vnitřní a vnější skutečností <i>-Z nějakého důvodu nikdy nevím, jak se chovat k lidem</i> <i>-Slyším zvuky, o kterých druzí tvrdí, že neexistují</i>

5.1.2 Mezinárodní zkouška pro poruchy osobnosti (IPDE)

International Personality Disorder Examination (IPDE) je metoda, která se skládá z dotazníkového screeningu a rozhovoru. V našem výzkumu jsme využili dotazníkovou formu metody. Metoda byla vytvořena v rámci programu Světové zdravotnické organizace (WHO) a Národního institutu zdraví (NIH) v roce 1988. Semistrukturovaný rozhovor a screeningový dotazník byly původně založeny na diagnostických kritériích manuálů DSM-III-R a MKN-10. S rozvojem nových diagnostických manuálů probíhala také revize položek testu IPDE (Loranger, Janca, & Sartorius, 1997). Autory české verze dotazníku jsou M. Preiss, S. Rothanzlová a L. Krámská. Dotazník je složen z 59 otázek, na které se odpovídá dichotomickou formou ano/ne. Jednotlivé faktory dotazníku jsou vytvořeny na základě klasifikace poruch osobnosti dle manuálu MKN-10. Jsou jimi: paranoidní porucha osobnosti, schizoidní porucha osobnosti, disociální porucha osobnosti, emočně nestabilní porucha osobnosti impulzivního typu, emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu, histriónská porucha osobnosti, anankastická porucha osobnosti, vyhubá porucha osobnosti

a závislá porucha osobnosti. Pokud je skóre v jakékoli škále 3 a více, je zde vysoká pravděpodobnost poruchy osobnosti (Preiss, Rothanzlová, & Krámská, 2006).

5.1.3 Dotazník hraniční osobnosti (BPQ)

Borderline Personality Questionnaire (BPQ) je sebeposuzovací metoda založená na diagnostických kritériích DSM-IV pro hraniční poruchu osobnosti. Obsahuje 80 otázek, které sytí 9 subškál: *Impulzivita, afektivní nestabilita, opuštění, vztahy, self-image, sebevražedné/sebeпоškozující tendence, prázdnota, silný vztek a kvazi-psychotické stavy*. Na otázky se odpovídá dichotomickou formou ano/ne (Poreh et al., 2006). Normy na českou populaci nejsou k dispozici.

5.1.4 Dotazník obranného stylu (DSQ-40)

Defense Style Questionnaire (DSQ-40) je sebeposuzující dotazník obranných stylů. První verzi dotazníku vytvořili v roce 1983 M. Bond a S. Wesley. Dotazník prošel mnoha proměnami. Čtyřiceti položková verze byla vyvinuta autory Andrewsem, Singhem & Bondem (1993). Obsahuje 20 obranných stylů: sublimace, humor, anticipace, suprese, odčinění, pseudoaltruismus, idealizace, reaktivní formace, projekce, pasivní agrese, agování, izolace, devalvace, autistická fantazie, popření, přesun, disociace, štěpení, racionalizace a somatizace. Každá obrana je v dotazníku reprezentována dvěma položkami, na které se odpovídá pomocí devíti bodové škály, kde 1 = hodně nesouhlasím a 9 = hodně souhlasím. Na základě faktorové analýzy byl dotazník rozdělen do 3 faktorů: Obrany zralé, neurotické a nezralé (Andrews, 1989).

Tab. č. 5. Rozdělení obranných mechanismů podle faktorů v DSQ-40

Zralé obrany	sublimace, humor, anticipace, suprese
Neurotické obrany	Odčinění, pseudoaltruismus, idealizace, reaktivní formace
Nezralé obrany	projekce, pasivní agrese, agování, izolace, devalvace, autistická fantazie, popření, disociace, štěpení, racionalizace, somatizace

5.2 Cíle výzkumu a formulace hypotéz

1. *Existují rozdíly v závažnosti osobnostní psychopatologie mezi jednotlivými typy závislostí?*

H1: Existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženými hodnotami v testu IPO a typem závislosti.

Výzkum Jeřábka (2004) a Rentropa et al. (2014) uvažuje o závislosti jako o jednotné osobnostní struktuře. Podle nich tedy není rozdíl ve struktuře osobnosti mezi jednotlivými závislostmi. Starší výzkum Sandella & Bertlinga (1999) ukazuje jemné rozdíly mezi některými typy závislostí. Pro náš výzkum považujeme za významný rozdíl mezi alkoholovými závislostmi a kombinovanými závislostmi alkoholu s jinou drogou. Alkoholové závislosti se nacházely oproti kombinované závislosti na vyšší úrovni osobnostní organizace, zejména na neurotické. Kombinované závislosti se nacházeli především na hraniční a psychotické úrovni. Novější výzkumy, ani výzkumy týkající se patologického hráčství téma jsme nenašli.

H2: Existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženými hodnotami v testu IPDE a typem závislosti.

Podle dřívějších výzkumů můžeme u adiktologických pacientů pozorovat různé komorbidity s poruchami osobnosti (Compton et al., 2007; Trull et al., 2004). Výzkum Granta et al. (2004) ukazuje na téměř dvojnásobnou prevalenci poruch osobnosti u nealkoholových závislostí oproti alkoholové závislosti. U patologického hráčství se nejčastěji vyskytují poruchy osobnosti klastru B, zejména hraniční a antisociální porucha osobnosti (Bagby, Vachon, Bulmash, & Quilty, 2008; Brown, Allen, & Dowling, 2015; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2004; Pietrzak & Petry, 2005).

H3: Existuje statisticky významná souvislost mezi celkovým skóre v testu BPQ a typem závislosti.

BPQ metoda je metoda pro zjišťování kritérií hraniční poruchy osobnosti. Jak již bylo řečeno v předešlé hypotéze, hraniční porucha osobnosti se objevuje u všech typů závislostí (Bagby, Vachon, Bulmash, & Quilty, 2008; Brown, Allen, & Dowling, 2015; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2004; Pietrzak & Petry, 2005; Trull, 2000; Trull, Waudby, & Sher, 2004)

H4: Existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženými hodnotami v testu DSQ-40 a typem závislosti.

Jedinci s alkoholovou závislostí užívají podle výzkumů nejčastěji neurotické obrany. Drogově závislostí naopak užívají převážně primitivní obranné mechanismy (Khosravani, Alvani, & Seidisarouei, 2016; Spáčil, 2018) Stejných výsledků se lze dočíst také ve výzkumu Raketice, Kovacevice, & Djurice (2009). Co se týče patologického hráčství a obranných mechanismů, nenašli jsme žádný odpovídající výzkum na toto téma.

2. Existují rozdíly v závažnosti osobnostní psychopatologie mezi muži a ženami?

H5: Existuje statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v dosažených hodnotách metod IPO, IPDE, BPQ a DSQ-40.

Rozdílem ve struktuře osobnosti mezi muži a ženami se žádný ze zmíněných výzkumů nezabýval. Co se týče prevalence poruch osobnosti, výzkum Granta et al. (2004) zjišťoval rozdíly mezi alkoholovými a nealkoholovými závislostmi. Signifikantní rozdíl mezi muži a ženami byl nalezen pouze u alkoholové závislosti, kde ženy vykazovaly větší prevalenci u obsedantně-kompulzivní, histrionské a antisociální poruchy osobnosti. Podle výzkumu Khosravaniho, Alvaniho & Seidisaroueiho (2016) ženy oproti mužům užívají častěji nezralé a neurotické obranné mechanismy Výzkum Spáčila (2018) však došel k odlišným výsledkům, a to k častějšímu užívání nezralých obranných mechanismů u mužů oproti ženám. Podle koncepce jednotné patologické struktury závislé osobnosti nelze uvažovat o rozdílu mezi muži a ženami. Jednotné dílčí výzkumy rozdíly naznačují, nicméně v nich není jednotnost.

3. Analýza vztahů mezi dotazníky

Nad rámec výzkumných hypotéz chceme také popsat vztahy mezi jednotlivými dotazníky a podpořit tak Kernbergův koncept.

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

6.1 Sběr dat

Sběr dat byl realizován od února roku 2018 do února roku 2019. Výběr respondentů proběhl metodou záměrného účelového výběru. Oslovili jsme celkem 10 institucí, ve kterých probíhá léčba závislostí. Výzkumu se zúčastnilo 8 z oslovených institucí. Jsou jimi: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, Psychiatrická nemocnice v Opavě, Vojenská nemocnice v Olomouci, komunita Fénix v Bílé vodě, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, Psychiatrická nemocnice v Havlíčkově Brodě, Psychiatrická nemocnice v Brně a organizace Darmoděj.

Sběr dat probíhal skupinově za přítomnosti administrátora kvůli případným dotazům. Vyplňování dotazníkové baterie trvalo v průměru 50 minut.

6.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je složen z adiktologických pacientů ve věku 18-65 let bez omezení rasové, náboženské či politické příslušnosti. Podmínkou pro zařazení do výzkumu byla přítomnost závislosti na návykových látkách a patologické hráčství. Pro vyplňování dotazníku byly stanoveny tyto podmínky: stabilizovaný fyzický stav bez vlivu omamné látky, nepřítomnost závažných zdravotních komplikací, které by znesnadnily vyplnění dotazníku, kognitivní schopnosti bez závažného defektu, zachované volní schopnosti, nepřítomnost akutního psychotického onemocnění.

Cílem bylo sesbírat 112 osob. Toto číslo bylo určeno pomocí analýzy síly testu, při stanovené hladině chyby prvního druhu $\alpha = 0,05$ a populační korelací $\rho = 0,03$. Celkově bylo vyplněno 241 dotazníků. Z toho bylo vyřazeno 21 dotazníků kvůli nesprávnému vyplnění nebo nesplnění podmínek pro zařazení do výzkumu. Dále jsme vyřadili také 9 dotazníků, kde byly u otázek k motivaci a soustředění zaškrtnuty hodnoty 4 a 5. Celkem jsme tedy použili 211 dotazníků. Zastoupení v jednotlivých zařízeních vypadá takto: Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze 56 respondentů, Psychiatrická nemocnice v Opavě 30 respondentů, Vojenská nemocnice v Olomouci 9 respondentů, komunita Fénix v Bílé vodě 20 respondentů, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži

59 respondentů, Psychiatrická nemocnice v Havlíčkově Brodě 5 respondentů, Psychiatrická nemocnice v Brně 30 respondentů a organizace Darmoděj 3 respondenti.

Z celkového počtu dotazníků bylo 139 mužů a 72 žen. Průměrný věk respondentů byl 37,71 let se směrodatnou odchylkou $SD \pm 10,73$. U žen byl průměrný věk 40,01 let se směrodatnou odchylkou $SD \pm 10,31$ a u mužů 37,71 let se směrodatnou odchylkou $SD \pm 10,78$. Pro přehlednost charakteristik přikládáme tabulku č. 6.

Tab. č. 6. Charakteristika výběrového souboru

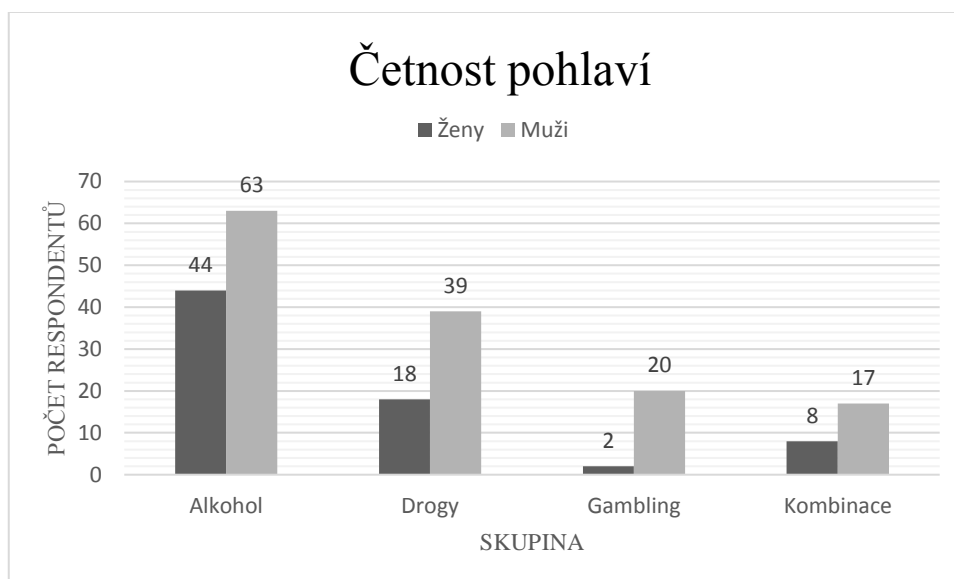
Respondenti	N	Průměrný věk	Min	Max	SD
Celkově	211	37,71	18	61	10,73
Muži	139	36,52	18	61	10,78
Ženy	72	40,01	21	61	10,31

Legenda: SD = směrodatná odchylka

Respondenti byli rozděleni do čtyř skupin podle primární závislosti, se kterou byli aktuálně léčeni. První skupinu tvoří závislost na alkoholu (N = 107), druhou skupinu závislost na drogách (N = 57), třetí skupinu patologické hráčství (N = 22) a čtvrtou skupinu tvoří kombinované závislosti (N = 25). Mezi kombinované závislosti jsou zařazeny tyto kombinace: závislost na alkoholu společně se závislostí na drogách a patologickým hráčství a závislost na alkoholu v kombinaci se závislostí na lécích (sedativa, hypnotika, analgetika, anxiolytika).

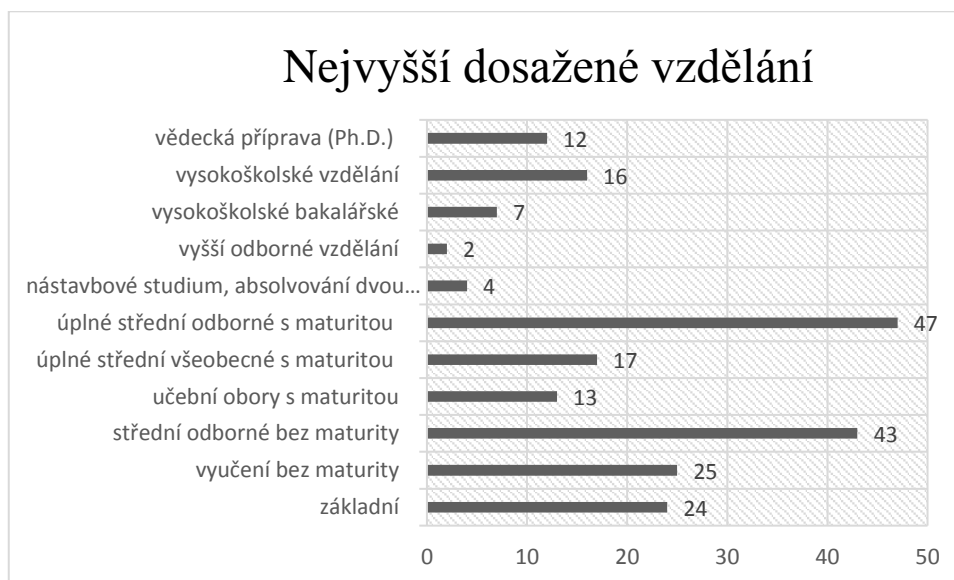
Ve skupině alkoholové závislosti jedinci dosahovali průměrného věku 43,37 let, ve skupině drogově závislých 31,18 let, ve skupině patologického hráčství byl průměrný věk 31,23 let a v poslední skupině kombinovaných závislostí byl průměrný věk 35,08 let. Rozložení mužů a žen v jednotlivých skupinách ukazuje graf č. 1.

Graf č.1. Četnost pohlaví ve skupinách závislostí



Nejvyšší dosažené vzdělání se u výzkumného vzorku vyskytovalo úplné střední odborné s maturitou (N = 47) a střední odborné bez maturity (N = 42). Nejmenší zastoupení bylo naopak u vyššího odborného vzdělání (N = 3). Zajímavé je poměrně četné zastoupení jedinců v Ph.D. studiu (N = 12). Charakteristiku vzdělání ve výzkumném souboru ukazuje graf č. 2.

Graf č. 2. Vzdělání výběrového souboru



V rámci dotazníkové baterie byl zjišťován také rodinný stav, ekonomická situace, výskyt somatického onemocnění a výskyt psychiatrického onemocnění v rodině. Tyto výsledky zde neuvádíme. Zjišťovali jsme také zkušenosti s psychiatrickou léčbou. Celkem 93 respondentů uvádí dřívější zkušenosti s psychiatrickým zařízením.

6.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Při našem výzkumu nebyla porušena etická pravidla pro zacházení s daty, respondenty ani příslušnými metodami. Zapojení do výzkumu bylo dobrovolné. Probandům byl sdělen pravý cíl výzkumu. Byli také informováni o podmínkách a metodách výzkumu a byly jim poskytnuty informace o anonymitě. Respondenti byli evidováni pod číselným kódem. Před zahájením testování probandi podepisovali informovaný souhlas, který přikládáme jako přílohu č.3.

Data byla použita v rámci diplomové práce a budou sloužit k dalším výzkumným účelům.

7 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

V této kapitole se věnujeme práci s daty a ověřování platnosti stanovených hypotéz. Nejdříve se zaměříme na popis zpracování dat a na popisnou statistiku jednotlivých dotazníkových metod.

7.1 Zpracování dat

Hodnoty jednotlivých dotazníků byly převedeny do elektronické podoby a dále zpracovány v programu Microsoft Excel. Ze souboru byly odstraněny dotazníky s chybějícími hodnotami a nesprávně vyplněné dotazníky.

Analýza dat probíhala ve statistickém programu Statistica 13. Vnitřní konzistenci jsme zjišťovali pomocí koeficientu Cronbachova alfa. Pro srovnání rozdílů mezi skupinami závislostí jsme používali mnohočetnou analýzu rozptylu MANOVA a následně jsme data podrobili analýze rozptylu ANOVA. Pro srovnání rozdílů mezi muži a ženami jsme použili Hotellingův test. Výsledky jsme pro větší přehlednost doplnili grafy. Pro analýzu vztahů mezi dotazníky jsme použili test Pearsonových korelací a Spearmanových korelací.

7.1.1 Popisná statistika dotazníku IPO

Dotazník IPO byl standardizován na americké populaci se vzorkem 249 osob. U škály difuze identity naměřili průměrnou hodnotu $M = 51,68$ se směrodatnou odchylkou $SD \pm 11,35$. U škály primitivní obrany naměřili průměrnou hodnotu $M = 36,25$ se směrodatnou odchylkou $SD \pm 7,91$ a u škály testování reality průměrnou hodnotu $M = 38,46$ se směrodatnou odchylkou $SD \pm 9,76$. Vnitřní konzistence škál na základě Cronbachovy alfy se pohybovaly mezi 0,81 a 0,88 (Lenzenweger et al., 2001). Naše naměřené hodnoty uvádíme v tabulce č. 7.

Tab. č. 7. Popisná statistika IPO

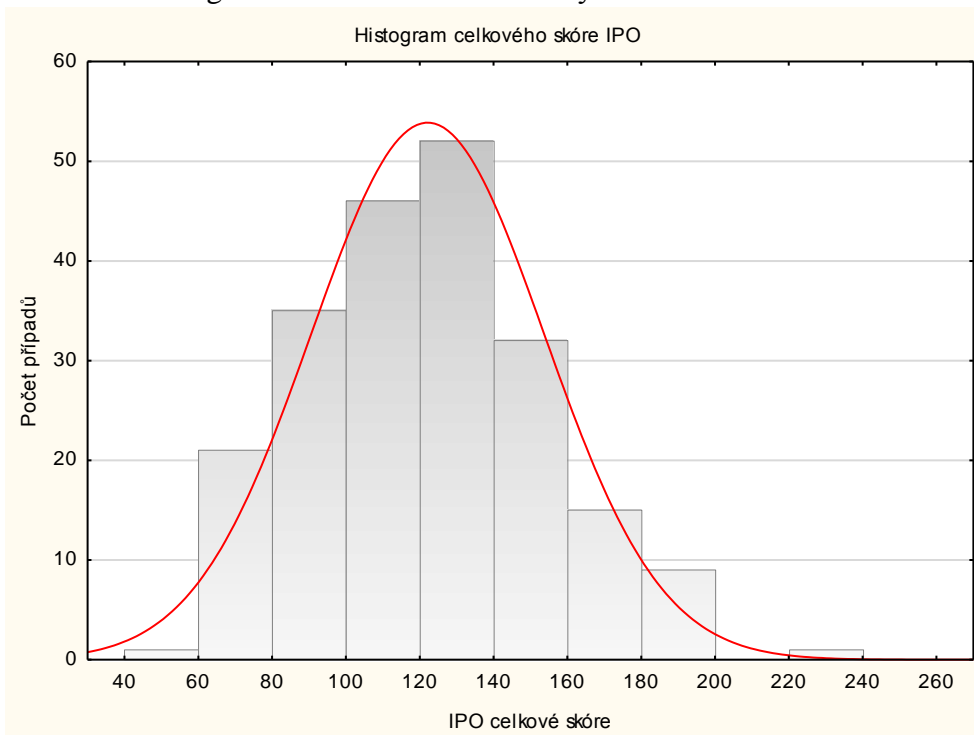
	M	SD	Min	Max	α
Difuze identity	46,35	15,75	4	84	0,89
Primitivní obrany	35,30	11,23	1	88	0,83
Testování reality	36,07	12,18	9	59	0,85
Celkové skóre	121,70	31,40	59	224	0,95

Legenda: M = průměr, SD = směrodatná odchylka, α = cronbachova alfa

Vnitřní konzistence celkového skóre vychází vysoká ($\alpha = 0,95$). Poměrně vysokou konzistenci můžeme sledovat také u jednotlivých subškál.

Graf č. 3 ukazuje, že hodnoty celkového skóre metody IPO připomínají normální rozdělení. Uvádíme zde pouze histogram celkového skóre metody IPO, protože se jedná o klíčovou metodu v našem výzkumu. U ostatních metod histogrami normálního rozdělení neuvádíme.

Graf č. 3. Histogram celkového skóre metody IPO



7.1.2 Popisná statistika dotazníku IPDE

IPDE metoda je přeložená do českého jazyka, standardizace metody však na české populaci neproběhla. Normy byly provedeny na vzorku 716 pacientů v zařízení v Rakousku, Anglii, Německu, Indii, Japonsku, Keni, Lucembursku, Holandsku, Norsku, Švýcarsku a Spojených státech. Mezitřídní reliabilita u jednotlivých kategorií podle MKN-10 se pohybuje od 0,73 po 0,91. Tato reliabilita byla stanovená na rozhovoru IPDE (Loranger et al., 1997). My jsme stanovovali reliabilitu pomocí Cronbachovy alfy.

Tab. č. 8. Popisná statistika IPDE

	M	SD	Min	Max	Šikmost	α
Paranoidní	2,63	1,55	0	7	0,33	0,47
Schizoidní	2,83	1,60	0	8	0,39	0,40
Disociální	1,97	1,41	0	6	0,41	0,37
Emočně nestabilní						
<i>Impulzivní typ</i>	2,37	1,34	0	5	0,17	0,43
<i>Hraniční typ</i>	2,18	1,41	0	5	0,22	0,49
Histriónská	2,43	1,39	0	6	0,40	0,33
Anankastická	3,14	1,66	0	8	0,32	0,38
Anxiózní	2,91	1,63	0	6	0,04	0,57
Závislá	2,40	1,65	0	3	0,21	0,60

Legenda: M = průměr, SD = směrodatná odchylka, α = cronbachova alfa

Na základě tabulky můžeme říci, že reliabilita jednotlivých kategorií je velice nízká. I přes tyto výsledky celková vnitřní konzistence testu je $\alpha = 0,82$. Vysvětlujeme si to tím, že screeningový dotazník slouží ke zhodnocení možné poruchy osobnosti společně s rozhovorem, který je hlavní metodou IPDE. I přes tyto výsledky jsme se rozhodli tuto metodu nevyřadit a použít ji jako podporu pro ostatní metody. Při interpretaci je však nutno k tomuto faktu přihlídnout.

7.1.3 Popisná statistika dotazníku BPQ

Metoda BPQ není standardizována na českou populaci. Poreh et al. (2006) vytvořily normy pro anglickou, americkou a australskou populaci. Zde uvádíme normy pro anglickou populaci, které jsou popsány v tabulce č. 10. Jako důkaz reliability je zde uvedena Kuder-Richardsonova formule KR-20.

Tab. č. 10. Popisná statistika BPQ podle Poreha et al. (2006)

	M	SD	Šikmost	KR-20
Impulzivita	2,34	1,93	0,79	0,65
Afektivní nestabilita	4,30	3,00	0,33	0,83
Opuštěnost	1,39	1,70	1,61	0,70
Vztahy	2,00	2,15	1,04	0,79
Self-image	2,55	2,21	0,99	0,76
Sebevražedné/sebepoškozující tendence	0,98	1,59	1,58	0,81
Prázdnota	2,34	2,37	1,24	0,80
Silný vztek	2,74	2,82	0,97	0,85
Kvazi-psychotické stavy	2,26	1,65	0,53	0,62
Celkové skóre	20,84	12,37	0,71	0,92

Legenda: M = průměr, SD = směrodatná odchylka

V tabulce č. 11 uvádíme naši popisnou statistiku této metody. Jako hodnotu reliability uvádíme Cronbachovu alfu.

Tab. č. 11. Popisná statistika BPQ

	M	SD	Min	Max	Šikmost	α
Impulzivita	3,75	1,84	0	9	0,09	0,53
Afektivní nestabilita	5,37	3,06	0	10	-0,08	0,84
Opuštěnost	2,34	2,22	0	9	1,02	0,74
Vztahy	3,15	2,34	0	8	0,44	0,76
Self-image	3,33	2,48	0	9	0,42	0,77
Sebevražedné/sebepoškozující tendence	1,9	2,07	0	7	1,03	0,81
Prázdnota	3,72	2,85	0	10	0,54	0,82
Silný vztek	3,41	3,22	0	10	0,61	0,88
Kvazi-psychotické stavy	2,79	1,59	0	7	0,39	0,44
Celkové skóre	29,91	14,98	0	69	14,98	0,94

Legenda: M = průměr, SD = směrodatná odchylka, α = cronbachova alfa

Vnitřní konzistence všech položek je $\alpha = 0,94$, což považujeme za uspokojující. Škály *impulzivita* a *kvazi-psychotické stavy* mají vnitřní konzistenci nejnižší ze všech škál jako je tomu i u původního vzorku.

7.1.4 Popisná statistika dotazníku DSQ-40

Saint-Martin et al. (2013) popsali psychometrické vlastnosti dotazníku DSQ-40. Data byla sesbírána na poněkud nereprezentativním vzorku 201 francouzských studentek psychologie. Podle jeho výsledků byla vnitřní konzistence nezralých obranných mechanismů $\alpha = 0,60$,

zralých obranných mechanismů $\alpha = 0,47$ a neurotických obranných mechanismů $\alpha = 0,42$. Standardizaci na českou populaci prováděla Červenková (2005) v rámci své diplomové práce. Ve výzkumném vzorku bylo zahrnuto 112 studentů psychologie. Vnitřní konzistence v této práci vycházela u nezralých obranných mechanismů $\alpha = 0,71$, zralých obranných mechanismů $\alpha = 0,53$ a u neurotických obranných mechanismů $\alpha = 0,61$. Popisnou statistiku na základě našeho souboru přikládáme v tabulce č.9.

Tab. č. 9. Popisná statistika DSQ-40

	M	SD	Min	Max	Šikmost
Pseudoaltruismus	10,16	3,39	2	18	-0,34
Suprese	9,65	3,49	2	18	-0,01
Sublimace	10,58	3,83	2	18	-0,10
Racionalizace	11,48	3,30	2	18	-0,25
Humor	12,51	3,49	2	18	-0,48
Projekce	7,94	3,47	2	16	0,14
Reaktivní formace	8,90	3,56	2	18	0,08
Popření	7,17	3,52	2	17	0,39
Dissociace	6,07	3,29	2	17	0,52
Devaluace	7,44	2,99	2	15	-0,05
Agování	9,38	4,02	2	18	0,09
Somatizace	8,80	3,68	2	18	0,08
Autistická fantazie	7,35	4,24	2	18	0,40
Štěpění	9,43	4,11	2	18	-0,05
Idealizace	8,78	4,27	2	18	0,06
Pasivní agrese	7,92	3,66	0	18	0,18
Anticipace	10,91	3,32	0	18	-0,43
Přesunutí	8,01	3,46	0	16	0,10
Odčinění	9,21	3,44	0	18	-0,46
Izolace	8,63	4,08	0	18	0,06

Legenda: M = průměr, SD = směrodatná odchylka

Stejně jako v předešlých výzkumech jsme stanovili vnitřní konzistenci pro jednotlivé skupiny obran. Vnitřní konzistence nezralých obranných mechanismů vyšla $\alpha = 0,67$, zralých obranných mechanismů $\alpha = 0,59$ a neurotických obranných mechanismů $\alpha = 0,61$. Tyto výsledky se blíží výsledkům z předešlých výzkumů. Tyto výsledky reliability však nejsou uspokojující. Bude k tomu přihlédnuto při interpretaci výsledků.

7.2 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

V této kapitole se věnujeme ověření stanovených hypotéz. Kapitulu rozdělujeme na dvě části. Nejdříve se věnujeme výzkumným otázkám, které jsme si stanovili. Následně se zaměřujeme na popis analýzy vztahů mezi dotazníky.

7.2.1 Rozdíl mezi jednotlivými typy závislosti

H1: Existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženými hodnotami v testu IPO a typem závislosti.

Pro ověření hypotézy jsme použili mnohočetnou analýzu rozptylu MANOVU. Normální rozdělení bylo ověřeno pomocí histogramu reziduí, který připomínal normální rozdělení. Shoda rozptylů byla prokázána pomocí Boxova M-testu, předpokládáme tedy naplněnou podmínku pro homoskedasticitu. Stanovená hladina významnosti je $p < 0,05$.

Tab. č. 12 Hodnoty na škálách IPO podle skupiny závislosti

	Alkohol (N = 107) M (SD)	Drogy (N = 57) M (SD)	Gamblerství (N = 22) M (SD)	Kombinace (N = 25) M (SD)
Dífuze identity	45,01 (11,14)	47,14 (14,67)	55,22 (13,92)	56,40 (13,92)
Primitivní obrany	34,42 (8,36)	36,46 (10,62)	40,36 (9,15)	42,04 (7,80)
Testování reality	34,65 (9,31)	38,14 (12,71)	40,32 (9,80)	44,24 (13,19)
Celkové skóre	114,13 (26,13)	121,74 (35,63)	135,91 (29,75)	142,68 (31,56)

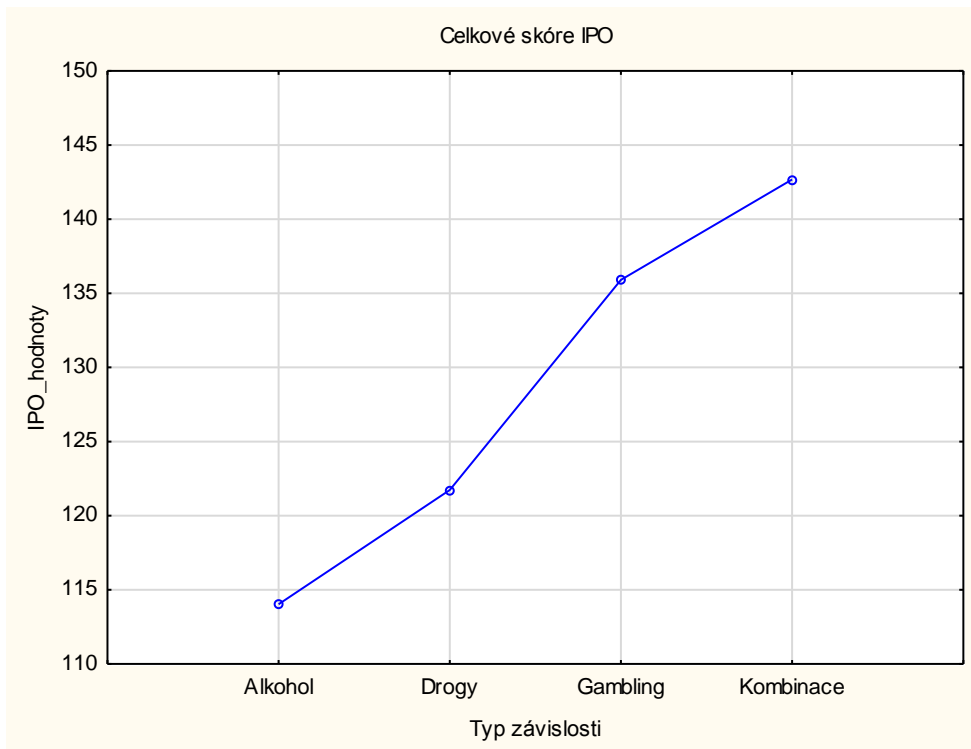
Legenda: M = průměr, SD = směrodatná odchylka

Tab. č. 13. Report MANOVA

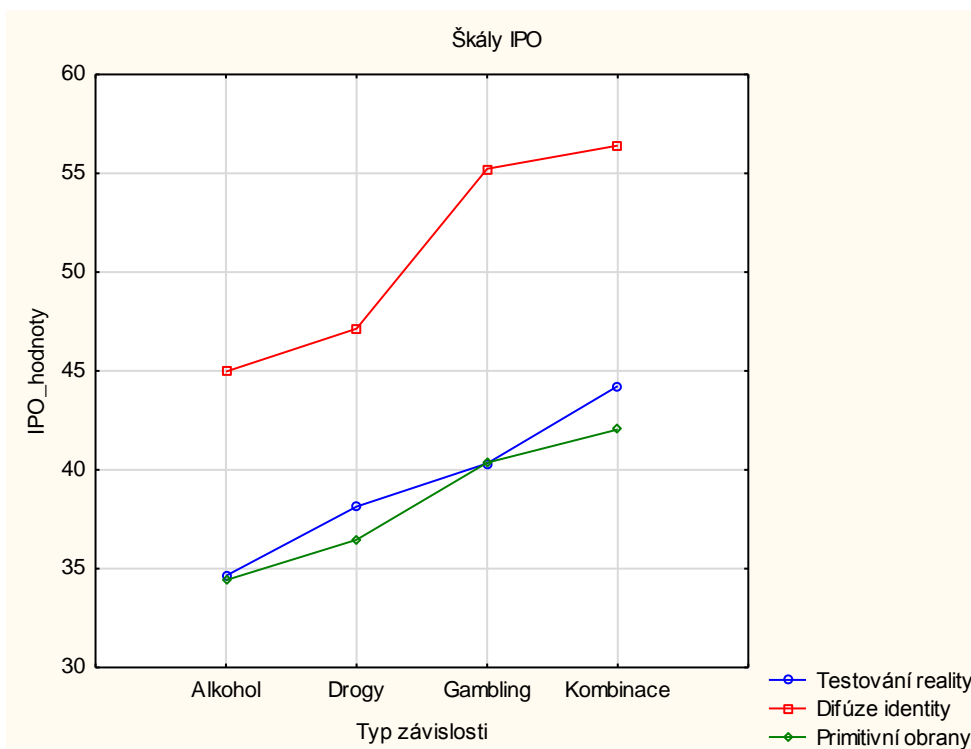
	Wilksova lambda λ	SV	F	p
Typ závislosti	0,87	9	3,18	0,0009

Na základě výsledků z mnohočetné analýzy rozptylů lze nalézt signifikantní vztah mezi typem závislosti a skóry dosaženými v inventáři IPO. Rozdíly mezi skupinami závislosti a dosaženými hodnotami můžeme vidět na grafech č. 4 a 5.

Graf č. 4. Rozdíl v celkovém skóre IPO mezi typy závislostí



Graf č. 5. Rozdíly na škálách IPO mezi typy závislostí



Na grafech můžeme vidět stoupající tendenci mezi jednotlivými skupinami. Největší rozdíl lze pozorovat na škále *difúze identity*. Skupina alkoholové závislosti dosahuje nejnižších

hodnot na všech škálách metody IPO oproti ostatním skupinám. Kombinované závislosti dosahují naopak hodnot nejvyšších.

Pro potvrzení vztahu mezi skóry v metodě IPO a typem závislosti jsme podrobili všechny škály analýze rozptylu.

Tab. č. 14. Report ANOVA

	SČ	PČ	SV	F	p
Difuze identity	2193,67	731,22	3	6,19	0,0000
Primitivní obrany	3912,27	1304,09	3	7,98	0,0004
Testování reality	1556,57	518,86	3	6,33	0,0005
Celkové skóre	21572,04	7190,68	3	8,02	0,0000

Podle Tuckyho post-hoc testu pro nestejná N vyšly signifikantní kontrasty mezi skupinou alkoholově závislých a mezi kombinací závislostí, a to na všech škálách (difuze identity $p < 0,01$; primitivní obrany $p < 0,01$; testování reality $p < 0,01$; celkové skóre $p < 0,00$). Na škále difúze identity byl nalezen signifikantní rozdíl také mezi skupinou alkoholově závislých a patologickými hráči ($p < 0,04$). Mezi skupinou alkoholově závislých a drogově závislých nebyl nalezen žádný signifikantní rozdíl.

Na základě výsledků **H1 přijímáme.**

H2: Existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženými hodnotami v testu IPDE a typem závislosti.

Pro ověření hypotézy jsme použili opět mnohočetnou analýzu rozptylu MANOVU. Normální rozdělení bylo ověřeno pomocí histogramu reziduí, který připomínal normální rozdělení. Shoda rozptylů byla prokázána pomocí Boxova M-testu, předpokládáme tedy naplněnou podmínku pro homoskedasticitu. Stanovená hladina významnosti je $p < 0,05$.

Tab. č. 15. Hodnoty na škálách IPDE podle skupiny závislosti

	Alkohol (N = 107) M (SD)	Drogy (N = 57) M (SD)	Gamblerství (N = 22) M (SD)	Kombinace (N = 25) M (SD)
Paranoidní	2,34 (1,52)	2,89 (1,46)	2,64 (1,53)	3,28 (1,70)
Schizoidní	2,59 (1,45)	3,05 (1,72)	2,73 (1,67)	3,28 (1,62)
Disociální	1,56 (1,36)	2,56 (1,50)	2,14 (1,28)	2,24 (1,01)
Emočně nestabilní				
<i>Impulzivní typ</i>	2,00 (1,21)	2,77 (1,34)	3,18 (1,30)	2,44 (1,36)
<i>Hraniční typ</i>	1,95 (1,36)	2,12 (1,36)	2,91 (1,38)	2,60 (1,50)
Histriónská	2,11 (1,32)	2,70 (1,35)	2,86 (1,58)	2,80 (1,41)
Anankastická	3,07 (1,71)	3,09 (1,62)	3,28 (1,70)	3,40 (1,58)
Vyhýbavá	2,71 (1,51)	2,63 (1,73)	3,59 (1,56)	3,68 (1,63)
Závislá	2,26 (1,59)	2,04 (1,06)	3,05 (1,73)	3,20 (1,63)

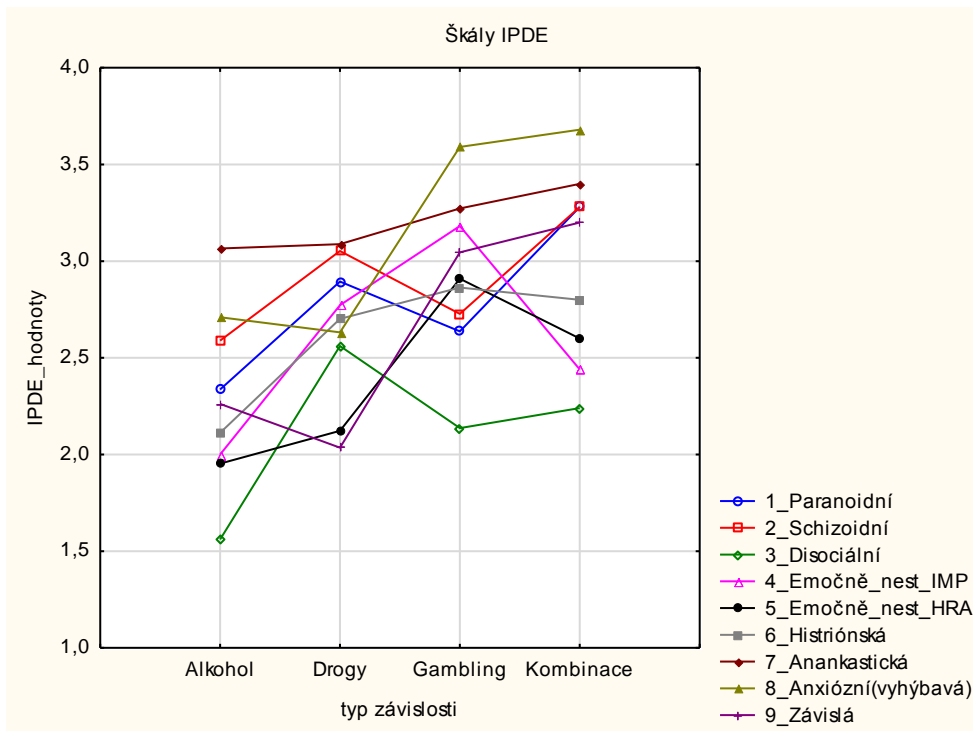
Legenda: M = průměr, SD = směrodatná odchylka

Tab. č. 16. Report MANOVA

	Wilksova lambda λ	SV	F	p
Typ závislosti	0,71	27	2,63	0,0000

Výsledky mnohočetné analýzy rozptylu ukazují signifikantní vztah mezi typem závislosti a výsledky v testu IPDE. Rozdíly u jednotlivých typů závislostí vidíme na grafu č. 6.

Graf č. 6. Rozdíly na škálách IPDE mezi typy závislostí



Na grafu můžeme sledovat rozdíly u jednotlivých poruch osobnosti. Nejvýraznější jsou rozdíly u disociální poruchy osobnosti a emočně nestabilní poruchy osobnosti impulzivního typu. Zajímavé jsou také výsledky u vyhýbavé a závislé poruchy osobnosti. Skupina patologického hráčství a kombinované závislosti vykazují vyšší výsledky oproti alkoholovým a drogovým závislostem, a to s hodnotami přesahujícími kritickou hranici tří bodů. Tato hranice je nejčastěji překročena u kombinovaných závislostí a patologického hráčství.

Pro potvrzení vztahu mezi typem závislosti a hodnotami v dorazníku IPDE jsme data podrobili analýze rozptylu.

Tab. č. 17 Report ANOVA

	SČ	PČ	SV	F	p
Paranoidní	23,78	7,93	3	3,39	0,0189
Schizoidní	14,26	4,75	3	1,93	0,1259
Disociální	40,29	13,43	3	7,32	0,0001
Emočně nestabilní					
<i>Impulzivní typ</i>	38,44	12,81	3	7,91	0,0000
<i>Hraniční typ</i>	21,79	7,26	3	3,81	0,0110
Histriónská	22,58	7,53	3	4,02	0,0082
Anankastická	2,82	0,94	3	0,34	0,7989
Vyhýbavá	33,67	11,22	3	4,43	0,0048
Závislá	34,79	11,60	3	4,47	0,0046

Podle analýzy rozptylu vyšly signifikantní výsledky u paranoidní, disociální, emočně nestabilní (impulzivní i hraniční typ), histriónské, vyhýbavé a závislé poruchy osobnosti. Podle Tuckyho post-hoc testu pro nestejná N vyšly signifikantní kontrasty u disociální poruchy osobnosti mezi skupinou alkoholově závislých a drogově závislých ($p < 0,00$). Dále vyšly signifikantní kontrasty u impulzivního typu emočně nestabilní poruchy osobnosti mezi alkoholově závislými a drogově závislými ($p < 0,01$) a mezi alkoholově závislými a patologickým hráčstvím ($p < 0,01$).

Na základě výsledků **H2 přijímáme**. Při interpretaci však musíme přihlédnout k nízké vnitřní konzistenci metody IPDE.

H3: Existuje statisticky významná souvislost mezi celkovým skórem v testu BPQ a typem závislosti.

Kvůli narušení podmínky normálního rozdělení u některých škál metody BPQ jsme nemohli podrobit data mnohočetné analýze rozptylu. Rozhodli jsme se tedy do hypotézy zahrnout pouze celkové skóre metody BPQ. Data jsme podrobili analýze rozptylu. Normální rozdělení bylo ověřeno pomocí Kolmogorov-Smirnova testu a podmínka o shodě rozptylů pomocí Leveneova testu, který vyšel nesignifikantní. Stanovená hladina významnosti je $p < 0,05$.

Tab. č. 18. Hodnoty na škálách BPQ podle skupiny závislosti

	Alkohol (N=107) M (SD)	Drogy (N=57) M (SD)	Gamblerství (N=22) M (SD)	Kombinace (N=25) M (SD)
Impulzivita	3,19 (1,61)	4,77 (1,67)	2,86 (1,64)	4,60 (2,21)
Afektivní nestabilita	4,73 (2,80)	5,47 (3,38)	6,23 (2,86)	6,68 (3,01)
Opuštěnost	1,81 (1,82)	2,75 (2,39)	2,68 (2,48)	3,04 (2,46)
Vztahy	3,50 (2,26)	4,04 (2,23)	3,50 (2,26)	4,40 (2,31)
Self-image	2,84 (2,64)	3,19 (2,36)	4,23 (2,60)	4,68 (2,75)
Sebevražedné/sebepoškozující tendence	1,40 (1,73)	2,39 (2,19)	2,18 (2,06)	2,40 (2,60)
Prázdnota	3,08 (2,58)	3,51 (2,65)	5,05 (2,90)	5,24 (3,28)
Silný vztek	2,66 (2,75)	4,19 (3,51)	4,41 (3,50)	3,68 (3,31)
Kvazi-psychotické stavy	2,61 (1,51)	2,93 (1,73)	2,91 (1,54)	2,84 (1,40)
Celkové skóre	24,77 (23,7)	33,25 (15,16)	34,05 (14,60)	37,56 (16,64)

Legenda: M = průměr, SD = směrodatná odchylka

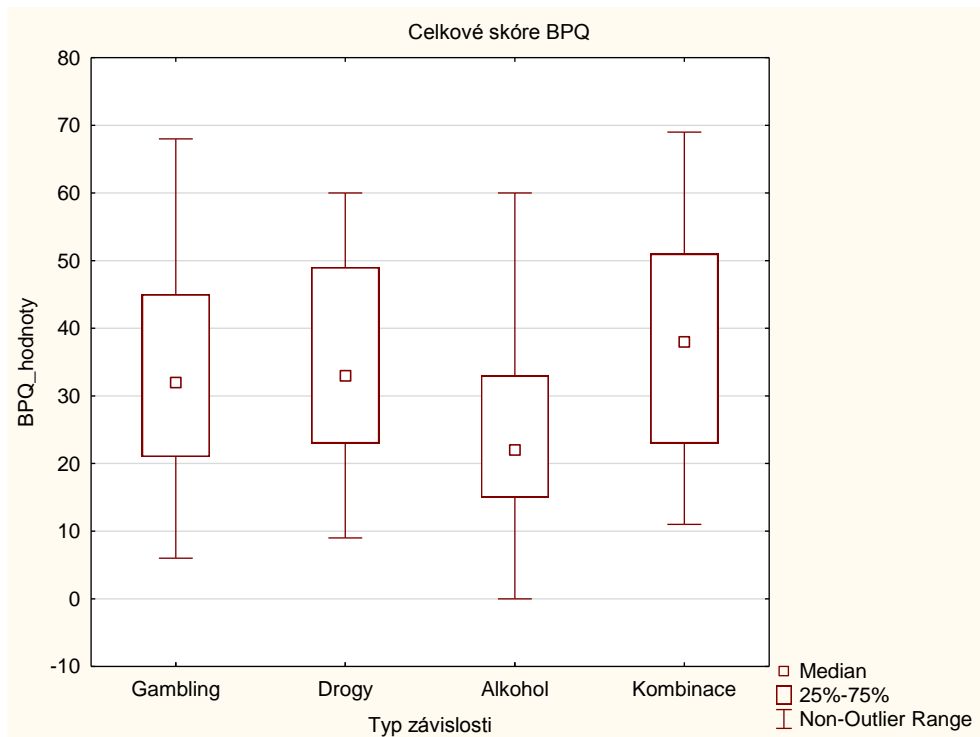
Tab. č. 19. Report ANOVA

	SČ	PČ	SV	F	p
BPQ_celkové	5224,42	1741,47	3	8,95	0,0001

Podle Tuckeyho post-hoc testu pro nestejná N vyšly signifikantní rozdíly mezi alkoholovou a drogovou závislostí ($p < 0,01$) a mezi alkoholovou a kombinovanou závislostí ($p < 0,01$).

Na základě stanovené hranice signifikantnosti **H3 přijímáme**. Na grafu č. 7 můžeme vidět rozdíly mezi jednotlivými skupinami závislostí.

Graf č. 7. Rozdíl v celkovém skóre BPQ mezi typy závislostí



H4: Existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženými hodnotami v testu DSQ-40 a typem závislosti.

Pro tuto hypotézu jsme jednotlivé obrany dotazníku DSQ-40 rozdělili na tři skupiny obran (*zralé obrany*, *neurotické obrany*, *nezralé obrany*) a tyto skupiny jsme podrobili mnohočetné analýze rozptýlu. Normální rozdělení bylo ověřeno pomocí histogramu reziduí, který připomínal normální rozdělení. Shoda rozptýlů byla prokázána pomocí Boxova M-testu, předpokládáme tedy naplněnou podmínku pro homoskedasticitu. Stanovená hladina významnosti je $p < 0,05$. Pro lepší přehlednost uvádíme hodnoty u jednotlivých obran.

Tab. č. 20. Hodnoty na škálách DSQ-40 podle skupiny závislosti

	Alkohol (N=107) M (SD)	Drogy (N=57) M (SD)	Gamblerství (N=22) M (SD)	Kombinace (N=25) M (SD)
Pseudoaltruismus	10,11 (3,38)	10,05 (3,48)	9,59 (3,62)	10,92 (3,01)
Suprese	9,11 (3,28)	10,05 (3,73)	11,36 (3,86)	9,80 (2,97)
Sublimace	11,44 (3,81)	9,74 (3,62)	9,41 (4,57)	10,16 (3,08)
Racionalizace	11,37 (3,04)	11,07 (3,76)	12,09 (3,76)	10,96 (3,90)
Humor	12,61(3,27)	12,28 (3,87)	12,64 (4,11)	12,36 (3,05)
Projekce	7,48 (3,17)	7,51 (3,24)	10,05 (3,24)	8,48 (3,19)
Reaktivní formace	8,79 (23,40)	9,09 (3,78)	9,14 (3,83)	8,60 (3,72)
Popření	6,27 (3,20)	8,47 (3,72)	8,36 (3,16)	7,24 (3,62)
Dissociace	5,38 (2,77)	7,30 (3,71)	5,68 (3,63)	6,68 (3,35)
Devaluace	6,92 (2,80)	8,32 (3,14)	8,32 (3,48)	7,00 (2,36)
Agování	8,20 (3,72)	10,53 (4,02)	10,68 (4,37)	10,24 (3,50)
Somatizace	8,54 (3,34)	8,18 (3,92)	10,14 (4,25)	9,52 (3,47)
Autistická fantazie	6,75 (4,20)	7,42 (4,36)	8,64 (4,97)	8,36 (3,32)
Štěpění	8,95 (3,80)	9,28 (4,75)	10,27 (4,18)	10,92 (3,41)
Idealizace	8,19 (4,31)	9,35 (4,24)	8,64 (4,69)	10,16 (7,12)
Pasivní agrese	7,32 (3,43)	8,26 (3,93)	7,50 (3,31)	10,28 (3,45)
Anticipace	10,83 (10,40)	10,86 (3,50)	11,45 (2,32)	10,56 (3,29)
Přesunutí	7,34 (3,32)	8,28 (3,83)	7,72 (2,35)	10,48 (3,06)
Odčinění	8,75 (3,42)	9,44 (3,36)	10,27 (3,68)	9,64 (3,41)
Izolace	9,65 (3,80)	9,21 (4,16)	10,05 (4,45)	10,08 (4,10)
Nezralé obrany	95,03 (21,09)	105,40 (25,03)	107,36 (23,29)	110,04(13,94)
Neurotické obrany	35,51 (9,14)	38,28 (10,31)	39,41 (11,16)	41,08 (8,79)
Zralé obrany	41,46 (7,77)	41,74 (9,40)	45,23 (11,16)	41,32 (5,62)

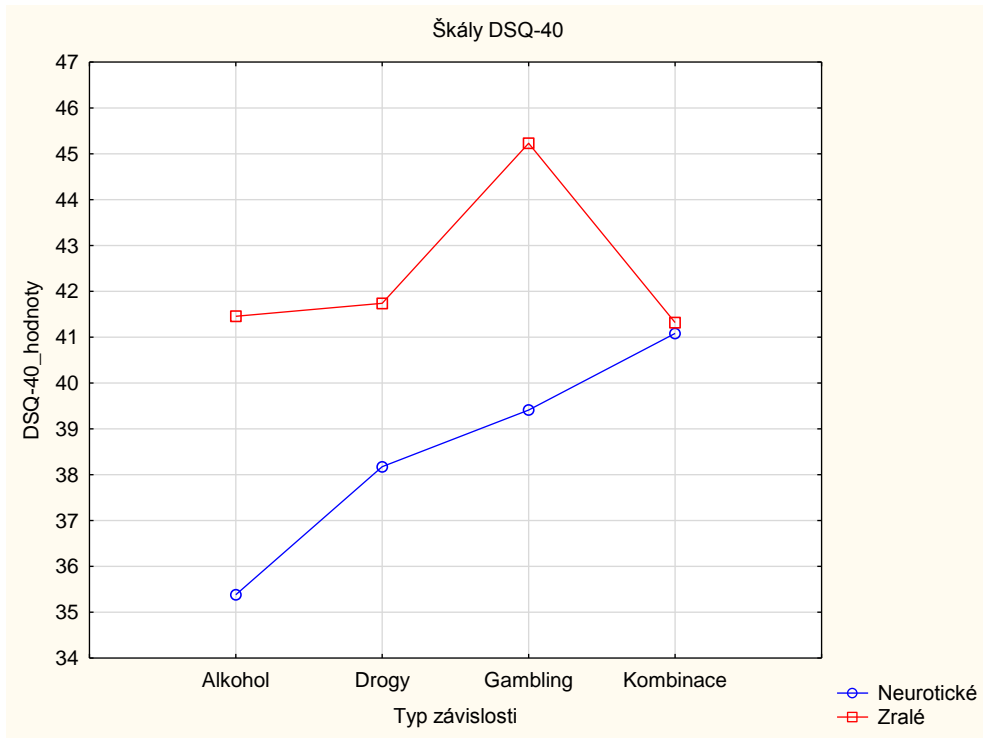
Legenda: M = průměr, SD = směrodatná odchylka

Tab. č. 21. Report MANOVA

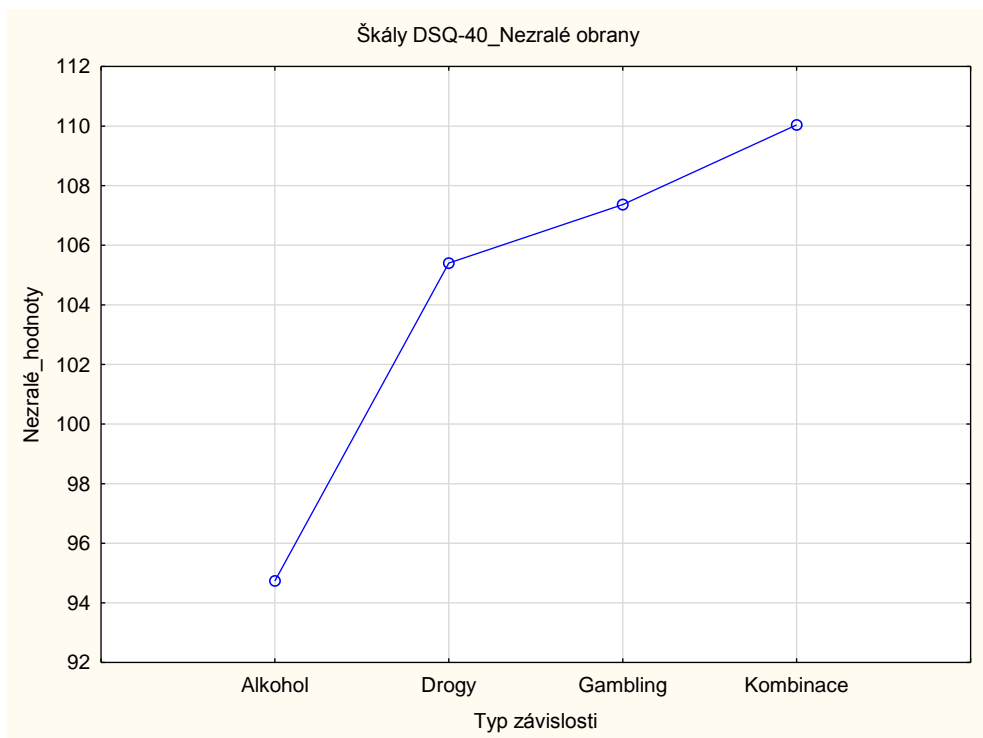
	Wilksova lambda λ	SV	F	p
Typ závislosti	0,88	9	2,87	0,0025

Výsledky mnohočetné analýzy rozptylu ukazují signifikantní vztah mezi typem závislosti a hodnot v testu DSQ-40. Rozdíly u jednotlivých typů závislostí v užívání obranných mechanismů vidíme na grafu č. 9.

Graf č. 8. Rozdíly u neurotických a zralých obran DSQ-40 mezi typy závislostí



Graf č. 9. Rozdíly u nezralých obran DSQ-40 mezi typy závislostí



Na grafech č. 8 a 9 je patrný rozdíl u jednotlivých typů závislostí. U nezralých obranných mechanismů je vidět vzestupná tendence od alkoholových závislostí po drogovou závislost, gambling a kombinované závislosti. Zajímavý je výsledek u zralých obranných

mechanismů, kde pozorujeme nejvyšší četnost u patologického hráčství oproti ostatním skupinám.

Tab. č. 22. Report ANOVA

	SČ	PČ	SV	F	p
Nezralé obrany	8154,65	2718,218	3	5,70	0,0011
Neurotické obrany	884,90	1295,00	3	3,13	0,0298
Zralé obrany	274,04	91,35	3	1,40	0,2177

Podle Scheffeho post-hoc testu vyšel na hladině významnosti $p < 0,05$ signifikantní rozdíl u nezralých obranných mechanismů mezi alkoholovou a drogovou závislostí ($p < 0,03$) a mezi alkoholovou a kombinovanou závislostí ($p < 0,02$).

Na základě stanovené hladiny významnosti **H4 přijímáme**. Při interpretaci výsledků je důležité přihlídnout k nízké vnitřní konzistenci u skupin obranných mechanismů.

7.2.2 Rozdíl mezi muži a ženami

H5: Existuje statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v dosažených hodnotách metod IPO, DSQ-40, IPDE a BPQ.

Pro tuto hypotézu byli probandi rozděleni do skupin dle pohlaví. Ženy s četností $N = 71$ a muži s četností $N = 138$. Pro potvrzení této hypotézy jsme si stanovili podmínku nalezení minimálně jednoho signifikantního rozdílu u každého testu. Pro ověření hypotézy jsme použili Hotellingův test. Normální rozdělení bylo ověřeno pomocí histogramu reziduí, který připomínal normální rozdělení. Shoda rozptylů byla prokázána pomocí Boxova M-testu, předpokládáme tedy naplněnou podmínku pro homoskedasticitu. Stanovená hladina významnosti je $p < 0,05$.

Výsledek Hotellingova testu je **T2=17,60 F=0,95 a $p < 0,51$** .

Tab. č. 23. Report Hottelingův test

	Muži (N = 138) M (SD)	Ženy (N = 71) M (SD)	SV	t	p
IPO					
Testování reality	37,04 (10,42)	37,44 (12,56)	207	0,24	0,6641
Difuze identity	47,71 (13,28)	48,00 (13,37)	207	0,15	0,7790
Primitivní obrany	36,48 (9,37)	36,27 (9,42)	206	-0,16	0,9140
Celkové	121,25 (30,89)	121,70 (31,85)	207	0,10	0,8120
DSQ					
Nezralé	102,09 (21,61)	98,65 (24,31)	207	-1,09	0,2942
Neurotické	36,96 (9,65)	38,03 (10,28)	207	-0,58	0,4556
Zralé	42,64 (9,10)	40,21 (7,32)	207	-2,10	0,0369
BPQ					
celkové	29,30 (14,67)	30,15 (7,35)	207	0,40	0,6107
IPDE					
Paranoidní	2,69 (1,56)	2,42 (1,44)	207	-1,19	0,2886
Schizoidní	2,78 (1,57)	2,85 (1,70)	207	0,27	0,7382
Disociální	2,04 (1,43)	1,79 (1,36)	207	-1,21	0,2617
Emočně nestabilní					
<i>Impulzivní typ</i>	2,41 (1,32)	2,30 (1,35)	207	-0,57	0,5407
<i>Hraniční typ</i>	2,08 (1,39)	2,32 (1,43)	207	1,19	0,2028
Histriónská	2,34 (1,40)	2,58 (1,38)	207	1,17	0,3022
Anankastická	3,15 (1,77)	3,04 (1,42)	207	-0,45	0,6287
Vyhýbavá	2,86 (1,64)	2,96 (1,62)	207	0,43	0,5633
Závislá	2,25 (1,65)	2,61 (1,63)	207	1,47	0,4556

Na základě stanovené podmínky **H5 nelze přijmout**. Signifikantní rozdíl nacházíme pouze u užívání zralých obranných mechanismů.

7.2.3 Analýza vztahů mezi dotazníky

Nad rámec námi stanovených hypotéz chceme analyzovat možné vztahy mezi použitými dotazníky. Zajímají nás zejména korelace s metodou IPO, které by podpořili Kernbergův koncept.

Analýza celkového skóre dorazníku IPO a dotazníku IPDE

V tabulce č. 24 uvádíme výsledky Pearsonových korelací celkového skóre dotazníku IPO a jednotlivých poruch osobnosti na základě výsledků v dotazníku IPDE. Stanovená hladina významnosti je $p < 0,05$. Z výsledků je patrná korelace mezi všemi poruchami osobnosti podle dotazníku IPDE a celkovým skóre v dotazníku IPO. Nejsilnější korelace se objevuje u závislé poruchy osobnosti a u hraniční poruchy osobnosti. Čím vyšší jsou hodnoty v dotazníku IPO, tím vyšších hodnot jedinci dosahují v dotazníku IPDE. Korelace mezi jednotlivými škálami dotazníku IPO a dotazníku IPDE přikládáme v příloze.

Tab. č. 24. Výsledky Pearsonových korelací IPO a IPDE

	r (X,Y)	r ²	p
Paranoidní	0,38	0,15	0,0000
Schizoidní	0,29	0,28	0,0000
Disociální	0,34	0,11	0,0000
Emočně nestabilní			
<i>Impulzivní typ</i>	0,46	0,21	0,0000
<i>Hraniční typ</i>	0,51	0,26	0,0000
Histriónská	0,38	0,15	0,0000
Anankastická	0,26	0,07	0,0001
Vyhýbavá	0,42	0,18	0,0000
Závislá	0,54	0,29	0,0000

Analýza celkového skóre dorazníku IPO a dotazníku BPQ

Tabulka č. 25. ukazuje výsledky Spearmanových korelací celkového skóre metody IPO a celkového skóre metody BPQ. Spearmanovy korelace jsme zvolili z důvodu narušení podmínky normálního rozdělení u jednotlivých škál metody BPQ. Stanovená hladina významnosti je $p < 0,05$. Jsou patrné signifikantní korelace u všech škál dorazníku BPQ a celkového skóre metody IPO. Nejsilnější korelace je patrná u celkového skóre metody BPQ. Čím vyšších hodnot jedinci dosahují na škále BPQ, tím vyšších hodnot dosahují také v dotazníku IPO. Korelace mezi jednotlivými škálami metody IPO a dotazníku BPQ přikládáme v příloze.

Tab. č. 25. Výsledky Pearsonových korelací IPO a BPQ

	Spearman R	t (N-2)	p
Impulzivita	0,33	5,05	0,0000
Afektivní nestabilita	0,55	9,44	0,0000
Opuštěnost	0,55	9,51	0,0000
Vztahy	0,43	6,89	
Self-image	0,43	6,89	0,0000
Sebevražedné/sebepoškozující tendence	0,39	6,04	0,0000
Prázdnota	0,53	8,93	0,0000
Silný vztek	0,36	5,57	0,0000
Kvazi-psychotické stavy	0,37	5,68	0,0000
Celkové skóre	0,65	12,37	0,0000

Analýza celkového skóre dotazníku IPO a dotazníku DSQ-40

V tabulce č. 26 uvádíme výsledky Pearsonových korelací celkového skóre metody IPO a typem obrany podle dotazníku DSQ-40. Korelaci jednotlivých obran a škál dotazníku IPO přikládáme v příloze. Stanovená hladina významnosti je $p < 0,05$. Na základě této hladiny můžeme sledovat signifikantní korelaci u nezralých, neurotických i zralých obran. Nejsilnější korelaci můžeme pozorovat u obran nezralých.

Tab. č. 26. Výsledky Pearsonových korelací IPO a DSQ-40

	r (X,Y)	r ²	p
Nezralé obrany	0,57	0,32	0,0000
Neurotické obrany	0,47	0,22	0,0000
Zralé obrany	0,21	0,05	0,0019

7.2.4 Přehled výsledků

V této kapitole shrnujeme výsledky našeho výzkumného šetření.

1. *Existují rozdíly v závažnosti osobnostní psychopatologie mezi jednotlivými typy závislostí?*

Potvrzená hypotéza H1: Existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženými hodnotami v testu IPO a typem závislosti.

Významný signifikantní rozdíl jsme našli mezi alkoholovou závislostí a kombinovanou závislostí, a to na všech škálách metody IPO. Na škále difúze identity lze sledovat také signifikantní rozdíl mezi alkoholovou závislostí a gamblingem.

Potvrzená hypotéza H2: Existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženými hodnotami v testu IPDE a typem závislosti.

Signifikantní rozdíly nám vyšli u disociální poruchy osobnosti mezi alkoholovou a drogovou závislostí a u emočně nestabilní poruchy osobnosti impulzivního typu mezi alkoholovou a drogovou závislostí a mezi alkoholovou závislostí a gamblingem.

Potvrzená hypotéza H3: Existuje statisticky významná souvislost mezi celkovým skóre v testu BPQ a typem závislosti.

Signifikantní nám vyšly rozdíly mezi alkoholovou a drogovou závislostí a mezi alkoholovou a kombinovanou závislostí.

Potvrzená hypotéza H4: Existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženými hodnotami v testu DSQ-40 a typem závislosti.

Na základě stanovené hladiny významnosti nám vyšly signifikantní rozdíly u nezralých obranných mechanismů mezi alkoholovou a drogovou závislostí a mezi alkoholovou a kombinovanou závislostí.

2. *Existují rozdíly v závažnosti osobnostní psychopatologie mezi muži a ženami?*

Nepotvrzená hypotéza H5: Existuje statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v dosažených hodnotách metod IPO, DSQ-40, IPDE a BPQ.

Na základě výsledků můžeme pozorovat signifikantní rozdíl pouze v dotazníku DSQ-40 u zralých obranných mechanismů. Jiné statisticky významné rozdíly nebyly prokázány.

3. Analýza vztahů mezi dotazníky

Analýza celkového skóre dotazníku IPO a dotazníku IPDE

Na základě Pearsonových korelací můžeme pozorovat velmi vysoce signifikantní vztah u všech poruch osobnosti metody IPDE.

Analýza celkového skóre dotazníku IPO a dotazníku BPQ

Na základě Spearmanových korelací můžeme pozorovat velmi vysoce signifikantní vztah u všech škál metody BPQ a metodou IPO.

Analýza celkového skóre dotazníku IPO a dotazníku DSQ-40

Pearsonových korelací ukazují velmi vysoce signifikantní vztah u nezralých a neurotických obran a celkového skóre IPO a signifikantní vztah u zralých obran a celkového skóre IPO.

8 DISKUZE

Cílem této práce bylo popsat osobnostní organizaci podle Kernberga u jednotlivých typů závislostí, na základě které bychom mohli předpokládat míru závažnosti osobnostní psychopatologie, a tedy možný výskyt poruchy osobnosti. Častou komorbiditu závislostí s poruchou osobnosti dokládá řada studií (Compton et al., 2007; Weaver et al., 2003).

Výzkumný cíl jsme postavili na Kernbergově konceptu hraniční organizace osobnosti. Podle této teorie můžeme hodnocením dimenzí *obranné mechanismy*, *integrace identity* a *schopnosti testování reality* zjistit závažnost osobnostní psychopatologie (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2005). Dílčími cíly bylo zjistit rozdíl v užívání obranných mechanismů mezi jednotlivými typy závislostí a rozdíl v možném výskytu jednotlivých poruch osobnosti. Nakonec jsme popsali vztahy mezi jednotlivými dotazníky, které by mohly ověřit Kernbergův koncept struktury osobnosti.

Pro zjištění dimenzí *obranné mechanismy*, *integrace identity* a *schopnosti testování reality* jsme použili Kernbergovu metodu IPO, která byla doplněna testy IPDE, DSQ-40 a BPQ. Slabinou v této volbě metod je nepřístupnost české standardizace u všech metod. Také vnitřní konzistence jednotlivých škál metod DSQ-40 a IPDE není uspokojivá. Při posuzování osobnostních charakteristik je také problémem volba sebeposuzujících metod. Kritéria obsažená v metodách IPO a IPDE lze zjišťovat také formou klinického rozhovoru (Strukturované interview organizace osobnosti, STIPO; Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti IPDE), nicméně jejich užití vyžaduje dostatečné klinické zkušenosti.

Testová baterie obsahovala kromě našich testů také metodu PID-5, která v našem výzkumu použita nebyla. Kvůli své délce byla metoda záměrně zařazena na konec testové baterie. Délka testové baterie mohla ovlivnit pozornost a motivaci probandů. Na závěr testové baterie byly položeny otázky zjišťující právě zachování pozornosti a motivace během vyplňování dotazníků. Pokud probant uváděl zhoršenou pozornost nebo motivaci, byl z výzkumu vyřazen.

Výzkumný soubor byl tvořen adiktologickými pacienty ve věku 18-65 let z různých typů zařízení pro léčbu závislostí. Z celkového počtu dotazníků bylo 139 mužů a 72 žen. Průměrný věk respondentů byl 37,71 let. Z tohoto souboru jsme vytvořili čtyři skupiny podle primární závislosti, tedy závislosti v současné léčbě. Skupinu 1 tvořily alkoholové závislosti,

skupinu 2 drogové závislosti, skupinu 3 patologické hráčství a skupinu 4 kombinované závislosti. Do kombinovaných závislostí jsme zařadili respondenty, u kterých byla přítomnost všech tří typů závislostí, tedy alkoholová, drogová i patologické hráčství. Dále tam byli zařazeni také respondenti s alkoholovou závislostí v kombinaci se závislostí na lécích. Toto rozdělení by mohlo být problematické z hlediska zařazení všech drogových závislostí do jedné skupiny a stejně tak zařazení různých kombinací do jedné skupiny. Z teoretického hlediska stojí proti našemu zařazení např. Khantzian a jeho hypotéza self-medikace, která tvrdí, že každý jedinec má nějaké slabé místo, nějaký konkrétní deficit self a tento deficit se snaží kompenzovat konkrétním typem drogy (Khantzian, 1990). Podle Kaplana & Wogana (1978) není možné závislosti zobecňovat. Oproti tomu Jeřábek (2008) tvrdí, že osobnostní struktura závislých jedinců nesouvisí s druhem užívané látky. Rozdělení do skupin nám tedy připadá adekvátní vzhledem k rozporuplným tvrzením.

Nejdříve jsme se ptali na rozdíly v závažnosti osobnostní psychopatologie mezi jednotlivými typy závislostí. Pomocí jednotlivých hypotéz jsme chtěli zjistit rozdíly mezi typy závislostí v jednotlivých metodách.

U metody IPO jsme našli významný signifikantní rozdíl mezi alkoholovou závislostí a kombinovanou závislostí, a to na všech škálách metody IPO. U kombinované závislosti můžeme pozorovat vyšší hodnoty než u alkoholové závislosti. Rozdíl mezi těmito skupinami můžeme nalést také ve výzkumu Sandella & Bertlinga (1999). Na škále difúze identity lze sledovat také signifikantní rozdíl mezi alkoholovou závislostí a gamblingem. Patologičtí hráči skórovali na škále difúze identity výše než jedinci s alkoholovou závislostí. Z výsledků můžeme sledovat nejnižší úroveň osobnostní organizace u kombinovaných závislostí, následované gamblingem a drogovou závislostí. Nejvyšší úroveň osobnostní organizace dosahovali jedinci závislí na alkoholu.

U metody IPDE nám vyšly signifikantní rozdíly u disociální poruchy osobnosti mezi alkoholovou a drogovou závislostí, u emočně nestabilní poruchy osobnosti impulzivního typu mezi alkoholovou a drogovou závislostí a mezi alkoholovou závislostí a gamblingem. Jedinci s alkoholovou závislostí dosahovali signifikantně nižších hodnot u těchto poruch osobnosti. Při interpretaci výsledků je důležité přihlídnout k překročení hraniční úrovně tří bodů u jednotlivých poruch osobnosti. U alkoholové závislosti byla tato hranice překročena pouze u anankastické poruchy osobnosti. U drogové závislosti byla hranice překročena u schizoidní a anankastické poruchy osobnosti. Patologičtí hráči překročili hraniční úroveň u vyhybavé, závislé, anankastické poruchy osobnosti a emočně nestabilní poruchy osobnosti

impulzivního typu. V porovnání s ostatními typy závislostí se u nich také vyskytoval nejvíce hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti, nicméně nebyla překročena hranice tří bodů. U kombinované závislosti byla hranice překročena u vyhýbavé, anankastické, paranoidní, schizoidní a závislé poruchy osobnosti. Naše výsledky neodpovídají dřívějším výzkumům. Podle výzkumu Comptona, Thomase, Stinsona, & Granta (2007) se u závislých jedinců nejčastěji vyskytuje závislá porucha osobnosti, následovaná antisociální a histriónskou poruchou osobnosti. Výzkum Granta et al. (2004) mluví o nejvyšší prevalenci antisociální a paranoidní poruchy osobnosti. Výzkum Trulla, Waudbyho, & Shera, (2004) ukazuje nejvyšší prevalenci u alkoholové i drogové závislosti hraniční poruchu osobnosti. U patologického hráčství se nejčastěji vyskytují poruchy osobnosti klastru B, zejména hraniční a antisociální porucha osobnosti (Bagby, Vachon, Bulmash, & Quilty, 2008; Brown, Allen, & Dowling, 2015; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2004; Pietrzak & Petry, 2005). Můžeme zde však pozorovat vyšší prevalenci překročení hraniční hodnoty tří bodů u patologického hráčství a kombinovaných závislostí, což může prokazovat vyšší závažnost osobnostní psychopatologie u těchto skupin. Metoda IPDE, užitá v našem výzkumu, je sebeposuzující screeningová metoda, na základě které nelze mluvit o diagnóze poruchy osobnosti. Při interpretaci našich výsledků musíme také přihlídnout k nízké vnitřní konzistenci u jednotlivých poruch osobnosti.

Metoda BPQ slouží pro zjišťování kritérií hraniční poruchy osobnosti. Hraniční porucha osobnosti se objevuje u všech typů závislostí (Bagby, Vachon, Bulmash, & Quilty, 2008; Brown, Allen, & Dowling, 2015; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2004; Kienast, Stoffers, Bermpohl, & Lieb, 2014; Pietrzak & Petry, 2005; Trull, 2000; Trull, Waudby, & Sher, 2004). Kvůli absenci cut-off skóre nám nešlo o diagnostiku hraniční poruchy osobnosti, ale o zvýšený výskyt kritérií pro hraniční poruchu osobnosti. Signifikantní nám vyšly rozdíly mezi alkoholovou a drogovou závislostí a mezi alkoholovou a kombinovanou závislostí. Jedinci s drogovou a kombinovanou závislostí dosahovali vyšších hodnot oproti alkoholové závislosti. V porovnání s alkoholovou závislostí můžeme pozorovat zvýšené hodnoty také u patologického hráčství. Pokud porovnáme původní naměřený průměr od Poreha et al. (2006), můžeme pozorovat mírně zvýšené rysy u kombinované závislosti, patologického hráčství a drogové závislosti.

U metody DSQ-40 jsme se nezaměřovali na prevalenci jednotlivých obran, ale na užití nezralých, zralých a neurotických obranných mechanismů. Na základě stanovené hladiny významnosti nám vyšly signifikantní rozdíly u nezralých obranných mechanismů mezi

alkoholovou a drogovou závislostí a mezi alkoholovou a kombinovanou závislostí. U drogové závislosti, gamblingu a kombinované závislosti se objevuje zvýšený výskyt nezralých obranných mechanismů. U patologického hráčství v porovnání s ostatními závislostmi se objevuje vyšší výskyt také v užívání zralých obran. Tento rozdíl však není signifikantně významný. Podle předešlých výzkumů jedinci s alkoholovou závislostí užívají nejčastěji neurotické obrany (Khosravani, Alvani, & Seidisarouei, 2016; Raketice, Kovacevice, & Djurice 2009; Spáčil, 2018), což náš výzkum nepotvrdil. Nutné je přihlídnout k nízké vnitřní konzistenci u dotazníku DSQ-40.

Dále nás zajímal rozdíl v závažnosti osobnostní psychopatologie mezi muži a ženami. Porovnávali jsme všechny užití dotazníky. Na základě výsledků můžeme pozorovat signifikantní rozdíl pouze v dotazníku DSQ-40, u zralých obranných mechanismů, kde muži skórovali výše než ženy. Jiné statisticky významné rozdíly nebyly prokázány.

Nakonec jsme se zabývali také analýzou vztahů mezi dotazníkem IPO a dalšími dotazníky. Všechny tyto vztahy nám vyšly signifikantní. Čím vyšší jsou hodnoty v dotazníku IPO, tím vyšší jsou hodnoty v dotazníku IPDE u všech poruch osobnosti, v dotazníku BPQ na všech škálách a v metodě DSQ-40 u nezralých, neurotických i zralých obran. Ačkoliv nám korelace se zralými obranami nevyšly tak silně signifikantní jako u ostatních korelací, přesto je tato korelace v rozporu s Kernbergovou koncepcí. Může to být způsobeno skupinou patologického hráčství, kde se objevují vysoké hodnoty v dotazníku IPO a zároveň vysoké hodnoty u zralých obranných mechanismů. Ostatní výsledné korelace však považujeme za uspokojivé a můžeme danými daty podpořit tuto koncepci.

Za velikou slabinu považujeme nezahrnutí do výzkumu dobu hospitalizace a délku závislosti. Na strukturu osobnosti se nahlíží jako na relativně stabilní prvek. Také Jeřábek (2008) mluví o primární osobnostní patologii, která nekoreluje s délkou abúzu. Nezahrnutím této informace jsme však přišli o cenná data, pomocí kterých bychom mohli uvažovat nad vlivem dlouhodobého užívání na osobnostní fungování.

Celkem jsme potvrdili čtyři hypotézy z pěti stanovených hypotéz. Náš výzkum tedy i přes některé nedostatky považujeme za úspěšný. Dále se Kernbergova koncepce hraniční organizace osobnosti zdá být v souladu s diagnostickými kritérii pro hraniční poruchu osobnosti. Pomocí této metody bychom tedy mohli zjišťovat případné hraniční rysy u adiktologických pacientů, což by mohlo napomoci při plánování léčby. Můžeme také uvažovat nad zvýšeným výskytem hraničních rysů a větší závažností osobnostní

psychopatologie u kombinované závislosti a u patologického hráčství a v nižší míře také u drogové závislosti oproti alkoholové závislosti. Na základě našich výsledků můžeme říci, že se u různých typů závislosti objevují rozdíly ve struktuře osobnosti podle Kernbergovi koncepcí.

Pro budoucí výzkum by bylo příhodné využít formu rozhovorů pro lepší zmapování dané problematiky. Více bychom se také zaměřili na rozdíly mezi uživateli různých návykových látek. Pomocí longitudinálních studií by bylo vhodné také prozkoumání vlivu dlouhodobého užívání na osobnostní fungování.

9 ZÁVĚR

V této kapitole shrnujeme naše výzkumná zjištění u adiktologických pacientů ve věku 18-65 let.

Nejdříve se ptáme na rozdíly v závažnosti osobnostní psychopatologie mezi jednotlivými typy závislostí.

Významné signifikantní rozdíly u metody IPO jsme našli mezi alkoholovou závislostí a kombinovanou závislostí, a to na všech škálách. Jedinci s kombinovanou závislostí dosahovali signifikantně vyšších hodnot než jedinci s alkoholovou závislostí. Na škále difúze identity lze sledovat také signifikantní rozdíl mezi alkoholovou závislostí a gamblingem, který na této škále dosahoval vyšších hodnot.

U metody IPDE vyšly signifikantní rozdíly u disociální poruchy osobnosti mezi alkoholovou a drogovou závislostí a u emočně nestabilní poruchy osobnosti impulzivního typu mezi alkoholovou a drogovou závislostí a mezi alkoholovou závislostí a gamblingem. Jedinci s alkoholovou závislostí dosahovali signifikantně nižších hodnot u těchto poruch osobnosti. Hranice tří bodů byla překročena nejčastěji u kombinovaných závislostí (vybýbavá porucha osobnosti, anankastická porucha osobnosti, paranoidní porucha osobnosti, schizoidní porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti) a u patologického hráčství (vybýbavá porucha osobnosti, anankastická porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti, emočně nestabilní porucha osobnosti impulzivního typu).

Byla také potvrzena souvislost mezi celkovým skóre v testu BPQ a typem závislosti. Signifikantní rozdíl jsme našli u alkoholové a drogové závislosti a u alkoholové a kombinované závislosti. Jedinci s drogovou a kombinovanou závislostí dosahovali vyšších hodnot oproti alkoholové závislosti.

U metody DSQ-40 byly na základě stanovené hladiny významnosti nalezeny signifikantní rozdíly u nezralých obranných mechanismů mezi alkoholovou a drogovou závislostí a mezi alkoholovou a kombinovanou závislostí. U drogové závislosti, gamblingu a kombinované závislosti se objevuje zvýšený výskyt nezralých obranných mechanismů.

Dále jsme se zabývali rozdíly mezi muži a ženami v dosažených hodnotách dotazníků. Signifikantní výsledky můžeme pozorovat pouze na škále zralých obranných mechanismů,

kde muži dosahovali vyšších hodnot oproti ženám. Jiné statisticky významné rozdíly jsme nepozorovali.

Nad rámec výzkumných hypotéz jsme se zabývali také analýzou vztahů mezi dotazníkem IPO a ostatními dotazníky. Signifikantní korelace jsme našli u všech poruch osobnosti metody IPDE, všech škál metody BPQ a v metodě DSQ-40 u nezralých, neurotických i zralých obran. Čím vyšších hodnot probandi dosahovali v dotazníku IPO, tím vyšších hodnot dosahovali také v ostatních dotaznících.

10 SOUHRN

V diplomové práci jsme se zabývali zjištěním závažnosti osobnostní psychopatologie u adiktologických pacientů. Chtěli jsme zjistit, zda se u těchto jedinců nachází rozdíly v závažnosti osobnostní psychopatologie u různých typů závislostí a zda tato závažnost může dosahovat úrovně poruch osobnosti. Východiskem pro naši práci byla koncepce hraniční organizace osobnosti O. Kernberga. Tuto problematiku jsme si vybrali z důvodu častých komplikací komorbidity závislosti s poruchami osobnosti, zejména hraniční poruchy osobnosti.

V teoretické práci se v první části věnujeme problematice závislostí. Nejdříve se zaměříme na definici a diagnostiku závislostí. Následně jsme se dotkli také problematiky duálních diagnóz. Tento problém není u závislosti ojedinělý, jak dokládá výzkum Hana, Compton, Blanca, & Colpeho (2017). Poměrně velký prostor věnujeme modelům vzniku a rozvoje závislosti, s důrazem na psychoanalytické modely. Chtěli jsme poskytnout čtenáři různé pohledy na problematiku závislostí pro lepší pochopení závislého jedince. Nakonec se také věnujeme popisu charakteristik vybraných typů závislostí, a to alkoholové závislosti, závislosti na nealkoholových látkách a patologickému hráčství.

Ve druhé části teoretické práce se věnujeme vymezení osobnostní psychopatologie. Nejdříve se zabýváme vymezením základních pojmů a diagnostiky poruch osobnosti. Mimo námi užívaného manuálu MKN-10 zmiňujeme také diagnostiku a klasifikaci podle manuálu DSM-V. Popsaná klasifikace vychází z MKN-10. Druhou polovinu věnujeme popisu Kernbergova konceptu. Je mu věnovaná poměrně velká část teoretické práce. Pro Kernberga je důležité hodnocení dimenzí identity, obranných mechanismů a testování reality, na základě kterých získáme strukturální diagnózu (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2005). Těmito dimenzím věnujeme samostatné kapitoly. Nejvýznamnější částí Kernbergova konceptu tvoří hraniční organizace osobnosti. I této problematice je věnovaná samostatná kapitola.

V poslední části teoretické práce se věnujeme popisu dřívějších výzkumů na téma osobnostní psychopatologie u závislých jedinců. Zaměříme se na úroveň organizace osobnosti, poruchy osobnosti a obranné mechanismy ve vztahu k závislosti.

V našem výzkumu jsme využili metody IPO, IPDE, BPQ a DSQ-40. Výzkumný soubor byl tvořen adiktologickými pacienty (N = 211) ve věku 18-65 let. Tento soubor jsme rozdělili do čtyř skupin: alkoholové závislosti, drogové závislosti, patologické hráčství a kombinované závislosti.

Nejdříve jsme se zabývali otázkou rozdílů v závažnosti osobnostní psychopatologie mezi jednotlivými typy závislosti. Metoda IPO prokázala nižší úroveň osobnostní organizace u kombinovaných závislostí oproti alkoholové závislosti. Tento trend můžeme sledovat také u výzkumu Sandella & Bertlinga (1999). U patologického hráčství můžeme pozorovat závažnější difúzi identity oproti alkoholové závislosti. Metoda IPDE nám ukazuje překročení hranice tří bodů u alkoholové závislosti pouze u anankastické poruchy osobnosti. U drogové závislosti byla hranice překročena u schizoidní a anankastické poruchy osobnosti. Patologičtí hráči překročili hraniční úroveň u vyhubavé, závislé, anankastické poruchy osobnosti a emočně nestabilní poruchy osobnosti impulzivního typu. U kombinované závislosti byla hranice překročena u vyhubavé, anankastické, paranoidní, schizoidní a závislé poruchy osobnosti. Naše výsledky neodpovídají dřívějším výzkumům. Můžeme zde však pozorovat vyšší prevalenci překročení hraniční hodnoty tří bodů u patologického hráčství a kombinovaných závislostí, což může ukazovat na vyšší závažnost osobnostní psychopatologie u těchto skupin. Celkové skóre metody BPQ ukazuje zvýšený výskyt hraničních rysů u drogové a kombinované závislosti oproti alkoholové závislosti. U drogové závislosti, gamblingu a kombinované závislosti se objevuje zvýšený výskyt nezralých obranných mechanismů oproti alkoholové závislosti.

Dále nás zajímal rozdíl ve struktuře osobnosti mezi muži a ženami. V porovnávání se všemi užitými dotazníky byl nalezen rozdíl pouze u zralých obranných mechanismů, kde muži skórovali výše než ženy. Jiné statisticky významné rozdíly nebyly prokázány.

Nad rámec výzkumných hypotéz jsme se věnovali také analýze vztahů mezi dotazníkem IPO a dalšími dotazníky. Všechny korelované vztahy nám vyšly signifikantní. Čím vyšší jsou hodnoty v dotazníku IPO, tím vyšší jsou hodnoty v dotazníku IPDE u všech poruch osobnosti, v dotazníku BPQ na všech škálách a v metodě DSQ-40 u nezralých, neurotických i zralých obran.

LITERATURA

- Adamson, S. J., Todd, F. C., Douglas Sellman, J., Huriwai, T., & Porter, J. (2006). Coexisting Psychiatric Disorders in a New Zealand Outpatient Alcohol and other Drug Clinical Population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(2), 164-170. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01764.x
- Akhtar, S. (1987). Schizoid Personality Disorder: A Synthesis of Developmental, Dynamic, and Descriptive Features. *American Journal of Psychotherapy*, *41*(4), 499-518. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.4.499
- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. vyd.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Andrews, G. (1989). The Determination of Defense Style by Questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, *46*(5), 455. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810050069011
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*(4), 246-256. doi:10.1097/00005053-199304000-00006
- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: A brief review. *British Journal of Psychiatry*, *178*(02), 101-106. doi:10.1192/bjp.178.2.101
- Bagby, R. M., Vachon, D. D., Bulmash, E., & Quilty, L. C. (2008). Personality Disorders and Pathological Gambling: A Review and Re-Examination of Prevalence Rates. *Journal of Personality Disorders*, *22*(2), 191–207. doi:10.1521/pedi.2008.22.2.191
- Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2007). Borderline Personality as a Self-Other Representational Disturbance. *Journal of Personality Disorders*, *21*(5), 500-517. doi:10.1521/pedi.2007.21.5.500
- Bernstein, D. P., Useda, D. J., & Siever, L. J. (1995). Paranoid personality disorder. In W. J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders*. (41-62). New York: Guilford Press.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2005). Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*, *100*(3), 405-413. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01008.x
- Blatt, S., McDonald, C., Sugerman, A., & Wilber, C. (1984). Psychodynamic theories of opiate addiction: New directions for research. *Clinical Psychology Review*, *4*(2), 159-189. doi:10.1016/0272-7358(84)90027-8

- Brown, M., Allen, J. S., & Dowling, N. A. (2015). The Application of an Etiological Model of Personality Disorders to Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1179-1199. doi:10.1007/s10899-014-9504-z
- Bullock, A. S., & Potenza, M. (2012). Pathological Gambling: Neuropsychopharmacology and Treatment. *Current Psychopharmacology*, 1(1), 67-85. doi:10.2174/2211556011201010067
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2004). *Structured interview of personality organization (STIPO)*. Získáno 11. února 2019 z <http://psinstitute.org/pdf/Structured-Interview-of-Personality-Organization.pdf>
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2005). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations* (1.vyd.). Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
- Cloninger, C. R. (Ed.). (1999). *Personality and psychopathology*. Získáno 8. února 2019 z https://books.google.cz/books/about/Personality_and_Psychopathology.html?id=3T4EHdJ395sC&redir_esc=y
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 566. doi:10.1001/archpsyc.64.5.566
- Cook, R. T. (1998). Alcohol Abuse, Alcoholism, and Damage to the Immune System--A Review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(9), 1927-1942. doi:10.1111/j.1530-0277.1998.tb05900.x
- Coolidge, F. L., & Segal, D. L. (1998). Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 585-599. doi:10.1016/S0272-7358(98)00002-6
- Cramer, P. (1999). Personality, Personality Disorders, and Defense Mechanisms. *Journal of Personality*, 67(3), 535-554. doi:0.1111/1467-6494.00064
- Český statistický úřad. (17.května 2018). *Spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v České republice*. Získáno 5. ledna 2019 z https://www.czso.cz/csu/czso/cr_od_roku_1989_alkohol
- Červenková, I. (2005). *Možnosti měření obranných mechanismů ega (standardizace české verze dotazníku DSQ 40)*. (Nepublikovaná disertační práce). Univerzita Karlova v Praze.

- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2012). Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling. *Psychological Assessment*, 24(2), 503-517. doi:10.1037/a0026264
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2017), *Evropská zpráva o drogách 2017: Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Fantegrossi, W. E., Murnane, K. S., & Reissig, C. J. (2008). The behavioral pharmacology of hallucinogens. *Biochemical Pharmacology*, 75(1), 17-33. doi:10.1016/j.bcp.2007.07.018
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, 101(4), 556-569. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01322.x
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2004). Pathological Gambling and Personality Disorders: An Exploratory Study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 500–505. doi:10.1521/pedi.18.5.500.51326
- Fišerová, M. (2003). Neurobiologie závislostí In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (96-106). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
- Franken, I. H. A, Hendriks, V.M. (2001). Screening and Diagnosis of Anxiety and Mood Disorders in Substance Abuse Patients. *American Journal on Addictions*, 10(1), 30-39. doi:10.1080/105504901750160448
- Freudová, A. (2006). Já a obranné mechanismy. Praha: Portál.
- Füleová, A., & Petrášová, B. (2016). Illicit-Drug Users under Treatment in the Czech Republic. *Hygiena*, 61(2), 63-69. doi:10.21101/hygiena.a1447
- Gacono, C. B., Meloy, J. R., & Berg, J. L. (1992). Object Relations, Defensive Operations, and Affective States in Narcissistic, Borderline, and Antisocial Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 32–49. doi:10.1207/s15327752jpa5901_4
- Gainsbury, S. M. (2015). Online Gambling Addiction: the Relationship Between Internet Gambling and Disordered Gambling. *Current Addiction Reports*, 2(2), 185-193. doi:10.1007/s40429-015-0057-8

- Gawin, F. H., & Ellinwood, E. H. (1988). Cocaine and Other Stimulants. *New England Journal of Medicine*, 318(18), 1173–1182. doi:10.1056/NEJM198805053181806
- Gold, N., & Kyratsous, M. (2017). Self and identity in borderline personality disorder: Agency and mental time travel. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(5), 1020-1028. doi:10.1111/jep.12769
- Goodman, L. S., Brunton, L. L., Chabner, B., & Knollmann, B. C. (Ed.). (2011). *Goodman & Gilman's pharmacological basis of therapeutics* (12. vyd.). New York: McGraw-Hill.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361. doi:10.1001/archpsyc.61.4.361
- Griffiths, M. D., Wood, R. T. A., Parke, J., & Parke, A. (2006). Dissociative states in problem gambling. *Current issues related to dissociation* (27-37). Získáno 14. února 2019 z https://www.austgamingcouncil.org.au/system/files/AGCPublications/agc_ci_dissociation-2.pdf#page=29
- Hall, D. H., Queener, J., E. (2007). Self-Medication Hypothesis of Substance Use: Testing Khantzian's Updated Theory. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(2), 151-158. doi:10.1080/02791072.2007.10399873
- Halpern, J. H. (1996). The Use of Hallucinogens in the Treatment of Addiction. *Addiction Research*, 4(2), 177-189. doi:10.3109/16066359609010756
- Han, B., Compton, W. M., Blanco, C., & Colpe, L. J. (2017). Prevalence, Treatment, And Unmet Treatment Needs Of US Adults With Mental Health And Substance Use Disorders. *Health Affairs*, 36(10), 1739-1747. doi:10.1377/hlthaff.2017.0584
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- Hyman, S. E., Malenka, R. C., & Nestler, E. J. (2006). Neural Mechanism of Addiction: The Role of Reward-Related Learning and Memory. *Annual Review of Neuroscience*, 29(1), 565-598. doi:10.1146/annurev.neuro.29.051605.113009
- Christopher, J. C., Bickhard, M. H., & Lambeth, G. S. (2001). Otto Kernberg's Object Relations Theory: A Metapsychological Critique. *Theory & Psychology*, 11(5), 687-711. doi:10.1177/0959354301115006

- Iudici, A., Castelnuovo, G., & Faccio, E. (2015). New drugs and polydrug use: implications for clinical psychology. *Frontiers in Psychology*, 6, 267. doi:10.3389/fpsyg.2015.00267
- Jellinek, E. M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13(4), 673-684. doi:10.15288/QJSA.1952.13.673
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. Získáno 2. ledna 2019 z <http://pdffavor.info/the-disease-concept-of-alcoholism-by-em-jellinek-openlibra-free-books-e-m-jellinek.pdf>
- Jeřábek, P. (2004). *Struktura osobnosti drogově závislých*. (Nepublikovaná disertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Jeřábek, P. (2006). Osobnostní dispozice k drogové závislosti: Klinický pohled. *Adiktologie*, 6(4), 492-505. Získáno 19. února 2019 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/225/951/Osobnostni-dispozice-k-drogove-zavislosti-Klinicky-podled>
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (190-210). Praha: Grada.
- Kalina, K. (Ed.). (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- Kalina, K. (Ed.). (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kaplan, C. D., & Wogan, M. (1978). The psychoanalytic theory of addiction: A reevaluation by use of a statistical model. *The American Journal of Psychoanalysis*, 38(4), 317-326. doi:10.1007/BF01253588
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685. doi:10.1177/000306516701500309
- Kernberg, O. F. (1970). A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(4), 800-822. doi:10.1177/000306517001800403
- Kernberg, O. F. (1974). Toward an integrative theory of hospital treatment. *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: J. Aronson. Získáno 12. září 2018 z <https://books.google.cz>
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale Univ. Press. Získáno 12. září 2018 z <https://books.google.cz>

- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Získáno 12. září 2018 z <https://books.google.cz>
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Ed.), *Major theories of personality disorder* (114–156). Získáno 8. září 2018 z <https://books.google.cz>
- Khantzian, E. J. (1980). The alcoholic patient: An overview and perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 34(1), 4–19. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1980.34.1.4
- Khantzian, E. J. (1990). Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions: Similarities and differences. In M. Galanter (Ed.), *Recent developments in alcoholism, Vol. 8. Combined alcohol and other drug dependence* (255-271). New York, NY, US: Plenum Press.
- Khosravani, V., Alvani, A., & Seidisarouei, M. (2016). The relation of early maladaptive schemas and behavioral inhibition/approach systems to defense styles in abusers of synthetic drug: a cross-sectional study. *Journal of Substance Use*, 21(6), 652-661. doi:10.3109/14659891.2015.1130184
- Kienast, T., Stoffers, J., BERPohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction. *Deutsches Aerzteblatt Online*. doi:10.3238/arztebl.2014.0280
- Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M., & Cooper, A. M. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *American Journal of Psychiatry*, 142(2), 207-212. doi:10.1176/ajp.142.2.207
- Konečný, M. M. (2017). Užívání návykových sedativ a hypnotik v České republice a syndrom závislosti na těchto lécích z pohledu konziliárního psychiatra. *Psychiatrie pro praxi* 2017, 18, 135-139. Získáno 3. března 2019 z file:///C:/Users/Ka%C4%8Denka/Downloads/Solen_psy-201703-0009.pdf
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217. Získáno dne 15. září 2018 z google scholar.
- Kosten, T. R., & O'Connor, P. G. (2003). Management of Drug and Alcohol Withdrawal. *New England Journal of Medicine*, 348(18), 1786-1795. doi:10.1056/NEJMra020617
- Kramer, U., de Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J. N. (2013). Beyond splitting: Observer-rated defense mechanisms in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 30(1), 3-15. doi:10.1037/a0029463

- Krystal, H. (1977). Self- and Object-Representation in Alcoholism and Other Drug Dependence: Implications for Therapy In Blaine, J. D., & Julius, D. A., Eds. (1977). *Psychodynamics of Drug Dependence* (88-100). Získáno 5. ledna 2019 z <https://core.ac.uk/download/pdf/34709178.pdf>
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, *13*(4), 577-591. doi:10.1037//1040-3590.13.4.577
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *364*(9432), 453-461. doi:10.1016/S0140-6736(04)16770-6
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys: Comorbid disorders in pathological gambling. *Addiction*, *106*(3), 490-498. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x
- Loranger, A. W. (1990). The Impact of DSM-III on Diagnostic Practice in a University Hospital: A Comparison of DSM-II and DSM-III in 10 914 Patients. *Archives of General Psychiatry*, *47*(7), 672. doi:10.1001/archpsyc.1990.01810190072010
- Loranger, A. W., Janca, A., & Sartorius, N. (Ed.). (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: the ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge, U.K. ; New York, NY, USA: Cambridge University Press.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, *5*(2), 113-126. doi:10.1007/BF01019758
- Maierová, E. (2015). *Porucha osobnosti a vztahová vazba u patologických hráčů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Martin, C. S., Clifford, P. R., Maisto, S. A., Earleywine, M., Kirisci, L., & Longabaugh, R. (1996). Polydrug Use in an Inpatient Treatment Sample of Problem Drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *20*(3), 413-417. doi:10.1111/j.1530-0277.1996.tb01067.x

- McDougall, J. (1982). *Theaters of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. New York: Basic.
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the body*. New York: W. W. Norton.
- McIntosh, C. (2004). Alcohol and the nervous system. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75(3), 16-21. doi:10.1136/jnnp.2004.045708
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktuře osobnosti v klinickém procesu*. Praha: Portál.
- Millon, T., & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2. vyd.). New York: Wiley.
- Mezinárodní klasifikace nemoci 10.revize. (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování*. Ženeva/Praha: Světová zdravotnická organizace/Psychiatrické centrum.
- Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. (1. ledna 2009). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (2. vyd.). Praha: Bomton Agency.
- Minařík, J., & Kmoch, V. (2015). *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (49-81). Praha: Grada.
- Miovská, L., Miovský, M., & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (75-87). Praha: Grada.
- Mitchell, S. A., Kovařík, Š., & Black, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi: dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Praha: Triton.
- Morgenstern, J., & Leeds, J. (1993). Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: A disorder in search of a paradigm. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 194-206. doi: 10.1037/0033-3204.30.2.194
- Mravčík, V., & Chomyonová, P. (2018). *Národní výzkum užívání návykových látek 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V. (Ed). (2018a). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V. (Ed). (2018b). *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2017*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nichols, D. E. (2004). Hallucinogens. *Pharmacology & Therapeutics*, 101(2), 131-181. doi:10.1016/j.pharmthera.2003.11.002
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1993). *Souvislost mezi alkoholem a jinými návykovými látkami: Důsledky pro prevenci i léčbu*. Praha: Sportpropag.

- National Institute on Drug Abuse. (2010). *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses*. Získáno 10. února 2019 z <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrcomorbidity.pdf>
- O'Brien, C. P., Childress, A. R., McLellan, A. T., & Ehrman, R. (1992). Classical Conditioning in Drug-Dependent Humans. *Annals of the New York Academy of Sciences, 654(1 The Neurobiol)*, 400–415. doi.:10.1111/j.1749-6632.1992.tb25984.x
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psycho-Analysis, 60*, 357-373. Získáno 10. února 2019 z https://www.lifeforce-centre.co.uk/downloads/stage4_yr1/session12/on_projective_identification.pdf
- Padwa, H., & Cunningham, J. (2010). *Addiction: a reference encyclopedia*. Získáno 10. února 2019 z <https://books.google.cz>
- Perry, J. C., Presniak, M. D., & Olson, T. R. (2013). Defense Mechanisms in Schizotypal, Borderline, Antisocial, and Narcissistic Personality Disorders. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 76(1)*, 32-52. doi:10.1521/psyc.2013.76.1.32
- Pietrzak, R. H., & Petry, N. M. (2005). Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction, 100(8)*, 1183-1193. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01151.x
- Pinto, A., Eisen, J. L., Mancebo, M. C., & Rasmussen, S. A. (2007). Obsessive-Compulsive Personality Disorder. In F. Toates (Ed.), *Obsessive-Compulsive Disorder* (246–270). doi:10.1016/B978-008044701-8/50016-4
- Popov, P. (2003). Alkohol. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (151-158). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Poreh, A. M., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J. L., Faulkner, C., & Shelton, C. (2006). The BPQ: A Scale for the Assessment of Borderline Personality Based on DSM-IV Criteria. *Journal of Personality Disorders, 20(3)*, 247-260. doi:10.1521/pedi.2006.20.3.247
- Potenza, M. N. (2013). Neurobiology of gambling behaviors. *Current Opinion in Neurobiology, 23(4)*, 660-667. doi:10.1016/j.conb.2013.03.004
- Preiss, M., Rothanzlová, S. & Krámská, L. (2006). *IPDE-Mezinárodní rozhovor pro poruchy osobnosti: verze pro MKN-10*. Brno: Psychodiagnostika.
- Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.

- Praško, J. (2008). Hraniční porucha osobnosti. In Seifertová, D. (Ed.), Praško J. (Ed.), Horáček J. (Ed.) & Höschl C. (Ed.), *Postupy v léčbě psychických poruch. Algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti* (402-426). Praha: Academia Medica Pragensis, ČNPS, Medical Tribune.
- Preti, E., Prunas, A., De Panfilis, C., Marchesi, C., Madeddu, F., & Clarkin, J. F. (2015). The facets of identity: Personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(2), 129-140. doi:10.1037/per0000119
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R., & American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
- Raketic, D., Kovacevic, M., & Djuric, T. (2009). P01-63 Women addiction (alcohol and opiates) and defense mechanism style. *European Psychiatry*, 24, 451. doi:10.1016/S0924-9338(09)70684-4
- Regier, D. A. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511. doi:10.1001/jama.1990.03450190043026
- Rentrop, M., Zilker, T., Lederle, A., Birkhofer, A., & Hörz, S. (2014). Psychiatric Comorbidity and Personality Structure in Patients with Polyvalent Addiction. *Psychopathology*, 47(2), 133-140. doi:10.1159/000351784
- Robins, L. N., Tipp, J. & Przybeck, T. (1991). *Antisocial personality: Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press.
- Rosenquist, J. N. (2010). The Spread of Alcohol Consumption Behavior in a Large Social Network. *Annals of Internal Medicine*, 152(7), 426. doi:10.7326/0003-4819-152-7-201004060-00007
- Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada.
- Řehan, V. (1994). *Závislost na alkoholu a jiných drogách: Psychologický přístup*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Saint Martin, C., Valls, M., Rousseau, A., Callahan, S., & Chabrol, H. (2013). Psychometric evaluation of a shortened version of the 40-item Defense Style Questionnaire. *International Journal of Psychology and Psychological*

- Therapy*, 13(2). 215-224. Získáno dne 10. ledna 2019 z <https://www.redalyc.org/html/560/56027416005/>
- Samuel, D. B., & Griffin, S. A. (2015). Obsessive-Compulsive Personality Disorder. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Ed.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (1-5). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. doi:10.1002/9781118625392.wbecp210
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180(06), 536-542. doi:10.1192/bjp.180.6.536
- Sandell, R., & Bertling, U. (1999). Heaviness of abuse, drug preferences, and personality organization among drug abusers in Sweden. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 99-107. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199901)55:1<99::AID-JCLP10>3.0.CO;2-5
- Sanislow C, Bartolini E, & Zoloth E, (2012). Avoidant personality disorder. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (257-266). Získáno 5. prosince 2018 z <https://wescholar.wesleyan.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1111&context=div2facpubs>
- Scalzo, F., Hulbert, C. A., Betts, J. K., Cotton, S. M., & Chanen, A. M. (2018). Substance Use in Youth With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(5), 603-617. doi:10.1521/pedi_2017_31_315
- Siegler, M., & Osmond, H. (1968). Models of Drug Addiction. *International Journal of the Addictions*, 3(1), 3-24. doi:10.3109/10826086809042880
- Simonelli, A., & Parolin, M. (2017). Dependent Personality Disorder. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Ed.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (1-11). Cham: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-28099-8_578-1
- Singh, S., Mallaram, G., & Sarkar, S. (2017). Pathological gambling: An overview. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University*, 10(2), 120. doi:10.4103/0975-2870.202105
- Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.
- Smits, D. J. M., Vermote, R., Claes, L., & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization—Revised: Construction of an Abridged Version. *European Journal of Psychological Assessment*, 25(4), 223-230. doi:10.1027/1015-5759.25.4.223
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.

- Sofuoglu, M., & Sewell, R. A. (2009). Norepinephrine and stimulant addiction. *Addiction Biology, 14*(2), 119-129. doi:10.1111/j.1369-1600.2008.00138.x
- Sudhinaraset, M., Wigglesworth, C., & Takeuchi, D. T. (2016). Social and Cultural Contexts of Alcohol Use: Influences in a Social-Ecological Framework. *Alcohol research: current reviews, 38*(1), 35-45. Získáno 2. ledna 2019 z google scholar.
- Solomon, R. L., & Corbit, J. D. (1974). An opponent-process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review, 81*(2), 119-145. doi:10.1037/h0036128
- Spáčil, T. (2018). *Obranné mechanismy a copingové strategie u lidí závislých na alkoholu* (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sussman, S., & Sussman, A. N. (2011). Considering the Definition of Addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 8*(10), 4025-4038. doi:10.3390/ijerph8104025
- Šustková, M. (2015). Neurobiologie závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (140-171). Praha: Grada.
- Tragesser, S. L., Jones, R. E., Robinson, R. J., Stutler, A., & Stewart, A. (2013). Borderline Personality Disorder Features and Risk for Prescription Opioid Use Disorders. *Journal of Personality Disorders, 27*(4), 427-441. doi:10.1521/pedi_2013_27_094
- Tronnier, Ch. (2015). Harnessing Attachment in Addiction Treatment: Regulation Theory and the Self-Medication Hypothesis. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 15*, 233-251. doi: 10.1080/1533256X.2015.1056529
- Trull, T. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders A review and integration. *Clinical Psychology Review, 20*(2), 235-253. doi:10.1016/S0272-7358(99)00028-8
- Trull, T. J., Waudby, C. J., & Sher, K. J. (2004). Alcohol, Tobacco, and Drug Use Disorders and Personality Disorder Symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 12*(1), 65-75. doi:10.1037/1064-1297.12.1.65
- Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2017*. Praha: ÚZIS.
- Vacek, J., & Vondráčková, P. (2015). Závislost na procesech In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (513-527). Praha: Grada.
- Vaddiparti, K., & Cottler, L. B. (2017). Personality disorders and pathological gambling. *Current Opinion in Psychiatry, 30*(1), 45-49. doi:10.1097/YCO.0000000000000300

- Vaillant, G. E. (1992). *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. Získáno 2. ledna 2019 z <http://web.vu.lt/uki/s.kontrimiene/files/2011/10/Vaillant.-Ego-mechanisms-of-defense.pdf>
- van Ree, J. M., Gerrits, M. A. F. M., & Vanderschuren, L. J. M. J. (1999). Opioids, reward and addiction: An encounter of biology, psychology, and medicine. *Pharmacological Reviews*, 51, 341-396. Získáno 5. ledna 2018 z <https://pdfs.semanticscholar.org/97b2/1441d5f3d68e126dc19feb93456e56af4898.pdf>
- Volkert, J., Gablonski, T.-C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715. doi:10.1192/bjp.2018.202
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., ... Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative (Cosmic) Study Team. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183(04), 304-313. doi:10.1192/bjp.183.4.304
- West, R., & Brown, J. (2014). *Theory of addiction* (2. vyd.). Získáno 1. února 2019 z https://is.muni.cz/el/1423/jaro2017/PSY109/um/68207459/Robert_West__Jamie_Brown_Theory_of_Addiction.pdf
- Westen, D., & Heim, A. K. (2003). Disturbances of self and identity in personality disorders. In M. R. Leary & J. (Ed.), *Handbook of self and identity* (643-664). Získáno 10. prosince 2018 z <http://academic.udayton.edu/jackbauer/Readings%20361/Westen%2004%20narc%20bord%20disord.pdf>
- Widiger, T. A., & Costa, P. T. (2012). Integrating Normal and Abnormal Personality Structure: The Five-Factor Model: Integrating Normal and Abnormal Personality Structure. *Journal of Personality*, 80(6), 1471-1506. doi:10.1111/j.1467-6494.2012.00776.x
- Widiger, T. A., & Costa, P. T. (Ed.). (2013). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (3. vyd.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wikler, A. (1973). Conditioning of successive adaptive responses to the initial effects of drugs. *Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy*, 8(4), 193-210. doi:10.1007/BF03000676

- Wurmser, L. (1984). The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. *International journal of psychoanalytic psychotherapy*, 10, 227-258. Získáno 2. srpna 2018 z <https://psycnet.apa.org/record/1986-04724-001>
- Wurmser, L. (1987). Shame: The veiled companion of narcissism. In D. L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame* (64-92) Získáno 5. srpna 2018 z <https://books.google.cz>
- Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Fitzmaurice, G. (2013). Defense Mechanisms Reported by Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects Over 16 Years of Prospective Follow-Up: Description and Prediction of Recovery. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 111-120. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12020173
- Zepf, S. (2012). Do we need the concept of “splitting” to understand borderline structures? *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 35(1), 45-57. doi:10.1080/01062301.2012.10592379
- Zuardi, A. W., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Moreira, F. A., & Guimarães, F. S. (2006). Cannabidiol, a Cannabis sativa constituent, as an antipsychotic drug. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 39(4), 421-429. doi:10.1590/S0100-879X2006000400001

Přílohy

Seznam příloh:

1. Český a cizojazyčný abstrakt magisterské diplomové práce
2. Seznam grafů a tabulek
3. Informovaný souhlas
4. Korelace mezi dotazníkem IPO a IPDE
5. Korelace mezi dotazníkem IPO a BPQ
6. Korelace mezi dotazníkem IPO a DSQ-4

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt magisterské diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Souvislost mezi typem závislosti a osobnostní psychopatií na základě strukturální diagnózy

Autor práce: Bc. Kateřina Dvořáková

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 100 stran, 179 027 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 161

Abstrakt:

V diplomové práci se zabýváme zjištěním závažnosti osobnostní psychopatie u adiktologických pacientů ve věku 18-65 let. Chtěli jsme zjistit rozdíly v závažnosti osobnostní psychopatie u různých typů závislostí a zda tato závažnost může dosahovat úrovně poruch osobnosti. Východiskem pro naši práci byla koncepce hraniční organizace osobnosti O. Kernberga. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření v různých zařízeních pro léčbu závislosti. Celkem je do výzkumu zahrnuto 211 probandů rozdělených podle primární závislosti na alkoholovou závislost, drogovou závislost, patologické hráčství a kombinovanou závislost. Pomocí statistických metod jsme potvrdili čtyři hypotézy a jednu hypotézu jsme nepotvrdili. Na základě našich výsledků můžeme říci, že se u různých typů závislost objevují rozdíly ve struktuře osobnosti podle Kernbergovi koncepce. Nejnížší úroveň osobnostní organizace můžeme sledovat u kombinovaných závislostí následované patologickým hráčství. Sledujeme také signifikantní korelace mezi metodou IPO a ostatními metodami, což podporuje Kernbergův koncept.

Klíčová slova: závislost; poruchy osobnosti; Kernberg; hraniční organizace

ABSTRACT OF THESIS

Title: Relationship between the type of addiction and personality psychopathology based on a structural diagnosis

Author: Bc. Kateřina Dvořáková

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 100 pages, 179 027 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 161

Abstract:

The thesis deals with the characterization of the severity of personality psychopathology in addictological patients aged 18-65 years. We wanted to find out about the differences in the severity of personality psychopathology in different types of addiction and if this severity can reach the level of personality disorders. The basis for the thesis was the Kernberg's concept of borderline personality organization. This research was conducted through a questionnaire survey in places for addiction treatment. We used 211 probands and we separated them on alcohol dependence, drug dependence, pathological gambling, and combined addiction. We used statistical methods to confirm four hypotheses. According to our results we can say that different types of addiction achieve differences in personality structure according to the Kernberg concept. The lowest level of personality organization can be seen in combined addictions followed by pathological gambling. We also see a significant correlation between the IPO method and other methods, which supports the Kernberg concept.

Key words: addiction; personality disorders; Kernberg; borderline organization

Příloha č. 2: Seznam grafů a tabulek

Seznam grafů:

- Graf č. 1. Četnost pohlaví ve skupinách závislostí
- Graf č. 2. Vzdělání výběrového souboru
- Graf č. 3. Histogram celkového skóre metody IPO
- Graf č. 4. Rozdíl v celkovém skóre IPO mezi typy závislostí
- Graf č. 5. Rozdíly na škálách IPO mezi typy závislostí
- Graf č. 6. Rozdíly na škálách IPDE mezi typy závislostí
- Graf č. 7. Rozdíl v celkovém skóre BPQ mezi typy závislostí
- Graf č. 8. Rozdíly u neurotických a zralých obran DSQ-40 mezi typy závislostí
- Graf č. 9. Rozdíly u nezralých obran DSQ-40 mezi typy závislostí

Seznam tabulek

- Tab. č. 1. Diagnostická kritéria podle MKN-10
- Tab. č. 2. Porovnání klasifikací poruch osobnosti
- Tab. č. 3. Aspekty úrovně organizace osobnosti
- Tab. č. 4. Popis základních škál metody IPO
- Tab. č. 5. Rozdělení obranných mechanismů podle faktorů v DSQ-40
- Tab. č. 6. Charakteristika výběrového souboru
- Tab. č. 7. Popisná statistika IPO
- Tab. č. 8. Popisná statistika IPDE
- Tab. č. 9. Popisná statistika DSQ-40
- Tab. č. 10. Popisná statistika BPQ podle Poreha et al. (2006)
- Tab. č. 11. Popisná statistika BPQ
- Tab. č. 12. Hodnoty na škálách IPO podle skupiny závislosti.
- Tab. č. 13. Report MANOVA
- Tab. č. 14. Report ANOVA
- Tab. č. 15. Hodnoty na škálách IPDE podle skupiny závislosti
- Tab. č. 16. Report MANOVA
- Tab. č. 17. Report ANOVA
- Tab. č. 18. Hodnoty na škálách BPQ podle skupiny závislosti
- Tab. č. 19. Report ANOVA
- Tab. č. 20. Hodnoty na škálách DSQ-40 podle skupiny závislosti

Tab. č. 21. Report MANOVA

Tab. č. 22. Report ANOVA

Tab. č. 23. Report Hottelingův test

Tab. č. 24. Výsledky Pearsonových korelací IPO a IPDE

Tab. č. 25. Výsledky Pearsonových korelací IPO a BPQ

Tab. č. 26. Výsledky Pearsonových korelací IPO a DSQ-40

Příloha č. 3: Informovaný souhlas



Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu, který je součástí diplomové práce Kateřiny Dvořákové na téma „Souvislost mezi typem závislosti a osobnostní psychopatologií na základě strukturální diagnózy“, jejímž cílem je zjistit podobnosti a odlišnosti v psychopatologii dle typu závislosti.

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše zmíněném výzkumu a že má účast je zcela dobrovolná. Zároveň prohlašuji, že jsem měl/a možnost vše v klidu a dostatečném čase zvážit. Byl/a jsem obeznámen/a s podmínkami, cíli a metodami výzkumu, dále také s tím, co se ode mě očekává.

Byl/a jsem poučen/a o tom, že všechny získané údaje jsou zcela anonymní, podle zákona 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a budou použity k výzkumným účelům.

Datum:.....

Podpis:.....

Příloha č. 4: Korelace mezi dotazníkem IPO a IPDE

Korelace mezi IPO a IPDE

	r(X,Y)	r2	t	p
IPO_RT				
1_Paranoidní	0,30	0,09	4,61	0,0000
IPO_RT				
2_Schizoidní	0,27	0,07	4,06	0,0001
IPO_RT				
3_Disociální	0,27	0,07	4,02	0,0001
IPO_RT				
4_Emočně_nest_IMP	0,33	0,11	5,10	0,0000
IPO_RT				
5_Emočně_nest_HRA	0,39	0,15	6,03	0,0000
IPO_RT				
6_Histriónská	0,31	0,09	4,64	0,0000
IPO_RT				
7_Anankastická	0,24	0,06	3,56	0,0005
IPO_RT				
8_Anxiózní(vyhýbavá)	0,33	0,11	5,07	0,0000
IPO_RT				
9_Závislá	0,40	0,16	6,39	0,0000
IPO_ID				
1_Paranoidní	0,37	0,14	5,75	0,0000
IPO_ID				
2_Schizoidní	0,26	0,07	3,92	0,0001
IPO_ID				
3_Disociální	0,33	0,11	4,98	0,0000
IPO_ID				
4_Emočně_nest_IMP	0,49	0,24	8,17	0,0000
IPO_ID				
5_Emočně_nest_HRA	0,52	0,27	8,75	0,0000
IPO_ID				
6_Histriónská	0,39	0,15	6,09	0,0000
IPO_ID				
7_Anankastická	0,24	0,06	3,58	0,0004
IPO_ID				
8_Anxiózní(vyhýbavá)	0,44	0,19	7,09	0,0000
IPO_ID				
9_Závislá	0,57	0,33	10,12	0,0000
IPO_PD				
1_Paranoidní	0,40	0,16	6,38	0,0000
IPO_PD				
2_Schizoidní	0,26	0,07	3,87	0,0001

IPO_PD				
3_Disociální	0,33	0,11	5,12	0,0000
IPO_PD				
4_Emočně_nest_IMP	0,44	0,19	7,05	0,0000
IPO_PD				
5_Emočně_nest_HRA	0,49	0,24	8,14	0,0000
IPO_PD				
6_Histriónská	0,36	0,13	5,62	0,0000
IPO_PD				
7_Anankastická	0,24	0,06	3,56	0,0005
IPO_PD				
8_Anxiózní(vyhýbavá)	0,38	0,14	5,90	0,0000
IPO_PD				
9_Závislá	0,51	0,26	8,61	0,0000
IPO_total				
1_Paranoidní	0,39	0,15	6,07	0,0000
IPO_total				
2_Schizoidní	0,29	0,08	4,32	0,0000
IPO_total				
3_Disociální	0,34	0,11	5,14	0,0000
IPO_total				
4_Emočně_nest_IMP	0,46	0,21	7,49	0,0000
IPO_total				
5_Emočně_nest_HRA	0,51	0,26	8,47	0,0000
IPO_total				
6_Histriónská	0,38	0,15	6,00	0,0000
IPO_total				
7_Anankastická	0,26	0,07	3,89	0,0001
IPO_total				
8_Anxiózní(vyhýbavá)	0,42	0,18	6,68	0,0000
IPO_total				
9_Závislá	0,54	0,30	9,34	0,0000

Příloha č. 5: Korelace mezi dotazníkem IPO a BPQ

Korelace mezi dotazníkem IPO a BPQ

	Spearman	t (N-2)	p
BPQ_IMP & IPO_RT	0,29	4,32	0,0000
BPQ_IMP & IPO_ID	0,29	4,34	0,0000
BPQ_IMP & IPO_PD	0,35	5,38	0,0000
BPQ_IMP & IPO_total	0,33	5,05	0,0000
BPQ_AFF-INS & IPO_RT	0,43	6,79	0,0000
BPQ_AFF-INS & IPO_ID	0,57	10,05	0,0000
BPQ_AFF-INS & IPO_PD	0,51	8,54	0,0000
BPQ_AFF-INS & IPO_total	0,55	9,44	0,0000
BPQ_ABND & IPO_RT	0,42	6,78	0,0000
BPQ_ABND & IPO_ID	0,54	9,16	0,0000
BPQ_ABND & IPO_PD	0,56	9,83	0,0000
BPQ_ABND & IPO_total	0,55	9,51	0,0000
BPQ_REL & IPO_RT	0,36	5,50	0,0000
BPQ_REL & IPO_ID	0,41	6,55	0,0000
BPQ_REL & IPO_PD	0,45	7,35	0,0000
BPQ_REL & IPO_total	0,43	6,89	0,0000
BPQ_S-I & IPO_RT	0,35	5,43	0,0000
BPQ_S-I & IPO_ID	0,46	7,46	0,0000
BPQ_S-I & IPO_PD	0,40	6,21	0,0000
BPQ_S-I & IPO_total	0,43	6,89	0,0000
BPQ_SUIC & IPO_RT	0,36	5,51	0,0000
BPQ_SUIC & IPO_ID	0,34	5,19	0,0000
BPQ_SUIC & IPO_PD	0,38	5,84	0,0000
BPQ_SUIC & IPO_total	0,39	6,04	0,0000
BPQ_EMPT & IPO_RT	0,41	6,54	0,0000
BPQ_EMPT & IPO_ID	0,56	9,73	0,0000
BPQ_EMPT & IPO_PD	0,50	8,34	0,0000
BPQ_EMPT & IPO_total	0,53	8,93	0,0000
BPQ_INTANG & IPO_RT	0,25	3,78	0,0002
BPQ_INTANG & IPO_ID	0,39	6,18	0,0000
BPQ_INTANG & IPO_PD	0,37	5,67	0,0000
BPQ_INTANG & IPO_total	0,36	5,57	0,0000
BPQ_Q-PSYCH & IPO_RT	0,50	8,26	0,0000
BPQ_Q-PSYCH & IPO_ID	0,28	4,22	0,0000
BPQ_Q-PSYCH & IPO_PD	0,28	4,18	0,0000
BPQ_Q-PSYCH & IPO_total	0,37	5,68	0,0000
BPQ_total & IPO_RT	0,53	9,15	0,0000
BPQ_total & IPO_ID	0,64	12,17	0,0000
BPQ_total & IPO_PD	0,64	11,91	0,0000
BPQ_total & IPO_total	0,65	12,37	0,0000

Příloha č. 6: Korelace mezi dotazníkem IPO a DSQ-40

Korelace mezi dotazníkem IPO a DSQ-40

	Spearman	t(N-2)	p
DSQ_pseudoaltruismus & IPO_RT	0,24	3,55	0,0005
DSQ_pseudoaltruismus & IPO_ID	0,15	2,25	0,0254
DSQ_pseudoaltruismus & IPO_PD	0,19	2,76	0,0063
DSQ_pseudoaltruismus & IPO_total	0,21	3,13	0,0020
DSQ_suprese & IPO_RT	0,22	3,26	0,0013
DSQ_suprese & IPO_ID	0,26	3,86	0,0002
DSQ_suprese & IPO_PD	0,26	3,95	0,0001
DSQ_suprese & IPO_total	0,27	4,08	0,0001
DSQ_sublimace & IPO_RT	-0,11	-1,62	0,1070
DSQ_sublimace & IPO_ID	-0,08	-1,15	0,2496
DSQ_sublimace & IPO_PD	-0,12	-1,71	0,0881
DSQ_sublimace & IPO_total	-0,11	-1,62	0,1075
DSQ_racionalizace & IPO_RT	-0,05	-0,66	0,5121
DSQ_racionalizace & IPO_ID	-0,04	-0,55	0,5841
DSQ_racionalizace & IPO_PD	-0,02	-0,36	0,7214
DSQ_racionalizace & IPO_total	-0,04	-0,57	0,5664
DSQ_humor & IPO_RT	-0,09	-1,26	0,2085
DSQ_humor & IPO_ID	-0,10	-1,50	0,1353
DSQ_humor & IPO_PD	-0,02	-0,32	0,7459
DSQ_humor & IPO_total	-0,07	-1,03	0,3064
DSQ_projekce & IPO_RT	0,26	3,86	0,0002
DSQ_projekce & IPO_ID	0,30	4,50	0,0000
DSQ_projekce & IPO_PD	0,25	3,65	0,0003
DSQ_projekce & IPO_total	0,28	4,26	0,0000
DSQ_reaktivní formace & IPO_RT	0,26	3,87	0,0001
DSQ_reaktivní formace & IPO_ID	0,18	2,69	0,0077
DSQ_reaktivní formace & IPO_PD	0,17	2,48	0,0141
DSQ_reaktivní formace & IPO_total	0,22	3,32	0,0011
DSQ_popření & IPO_RT	0,26	3,85	0,0002
DSQ_popření & IPO_ID	0,23	3,35	0,0010
DSQ_popření & IPO_PD	0,20	2,98	0,0033
DSQ_popření & IPO_total	0,25	3,71	0,0003
DSQ_dissociace & IPO_RT	0,37	5,68	0,0000
DSQ_dissociace & IPO_ID	0,24	3,60	0,0004
DSQ_dissociace & IPO_PD	0,28	4,28	0,0000
DSQ_dissociace & IPO_total	0,32	4,84	0,0000

DSQ_devaluace & IPO_RT	0,18	2,66	0,0083
DSQ_devaluace & IPO_ID	0,20	2,96	0,0035
DSQ_devaluace & IPO_PD	0,19	2,78	0,0059
DSQ_devaluace & IPO_total	0,20	2,94	0,0037
DSQ_agování & IPO_RT	0,29	4,39	0,0000
DSQ_agování & IPO_ID	0,41	6,54	0,0000
DSQ_agování & IPO_PD	0,41	6,46	0,0000
DSQ_agování & IPO_total	0,40	6,33	0,0000
DSQ_somatizace & IPO_RT	0,35	5,36	0,0000
DSQ_somatizace & IPO_ID	0,39	6,07	0,0000
DSQ_somatizace & IPO_PD	0,34	5,22	0,0000
DSQ_somatizace & IPO_total	0,39	6,08	0,0000
DSQ_autistická fantazie & IPO_RT	0,49	8,23	0,0000
DSQ_autistická fantazie & IPO_ID	0,45	7,32	0,0000
DSQ_autistická fantazie & IPO_PD	0,41	6,51	0,0000
DSQ_autistická fantazie & IPO_total	0,48	8,01	0,0000
DSQ_štěpění & IPO_RT	0,25	3,71	0,0003
DSQ_štěpění & IPO_ID	0,28	4,19	0,0000
DSQ_štěpění & IPO_PD	0,32	4,92	0,0000
DSQ_štěpění & IPO_total	0,30	4,56	0,0000
DSQ_idealizace & IPO_RT	0,29	4,43	0,0000
DSQ_idealizace & IPO_ID	0,24	3,62	0,0004
DSQ_idealizace & IPO_PD	0,29	4,44	0,0000
DSQ_idealizace & IPO_total	0,30	4,55	0,0000
DSQ_pasivní agrese & IPO_RT	0,40	6,29	0,0000
DSQ_pasivní agrese & IPO_ID	0,42	6,68	0,0000
DSQ_pasivní agrese & IPO_PD	0,41	6,52	0,0000
DSQ_pasivní agrese & IPO_total	0,44	7,05	0,0000
DSQ_anticipace & IPO_RT	0,16	2,34	0,0202
DSQ_anticipace & IPO_ID	0,15	2,17	0,0309
DSQ_anticipace & IPO_PD	0,22	3,32	0,0011
DSQ_anticipace & IPO_total	0,19	2,85	0,0049
DSQ_přesunutí & IPO_RT	0,40	6,31	0,0000
DSQ_přesunutí & IPO_ID	0,35	5,45	0,0000
DSQ_přesunutí & IPO_PD	0,38	5,84	0,0000
DSQ_přesunutí & IPO_total	0,40	6,30	0,0000
DSQ_odčinění & IPO_RT	0,35	5,38	0,0000
DSQ_odčinění & IPO_ID	0,28	4,28	0,0000
DSQ_odčinění & IPO_PD	0,34	5,17	0,0000
DSQ_odčinění & IPO_total	0,35	5,38	0,0000
DSQ_izolace & IPO_RT	0,29	4,37	0,0000
DSQ_izolace & IPO_ID	0,33	5,02	0,0000
DSQ_izolace & IPO_PD	0,29	4,30	0,0000

DSQ_izolace & IPO_total	0,32	4,96	0,0000
------------------------------------	------	------	--------
