

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

---

**Katedra psychologie Filozofické fakulty**

**Posouzení osobnosti ve vztahu k druhu  
patologické závislosti**

**The Expertise on Personality in Relation to a Kind of a Pathological  
Dependence**



**MAGISTERSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Autor:**

Oxana Vargová

**Vedoucí diplomové práce:**

Mgr. Miroslav Charváth, Ph.D.

**2010**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Praha, Březen, 2010

Oxana Vargová

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Charváthovi, Ph.D. za cenné připomínky, konzultantovi PhDr. L.Csémymu za pomoc se zpracováním dat, PhDr. M. Preissovi, Ph.D a v neposlední řadě personálu PL i respondentům, kteří se na této práci podíleli.

## OBSAH

ÚVOD .....	6
A. TEORETICKÁ ČÁST .....	8
<b>I. ADIKTOLOGICKÝ POHLED A CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....</b>	<b>8</b>
<b>1 SUBSTANCIONÁLNÍ ZÁVISLOSTI.....</b>	<b>8</b>
1.1 <i>Vymezení závislosti a její diagnostika.....</i>	8
1.2 <i>Psychická a fyzická složka závislosti.....</i>	11
1.3 <i>Čtyřrozměrný pohled na závislosti.....</i>	12
1.3.1 Biologický pohled .....	12
1.3.2 Psychologický pohled .....	14
1.3.3 Sociální pohled.....	15
1.3.4 Spirituální pohled.....	16
1.4 <i>Závislost na nealkoholových drogách.....</i>	16
1.4.1 Vybrané typy drog a jejich účinek na psychiku .....	17
1.4.2 Psychosociální okolnosti nealkoholové závislosti.....	22
1.4.2.1 Rodinné faktory .....	22
1.4.2.2 Osobnostní faktory.....	22
1.5 <i>Závislost na alkoholu .....</i>	25
1.5.1 Účinky alkoholu na psychiku .....	25
1.5.2 Vývoj závislosti.....	25
1.5.3 Psychosociální okolnosti alkoholové závislosti .....	27
1.5.3.1 Rodinné faktory .....	27
1.5.3.2 Osobnostní faktory.....	27
<b>2 NESUBSTANCIONÁLNÍ ZÁVISLOSTI .....</b>	<b>29</b>
2.1 <i>Patologické hráčství.....</i>	29
2.1.1 Diagnostická kritéria .....	30
2.1.2 Vývoj patologického hráčství.....	31
2.1.3 Psychosociální okolnosti gamblingu .....	32
2.1.3.1 Rodinné faktory .....	32
2.1.3.2 Osobnostní faktory.....	32
<b>3 LÉČBA ZÁVISLOSTÍ.....</b>	<b>34</b>
3.1 <i>Typy léčebných zařízení a jejich charakteristika.....</i>	34
3.2 <i>Efektivita léčby .....</i>	37
<b>II. VYBRANÉ ASPEKTY Z PSYCHOLOGIE A PSYCHOPATOLOGIE OSOBNOSTI .....</b>	<b>38</b>
4 VYMEZENÍ POJMU OSOBNOST .....	38
5 VYMEZENÍ A KLASIFIKACE PORUCH OSOBNOSTI .....	40
6 LÉČBA PORUCH OSOBNOSTI.....	42

<b>7</b>	<b>TEORIE OSOBNOSTI A JEJÍCH PORUCH PODLE THEODORA MILLONA .....</b>	<b>43</b>
7.1	<i>Teorie osobnosti.....</i>	43
7.2	<i>Millonovo pojetí poruch osobnosti.....</i>	46
7.3	<i>Millonův klinický víceosý dotazník (Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI).....</i>	48
7.3.1	Charakteristika klinických profilů osobnosti v MCMI-III (Millon 1997).....	49
7.3.2	Charakteristiky škál vážné osobností psychopatologie v MCMI-III (Millon 1997).....	53
7.3.3	Charakteristika klinických syndromů v MCMI-III (Millon 1997) .....	54
7.3.4	Težké klinické syndromy (škály SS, CC a PP) .....	57
<b>8</b>	<b>VÝZKUM OSOBNOSTI VE VZTAHU K ZÁVISLOSTI .....</b>	<b>58</b>
<b>B. VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>		<b>61</b>
<b>9</b>	<b>CÍL PRÁCE A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK .....</b>	<b>61</b>
9.1	<i>Výzkumné metody.....</i>	64
9.1.1	MCMI-III .....	64
9.1.2	ICL .....	66
9.2	<i>Matematicko – statistické zpracování dat .....</i>	71
<b>10</b>	<b>ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU .....</b>	<b>72</b>
<b>11</b>	<b>CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....</b>	<b>72</b>
<b>12</b>	<b>CHARAKTERISTIKA MÍSTA SBĚRU DAT.....</b>	<b>80</b>
<b>13</b>	<b>VÝSLEDKY PRÁCE VE VZTAHU K VÝZKUMNÝM OTÁZKÁM.....</b>	<b>82</b>
<b>14</b>	<b>ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>95</b>
<b>15</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>97</b>
<b>16</b>	<b>ZÁVĚRY VÝZKUMU .....</b>	<b>101</b>
<b>17</b>	<b>SOUHRN.....</b>	<b>103</b>
<b>18</b>	<b>POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>105</b>
<b>19</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>110</b>
	PŘÍLOHA Č. 1 .....	110
	PŘÍLOHA Č. 2 .....	114
	PŘÍLOHA Č. 3 .....	118

## ÚVOD

Obecně se lze na problematiku závislosti zaměřit z různých směrů. Od čistě biologického až po duchovní. V praxi však až jedinečný koktejl všech složek v jednotlivci dává výsledný obraz vzniku a průběhu závislosti a s tím spojených psychologických fenoménů. Proto možná není tak snadné preventivně a terapeuticky toto chování ovlivnit. Člověk závislý na alkoholu, jiných drogách či hře dnes již může najít pomoc v nesčetných terapeutických zařízeních. Přesto jsme však někdy svědky dlouhodobé sebedestrukce končící i smrtí. Je tedy na místě se touto tematikou zabývat a moci tak nabídnout závislým lidem adekvátní „záchranný kruh“. To se kromě jiného neobejde bez zkoumání osobnosti těchto lidí, jako jedné z podstatných složek podílejících se na vzniku, vývoji i léčbě závislosti.

Jednou z forem intervence je ústavní léčba, probíhající v psychiatrických léčebnách. Je zde kladen větší důraz na medicínský aspekt a korekci chování. Psychologické vyšetření je v těchto zařízeních většinou zaměřeno na diagnostiku organicity, nebo psychotických příznaků pro účely psychiatrické medikace. Pro účely psychoterapie však další charakteristiky osobnosti zjišťovány nejsou. Rozhodli jsme se tedy zmapovat tuto oblast a popsat tak skupinu pacientů kromě závislosti i v jiných dimenzích.

Psychologický pohled na závislostní chování se třídí do mnoha teorií. Osobnostní problematika patří k jedné ze sledovaných oblastí. Osobnost je jedním z aktivních terénů na který návykové látky působí a naopak, stav závislosti se promítá do celkového projevu a struktury osobnosti.

Přikláníme se k dnes už obecně přijímanému názoru, že hledání osobnostního profilu, vysvětlujícího či predikujícího závislost je slepou uličkou. Praxe však ukazuje, že některé dílčí osobnostní proměnné se u závislých lidí projevují ve zvýšené míře.

To je ovšem předmětem psychologického výzkumu, který se zaměřuje na vymezení osobnostních faktorů, které potencují vznik závislosti. Ne ve smyslu stanovování predispozic, ale se záměrem využít tyto poznatky v oblasti prevence. Jako druhou cestu

výzkumu bychom mohli označit studium osobnosti již ovlivněné dlouhodobou závislostí, bez snahy nalézt osobnostní profil, ale právě nasměrovat a zlepšit léčbu.

Naše práce, která sleduje tuto druhou cestu, je zaměřena na analýzu osobnostní psychopatologie a interpersonálního chování u závislých na alkoholu, nealkoholových drogách a gamblingu.

Výběr těchto skupin je dán tím, že ústavní léčba ve které se pohybujeme, je u všech třech skupin společná. Analýzou rozdílů u daných proměnných se snažíme přispět k odpovědi na otázku, zda se liší i vlastnosti lidí s tak rozdílnou problematikou. Poznatky bychom mohli využít v léčbě na našem oddělení pro léčbu závislostí (AT muži), jejíž průběh osobnostní charakteristiky ovlivňují.

Při popisu osobnosti vycházíme zejména z teorie osobnosti a jejích poruch Theodora Millona, doplněné o interpersonální rozměr popsany pomocí dimenzí dotazníku ICL.

Naše práce má mapující charakter a snaží se přispět k rozšíření poznatků v oblasti psychologického přístupu k závislostem.

## A. TEORETICKÁ ČÁST

### I. ADIKTOLOGICKÝ POHLED A CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Adiktologie je poměrně mladou vědou zabývající se etiologií, prevencí, léčbou a výzkumem závislostí. Do této oblasti rámcově nejvíce spadá téma této práce. Významné je i propojení v oblastech psychologie osobnosti. Proto jsme rozdělili teoretickou část na adiktologický a osobnostní pohled. V praxi se obě oblasti prolínají a i když jde i o přehlednost, v našem případě aplikujeme určité psychologické metody zkoumání osobnosti v adiktologii nepoužívané a je tedy potřeba blíže specifikovat výchozí body obou oblastí.

#### 1 SUBSTANCIONÁLNÍ ZÁVISLOSTI

Typ vztahu k určité látce a jejímu užívání může mít různé podoby. Jak uvádí Gossop (2003), může jít například o užívání rizikové (dysfunkční), které představuje riziko pro vznik zdravotních a sociálních poškození, nebo užívání přímo škodlivé, kdy uživatel přes vědomí těchto poškození pokračuje v užívání a nakonec se může vyvinout závislost na dané látce, což je užívání které splňuje kritéria závislosti. Jaká kritéria to jsou a co je potřeba, aby mohla být vyslovena diagnóza závislosti, je předmětem následující kapitoly.

##### 1.1 Vymezení závislosti a její diagnostika

Ústřední složkou závislosti je nutkání pokračovat v užívání látky a narušená kontrola chování ve vztahu k ní. Dále se vyznačuje nekontrolovatelným nutkáním opakovat toto chování bez ohledu na dlouhodobé následky, touhou změnit prožívání reality, tendencí



ke zvyšování dávek, neschopností omezit dané chování (užívání drogy) a nepříjemnými pocity při vysazení látky (Gossop, 2003).

Tím se tedy kromě jiného závislost odlišuje od stavů jako: mírné požívání, zneužívání a nadužívání, neboli úzus, misúzus a abúzus.

K přesnému určení závislosti se používají víceosé diagnostické systémy, jako MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize) a DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.revize) , které stanovují základní kritéria pro použití této diagnózy.

MKN-10 ve snaze rozlišit a popsat stavy spojené s psychoaktivní látkou rozlišuje : „*syndrom akutní intoxikace (F1x.0)*“, jako přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky, „ *syndrom škodlivého užívání (F1x.1)*“, jako vzorec užívání, který poškozuje zdraví a nakonec „*syndrom závislosti (F1x.2)*“, definovaný jako „*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, přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabáku*“ (MKN-10, 1992, str.75).

Samotný pojem psychoaktivní látka není v MKN definován. Obecně jsou to látky, které mění psychickou činnost.

Jednotlivé druhy závislosti jsou v systému MKN-10 kódovány podle příslušného typu návykové psychoaktivní látky následovně:

- F10.2 Závislost na alkoholu
- F11.2 Závislost na opioidech
- F12.2 Závislost na kanabinoidech
- F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách
- F14.2 Závislost na kokainu
- F15.2 Závislost na jiných stimulantcích (včetně kofeinu)
- F16.2 Závislost na halucinogenech
- F17.2 Závislost na tabáku
- F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech
- F19.2 Závislost na několika látkách nebo na jiných psychoaktivních látkách

Dále je pro diagnostiku závislosti potřeba, aby byly v posledních dvanácti měsících přítomny alespoň tři z následujícího seznamu příznaků:

- silná touha a nutkání užívat látku (craving)
- potíže v kontrole užívání látky
- užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků.

( Odvykací stav je jedním z ukazatelů syndromu závislosti. Jedná se o somatické příznaky dle druhu určité látky a psychické poruchy jako úzkost, deprese, poruchy spánku.)

- průkaz tolerance
- zanedbávání jiných zájmů
- pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání.

(MKN-10,1992,str.76)

DSM-IV podává podobnou definici, nezahrnuje však craving a zdůrazňuje zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce.

Kromě diagnostiky hlavní poruchy DSM-IV sleduje i další kritéria, která dotváří úplnost obrazu. Slouží k tomu těchto 5 :

1. základní duševní porucha
2. poruchy osobnosti
3. somatické poruchy související s léčbou
4. psychosociální problémy a problémy prostředí
5. celkové hodnocení výkonnosti (DSM-IV in Řehan, 2007).

U diagnostiky závislosti je také důležité počítat s tím, že se jedná o chronický problém.

Při komplexním pohledu na klienta nám mohou přispět i reference blízkých osob, které je možno později zapojit do spolupráce na terapii.

Základním nástrojem je též diagnostický rozhovor, při kterém je potřeba myslet na některá zkruslení ke kterým někdy dochází vlivem osobnostních faktorů. Jak uvádí Sikora a Novotná (2007), u mnohých jsou potlačeny či nevyvinuty schopnosti sebereflexe, schopnosti verbalizovat prožívané emoce (alexithymie) a tendence setrvat na předem vytvořených postojích, mnohdy s prvky racionalizace. K určení závažnosti závislosti lze použít i dotazník SDS-Severity of Dependence Scale -Škálu závažnosti závislosti.

Samotná diagnóza závislosti však není jediným kritériem pro plánování vhodné léčebné intervence. Postup zahrnující širší pohled (nazývaný „matching“), spočívá v tom, že se snažíme o přiřazení nejvhodnější intervence konkrétnímu klientovi a bereme v úvahu spektrum informací, které se týkají psychologických charakteristik klienta, trvání návykového problému, klientovu sociální a finanční situaci, trestní stíhání, dosavadní zkušenosti s léčbou a její efekt, pohlaví, stádium motivace a další (Nešpor in Kalina, 2003).

## **1.2 Psychická a fyzická složka závislosti**

Pojem závislost v sobě skrývá dva aspekty, které se mohou u různých drog vyskytovat ve větší či menší míře. Dělení se využívá pokud chceme specifikovat psychické či tělesné příznaky při zastavení užívání látky. Jejich vzájemný poměr se u různých látek liší, ale většinou jsou přítomny obě složky.

**Psychická závislost** je duševní stav vzniklý konzumací drogy, který se projevuje přáním drogu opět požívat. Převažuje pozitivní posilovací efekt drogy a tento efekt přináší bažení (craving) po další dávce. Droga je odměnou. Výraznou roli také hraje tzv. externí posilovací mechanismus, tedy vazba aplikace drogy na specifické prostředí, přátele, rituály apod. (Fišerová in Kalina, 2003) Je-li přerušeno podávání drogy, neměly by se dostavovat žádné tělesné abstinční příznaky, prakticky jsou ovšem projevy psychiky zpravidla doprovázeny i projevy fyzickými - třesem, pocením atd.

**Fyzická závislost** na droze je stavem organismu vzniklým zpravidla jejím dlouhodobějším a častým požíváním. Popisuje se jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí (člověk k dosažení téhož efektu potřebuje stále větší dávku). Není-li při fyzické závislosti zajištěn plynulý přísun drogy, dochází k poruše homeostatického stavu organismu, k abstinenci syndromu. Abstinenci syndrom se projevuje v různém stupni podle typu drogy. Příznaky tohoto syndromu se v psychice projevují neklidem, silnou touhou získat drogu, úzkostí, v tělesné oblasti třesem rukou, bolestmi v různých částech těla, pocením. U některých drog se fyzická závislost vyvíjí dlouhou dobu a je mírného stupně. U jiných drog je příznačné vytváření fyzické závislosti již při podávání malých dávek (Vágnerová , 2004).

### **1.3 Čtyřrozměrný pohled na závislosti**

Při hledání příčin a souvislostí závislosti nebyly dosud potvrzeny uplatňující se jednoznačné kauzální vztahy. Nicméně jsou známy některé faktory a jejich kombinace, které výrazně ke vzniku a vývoji závislosti přispívají. V této kapitole uvádíme teorie, které osvětlují některé mechanismy vzniku závislosti. Každá z teorií sleduje vybraný aspekt . Obecně je přijímán přístup bio-psycho- sociálního pohledu na závislosti, který se také odráží v terapeutických intervencích. Spirituální pohled je patrný zejména u svépomocných aktivit a některých terapeutických směrů.

#### ***1.3.1 Biologický pohled***

Vychází z pojetí závislosti jako nemoci a jejího medicínského řešení. Základní východisko spočívá v hledání biologicky podmíněných znaků, které vytváří dispozici pro vznik a rozvoj závislosti. Mezi hlavní patří genetické teorie, enzymové teorie, které se vztahují nejčastěji k alkoholové závislosti a dopamin-endorfinová teorie. Z biologického pohledu je též přínosný popis mechanismu účinku látky, který dává určitá vodítka zejména pro medicínskou intervenci.

### *Neurobiologické mechanismy*

Osvětlují účinek drogy na CNS a neuromediátorový metabolismus. Zahrnují dopamin-endorfinovou teorii, která vysvětluje závislost tak, že při požívání návykové látky, vznikají alkaloidy, které obsazují opiátové receptory a tím nahrazují endogenní opiáty (endorfiny). Návykové látky také působí na mozkový systém odměny (mezolimbický dopaminergní systém), kde je hlavním mediátorem dopamin. Tím v CNS dochází ke změnám na úrovni neuronálních systémů až po submolekulární jednotky. Aplikace drogy způsobí vychýlení systémové rovnováhy CNS, zejména právě na úrovni neuromediátorů . Když se látka aplikuje opakovaně, CNS začne vyvíjet adaptační mechanismy, kdy se organizmus přizpůsobuje přísunu cizorodé látky a v mozku se nastoluje nová patologická rovnováha pro jejíž udržení je nutné drogu stále dodávat. Jakmile droga chybí, rovnováha se opět poruší, vychýlí se ve směru adaptačních změn, které v době abstinence nejsou vyvažovány drogou (abstinenční syndrom) a vede závislého k další aplikaci drogy ( Fišerová in Kalina, 2003).

Pro navození závislosti je považován za zásadní mechanismus pozitivního posilování- droga musí navodit takový účinek, který člověk touží zopakovat. V tomto mechanismu hraje též roli dopaminergní systém. Hlavními mediátory uplatňujícími se v neurobiologii závislosti jsou : dopamin, serotonin, endorfiny, acetylcholin ,GABA a noradrenalin. (Kalina, 2003) Těchto poznatků se následně využívá v medikamentózní léčbě a ovlivnění abstinenčních příznaků a korekci poruch neurometabolizmu, které vznikají během dlouhodobé závislosti.

### *Genetické mechanismy*

Předpoklad, že přímá dispozice ke vzniku závislosti je obsažena v genetickém kódu, se zatím plně neprokázal. Některá data však napovídají určitou souvislost. Například Cottonova studie vyjadřuje riziko pro syny otce alkoholika v 27%, pro potomky matky alkoholičky ve 4.9% (Cotton in Řehan 2007, str 33). Kaij na základě své studie konstatuje, že pokud je jedno z jednovaječných dvojčat závislé na alkoholu, riziko pro sourozence je 54% a u dvojvaječných 31% (Kaij in Řehan 2007, str 33). Jedna z mála

ověřených genetických souvislostí se týká „vrozené vyšší tolerance vůči alkoholu u dětí rodičů –alkoholiků“ (Royce in Kalina 2003, str.91).

Obecně je však těžké odlišit genetické vlivy a vlivy výchovy a prostředí. Otázka po výskytu závislosti v rodině je však v anamnestickém rozboru vždy významná.

### ***1.3.2 Psychologický pohled***

Psychologie vysvětluje závislostní chování nejčastěji v rámci určitého pojetí osobnosti a její dynamiky. Zabývá se i rodinnými vztahy, interakcí závislého s okolím a snaží se najít účinný způsob psychologické intervence. Klasickými zástupcem psychologických teorií vysvětlujících mechanismus závislosti je teorie redukce tenze, nebo teorie sociálního učení. V této kapitole jsou popsány modely vycházející z vybraných psychologických směrů.

#### *Psychodynamický model*

Psychoanalytická práce s intrapsychickými konflikty a osobnostními faktory je v terapii celkem využívaným přístupem. Tyto teorie vysvětlují zneužívání návykových látek v rámci svého pojetí pudů, deficitu Ega, intrapsychických konfliktů, obranných mechanismů či jako fixaci v orální fázi psychosexuálního vývoje. Uplatňuje se zde základní idea psychoanalýzy, která říká, že určité způsoby sociálního chování jsou odvoditelné z raných dětských zkušeností. Psychoanalytici také do určité míry popisují specifickou osobnostní strukturu závislých, s rysy raných vývojových stádií, tj. se silnou potřebou péče, podpory, nízkou tolerancí vůči frustraci a bolesti. Dále předpokládají přítomnost infantilních nevědomých potřeb, které byly uspokojovány prostřednictvím psychoaktivních látek ( Frouzová in Kalina 2003).

#### *Kognitivně-behaviorální model*

V těchto modelech se klade důraz na chování. Za hlavní procesy „naučení“ závislosti jsou považovány podmiňování, imitace nebo sociální učení. Zneužívání drogy je pak navozováno a udržováno kombinací pozitivních a negativních posílení, což určuje

pravděpodobnost jejího dalšího užití. Intervence zaměřená tímto směrem se snaží ovlivnit právě „naučené“ mechanismy spojené se závislostí (Ward in Nociar 2001). Kognitivní hledisko předpokládá existenci určitých kognitivních struktur- schémat, na jejichž základě jedinec myslí, cítí a jedná. Schémata fungují jako vzory pro odhadování a hodnocení situací (Praško, 2009). Zejména v psychoterapii závislosti je kognitivně-behaviorální model využívaným přístupem, což dokládá existence různých technik zvládání nežádoucího chování, režimová opatření a další.

#### *Urbanův interakční model*

Autorem je český psycholog E.Urban, který upozornil na souhru faktorů , které se na vzniku a vývoji závislosti podílejí. Jde o faktor farmakologický (droga), enviromentální (prostředí), somatický a psychický (osobnost) a faktor provokující (podnět) (Urban in Řehan, 2007). Tento model je významný zejména pro diagnostiku a „matching“. Integruje totiž podstatné souvislosti vzniku a vývoje závislosti.

#### **1.3.3 Sociální pohled**

Zdůrazňuje roli sociálního prostředí při rozvoji závislosti. Sociální rozměr a kontext závislostního chování je nepopiratelný. A to i při vzniku nesubstancionálních závislostí (gambling a další).. Sociologie se zabývá otázkami širší společnosti a psychologické vědy se zaměřují na užší sociální prostředí jedince a zejména rodinné faktory.

Nejznámější ze sociologických teorií v souvislosti se vznikem závislosti je Durkheimova teorie anomie-rozpadu morálních norem (Řehan, 2007).

Pihl (in Millon et al.,1999) uvádí pět základních sociálních faktorů, které ovlivňují vznik závislostního chování:

- Kulturní normy společnosti vztahující se ke zneužívání návykových látek a jejich dostupnosti.
- Hodnoty a normy specifické komunity
- Vliv subkultury do které jedinec patří

- Přístup rodiny a skupiny vrstevníků
- Kontext užívání

Za rizikové faktory jsou také považovány pocity vyčlenění z komunity, nízký sociální status, rasová odlišnost, touha po identifikaci se silnější skupinou a další (Kudrle in Kalina, 2003).

#### ***1.3.4 Spirituální pohled***

Spirituální rozměr je poměrně málo terapeuticky reflektovaný v léčbě závislostí. Zřejmě pro svou neuchopitelnost. Nicméně duchovní (spirituální) rozměr člověka, jako vztah k něčemu co ho přesahuje, nelze popřít. Snadnou dostupnost drog v kombinaci s absencí smyslu, duchovních hodnot a sebepřesahu můžeme považovat za významný faktor při rozvoji závislostí. Z některých studií například vyplývá, že pacienti léčící se ze závislosti na alkoholu se významně liší od běžné populace v míře prožívání smysluplnosti (Kavenská, 2009). Vztah k „vyšší moci“ využívá zejména organizace Anonymních alkoholiků, jejíž role zejména v doléčování je prokazatelně přínosná.

Spirituální přístupy vycházejí z předpokladu, že existenciální prázdno, deprese nebo ztráta smyslu bytí jsou pozadím na kterém probíhá vznik a vývoj závislosti. Proto při léčbě je zapotřebí neminout tyto fenomény, protože i při stabilizované abstinenci mohou otázky po smyslu a sebepřesahu narušit křehkou duševní rovnováhu člověka hledajícího cestu ze závislosti.

### **1.4 Závislost na nealkoholových drogách**

Adiktologická problematika nealkoholových drog je rozsáhlá a my se v této kapitole omezujeme na popis vybraných nejčastěji užívaných zástupců a jejich vliv na psychiku. Jak uvádí Frouzová (in Kalina, 2003) lidé užívají drogy a následně se na nich stávají závislými zejména pro jejich účinky, které buď pomáhají řešit stávající stav (bezmoc,



frustraci, tenzi, apatii), nebo nabízejí něco, po čem jedinec touží (únik, legrace , uvolnění.

#### ***1.4.1 Vybrané typy drog a jejich účinek na psychiku***

##### Opoidy a opiáty

Opium jako výchozí substance je získáváno z mléčné šťávy makovic máku setého. Může být použito jako tinktura, nebo po určité úpravě ke kouření (Minařík in Kalina , 2003) Nejrozšířenější drogou této skupiny je kromě braunu a metadonu, heroin.

##### *Heroin*

Patří mezi polosyntetické deriváty morfinu. Nejčastěji se aplikuje nitrožilně, nebo šňupáním, kouřením a inhalací. Závislost vzniká pravidelně a rychle, již po několika týdnech. Průměrná dávka kolísá v závislosti na stupni závislosti a rozvoji tolerance mezi 0,1 a více gramy na den.

Při intoxikaci je v popředí zklidnění a příjemná euforie, která podléhá toleranci. Může se objevit i dysforie spojená s nevolností, zvracením a neschopností koncentrace. Prvními příznaky jsou nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji a svědění- charakteristické poškrabování. Při chronickém abusu je postižena oblast charakterových vlastností, intelekt není zasažen. Závislý je líný, bez vůle, ztrácí libido a potenci, může být depresivní. Časté bývají nespavost, únava, podrážděnost střídající se s apatií. Závislost těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci.

Odvykací syndrom vzniká asi 10 hodin po poslední aplikaci, trvá asi 10 dní s maximem 2.-3.den. Projevuje se bolestí břicha, průjmy, mydriázou, úzkostí, špatnou náladou, nespavostí. V těžších případech dochází k vzestupu tělesné teploty, úporné nespavosti, poruchám řeči, třesům, nechutenství a dehydrataci. Vzácně může dojít ke kolapsu a úmrtí ( dle Minařík in Kalina , 2003).

## Stimulancia

Zpravidla jde o synteticky vyrobené látky, mateřskou látku představuje amfetamin. Účinky psychostimulancii spočívají ve zvýšení psychomotorického tempa a bdělosti, především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavnosti paměti (na úkor přesnosti). Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly a energie (duševní i tělesné) a snižují chuť k jídlu. Na druhou stranu mohou vyvolat úzkost, někdy umocňují trému a užití může vést k agresivitě a přecenění psychosomatických možností (Minařík in Kalina, 2003).

### *Kokain*

Je alkaloid jihoamerického keře *Erythroxylon coca*. Tradičním způsobem aplikace je žvýkání kokových listů, které se u nás nevyskytuje. Nejčastějším způsobem je šňupání nebo injekční aplikace. Množství se pohybuje od desetin gramu do 20-30 g denně. Kokainista je veselý, družný, má halucinace příjemného obsahu, touží po pohybu a zvýšeném výkonu. Stav připomíná hypománii. Nápadné jsou poruchy chování, vymizení zábran, vzestup libida. Díky anorektickému účinku dochází k výrazné hubenosti a podvýživě. Kokain nevyvolává fyzickou závislost o to výraznější je však závislost psychická. Běžné jsou psychotické epizody paranoidního charakteru- toxické psychozy. Odvykací syndrom je doprovázen únavou, několikadenním spánkem, hladem. Dostavuje se deprese, úzkost, někdy i sebevražedné myšlenky. Po načerpání sil se objevuje silná touha po droze, někdy ústící v relaps. Přetrvává depresivní prožívání, objevuje se podrážděnost a poruchy spánku (Minařík in Kalina, 2003).

### *Pervitin*

Patří mezi budivé aminy, genericky je to metamfetamin. Má formu mikrokrystalického bílého prášku. Aplikuje se ústy, šňupáním, nebo nitrožilně. Dávky se pohybují od 50mg až 1g. Užití vede k euforii, vymizení únavy, nechutenství. Zvyšuje výkonnost celého organismu, urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid. Zornice jsou rozšířené. Dochází k urychlení toku myšlenek (na úkor kvality), zvýšení

pozornosti a soustředěnosti. Dále pervitin odstraňuje zábrany, navozuje euforii, sebejistotu a rozhodnost. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s pocity vyčerpání a skleslost (Minařík in Kalina 2003).

Jako následek chronického užívání mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí. Závislý je neklidný, pociťuje napětí, úzkost, předrážděnost, poruchy spánku, nevolnost, zvracení, sucho v ústech. Je celkově sešlý z podvýživy. Z psychických komplikací se mohou objevit halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, deprese, sebevražedné tendence, podezíravost, stavy zmatenosti, poruchy paměti, neschopnost koncentrace. Při užití velmi vysoké dávky, nebo chronické intoxikaci se rozvíjí toxická psychoza pod obrazem paranoidně-halucinatorního syndromu. Odvykací syndrom je pouze psychický, obdobný jako u kokainu (Minařík in Kalina, 2003). Skupina závislých na této droze, patří v ústavní léčbě k nejpočetnějším.

#### NMDA (extáze)

Spadá na pomezí stimulancií a psychedelik. Klasická závislost není tak častá. Vedle stimulačního účinku vyvolává příjemné, snadno kontrolovatelné emoční stavy s relaxací a bez pocitu strachu, pocity štěstí a blaha, někdy doprovázené halucinacemi (Minařík, Páleníček in Kalina, 2003).

#### Konopné drogy

V této skupině se vyskytují dvě základní formy drogy, marihuana a hašiš. Účinnou látkou je tetrahydrocannabinol-THC. Obvykle se marihuana užívá kouřením suché zeleno-hnědé směsi, vzniklé rozdrcením květenství, listů, stonků a semínek z horní části samičí rostliny konopí setého *Cannabis sativa*. Více koncentrovaná forma (konopná pryskyřice) se nazývá hašiš. Miovský (2001) uvádí, že na průběh akutní intoxikace marihuanou má vliv tzv. „set“ -vlastnosti a charakteristiky na straně uživatele a potom také tzv. „setting“ - sociální, situační a farmakologické faktory.

THC při perorálním užívání v nízkých dávkách (5-10 mg) vyvolává mírně rozjařenou náladu. Vyšší dávky (30-70 mg) již vyvolávají výrazné a dlouhotrvající reakce, podobající se stavům vyvolaným halucinogeny. Tato reakce má většinou dvě fáze: stimulace a euforie je následována obdobím zklidnění a spánku. Při kouření marihuany se THC rychle absorbuje přes bohatě prokrvené plíce. THC potom proudí krví do mozku a už po několika minutách se projevují první účinky. V mozku se THC naváže na kanabinooidní receptory, kterých je nejvíce v hipokampu. Ten se podílí především na činnosti krátkodobé paměti, ukládání nových paměťových stop. Marihuana tento proces potlačuje (Kuhn, Swartzwelder, Wilson in Atkinson, 2003).

Lidé, kteří užívají marihuanu pravidelně a delší dobu, udávají mnoho změn ve vnímání a senzorce. Například celkovou euforii a pocit pohody, zkreslení vnímání času a prostoru, změny sociálního citění. 16 % pravidelných kuřáků ale také popisuje pocity úzkosti, hrůzy a zmatenosti a 1/3 uživatelů údajně občas zažívá příznaky akutní paniky, halucinace a nepříjemné, zkreslené vnímání vlastního těla. Lidé, kteří užívají marihuanu denně, uvádějí tělesnou i duševní letargii, u třetiny z nich se potom vyskytují příznaky mírné deprese, úzkosti a podrážděnosti (American Psychiatric Association in Atkinson, 2003).

### Analgetika, sedativa, trankvilizéry

Podle zprávy Mezinárodního výboru pro kontrolu drog (INCB) se stává velkým problémem zneužívání léků na předpis. Ve své výroční zprávě (2006) INCB uvádí, že v některých zemích je počet osob zneužívajících tyto léky vyšší než počet uživatelů heroinu, kokainu a MDMA (extáze) dohromady.

Analgetika jsou látky, které selektivně snižují vnímání bolesti. Sedativa mají všeobecně zklidňující účinek. Trankvilizéry-anxiolitika působí snížením úzkosti, psychické tenze a strachu. Nejčastěji vidíme závislost na benzodiazepinových anxiolytikách. Z klasických zástupců těchto skupin jsou to Tramal, Apaurin, Lexaurin, Diazepam a další. Opidní

analgetika se ve svém účinku neliší od opioidů (heroin) a benzodiazepiny připomínají účinek alkoholu. Většinou je přítomen výrazný odvykací syndrom. Zejména u pacientů závislých na trankvilizérech je nutné myslet na problematiku duální diagnózy. Tyto léky mohou lékaři předepisovat se záměrem pomoci pacientovi od jiných duševních potíží, například úzkosti, deprese, nespavosti. Klíčové je tedy řešení primární poruchy, pro kterou se léky začaly užívat (Bayer in Kalina, 2003).

### Těkavé látky

Mezi tyto látky řadíme některá rozpouštědla, ředidla a lepidla a plynné látky jako éter a rajský plyn. S dalších zástupců jsou to: toluen, benzin, aceton. Společným znakem po užití je ovlivnění CNS projevující se euforií, většinou s útlumem a sluchovými či zrakovými halucinacemi. Při inhalaci je většinou nemožné ovlivnit dávkování a kvalitativní porucha vědomí často přechází v poruchu kvantitativní. Toluén vyvolává silnou psychickou závislost. Při delším užívání dochází k celkovému otupění, poruchám emotivity, afektivní lability, agresivitě, ztrátě zájmů. Jedná se pak o organický psychosyndrom, daný toxickým působením látky (Hampl in Kalina, 2003).

### Halucinogenní drogy

Tato skupina drog je charakteristická tím, že její základní účinek spočívá v kvalitativní změně vědomí. Po požití těchto drog dochází často k výrazným změnám psychiky, hloubky a intenzity vnímání. Objevují se zrakové a sluchové halucinace, projevy depersonalizace, deformace času a prostoru. Bývají přítomny zvláštní vjemy barev a zvuků, zvuky mohou být např. vnímány barevně. Mohou se dostavit extatické prožitky splynutí s přírodou a vesmírem, ale i hrůzné vjemy natolik intenzivní a hodnověrné, že se jim postižená osoba snaží uniknout bez ohledu na možné zranění nebo smrt. U halucinogenů se příliš neprojevuje ani psychická ani fyzická závislost, rizikem je zde krajní nevypočitatelnost jejich efektu (Rahn, Mahnkopf, 2000). Hlavními zástupci jsou LSD a Psilocybin.

### ***1.4.2 Psychosociální okolnosti nealkoholové závislosti***

Závislost prostupuje celý život jedince a neobsahuje jen nutkavé užívání drog. Zahrnuje řadu dalších problémů a faktorů, které ji předchází a doprovází. Při hledání rodinných a osobnostních vlivů na průběh závislosti byly nalezeny určité souvislosti, kterým se věnujeme níže.

#### ***1.4.2.1 Rodinné faktory***

Primární rodina by měla umožňovat dítěti příležitost trvalé, bezpečné interakce, která je nutná k vytvoření pout. V souvislosti s jedinci, kteří mají problém se závislostí na drogách se uvažuje o významné roli dysfunkční rodiny, která se vyznačuje charakteristickými rysy, které popisuje Sobotková (2007). Jde o popírání či neřešení problémů, chybějící intimitu, vzájemné obviňování, rigidní role, potlačování osobní identity na úkor rodinné, obětování individuálních potřeb dysfunkčnímu rodinnému systému, nejasnou komunikaci, chybění jasných hranic mezi členy rodiny a nejasná pravidla a kompetence. Různé modifikace téhož popisují i jiní autoři (Nešpor, Csémy, 1992. Hajný, 2003).

Fenoménem, který se často v rodinách závislých vyskytuje, je kodependence. Definuje se jako dysfunkce spojená se zaměřením na potřeby a chování druhých (Hajný in Kalina, 2003) . Jde o pseudoadaptaci a naučené chování. Toto chování souvisí s určitým vzorcem osobnostních rysů členů rodiny závislého. Například přebírání odpovědnosti za uspokojení potřeb druhého, zkreslování hranic mezi generacemi a rolemi, tendence kontrolovat druhé, nedůsledný, opakovaně odpouštějící, zachraňující postoj a další (Hajný in Kalina, 2003).

#### ***1.4.2.2 Osobnostní faktory***

Tyto faktory můžeme rozdělit na dispoziční-tj. osobnost před užíváním drogy a popisné-tj. rysy již závislých uživatelů. Opět jde o spojitě jevy, ale vzhledem k našemu

zaměření se soustředíme na hledisko druhé. Tedy které osobnostní rysy nacházíme u závislých jedinců.

Podle Nociara (2001) patří mezi nejvýraznější charakteristiku osobnosti toxikomana snížená schopnost snést zátěž a nízká frustrační tolerance. Mezi další výrazné rysy patří intenzivní úzkost, i když je stále otázkou, zda se jedná o predispozici a nebo o stav získané pohotovosti reagovat úzkostně. Deprese, která se často uvádí jako základní rys osobnosti závislých, bývá většinou reaktivního a přechodného charakteru. Mezi dalšími charakteristikami se pak objevují impulzivita, která pravděpodobně souvisí s nízkou schopností snášet zátěž a projevuje se u závislého neklidem a potřebou vyhledávat podněty. Určitá vzdorovitost způsobuje sociální izolovanost toxikomana, který se pak pohybuje mimo společnost s výjimkou své vlastní drogové subkultury závislých. Toxikomani bývají přecitlivělí nebo afektivně labilní ve smyslu nadměrné citlivosti vůči fyzickým, sociálním a emočním podnětům, což způsobuje další komplikace ve vztahu k ostatním lidem. Mezi další rysy patří perfekcionismus, který se projevuje stanovováním si příliš vysokých cílů, selháváním při jejich dosahování a následnými pocity viny. Časté jsou též pocity méněcennosti a ztráty smyslu života (Nociar, 2001).

Závislí si často mohou vytvářet „iluzivní realitu“. Na okolí pak působí často zmateně, dráždí svými výmluvami, nedodržovanými sliby a lhaním. Vznikající konflikty vedou k další traumatizaci, pocitům viny a studu (Kudrle in Kalina 2003).

Osobnostní strukturu závislých shrnuje také Bergeret (1995) ve svém modelu toxikomanické osobnosti. Uvádí: *běžný model*, který odpovídá neurotickému charakteru se zdůrazněním obranného mechanismu vytěsnění, dále vzácnější model, nazývaný též *psychotický*, který má vztahové vlastnosti užší a rigidnější než neurotický charakter. Z obranných mechanismů nejčastěji využívá rozštěpení a projekci. Třetím modelem je dle Bergereta model *nevyzrálý*, který má charakter prodlouženého dospívání, zahrnuje osobnost špatně strukturovanou, nevyzrálou. Tyto osoby potřebují být závislé na druhých a jejich úzkost vychází z obavy, že ztratí kontakt s ostatními lidmi.

Kromě uvedených se při popisu obranných mechanismů u závislých zdůrazňuje:

*Racionalizace* - pseudo-zdůvodňování nebo emocemi ovládané myšlení. Jde o zdůvodňování a omlouvání vlastního postoje nebo chování, které je vnímáno jako společensky nepřijatelné.

*Projekce viny* - při které závislá osoba popírá vlastní zodpovědnost za určité nepřijatelné nebo nevhodné chování, přičemž tuto odpovědnost připisuje někomu jinému.

*Popření reálnosti problému* - kdy závislá osoba tvrdí, že nemá s drogou žádný problém, případně tvrdí, že drogová závislost není tak významný problém, za jaký ho ostatní považují. Svým interpretacím naprosto věří, a proto může i neúmyslně klamat.

*Bagatelizace* - závislý bagatelizuje svůj drogový problém, případně svůj problém do jisté míry uznává, ale i tak ho považuje za méně závažný, než jaký ve skutečnosti je.

*Únik* - do regresivních fantazií o tom, jaký život by to mohl být, kdyby svět nebyl tak nespravedlivý. (zpracováno dle Nociar 2001, Kudrle in Kalina, 2003)

Bassin (in Kooyman et al., 2004) k charakterikám závislých uvádí, že se vyznačují také nízkým sebevědomím, porušenou identitou a nejsou schopni setrvat v dlouhodobém vztahu, nevěří sobě ani druhým, bojí se odmítnutí a manipulují druhými, aby omítnuti nebyli.

V souvislosti s pohledem na drogu jako prostředek samoléčby nepříjemných symptomů, popisuje Presl (in Výrost, Slaměník, 2001) uživatele stimulancí jako přecitlivělé, zranitelné, úzkostné, s problémy v komunikaci i sociálních dovednostech. Zato jedinci extravertní s projevy zvýšené dráždivosti, snížené schopnosti koncentrace a se sklony k impulzivité upřednostní spíše drogy tlumivé a opiátového typu.



## **1.5 Závislost na alkoholu**

Vzhledem k dostupnosti a společenské „přijatelnosti“ je alkohol nejčastěji užívanou legální drogou. Stav závislosti se vyznačuje některými specifickými fenomény, které popisujeme níže.

### **1.5.1 *Účinky alkoholu na psychiku***

Alkohol (chemicky etylalkohol) je výsledkem chemického procesu kvašení jednoduchých sacharidů obsažených v ovoci, nebo polysacharidů obsažených v obilných zrnech či bramborách. Akutní intoxikace většinou způsobuje euforickou náladu, uvolnění a redukuje sociální zábrany. Z počátku má alkohol anxiolytický a antidepresivní účinek, později se však sám stává příčinou depresivních a úzkostných stavů, které stimulují další pití (Kudrle in Kalina, 2003).

### **1.5.2 *Vývoj závislosti***

„Dispozičně – expoziční model popisující vznik závislosti na alkoholu předpokládá, že čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbavy, zdravotního stavu, komorbidity aj), tím menší podíl expozice je nutný a naopak. Čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti (Popov in Kalina, 2003).

Přechod od škodlivého užívání k závislosti probíhá většinou poměrně nenápadně, typické pro její vývoj jsou změny jako: postupné zvyšování tolerance vůči alkoholu, ztráta kontroly užívání, zanedbávání jiných zájmů. Následuje výskyt odvykacích příznaků např. v podobě „ranních doušků“ (resp.potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu hned po probuzení) a poruch paměti (tzv. „okénka“). Alkoholická „okénka“ (palimpsesty) jsou typické výpadky paměti – akutní amnézie, při kterých dochází ke ztrátě vzpomínek na aktivitu během intoxikace alkoholem (Nešpor, 1995).

Současně dochází pozvolna ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Často se může závislost na alkoholu spojit s jinou duševní poruchou, např. depresivní a úzkostnou poruchou a poruchami osobnosti.

Fáze vývoje vzniku závislosti na alkoholu charakterizuje dodnes využívaný přístup E. M. Jellineka z roku 1952. Člení průběh závislosti do čtyř fází.

1. **Fáze občasné konzumace.** Jde o počáteční stádium, projevující se tím, že požívání alkoholu má spíše společenský charakter, konzumace přináší úlevu, euforii. Zpočátku je pití jen příležitostné, později častější a pravidelnější. Riziková je především ta zkušenost, že alkohol přináší úlevu. Postupně se vytváří psychická závislost, zvyšuje se tolerance.
2. **Prodromální (varovná) fáze alkoholismu.** V tomto období vzniká pocit potřeby alkoholu bez ohledu na formu a druh alkoholického nápoje. Postupně se zvyšuje tolerance k alkoholu. Opilost se stává běžným průvodním jevem a někdy se objevují výpadky paměti. Je plně rozvinutá psychická závislost a začíná se vytvářet závislost somatická.
3. **Kritická fáze alkoholismu.** Dochází ke ztrátě kontroly, alkoholik své pití racionalizuje. Je vytvořena psychická i somatická závislost, pokračuje růst tolerance k alkoholu. V tomto období alkohol přináší různé problémy, zejména společenského charakteru. Alkoholik si svou závislost nechce přiznat, často již potřebuje medicínskou pomoc. Občas se jedinec v tomto období dostává i k trestné činnosti.
4. **Terminální (konečná) fáze alkoholismu.** Tolerance k alkoholu se začíná snižovat (v důsledku poškození jater), k opití postačí jen malé dávky alkoholu. Tato fáze se vyznačuje soustavným požíváním jakýchkoliv alkoholických nápojů, vznikají různé somatické i psychické poruchy, někdy velmi závažné. Mění se osobnost alkoholika, dochází k její deprivaci.  
(zpracováno dle Popov in Kalina 2003; Vágnerová, 2004).

Rychlost propadu je individuální, může jít o měsíce či roky. Pro léčbu je důležité znát jak somatické průvodní jevy závislosti, tak psychosociální pozadí.

### ***1.5.3 Psychosociální okolnosti alkoholové závislosti***

#### ***1.5.3.1 Rodinné faktory***

Stejně jako u nealkoholových závislostí je ve většině případů alkoholová závislost ve svém vývoji nějakým způsobem spojena s dysfunkčností rodiny a kodependentními vztahy. V rodinných historiích lze často vidět nahromaděné traumatizující prvky, jako sebevraždy, psychická onemocnění, násilí, úmrtí, rozvody rodičů, nebo chronické partnerské konflikty (Hajný in Kalina, 2003). Popisovány jsou též vlivy interakce rodiče závislého na alkoholu a dítěte, u nějž se narušuje proces idealizace a identifikace s rodičem, což přispívá k rezignovanému životnímu postoji, narušení důvěry a hromadění bezmocného vzteku. Tyto fenomény mohou v souvislosti s dalšími faktory potencovat problematické chování dítěte ve vztahu k psychoaktivním látkám a pomyslný kruh se tak uzavírá.

#### ***1.5.3.2 Osobnostní faktory***

Různé studie a popisy osob závislých na alkoholu řeší spornou otázku jejich společných osobnostních rysů. Ty jsou i v pozadí známé Jellinekovy typologie z r.1960, která rozlišuje 5 typů ve snaze utřídit různorodou etiologii, průběh a prognózu abúzu alkoholu:

*Typ alfa-* objevuje se u lidí s nevyváženou psychikou, používajících alkohol jako sebededikaci k odstranění dysforie, tenze či deprese. Často pijí o samotě.

*Typ beta-* je podmíněn spíše sociokulturně, časté je pití ve společnosti, většinou neprogreduje do závislosti.

*Typ gama-* má také primárně sociální charakter, abúzus se vyvíjí při společném pití s druhými ale narozdíl od typu beta zde pití souvisí s vnitřním bažením. Postupně se zvyšuje tolerance a ztrácí kontrola pití a vývoj směřuje k závislosti.

*Typ delta*- jde o samotářské pití spojené s chronickou konzumací a udržování“hladinky“ bez výrazné ztráty kontroly.

*Typ epsilon*-epizodický abuzus, s obdobím delší a občas úplné abstinence. Někdy je provázen afektivními poruchami (dle Řehan, 2007).

Při zaměření na čistě osobnostní charakteristiky došli Cox a Klinger (in Nociar, 2001) k závěru, že pro aktivní i přeléčené alkoholiky je typická impulzivita, nonkonformismus a hledání odměny.

Širší pohled uvádí Blane et al. (1987) ve studii autorů Blashfielda a Morelyho z roku 1981 a studii Skinnera z roku 1982, které se shodují v definici dvou subtypů alkoholické osobnosti. První subtyp je nazýván jako *psychopatický alkoholik*, jehož pití reflektuje nedostatek kontroly nad vnitřními impulzy. Druhý subtyp je označen jako *neurotický alkoholik*, kterému slouží alkohol jako prostředek pro vyrovnání se se stresem.

Osobnost alkoholika v léčbě popisuje i Barnes (in Nociar, 2001) a vyzdvhuje osobnostní charakteristiky jako:

- Slabé ego vyznačující se orientací na přítomnost, nízkou frustrační tolerancí, impulzivitou, nezralostí, hostilitou, slabou, resp. nedostatečně diferencovanou sexuální identitou a negativním self-konceptem.
- Zvýšenou stimulaci spojenou se zvýšenou senzitivitou, hypochondrií a strachem ze smrti.
- Závislost a pasivitu
- Neuroticismus, jehož hlavními složkami jsou labilita, anxieta a depresivita.

Z nejčastěji popisovaných obranných mechanismů jsou to zejména racionalizace a bagatelizace. Kdy cílem je odsunout odpovědnost za dané jednání mimo sebe a udržet si snesitelný sebeobraz nebo zlehčování a snižování významnosti problémů (Řehan, 2007).

Nociar ( 2001) uvádí, že na začátku abstinence vykazují pacienti jisté vnitřní problémy, mívají pocit určitého společenského handicapu nebo pocitu méněcennosti. Dlouhodobě abstinující (2 – 10 roků) se ohledně fyzického i mentálního zdraví přibližují normě, často však u nich přetrvávají podobné pocity jako v začátcích abstinence, bývají nespokojeni a nedokáží se efektivně uplatnit v sociálních rolích.

## **2 NESUBSTANCIONÁLNÍ ZÁVISLOSTI**

Do nedávné doby se adiktologie zabývala převážně problematikou alkoholových a nealkoholových drog. V poslední době se ukazuje, že závislost se může pojit i s určitou činností. Mezi tyto závislosti, někdy také nazývané závislostmi na procesu, se řadí patologické hráčství, závislost na internetu , nakupování a další. V podstatě jde o skupinu kompulzivních poruch chování vykazujících obdobnou dynamiku změn afektivity, nálad a sebekontroly jako skupina drogových závislostí (Frouzová, 2007). Jak uvádí Fišerová (2000) zahrnuje se patologické hráčství mezi závislosti i vzhledem k podobným biologickým mechanismům. Někdy je přirovnáváno k užívání kokainu.

V našem výzkumném souboru je zastoupena skupina patologických hráčů a budeme mít tedy možnost srovnat některé jejich osobnostní charakteristiky se závislými na psychoaktivních látkách. Níže popisujeme základní poznatky o hráčství, které vycházejí převážně ze zmíněné podobnosti dynamiky patologického hráčství a jiných závislostí.

### **2.1 Patologické hráčství**

Patologické hráčství (gambling) bylo uznáno jako nemoc Americkou psychiatrickou asociací v roce 1980. V České republice až od roku 1994.

Projevuje se neschopností hráče za žádných okolností odolat hře, i přes negativní důsledky. Při abstinenci od hry se dostávají nepříjemné pocity, neklid, podrážděnost (psychický typ závislosti). Nutkání ke hře je spojeno s vnitřním napětím a tento pocit

ustupuje po zahájení hry. Při hře pociťuje gambler příjemné vzrušení a uspokojení. V případě patologického hráčství nejde jen o hru jako aktivitu, ale o hru jako předpoklad zisku, výhry. Dominantní se stává potřeba rychlého zbohatnutí (Nešpor, 2006).

### **2.1.1 Diagnostická kritéria**

MKN-10 řadí patologické hráčství mezi návykové a impulzivní poruchy spolu s dalšími a kóduje následovně:

- F63.0 Patologické hráčství
- F63.1 Patologické zakládání požárů (pyromanie)
- F63.2 Patologické krádeží (kleptomanie)
- F63.3 Trichotillomanie
- F63.8 Jiné nutkavé a impulzivní poruchy
- F63.9 Nutkavá a impulzivní porucha NS

Pro diagnózu patologického hráčství jsou vymezena tato kritéria :

Během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.

Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.

Jedinec popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.

Jedinec je zaujat myšlenkami a představami o hraní a okolnostmi, které tuto činnost doprovázejí. (in Nešpor, 2006)

APA (Americká Psychiatrická Asociace) rozvádí tato kritéria podrobněji, charakterizuje gambling takto:

Zaměstnávání se hazardní hrou ( uvažování o hře, plánování hry).

Aby se docílilo žádoucího vzrušení musí se zvyšovat množství peněz vkládaných do hazardní hry.

Opakované a neúspěšné pokusy hazardní hru ovládat, redukovat nebo s ní přestat.

Používání hazardní hry jako prostředku jak uniknout problémům nebo mírnit pocity bezmoci a viny.

Při pokusu snížit hazardní hru nebo s ní přestat, přichází neklid a podrážděnost.

Tendence vrátit se následující den po prohře k hazardní hře s cílem vyhrát vše zpět.

Lhaní příbuzným, s cílem zakrýt rozsah svého zaujetí hazardní hrou.

Dopouštění se ilegálních činů jako je padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře.

Ohrožení nebo ztráta signifikantních vztahů, zaměstnání, vzdělání nebo kariéry kvůli hře.

Spoléhání se na druhé v poskytování finančních prostředků a zmírnění zoufalé životní situace způsobené hazardní hrou. (zpracováno dle Nešpor, 1996)

### **2.1.2 Vývoj patologického hráčství**

Stejně jako ostatní závislosti má i gambling postupný průběh a rychlost propadu je individuální. Urychluje se stresem, nebo expozicí (příležitostí, svedením, výskytem psychologického stresoru, jakým je například finanční ztráta a podobně). Stádia vývoje patologického hráčství popisuje Nešpor (2006) třemi etapami:

*Stádium výher* – závislost na hazardních hrách začíná zpočátku nenápadně. Z počátku nepůsobí žádné problémy a je jen zábavou. Člověk sní o tom, že vyhraje a splní si tak sny. Nejhorší variantou pro začátečníka je, když vyhraje což ho motivuje k další hře.

Má představu, že má vše pod kontrolou a na hře vydělává. Tato fáze však netrvá dlouho a brzy se radikálně obrátí.

*Stádium prohrávání* – zde už můžeme mluvit o počátečním patologickém hráčství. Hra ovládá celý život a zabírá veškerý čas. Z počátku se může hráč snažit hru ovládnout a regulovat ji. Hráč si začíná půjčovat peníze, lže a rozpadají se mu rodinné a přátelské vztahy. Dostavuje se neklid a podrážděnost.

*Stádium zoufalství* – hráč ztrácí dobrou pověst, dluží mnoho peněz, které není schopen splácet. Hra zabírá veškerý volný čas a když nehraje neustále myslí na to, až zase bude hrát a konečně vyhraje. Neustále sní o pohádkové výhře, která ho vyvede z problémů. Objevuje se deprese a výčitky svědomí. V této fázi už jsou hráči úplně sami a opuštění. Při přetrvávajících finančních problémech dochází i k páchání trestné činnosti za účelem obstarání peněz. Objevují se i sebevražedné pokusy nebo aspoň myšlenky na ni. Situace se neustále zhoršuje a někteří zhorší situaci pitím alkoholu nebo braním drog.

Do poslední fáze se patologický hráč obvykle dostane za jeden až tři roky. U dospívajících však může být průběh mnohem rychlejší (Nešpor, 1996).

### **2.1.3 Psychosociální okolnosti gamblingu**

#### **2.1.3.1 Rodinné faktory**

Vysoké procento hráčů má rodiče závislé na alkoholu či návykových drogách. Promítá se zde také výchovné ochranné prostředí, kdy se rodiče snaží utajovat problémy, řešit dluhy či selhání a berou na sebe závazky a osobní problémy dětí (Nešpor, 1996). Patologický hráč má často problém udržet dlouhodobý vztah. Narušení důvěry opakovaným lhaním a existenční potíže vedou k rozpadu partnerství.

#### **2.1.3.2 Osobnostní faktory**

Nejsou v literatuře příliš zpracovány, ale je naznačeno, že nutkavý hráč se vyznačuje neschopností a neochotou přijmout skutečnost. Proto utíká do svého snového světa



hazardní hry. Dále je to citová nejistota. Nutkavý hráč zjišťuje, že se cítí v citové pohodě jedině když hraje. Typickým znakem je nezralost. Přání mít v životě všechny dobré věci bez velké námahy je dalším společným rysem problémových hráčů. Tráví mnoho času fantazírováním o velkých výhrách, které změní jejich život. Sní o tom, že koupí svým blízkým luxusní dárky a zahrnou je blahobytem. Pokud hráč vyhrává stimuluje ho to k snění ještě o větších výhrách. Pokud však prohrává je ve stavu zoufalství. Jejich sny se tak dlouhodobě nenaplnují což vede ještě k hlubšímu zoufalství a proto dál jen sní o své velké výhře (Nešpor, 1996).

Frouzová (2007) přidává k osobnostním charakteristikám hráčů emoční instabilitu, nízkou frustrační toleranci, proměnlivost postojů, nezdrženlivost, snahu odkládat řešení, nedostatek pevných vnitřních norem s nedbalostí a lehkovážností, problematický vztah k opačnému pohlaví projevující se ambivalencí až zábrami v sexuální interakci, nebo závislostí na ženě.

Stejně jako jiné závislosti, nelze patologické hráčství „vysvětlovat“ určitými osobnostními rysy, jejich sledování má ale nedocenitelný význam pro terapii. Vzhledem k tomu, že subjektivně vnímaný nepříjemný stav je často spouštěčem, znalost osobnostní problematiky jedince do velké míry ovlivňuje úspěch léčby.

### **3 LÉČBA ZÁVISLOSTÍ**

Vzhledem k tomu, že nemůže být nijak kauzální, vychází z různých potřeb závislých nacházejících se v různorodých situacích. Cílem bývá většinou dosažení abstinence, nebo alespoň zmírnění následků dlouhodobé závislosti.

#### **3.1 Typy léčebných zařízení a jejich charakteristika**

##### **Terénní programy (streetwork)**

Terénní práce jsou specifickou formou sociální práce, probíhají přímo na ulici. Klienty jsou především ti, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně životního stylu. Cílem terénních programů je např. prevence proti AIDS, snížení výskytu hepatitidy B, C, snížení počtu úmrtí v důsledku předávkování, předcházení kriminalitě, motivace klientů k abstinenci, motivace klientů k výměně injekčního materiálu, ke kontaktu se službami pro uživatele a další (Hrdina a Korčicová in Kalina 2003).

##### **Nízkoprahová kontaktní centra**

Kontaktní centra se zaměřují na krizovou intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě a jsou zaměřena pouze na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové terapeutické a pomocné aktivity. Nabízejí včasnou krizovou intervenci, lékařské poradenství, kontakty na svépomocné aktivity, práci s motivací, účelné vedení klienta a prvky terapie (Kalina a Kudrle in Kalina 2003).

##### **Ambulantní péče (AT ordinace)**

Cílovou skupinou jsou nejen závislí, ale i experimentátoři, konzumenti, víkendoví uživatelé bez závislosti a problémoví uživatelé. Ambulantní péče mohou využít i rodiče závislých, příbuzní, partneři, spolužáci apod. AT ordinace nabízí preventivní programy, léčbu – psychoterapii i farmakoterapii, rehabilitační sociální programy a následnou péči.

## **Denní stacionáře**

Denní stacionáře slouží svými programy různým skupinám závislých, od nízkoprahových uživatelů až po doléčovací programy pro abstinující klienty. Nabízejí zejména komunitní setkání, skupinovou psychoterapii, individuální psychoterapii a poradenství, sociální práci, pracovní terapii a klubové a volnočasové aktivity (Kalina, 2003).

## **Detoxifikační jednotky**

Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovými látkami, které nevyžadují péči na jiném somatickém oddělení. Detoxifikační stanice může být samostatná nebo součástí jiného oddělení (nemocnici, ústavní léčby). Zaměřuje se zejména na farmakoterapii, částečně na psychoterapii a sociální práci. Pacienti jsou odtud předáváni kontaktním centrům, ambulancím, do ústavní léčby nebo do terapeutické komunity (Nešpor in Kalina 2003).

## **Ústavní léčba**

V České republice je nejrozšířenější tzv. střednědobá léčba závislosti, která trvá od tří do šesti měsíců. (Léčba trvajících do tří měsíců se nazývá krátkodobá nebo prodloužená detoxifikace). Nejčastěji je nabízena psychiatrickými léčebnami, případně psychiatrickými odděleními některých nemocnic. Program ústavní léčby je komplexní, zahrnuje lékařskou, psychologickou, psychoterapeutickou, sociální péči a výchovně-educativní postupy. Základem je strukturovaný program a režim. Strukturovaný program obsahuje řadu psychoterapeutických, pracovních i volnočasových aktivit, je přehledný a vyvážený. Vyžaduje od pacientů důslednost a odpovědnost a tím je připravuje na nároky běžného života. Současně nabízí stimulaci k aktivitě, smysluplné prostředí, získávání zkušeností, vytvoření mezilidských vztahů, obnovení autonomie, sociálního statusu, naznačení budoucnosti a perspektivy (Skála in Kooyman, 2004).

V komunitě pacientů ústavní léčby najdeme kromě osob závislých na alkoholu také osoby závislé na různých nealkoholových drogách a patologické hráče. Program pro jednotlivé typy diagnóz je většinou pro všechny stejný, skupina v rámci skupinové

psychoterapie je smíšená a výběr do skupiny probíhá většinou náhodně. Toxikomani i patologičtí hráči mají v některých zařízeních možnost vlastní uzavřené skupiny, většinou jednou týdně. Výukové i terapeutické komunitní programy probíhají pro všechny typy pacientů společně. Pacient má možnost v průběhu léčby navštívit původní prostředí formou propustek. Jejich příprava, plánování a hodnocení jsou součástí programu.

### **Terapeutické komunity**

Terapeutickou komunitu lze charakterizovat jako formu organizace, kdy jde o systém řízení léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a spoluúčast všech složek, včetně pacientů, na rozhodování i léčbě. Nebo jako psychoterapeutickou metodu, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování (Kratochvíl in Kooyman, 2004).

Probíhá zde dlouhodobý, léčebný a resocializační program. Pacient se co nejaktivněji podílí na léčbě, vytváří se zde obousměrná komunikace mezi pacientem a jednotlivými členy terapeutického týmu a mezi pacienty navzájem. Delší doba pobytu (až jeden rok) přináší značné výhody, ale také větší zodpovědnost za chod celé komunity.

### **Následná péče, doléčovací programy**

Následná péče je určena pro pacienty, kteří absolvovali detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu, mají základní náhled na problematiku závislosti a abstinují. Mezi hlavní složky programu následné péče patří psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, pomoc s pracovním zařazením, rekvalifikací, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky a případně nabídka volnočasových aktivit (Kuda in Kalina 2003).

### **Chráněné bydlení a chráněná práce**

Chráněné bydlení je prostředek sociální stabilizace klienta formou poskytovaného ubytování. Cílem je zajištění bydlení pro klienty terapeutického a resocializačního programu. Klienti na bydlení částečně přispívají, musí dodržovat daná pravidla chodu

zařízení a jejich pobyt je časově omezen. Chráněné pracovní programy pak slouží ke zvýšení pracovních dovedností, případně i k rekvalifikaci, ke zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele (Dvořák in Kalina 2003).

### **3.2 Efektivita léčby**

Zejména příbuznými často kladená otázka po tom, zda bude daná léčba účinná, či samotnými klienty požadovaná rada, která z intervencí je pro ně vhodná, je velmi těžko zodpověditelná. V obecné rovině však můžeme říci, že léčba má význam a výzkumy efektivitu léčby jednoznačně potvrzují. Jak uvádí Šerý (2007) u toxikomanů, „asi 40 % jich po léčbě abstinuje a u 50–60 % se alespoňlepší jejich zdravotní a sociální stav“. Programy následné péče pak zvyšují pravděpodobnost udržení dosažených změn až o dalších 80%. Pokud uživatel po léčbě nevydrží abstinovat, ukazuje se, že se chová alespoň méně rizikově („užívají nižší dávky drog, neužívají injekčně, dříve nastupují k opakované léčbě“), což přispívá významně ke snížení drogové kriminality. Úspěšnost léčby závisí také na mnoha různých činitelích. Hlavní roli hraje osobnost uživatele drog, závažnost jeho zdravotních a sociálních problémů a jeho motivace k zásadní změně chování – životu bez užívání drog. Do hry vstupuje i typ zvolené léčby, její délka, intenzita, náročnost a kvalita. Neopomenutelný je vliv osobnosti a stylu práce terapeutů. Významná je podpora rodiny a sociální situace uživatelů drog i jejich blízkých (Šerý, 2007).

Ve výsledku se tedy musí počítat s mnohostrannou intervencí a také respektovat individuální tempo a motivaci ke změně. Často to však může znamenat i to, že nejdříve přijmeme klientovo rozhodnutí z léčby odejít. Časté relapsy jsou však běžnou záležitostí na cestě ze závislosti a rozhodně neznamenají nemožnost situaci zvládnout. Někdy klienti vnímají porušení abstinence tak fatálně, že jim připadá, že předchozí léčba nebyla účinná a rezignují na úspěch, nebo najdou důvod proč v závislosti zůstat. To jsou však otázky na kterých je možno pracovat v psychoterapii, která klade na terapeuta poměrně vysoké požadavky. Poznání hlavních osobnostních charakteristik klienta, je dle našeho názoru jedním z kroků při rozhodování jaká další intervence je indikovaná.

## II. VYBRANÉ ASPEKTY Z PSYCHOLOGIE A PSYCHOPATOLOGIE OSOBNOSTI

### 4 VYMEZENÍ POJMU OSOBNOST

Každý si z hlediska svého pohledu dokáže odpovědět na otázku co vidí pod pojmem osobnost. Podat ovšem odpověď, která by zachytila co nejvíce aspektů a vyjádřila podstatu tohoto konstruktů není vůbec snadné. To dokládá i nejednotnost současné psychologie ve vymezení tohoto pojmu. Mikšík (2001) vidí příčiny tohoto stavu například v nadměrné individuální rozrůzněnosti, ve vysoce dynamickém projevu daného jedince v reálných životních či situačních kontextech a také v mimořádné metodologické obtížnosti pronikání do psychiky osobnosti.

Duševní život člověka je však určitým způsobem organizován a právě pro tuto organizovanost byl vybrán pojem osobnost. Struktura osobnosti vyjadřuje vnitřní uspořádání psychologických prvků a stálost jejich uspořádání. Názory různě orientovaných psychologických škol se v obsahu jednotlivých prvků tvořících strukturu osobnosti liší. Neurobiologové definují osobnost jako dynamickou organizaci psychobiologického systému, která moduluje adaptaci na zkušenost (Nakonečný, 1998).

Pokud bychom se chtěli dostat za takto obecné vymezení, nacházíme mnoho dalších definic. Například Rahn a Mahnkopf (2000) definují osobnost jako souhrn vlastností a způsobů chování, které propůjčují jedinci vlastní, charakteristickou individualitu.

Komplexní definici podává Praško (2009) který vymezuje osobnost jako „individuální soubor všech duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích“ (str. 15). Jak dále uvádí, vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, charakteristickou pro každého člověka. V průběhu vývoje se vrozené dispozice (temperament) neustále doplňují a obohacují se získanými vlastnostmi (charakter).

Popis osobnosti pomocí vymezení temperamentu a charakteru je v psychologii běžný a je jednou z mála jednotných oblastí v nazírání na osobnost.

Obecným znakem temperamentu je dle Cloninger (in Praško, 2009) vzrušivost, projevující se jak vnitřně, jako intenzita prožívání citů, tak i navenek, jako ráznost akce a bezprostřednost projevů. Mezi známé temperamentové typologie patří např. Hippokratova, Pavlovova, nebo Kretschmerova.

Charakter z velké části určuje relativně stálou pohotovost jedince projevit se určitým způsobem. Charakter se projevuje v činech, ale jeho základnou jsou motivy těchto činů a týž čin může u různých osob vycházet z různých motivů (Nakonečný, 1998).

Tyto dvě dimenze často slouží k odlišení vrozeného a získaného základu osobnosti, ale abychom porozuměli lidskému chování, musíme porozumět i silám, které je utvářejí a které jsou obecně označovány jako dynamika osobnosti.

Vnitřní svět každého člověka je složitou strukturou potřeb (fyziologických, psychologických, sociálních a spirituálních), které utváří právě onu osobnostní dynamiku tím, že působí jako motivační činitelé a ovlivňují tak naše chování. Rozlišujeme složku intrapersonální a interpersonální (Drapela, 1997).

Závislostní chování zákonitě naruší udržení rovnováhy ve struktuře i dynamice osobnosti. Proto je závislost spojována s poruchami osobnosti a psychologický výzkum hledá odpověď na otázku, jaký je mezi nimi vztah.

## 5 VYMEZENÍ A KLASIFIKACE PORUCH OSOBNOSTI

Na výše uvedené potíže při vymezování osobnosti nasedají problémy s definicí poruchy osobnosti. Zjednodušeně bychom ji mohli popsat jako stav, kdy určitá povahová vlastnost je zcela mimo obecnou normu a brání dotyčnému v uspokojivém kontaktu s okolím. Lidé s poruchou osobnosti mají většinou problémy s kolektivem a okolí je vnímá jako „podivínské“. Poruch osobnosti existuje celá řada a objevují se též ve smíšených podobách.

Dle Praška (2009) jsou poruchami osobnosti nazývány temperamentové a charakterové rysy, které se výrazně odchyľují od rysů ostatních lidí. Patří k nim hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, které se projevují stereotypními reakcemi na řadu osobních a sociálních situací.

Nezávisle na teoretickém přístupu je přechod od zvláštnosti určitého člověka (akcentované osobnosti) k poruše osobnosti plynulý a tím je dána obtížnost diagnostiky a klasifikace. Praško (2009) uvádí, že pro poruchu osobnosti svědčí:

- přítomnost nerovnováhy jednotlivých rysů osobnosti, která vede v souvislosti s prostředím k různě dlouho trvajícím adaptačním obtížím.
- extrémní forma rysů osobnosti
- omezená flexibilita vlastností v souvislosti s požadavky prostředí

V současné době se při diagnostikování poruch osobnosti vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí (1992), kde jsou specifické poruchy osobnosti (F 60) popisovány jako „odchylky od běžných způsobů myšlení, cítění a utváření vztahů. Specifická porucha osobnosti je zde definována jako těžké narušení v charakterové skladbě a tendencích chování jedince. Zahrnuje několik oblastí osobnosti a téměř vždy bývá spojena s osobním nebo sociálním selháním“ (MKN-10, 1992, str.195). Dále podle MKN-10 odpovídají specifické poruchy osobnosti následujícím kritériím.



a) výrazně disharmonické postoje a chování, zahrnující obvykle několik oblastí funkcí, např. afektivitu, vzrušivost, kontrolu impulzivity, způsoby vnímání, myšlení a styl vztahů k ostatním lidem.

b) abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního onemocnění.

c) vzorec abnormálního chování ovlivňuje celou osobnost a je jasně maladaptivní v širokém rozsahu osobních a sociálních situací.

d) shora uvedené projevy se vždy objevují během dětství nebo dospívání a pokračují do dospělosti.

e) porucha vede ke značné osobní nepohodě, ale to může být zřejmé až v pozdějším průběhu.

f) porucha je obvykle, ale ne vždy, sdružena s významným zhoršením výkonu jak v zaměstnání, tak ve společenské oblasti.

Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) rozlišuje tyto typy specifických poruch osobnosti:

F 60 Specifické poruchy osobnosti

F 60.0 Paranoidní porucha osobnosti

F 60.1 Schizoidní porucha osobnosti

F 60.2 Disociální porucha osobnosti

F 60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti

F 60.4 Histriónská porucha osobnosti

F 60.5 Anankastická porucha osobnosti

F 60.6 Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti

F 60.7 Závislá porucha osobnosti

F 60.8 Jiná porucha osobnosti

Podle DSM-IV je porucha osobnosti charakterizována podobně, jako *„přetrvávající vzorec chování, který se významně odlišuje od očekávání v kultuře, ve které jedinec žije, je rozsáhlý a nepružný, má počátek v adolescenci nebo raném dětství, je stabilní v průběhu času a způsobuje utrpení nebo poškození.“* (in Praško et al. 2009, str. 16)

Jelikož se porucha osobnosti projevuje jakoby napříč celou osobnostní strukturou, bývá její léčba neméně obtížná. V kombinaci se závislostí představuje terapeuticky velmi náročnou situaci.

## **6 LÉČBA PORUCH OSOBNOSTI**

Dle Praška (2009) klinická zkušenost naznačuje, že v léčbě poruch osobnosti je nejdříve potřebné dosáhnout ovlivnění temperamentu a až potom se má terapie zaměřit na ovlivnění charakteru. Ovlivnění temperamentu se týká afektivních, kognitivních a behaviorálních projevů pacienta, tedy jeho reaktivity. Tato reaktivita (styl) může být buď nedostatečná, nebo nadměrná, přehnaná. Teprve když je pacient schopen dostatečně kontrolovat své temperamentové reakce, může mít prospěch z běžných psychoterapeutických intervencí zaměřených na ovlivnění charakteru.

Snaha modifikovat charakterové rysy dříve než temperamentové často vede k negativním terapeutickým reakcím, regresi, poruchám chování, opíjení se, parasuicidálním či suicidálním pokusům nebo hospitalizacím (Praško, 2009).

Zatím se spekuluje o tom, zda se poruchy osobnosti dají vůbec léčit a zda je možné je správně a jednotně diagnostikovat. Trochu jiný přístup nabízí u nás téměř neznámý T.Millon, který nevnímá tyto poruchy jako nemoci, ale jako spojení mnoha typických a podobných osobnostních rysů.

## **7 TEORIE OSOBNOSTI A JEJÍCH PORUCH PODLE THEODORA MILLONA**

### **7.1 Teorie osobnosti**

U nás nepříliš známý americký psycholog Theodore Millon je autorem metody MCMI-III, kterou používáme ve výzkumné části k diagnostice poruch osobnosti a teorie osobnosti ze které jeho přístup vychází.

V současné době žije T.Millon v New Yorku, kde působí jako konzultant v otázkách psychologie osobnosti a jejích poruch. V roce 2008 byl Americkou Psychologickou Asociací oceněn zlatou medailí za celoživotní přínos psychologii. APA zavedla cenu T.Millona (Theodore Millon Award) jako uznání nejlepším psychologům na poli psychologie osobnosti.

Jeho teorie vychází z principů evoluční teorie osobnosti. Principy a procesy evoluce jsou podle Millona základní a univerzální. Chápe osobnost jako systém psychických struktur a funkcí, které jsou paralelní k tělesným. Není to směs nesouvisejících rysů a různých typů chování, ale dobře organizovaný komplex stabilních struktur a koordinovaných funkcí. Millon považuje osobnost za spojení interpersonálních, kognitivních, psychodynamických a biologických charakteristik. Jednotlivé rysy se vzájemně ovlivňují a utvářejí tak stabilitu a konzistenci celé osobnostní struktury (Millon et al., 2004).

Jak autor výstižně popisuje, osobnost je to,co nás dělá tím, čím jsme a také to , co nás odlišuje od ostatních ( Millon, 2004).

V typologii osobnosti rozlišuje patnáct „prototypů“, které jsou doplněny čtyřmi „subtypy“ platnými u dospělých osob, tj. celkem šedesát různých variant osobnosti. U každého prototypu popisuje též „normální styl“, tj. projevy osobnosti, které nenabývají klinické závažnosti a také tzv. dětské syndromy. Prototypy jsou určeny na základě

teoretických zdrojů, subtypy jsou odvozeny z klinických zkušeností (Praško et al. 2003; Preiss, 2003).

Millon se ve své teorii věnuje i činitelům utváření osobnosti, kde shrnuje biosociální pojetí a poznatky teorie učení. Předpokládá, že jak podnětová deprivace, tak nadměrné podněty (nazývané též supersaturace) vyvolávají specifické účinky v závislosti na stupni zralosti a připravenosti nervového systému. V praxi lze tyto jevy sledovat jak prediktivně, tak postdiktivně. Znamená to, že u dospělého jedince se specifickými charakteristikami je možné zjistit, v jakém období vývoje byl deprivován nebo nepřiměřeně zatěžován. Stejně tak u dítěte je možné na určitém stupni vývoje za základě intenzity podnětů předikovat jaké charakteristiky se u něj budou v dalším vývoji upevňovat. Millon předpokládá, že reakce jedince na deprivaci nebo supersaturaci závisí na jeho životní vitalitě, struktuře temperamentu i úrovni intelektu (Smékal, 2002).

Osobnost a poruchy osobnosti vysvětluje Millon pomocí čtyř oblastí aplikace evolučních a ekologických principů, označuje je jako **existence, adaptace, replikace a abstrakce**.

**Existence** znamená dvě prolínající se strategie – zachování života (vznik organismu, který se schopen přežít) a rozšíření života (vyhnout se událostem, které ho mohou ukončit). Tyto dvě oblasti jsou též nazývány „příjemné“ a „bolest“. Součástí lidské normy je prolínání se obojího, jak snaha zaměřit se na příjemné záležitosti v životě, tak snaha vyhnout se bolesti. Schizoidní a vyhybavé osobnosti bývají citlivé na psychickou bolest a nejsou schopny se této dimenzi přiblížit. Stejně tak na druhém pólu jsou to osobnosti nepřiměřeně riskující, např. antisociální osobnost.

Pojem **adaptace** znamená kontinuum mezi přizpůsobováním se prostředí (akomodací) a aktivní změnou prostředí. U rostlin je typické přizpůsobení se prostředí, u živočichů naopak aktivní přizpůsobení si prostředí. U člověka je optimální obojí, přiměřeným a vyváženým způsobem. Neschopnost akomodace se projevuje u histriónské osobnosti, naopak problém aktivního přizpůsobení zaznamenáváme u osobností závislých, pasivních, obsedantně-kompulzivních a narcistických, které předpokládají úspěch, aniž

by vyvíjely snahu, aktivitu. Na druhé straně je pak antisociální osobnost, které často přesahuje kulturně akceptovatelné normy.

Paralelou mezi zaměřením se na sebe a na druhé je **replikace**. Druh a jeho přežití vyžaduje zplození potomků, tedy partnerství obou rodičů. U normální osobnosti je důležitá vyváženost mezi péčí o potomstvo a zaměřením se na svůj vlastní rozvoj. Mezi osobnosti, které se nedokáží zaměřit na sebe a svůj rozvoj, patří zejména závislé osobnosti. Naopak zaměření na ostatní je obtížné u antisociální a narcistické osobnosti.

Vyrovnanost mezi myšlením a cítěním je podle Millona nazývána **abstrakce**. Podle neuropsychologie je to tzv. „kortikální integrace“. Přestavuje schopnost překročit konkrétní, schopnost symbolického vnímání, usuzování a přechod do dalších stádií adaptace a možností změny. Podle Millona není tento proces spojován s žádnými poruchami osobnosti ( Praško et al. 2009; Preiss 2003).

Paralelně s těmito evolučními úkoly prochází jedinec neuropsychologickými stádii vývoje, jak ukazuje tabulka č.1

Tabulka č.1 : Čtyři prvky evolučního modelu osobnosti (Millon a Davis in Praško et al. 2003)

<b>Evoluční fáze</b>	<b>Funkce přežití</b>	<b>Neuropsychologický stupeň</b>	<b>Vývojový úkol</b>
<b>Existence</b>	Rozšíření života (příjemné) Zachování života (bolest)	Vnímání - vztah	Rozvoj důvěry k ostatním
<b>Adaptace</b>	Změna prostředí (aktivní) Přizpůsobení se prostředí (pasivní)	Senzomotorická autonomie	Získání adaptivní jistoty
<b>Replikace</b>	Výchova potomstva (jiní) Vlastní rozvoj (já)	Dospívání a pohlavní identita	Přizpůsobení se sexuálním rolím
<b>Abstrakce</b>	Usuzování (myšlení)	Intrakortikální integrace	Vyrovnanost myšlení a cítění

Millon ve své teorii vychází z fylogeneze. Osobnost vnímá jako reprezentaci stylu adaptace, kterým se organizmus vztahuje k typickým změnám prostředí. Porucha osobnosti představuje maladaptivní adaptační styl .

## **7.2 Millonovo pojetí poruch osobnosti**

Millon rozlišuje mezi rysy osobnosti a poruchami osobnosti. **Rys osobnosti** je popisován jako dlouhotrvající, mírný, ale dobře definovaný znak osobnosti. V aktuální manifestované podobě je klinicky nevýznamný a spadá do pásma normality. **Porucha osobnosti** vzniká spojením mnoha typických a podobných rysů (Millon, 2004). Je definována jako dostatečně problémový osobnostní vzorec, který významně narušuje fungování osobnosti (Preiss, 2003).

V původním modelu své teorie poruch osobnosti z roku 1969, nazvané teorie biosociálního učení, došel ke třem základním dimenzím chování. Uvádí je pod pojmy aktivita v. pasivita (tzv. instrumentální chování), subjekt v. objekt (tzv. zdroj) a příjemné v. bolest (tzv. podstata). Na základě těchto tří protikladných dvojic popisuje osm typů osobností a tři „obtížné“ varianty, které odpovídají oficiální klasifikaci poruch osobnosti podle DSM-III. Pro jednotlivé poruchy má své vlastní názvy (např. závislá porucha je nazývána submisivní). Mezi „těžké“ typy poruch patří podle Millona cykloidní osobnost (tj. hraniční porucha osobnosti), paranoidní a schizotypní osobnost (Praško et al. 2009; Preiss 2003).

Millon odmítá psychiatrickou klasifikaci poruch osobnosti jako klinicky homogenních jednotek, které jsou složeny z rozdílných i jednotných diagnostických znaků. Označuje toto chápání osobnosti za chybné, zúžené a klinicky nesprávné. Zdůrazňuje především to, že v rámci jedné kategorie poruchy osobnosti existují velké rozdíly. Poruchy osobnosti nemohou být léčeny léky a zařazeny do kategorie jasných a zřetelně ohraničených kategorií nemocí. Millon proto považuje výraz „porucha“ na ose II (jak je uvedeno v DSM IV) za nešťastný, protože dělá dojem propojení s osou I v DSM (osa I – specifické duševní poruchy). Terapie poruch osobnosti pak není léčbou, ale zapojením konstruktivních sil osobnosti k otevření nových možností (Preiss, 2003).

Millon uvádí devět základních předpokladů přístupu k poruchám osobnosti (Millon a Davis in Praško et al. 2009):

1. Poruchy osobnosti nejsou nemocemi.
2. Poruchy osobnosti jsou vnitřně odlišné funkční a strukturální systémy, ne vnitřně homogenní jednotky.
3. Poruchy osobnosti jsou dynamické, ne statické systémy, neživé nálepky.
4. Osobnost sestává z mnohočetných jednotek na mnohočetné úrovni dat.
5. Osobnost existuje na kontinuu. Neexistuje ostrá hranice mezi normalitou a patologií.
6. Osobnostní patologie není přímočará, ale postupná interaktivní a mnohočetně rozložená do celého systému.
7. Kritéria patologie osobnosti by logicky měla být koordinována již v samém modelu poruch osobnosti.
8. Poruchy osobnosti mohou být vyšetřeny, ale ne diagnostikovány definitivně.
9. Poruchy osobnosti vyžadují strategicky plánované a kombinační způsoby taktické intervence.“

### **Úrovně poruchy osobnosti**

Podle vztahu individuality a společnosti rozlišuje Millon čtyři úrovně poruchy osobnosti (Praško et al. 2003):

**Styl deficitu příjemnosti** (pleasure – deficient style). Patří sem schizoidní, vyhýbavá a depresivní porucha.

**Styl interpersonálně nevyrovnaný** (interpersonally – imbalanced style). Do této skupiny zařazuje histriónskou, narcistickou a antisociální poruchu osobnosti.

**Intrapsychický konfliktní styl** (intrapsychically – conflicted style). Tato kategorie zahrnuje sadistickou (agresivní), obsesivně – kompulzivní, negativistickou (pasivně – agresivní) a masochistickou poruchu osobnosti.

**Strukturálně narušený styl** (structurally – defective style). Sem řadí sociálně nekompetentní osobnosti – schizotypní, hraniční a paranoidní poruchy osobnosti.

Jednotlivé typy poruch přibližujeme v následující kapitole a zároveň naznačujeme strukturu Millonova dotazníku k jejich identifikaci.

### **7.3 Millonův klinický víceosý dotazník (Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI)**

Millonův klinický víceosý dotazník MCMI z roku 1983 vychází z Millonovy koncepce osobnosti a poruch osobnosti a je podložen jeho evoluční teorií. Tato metoda je určena zejména pro testování psychiatrických pacientů. Nástroj pokrývá širokou škálu psychopatologie včetně chronických rysů, stejně tak jako akutních klinických syndromů.

Metoda MCMI se postupně vyvíjela. Na první verzi testu (užívanou pod názvem MCMI) navázaly další varianty testu (MCMI-II a MCMI-III), v současnosti se užívá verze MCMI-III z roku 1994, kterou do češtiny přeložil M. Preiss.

Struktura škál vychází z Millonovy teorie psychopatologie a je definována 4 x 2 vzorci typů osobnosti. Těmito dvěma dimenzemi jsou: zdroje upevnění (samostatný, závislý, nezávislý a ambivalentní) a způsoby řešení (aktivní a pasivní) (Wetzler 1990). Na základě kombinace těchto vlastností vzniká osm základních typů osobnosti, z nichž některé jsou ještě dále rozčleněny. Millon k nim přidává tři doplňkové typy poruch osobnosti a deset patologických klinických syndromů. MCMI-III má tedy celkem 24 škál, rozdělených na dimenze klinického osobnostního profilu, vážné osobnostní patologie, klinických syndromů a těžkých klinických syndromů.



## **Struktura MCMI-III**

### **Klinický osobnostní profil:**

- 1 Schizoidní
- 2A Vyhýbavý
- 2B Depresivní
- 3 Závislý
- 4 Histrionický
- 5 Narcistický
- 6A Antisociální
- 6B Sadistický
- 7 Kompulzivní

8A Negativistický

8B Masochistický

### **Vážná osobnostní patologie:**

S Schizotypální

C Hraniční

P Paranoidní

### **Klinické syndromy**

A Úzkostná porucha

H Somatoformní porucha

N Bipolární – manická porucha

D Dystymie

B Alkoholová závislost

T Drogová závislost

R PTSD

### **Těžké klinické syndromy**

SS Porucha myšlení

CC Depresivní porucha

PP Porucha s bludy

### **7.3.1 Charakteristika klinických profilů osobnosti v MCMI-III (Millon 1997)**

V této kapitole uvádíme charakteristiku jednotlivých profilů dle Millona, tak jak jsou použity v dotazníku MCMI-III. Jednak z důvodu přiblížení jednotlivých stylů osobnosti a také proto, že nemůžeme odkázat na MKN-10 ani DSM-IV, neboť některé poruchy nejsou v těchto manuálech uvedeny (sadistická, masochistická.). Vycházíme hlavně z Millonova manuálu pro MCMI-III z roku 1997.

### **Schizoidní (škála 1)**

Schizoidní jedinci se vyznačují nedostatkem touhy a neschopností zažívat a vyjádřit silné emoce (pozitivní i negativní). Mají sklony k apatii, jsou mdlí, bez zájmu, duchem nepřítomní, asociální. Jejich emoční a citové potřeby jsou minimální, fungují jako pasivní pozorovatelé. Nejsou schopni rozeznat jemné emoce ani u sebe, ani u druhých.

### **Vyhýbavý (škála 2A)**

Jedinec označený jako vyhýbavý je charakterizován jako bdělý, ostražitý, připravený vzdálit se od zneklidňujících anticipací bolestivých a negativně posilujících životních zkušeností. Jeho adaptivní strategie odráží strach z jiných a nedůvěru k nim. Svou ostražitostí brání svým impulzům a touhám po emocích a zároveň se tím snaží vyhýbat nepříjemným prožitkům. Může se chránit pouze aktivním stažením. I přesto, že touží po vztahu, naučil se, že je nejlepší tyto city popřít a udržovat v mezilidských vztazích velký odstup.

### **Depresivní (škála 2B)**

Mezi prvními třemi klinickými vzorci osobnosti jsou podobnosti, zvláště pesimismus, nedostatek radosti, neschopnost zažít pozitivní emoční prožitky a zdánlivá pohybová retardace. Pro schizoidní poruchu osobnosti DSM je to neschopnost radosti stejně jako smutku. Pro vyhýbavý vzorec je tu nadměrná ostražitost k negativním prožitkům a následně nevšímavost ke kladným emocím. Pro depresivního jedince je to pocit ztráty, beznaděje, že by se kladné emoce mohly znovu objevit. Depresivní osobnost pociťuje stálou negativní emoci, bolest, mívá sklony k pesimismu a k beznadějným vyhlídkám. Je potřeba zde brát v úvahu i biologické faktory, genetické dispozice, vliv zkušenosti, vliv nefunkční rodiny, neplodné (sterilní) prostředí apod. Všechny tyto faktory mohou ovlivňovat vznik depresivních charakteristik osobnosti.

### **Závislý (škála 3)**

Závislí jedinci jsou charakterizováni tím, že hledají vztahy, ve kterých se mohou opírat o cit, bezpečí a vedení druhých. Nedostatek vlastní iniciativy a autonomie je často následkem přehnané rodičovské ochrany. Naučili se, že je pohodlné přijmout pasivní roli v mezilidských vztazích a akceptují jakoukoli přívětivost a podporu, kterou mohou dostat. Jsou ochotni podřídit se přání druhých, aby si udrželi jejich cit.

### **Histriónský (škála 4)**

Ačkoli se histriónští jedinci neobracejí na druhé méně než závislí, projevují se odlišně. Iniciativně a navíc velmi snadno dokáží zmanipulovat události, aby získali maximální pozornost a laskavosti ostatních a aby se zároveň vyhnuli jejich lhostejnosti a nesouhlasu. Dokáží dobře zvládat sociální situace, jejich chování působí dojmem vnitřní sebedůvěry, ale uvnitř prožívají strach z opravdové autonomie a silnou potřebu přijetí a souhlasu. V každém interpersonálním a sociálním kontaktu se snaží vyhledávat a potřebují zažívat úctu a cit.

### **Narcistní (škála 5)**

Narcistní jedinci jsou podle Millona charakterizováni jako egocentričtí, pasivní, soustředění na sebe. Raná zkušenost je naučila nadhodnocovat svou vlastní cenu. Toto sebevědomí a nadřazenost může být založeno na falešných předpokladech; tzn. že může být neudržitelné v reálných nebo dospělých činech. Narcisté předpokládají, že ostatní rozpoznají jejich výlučnost a využívají druhých ke svému vlastnímu prospěchu. Vítají podporu a ocenění od okolí, ale díky svým pocitům nadřazenosti nevyžadují příliš mnoho potvrzení (úspěch nebo sociální souhlas). Díky sebejistotě, že věci budou fungovat dobře, se nezapojují do takového sociálního života, kde jsou nutné kompromisy.

### **Antisociální (škála 6A)**

Antisociální jedinci se chovají tak, aby zamezili očekávaným negativním prožitkům, které působí jiní. Jejich snahou je využít okolí pro vlastní zisk. Jsou skeptičtí ohledně motivů ostatních, touží po autonomii a často i po pomstě křivdy z minulosti. Millon uvádí, že bývají nezodpovědní a impulzivní, ale považují tyto vlastnosti za ospravedlnitelné. Ostatní jsou podle nich nespolehliví a nevěrní. Necitlivost a krutost jsou jejich jedinými prostředky, jak se vyhnout zneužívání a pronásledování.

### **Sadistický (agresivní) (škála 6B)**

Sadistický konstrukt byl z DSM-IV vypuštěn, ale v MCMI-III zůstává. Tento styl rozšiřuje pojetí osobnosti v novém a důležitém směru. Uznává, že jedinci, kteří nejsou posuzováni jako antisociální, mohou mít osobní potěšení a uspokojení z činu, který ponižuje ostatní a dotýká se jejich práv a zasahuje do jejich emoční sféry. Tito jedinci se mohou shodovat s klinickými rysy toho, co je popisováno jako sadistická osobnost nebo mohou projevovat povahové styly blízké osobnostnímu Typu A. Tyto osoby, uváděné v Millonově teorii jako agresivní osobnosti, jsou obecně nepřátelské, neustále bojovné a bývají se netečně k destruktivním následkům svého hrubého a surového chování nebo z něj mívají potěšení.

### **Kompulzivní (škála 7)**

Kompulzivní charakteristika se shoduje s obsesivně-kompulzivní poruchou osobnosti DSM-IV. Kompulzivní jedinci jsou opatrní, jejich kontrolované a perfekcionistické způsoby pocházejí z konfliktu mezi nepřátelstvím k ostatním a strachem ze sociálního nesouhlasu. Řeší tuto rozpolcenost tím, že potlačí svou nelibost a přizpůsobí se. Je pro ně charakteristické, že kladou na sebe i na druhé vysoké požadavky. Jsou disciplinovaní a to jim slouží k ovládnutí silných opozičních pocitů. Výsledkem je otevřená pasivita a zdánlivá veřejná poddajnost. Působí korektně a zdrženlivě, uvnitř však prožívají silný vztek a opoziční pocity, které občas proniknou i přes jejich kontroly.

### **Negativistický (pasivně-agresivní) (škála 8A)**

Tato Millonova charakteristika se přibližuje k pasivně-agresivní poruše osobnosti DSM-III-R a k pasivně-agresivnímu (negativistickému) konstruktů DSM-IV. Negativističtí jedinci se podle Millona nemohou rozhodnout mezi odměnami, které jim nabízejí ostatní, a těmi, po kterých touží sami. Tento zápas představuje neschopnost vyřešit konflikty, které jsou podobné těm u obsesivně-kompulzivních jedinců, ale konflikty negativistických jedinců zůstávají blízko vědomí a pronikají do každodenního života. Tito jedinci zažívají ustavičné hádky a zklamání, protože kolísají mezi podřízeností a vzdorem, poslušností a agresivní opozicí. Jejich chování je charakterizováno hněvem nebo vzdorem a obdobími, kdy prožívají pocity viny a studu.

### **Masochistický (sebezničující) (škála 8B)**

Masochistická porucha osobnosti byla z DSM-IV vypuštěna. Tato charakteristika odpovídá sebezničující (masochistické) poruše osobnosti DSM-III-R. Masochističtí jedinci se podle Millona chovají k ostatním servilně a obětují se jim. Dovolují jim, a možná je i povzbuzují, aby je využívali či zneužívali. Mnozí se soustřeďují na své nejhorší rysy a tvrdí, že si zaslouží, aby byli ponižováni. Očekávají špatné konce u většiny situací a aktivně a opakovaně si připomínají předchozí nešťastné situace. Následkem toho pak prožívají nepříjemné emoce, které ale mohou pociťovat jako uklidňující. Většinou se chovají sebedestruktivním způsobem, často zveličují své nedostatky a projevují se tak, aby působili na okolí horším dojmem.

### **7.3.2 Charakteristiky škál vážné osobností psychopatologie v MCMI-III (Millon 1997)**

#### **Schizotypální (škála S)**

Schizotypální jedinci dávají podle Millona přednost sociální izolaci s minimálními osobními vazbami a závazky. Mají sklony být autističtí nebo kognitivně zmatení, často působí zamyšleným dojmem a bývají zahleděni sami do sebe. U těchto jedinců se

projevují zjevné zvláštnosti v chování, ostatními bývají vnímáni jako divní nebo jiní. V závislosti na tom, jestli je jejich základní vzorec aktivní nebo pasivní, vykazují buď úzkostlivou ostražitost a přecitlivělost nebo emoční oploštělost a nedostatek emočního vzrušení.

### **Hraniční (škála C)**

Hraniční osobnosti mají strukturální poruchy a zažívají prudké endogenní nálady s opakujícími se obdobími sklíčenosti a apatie, ve kterých se objevují záchvaty hněvu, pocitů úzkosti nebo euforie. Co je nejjasněji odlišuje od druhých dvou těžkých vzorců – schizotypálního a paranoidního – je neschopnost regulace emočního vzrušení, což je nejzřetelněji vidět na nestabilitě a labilitě jejich nálad. U mnohých z nich se navíc opakují myšlenky na sebepoškození a na sebevraždu. Často usilují o výraznou náklonnost ostatních, ale na druhou stranu projevují kognitivně-citovou ambivalenci, která se projevuje ambivalentními pocity hněvu, lásky a viny k druhým.

### **Paranoidní (škála P)**

Paranoidní osobnost (stejně jako v DSM-IV) projevuje ostražitou nedůvěru k druhým. Brání se kritice a klamání ostatních. Tito jedinci bývají podráždění, mívají vztek na druhé. Často vyjadřují strach ze ztráty nezávislosti, což je vede k tomu, že se energicky brání vnějšímu vlivu a ovládnutí, zatímco druhé dva těžké vzorce se vyznačují buď nestabilitou svých citů (hraniční) nebo špatnou regulací kognitivních procesů (schizotypální). Paranoidní jedinci se odlišují svou stabilitou citů a rigidním myšlením

### **7.3.3 Charakteristika klinických syndromů v MCMI-III (Millon 1997)**

#### **Úzkostná porucha (škála A)**

Úzkostný pacient často popisuje nejasné obavy nebo konkrétní fobie. Je většinou napjatý, nerozhodný a neklidný a má sklony stěžovat si na různé druhy fyzických obtíží, jako je napětí, nadměrné pocení, špatně definovatelné bolesti svalů a nevolnost. Posouzení pacientových odpovědí na položky na škále pocitu úzkosti pomůže určit, zda

má pacient určitý druh fobie nebo sociální fobii. Vysoce úzkostní pacienti vykazují celkový stav napětí, který se projevuje neschopností se uvolnit, nervózními pohyby a připraveností reagovat. Charakteristické jsou též některé somatické obtíže, například pocení rukou nebo žaludeční nevolnost. Patrná je též přílišná ostražitost ke svému okolí, vznětlivost a celková přecitlivělost.

### **Somatoformní porucha (škála H)**

Pacienti se zvýšenými skóry na somatoformní škále vyjadřují podle Millona své psychické obtíže somatickými kanály. Prožívají trvalá období únavy a slabosti, mívají velké zaujetí pro špatné zdraví a trpí velkým množstvím často velmi nespecifických bolestí v různých mezi sebou nesouvisejících částech těla. Někteří pacienti mají příznaky somatizační poruchy, která se vyznačuje opakovanými, vícenásobnými somatickými stížnostmi, které jsou často prezentovány přehnaným způsobem. Jiní mají anamnézu, která může být považována za hypochondrickou. Typické je, že si drobné fyzické obtíže nebo pocity vykládají jako znaky vážného onemocnění. Jestliže skutečně mají nějaké nemoci, zveličují je i přes lékařská ujištění. Somatické stížnosti jsou typicky používány k získání pozornosti.

### **Bipolární: manická porucha (škála N)**

Bipolární pacienti vykazují období povznesené nálady, hyperaktivity, roztěkanosti, překotné řeči, impulzivity a podrážděnosti. Zjevné je také neselektivní nadšení, nadměrné plánování nerealistických cílů, náročné požadavky na mezilidské vztahy, snížená potřeba spánku, proud nápadů a rychlé a nestálé změny nálady. Velmi vysoké hodnoty mohou znamenat psychotické procesy včetně bludů nebo halucinací.

### **Dystymie (škála D)**

Podle Millona pacienti s vysokými hodnotami na dystymické škále zůstávají zapojeni do každodenního života, ale v průběhu let zažívají pocity odcizení, nedostatku iniciativy, nízkého sebehodnocení, sebeodsuzování, pocity zbytečnosti a bývají apatičtí v chování. Během období sklíčenosti se může vyskytovat plačtivost, sebevražedné myšlenky, pesimistický výhled do budoucnosti, sociální stažení, špatná chuť k jídlu

nebo přejídání, chronická únava, špatná koncentrace, zjevná ztráta zájmu o příjemné činnosti a snížená efektivita ve vykonávání každodenních úkolů. Pokud není výrazně zvýšená také škála CC (závažná deprese), psychotické depresivní rysy jsou jen těžko zjevné. K rozeznání specifických rysů dystymické nálady (např. nízké sebehodnocení nebo beznadějí) pomůže podrobnější rozbor odpovědí škály D.

### **Alkoholová závislost (škála B)**

Pacient s vysokými hodnotami na škále alkoholové závislosti má pravděpodobně alkoholovou anamnézu, snažil se již s minimálním úspěchem překonat tento problém a následkem toho prožívá značný neklid v rodině a v pracovním prostředí. Na základě této a následující škály (drogová závislost) je možné posuzovat problém v kontextu pacientova celkového stylu osobnostního fungování a zvládání životních situací.

### **Drogová závislost (škála T)**

Zvýšené hodnoty drogové závislosti ukazují, že má pacient zřejmě opakující se nebo nedávnou anamnézu užívání drog, je pro něj obtížné potlačovat své vnitřní impulzy nebo je udržovat v sociálních mezích a není schopen zvládat osobní následky takového chování. Tato škála, tvořená – stejně jako škála alkoholové závislosti – mnoha propracovanými a nepřímými otázkami, může být užitečná k identifikaci jedinců, kteří nejsou ochotni připustit své drogové problémy.

### **Posttraumatický stresový syndrom (škála R)**

Pacienti se zvýšenými skóry na škále posttraumatického stresového syndromu zažili událost, která se týkala ohrožení jejich života a oni na ni reagovali silným strachem nebo pocity bezmoci. Obrazy a emoce spojované s traumatem mají za následek trvalé nepříjemné vzpomínky a noční můry, které znovu aktivují pocity způsobené původní událostí. U těchto osob přetrvávají symptomy úzkostného vzrušení (např. přehnaná úleková reakce, přehnaná ostražitost) a častá je též snaha vyhnout se situacím spojených s traumatem.



### **7.3.4 Težké klinické syndromy (škály SS, CC a PP)**

#### **Porucha myšlení (škála SS)**

Jak uvádí Millon, v závislosti na délce a průběhu problému jsou pacienti se zvýšenými hodnotami na této škále většinou klasifikováni jako „schizofreničtí“, „schizofornní“ nebo jako pacienti s „akutní přechodnou psychotickou poruchou“. Mohou periodicky projevovat inkongruentní, dezorganizované (zmatené) nebo regresivní chování, mohou vypadat zmatení a dezorientovaní, afektovaní, případně zaznamenáváme halucinace a nesystematizované bludy. Myšlení u těchto osob může být inkoherentní nebo bizardní, emoce oploštělé a pacient může mít pocit, že ho ostatní špatně chápou a že je od nich izolován. Typické bývá též stažení se do sebe a uzavřenost v chování.

#### **Závažná deprese (škála CC)**

Pacienti s vysokými skóry na této škále jsou podle Millona většinou neschopní fungovat v normálním prostředí, mají silné deprese, vyjadřují těžké obavy z budoucnosti, mají sebevražedné úmysly a pocity beznaděje a rezignace. U některých z nich se může projevit pohybové zpomalení, u jiných naopak aktivita a vzrušení, kdy opakovaně chodí a stěžují si na svůj neúnosný stav. Během těchto období se často objevuje několik somatických problémů – znatelně snížená chuť k jídlu, únava, úbytek nebo přírůstek váhy, nespavost a časně probouzení. Časté jsou problémy s koncentrací, ale i pocity bezcennosti nebo viny. V závislosti na daném osobnostním stylu se může u těchto osob vyskytovat jak introvertní, apatický a nepohyblivý nebo naopak vznětlivý a kverulující vzorec chování.

#### **Halucinační porucha (škála PP)**

Pacienti s halucinační poruchou bývají často považováni za paranoidní. Mohou se stát opakovaně útočnými, vykazují iracionální, ale vzájemně propojené bludy – žárlivecké, perzekuční nebo velikášské povahy. V závislosti na konstelaci dalších doprovodných syndromů se zde mohou vyskytovat jasné znaky narušeného myšlení. Nálady jsou většinou nepřátelské a pacienti vyjadřují pocity, že si na ně všichni zasedli a že je s nimi

špatně zacházeno. Typickými doprovodnými jevy jsou podezřívavost, bdělost a ostražitost k možné zradě.

## 8 VÝZKUM OSOBNOSTI VE VZTAHU K ZÁVISLOSTI

Jelikož nemáme k dispozici studie kde by byl použit dotazník MCMI na české populaci, uvádíme výsledky zejména zahraničních autorů, kteří tuto metodu použili ve svých výzkumech. Zařazení skupiny patologických hráčů jsme ve studiích nenalezli, proto se výsledky soustřeďují zejména na závislé na různých substancích.

V českých podmínkách se k určování osobnostní patologie používají hlavně projektivní techniky. Jednu z významných studií zabývajících se osobností toxikomana uveřejnil Jeřábek a kolegové v roce 2000. V průběhu dvou let vyšetřil soubor 90 drogově závislých, kteří byli hospitalizováni v Psychiatrické léčebně Bílá voda. Použil baterii projektivních testů, z nichž jako nejpřínosnější uvádí Rorschachův test. Nálezů svědčily pro obecně závažnější osobnostní patologii toxikomanů a při použití novějších vyhodnocovacích škál prokázal autor, že nejméně 50 % protokolů respondentů vykazuje spektrum patologických osobnostních obran a dalších fenoménů tradičně přičítaných kontinuu **hraničních a narcistických osobnostních poruch** (Jeřábek, 2000).

Studie amerických autorů, které spíše zajímalo srovnání MCMI-III a MCMI-II je pro naše účely přínosná výsledkem, který ukázal, že vzorek Afroameričanů (N=441) hospitalizovaných se závislostí na heroinu a kokainu, hodnocený pomocí MCMI-II, ukázal kromě zvýšených ( $M \geq BR 70$ , BR je označení pro speciální „vážené skóry“) škál **alkoholové závislosti** (skóre v MCMI-II= 72,78 BR) a **drogové závislosti** (skóre v MCMI-II= 83,61 BR) i zvýšení v dimenzi **antisociální poruchy osobnosti** (6A) (skóre v MCMI-II= 74,63 BR). Tento výsledek odpovídal i předešlému výzkumu využívajícímu MCMI-I a MCMI-II u drogově závislých. Jak autoři dokládají, nález ze

studia drogově závislých s pomocí MCMI-II, by měly být uplatnitelné také v případě MCMI-III ( Craig, Bivens, Olson,1997).

V Norsku studovali Vanem, Krog a Hartmann (2008) kromě vysokoškoláků a schizofreniků, 60 drogově závislých pomocí Millonova dotazníku (MCMI-III; Millon, 1994) a Rorschachova projektivního testu. V MCMI-III pacienti skórovali významně u **drogové závislosti** (94.7 BR), u **antisociálního typu** (82.95), u **depresivního typu** (74.33), **masochistického typu** (71.48) a **alkoholové závislosti** (70.70)

Psychopatologie v dimenzích Rorschachova testu se ukázala být výraznější u vzorku závislých ve srovnání s VŠ studenty, ale méně výrazná ve srovnání se vzorkem schizofreniků. Z celkového vzorku byla nejčastější **depresivní porucha**(31%), pak závislá(26%),masochistická(20%),antisociální(17%),vyhýbavá(11%),schizoidní a hystrionská (9%),hraniční a sadistická (6%) a nakonec narcistická(3%). Procentuálně je součet přes 100% neboť jde o překrývající se kategorie.

Stefánsson a Hesse (2008) ve svém výzkumu srovnávali metodou MCMI-III vzorek závislých ve vězení a vzorek hospitalizovaných, léčících se pro závislost. Celkově tento vzorek zahrnoval 62 mužů a průměrný věk při hodnocení byl 36 let. Vzorek vězeňských pacientů byl mladší než nevězeňský, i když nevýznamně. Ovšem vykazoval významně mladší věk začátku (15.3 vs. 28.2,  $t = -9.32$ ,  $p < 0.001$ ) Z vězeňského vzorku bylo 38% závislých pouze na alkoholu a zbývajících 62% bylo závislých na více návykových látkách. Ze vzorku hospitalizovaných bylo 64% závislých pouze na alkoholu a zbývajících 36% bylo závislých na více návykových látkách. Tento rozdíl byl statisticky významný ( $\chi^2(1)=3.89$ ,  $p = 0.004$ ). Celkově 97% z vězeňského vzorku a 97% ze vzorku hospitalizovaných mělo nejméně jednu poruchu osobnosti dle MCMI-III, jak naznačilo BR skóre  $> 75$ . Nejběžnější typem poruchy osobnosti u vězeňsky léčeného vzorku byl typ **antisociální** (78%), dále **depresivní a závislostní** (oba 41%). Nejběžnějším typem poruchy osobnosti dobrovolně hospitalizovaných byl typ **depresivní** (65%) a po něm **závislostní a masochistický** (oba 59%).

Na základě výzkumu McMahona et al. (1998), provedeného pomocí MCMI-II na skupině drogově závislých opakovaně léčených mužů krátce po nástupu do léčby, byly

získány pomocí shlukové analýzy tři podskupiny těchto osob. 1. podskupina s „vysokou patologií“ byla charakterizována významným zvýšením škál osobnostní psychopatologie a škál **klinických symptomů**. 2. podskupina „antisociální“ vykazovala vysoké hodnoty na škále **Antisociální** a též na škálách **Agresivní** a **Narcistická porucha osobnosti**. 3. podskupina „subklinická“ byla charakterizována absencí signifikantně významných zvýšení škál v MCMI-II.

Lesswing a Dougherty (1993) se pokusili o srovnání skupiny alkoholiků se skupinou závislých na kokainu. Studie se zúčastnilo 78 mužů a 21 žen závislých na kokainu a 70 mužů a 24 žen závislých na alkoholu, kteří byli hospitalizováni s duální diagnózou. Zkoumaným osobám byly po 2 týdnech (tzv. stabilizační období) administrovány tyto diagnostické metody: MMPI, MCMI-II, Rorschachův test, BDI (Beckův depresivní inventář) a Shipley Institute of Living Scale. Data byla statisticky zpracována a porovnána s dalšími demografickými údaji. Závislí na kokainu byli celkově mladší, většinou svobodní a původem afro-američané, měli nižší socioekonomický status, nižší vzdělání, nižší inteligenční potenciál a nižší výskyt závislosti v rodině než alkoholici. Pacienti závislí na kokainu vykazovali statisticky vyšší míru psychopatologie. Obě skupiny ukazovaly vysokou přítomnost osobnostních poruch s různými druhy diagnóz. Závislí na kokainu vykazovali nejvíce rysy **hraniční** a u skupiny alkoholiků to byly rysy **závislé** dle MCMI II.

V našem průzkumu se snažíme popsat osobnostní rysy pomocí třetí verze MCMI spolu s interpersonálním chováním. Analyzujeme tři skupiny závislých v ústavní léčbě. Jde o závislé na alkoholu, na nealkoholových hrách a gamblingu.

## B. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 9 CÍL PRÁCE A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Jak jsme konstatovali v úvodu práce, našim cílem je příspěvek k poznávání osobnostních charakteristik u závislých osob jako výchozího bodu pro léčebnou intervenci.

Mapujeme problematiku osobnostní psychopatologie. K jejímu popisu jsme zvolili Millonovu metodu MCMI-III. V léčbě závislých hraje významnou roli také interpersonální rozměr. Proto jsme jako doplňující oblast zvolili interpersonální chování, které popisujeme pomocí metody ICL (Interpersonal Check List) - dotazník interpersonální diagnózy.

Naše studie má průzkumný charakter i z hlediska metod. Konkrétně u Millonova dotazníku, který je u nás nový a dle názoru odborníků (Csémy, Preiss) nabízí perspektivní využití právě v oblasti přístupu k poruchám osobnosti. Mapujeme v tomto směru výzkumně téměř nezpracovanou skupinu patologických hráčů.

Naším záměrem je také zjistit, zda se ve vybraných osobnostních proměnných významně mezi sebou liší skupiny závislých na alkoholu, nealkoholových drogách a gamblingu, jako lidí s odlišnou závislostní problematikou (dále pro zkrácení „alkoholiků , toxikomanů a gamblerů“). V praxi není jasné zda společný přístup v rámci ústavní léčby spíše nebrzdí zdárný průběh terapie. Hlavní cíle bychom tedy mohli shrnout následovně:

## Cíle výzkumu

- Zmapovat osobnostní psychopatologii a interpersonální chování u tří skupin mužů ústavně léčených pro závislost na alkoholu, nealkoholových drogách a gamblingu.
- Zjistit, zda se tyto osobnostní proměnné významně liší u skupin s různou závislostní problematikou.

Podotýkáme, že předmětem výzkumu není srovnávání s populační normou (u MCMI-III nejsou české normy ještě vytvořeny) ani určení toho, zda se jedná o rysy či poruchy, které předcházely návyku nebo zda vznikly v průběhu dlouhodobého užívání látky a vlivem rozvoje závislosti. Hlavním důvodem vymezení prvního cíle, je klinická potřeba znát tyto faktory a využít je v léčbě.

U druhého cíle se nabízí stanovení hypotéz ohledně rozdílů mezi danými skupinami. Vzhledem k množství osobnostních proměnných a k tomu, že náš výzkum má explorativní charakter jsme formulovali souhrnné výzkumné otázky.

## **Výzkumné otázky**

Z těchto dvou cílů vyplývají naše dílčí výzkumné otázky, které jsme formulovali takto:

1. Jakou skladbu osobnostních rysů a interpersonálního chování nacházíme u skupiny závislých na alkoholu?
2. Jakou skladbu osobnostních rysů a interpersonálního chování nacházíme u skupiny závislých na nealkoholových drogách?
3. Jakou skladbu osobnostních rysů a interpersonálního chování nacházíme u skupiny patologických hráčů?
4. Existují podstatné rozdíly v základních charakteristikách skupin s odlišnou závislostní problematikou?
5. Existují podstatné rozdíly osobnostních rysů v dimenzích MCMI-III u těchto skupin s rozdílnou závislostní problematikou?
6. Vyskytují se podstatné rozdíly ve škálách ICL u skupin s odlišnou závislostní problematikou?

## **9.1 Výzkumné metody**

Různorodé pojetí osobnosti a jejich poruch s sebou nese i nepřehledné množství metod a přístupů k jejich detekci. Jak uvádí Praško (2009), nikde neexistuje jasný algoritmus v diagnostice. Obecně můžeme zvolit sebeposuzovací dotazníky, strukturované rozhovory nebo projekční techniky. Vzhledem k mapující povaze našeho výzkumu s cílem zahrnout do výběru co nejvíce osob, jsme zvolili dotazníkové metody. K určení skladby osobnostních rysů jsme použili Millonův dotazník MCMI-III a k popisu interpersonálního chování dotazník ICL (Interpersonal Check List). Obě metody přibližujeme níže.

### **9.1.1 MCMI-III**

Původně jsme uvažovali o použití MMPI ale zvolili jsme Millonův test jednak proto, že byl konstruován, aby rozlišoval mezi osobnostními poruchami a rysy a také proto, že v praxi je metoda MMPI pro pacienty obtížná, především vzhledem k jejímu rozsahu (565 otázek) a s tím spojené délce administrace. Většina léčených osob by nebyla schopna dotazník vyplnit najednou.

MCMI-III se definuje jako víceosý nástroj, odvozený z integrovaného modelu psychopatologie a osobnosti, ale koordinovaný na víceosém modelu DSM. Navíc obsahuje syndromy, které DSM-IV nebo MNK-10 vynechala, např. sadistickou a masochistickou poruchu osobnosti (Preiss 2003).

Vývoj MCMI trval téměř 7 let a v USA je tato metoda běžně klinicky užívána. U nás se zatím běžně nepoužívá. Na původní verzi MCMI postupně navázaly další upravené varianty testu. V naší práci používáme v pořadí třetí verzi tohoto dotazníku – MCMI-III z roku 1994, kterou do češtiny přeložil M. Preiss.

MCMI-III obsahuje kromě 24 klinických škál, kterým jsme se věnovali v teoretické části, ještě 4 validizační škály: V škálu – Index validity, X škálu – Otevřenost, Y škálu – Desirabilita a Z škálu – Debasement.



Millon užívá zvláštního druhu vážených skóre, tzv. Base Rate – BR na základě „vážení“ položek podle míry „prototypu“ (Preiss 2003). V konečném výsledku testu **pak hodnota BR > 75 poukazuje na přítomnost významného rysu a BR >85 znamená přítomnost poruchy.**

Index validity (V) zahrnuje tři bizarní nebo velmi nepravděpodobné položky (položky 65, 110 a 157). Když jsou dvě a více těchto položek označeny jako pravdivé, pak protokol testu není považován za validní. Pokud je skóre indexu validity 0, test je považován za validní, u skóre 1 je jeho validita sporná a test by měl být interpretován opatrně. Index Otevřenosti (X) se vypočítává ze stupně pozitivní nebo negativní odchylky od středních hodnot souhrnně upravených hrubých skóre pro škály 1 – 8B. Pokud je hodnota X nižší než 34 nebo vyšší než 178, protokol nebývá považován za validní. Výsledky škály X jsme do našeho výzkumu nezařadili. Nevalidní protokoly byly vyloučeny. Index desirability (Y) ukazuje na tendenci sám sebe vnímat v sociálně žádoucím světle, pokud je hodnota Y v BR větší než 75. Index Debasement (Z) obecně poukazuje na tendence opačné ke škále Y, určuje sklon vnímat své potíže jako výrazné. Hodnota Z v BR vyšší než 75 se vyskytuje u osob, které inklinují k nadhodnocování svých osobnostních i emocionálních problémů.

Dotazník MCMI-III tvoří 175 otázek, na které respondent odpovídá ano/ne. Metoda se liší od ostatních nástrojů především svou krátkostí. Vyplnění dotazníku trvá zpravidla 30 minut. Měli jsme k dispozici český překlad metody MCMI-III, který nám poskytl L.Csémy z Psychiatrického centra Praha a stejně tak nám bylo L.Czémym umožněno využít počítačové verze zpracování dat.

MCMI-III zatím nebyl standardizován na českou populaci a v praxi s ním má zkušenost pouze Psychiatrické centrum Praha na 138 psychiatrických pacientech a na 52 pacientech srovnávacího souboru. K dispozici jsou pouze americké normy z roku 1994 a v rámci našeho šetření je používáme pouze orientačně. Pro případné srovnání pracujeme jak s hrubými skóre, tak se skóre BR.

Jak uvádí Millon (1997) v souladu se svou teorií osobnosti, dotazník MCMI neslouží ke stanovení definované diagnózy, ale je důležité brát v potaz celý výsledný profil a

doplnit ho klinickými daty. Výsledný profil pak dokáže osvětlit vzájemné působení mezi charakterologickými vzorci a zřetelnými klinickými symptomy, které se právě projevují. Naším cílem je použít MCMI-III k detekci těchto vzorců a symptomů u námi zvolených skupin. Nejde tedy o diagnostiku poruch osobnosti v pravém smyslu.

### **9.1.2 ICL**

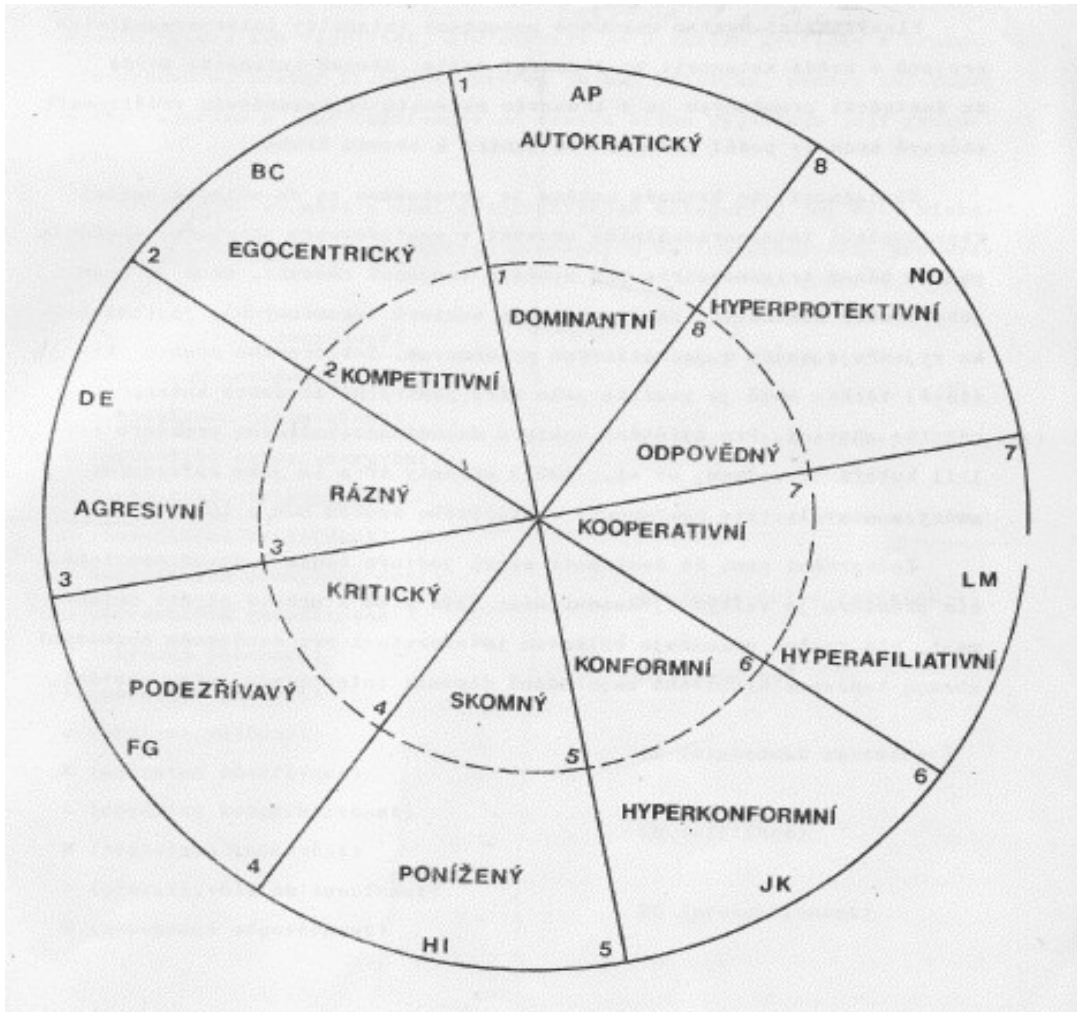
Pro zjišťování interpersonálních charakteristik jsme vybrali test ICL – Dotazník interpersonální diagnózy. Důvodem bylo to, že popisuje jak adaptivní, tak i maladaptivní formu interpersonálních charakteristik a jeho přijatelný rozsah. Dalším důvodem pro jeho volbu bylo to, že interpersonální rysy vycházejí z polárních dimenzí hostilita-afiliace a dominance- submise, které jsou klinicky v léčbě podstatné.

Autory dotazníku ICL ( Interpersonal Check List) jsou Leary, LaForge a Suczek, kteří jej vytvořili s cílem předložit teoretické schéma pro popis interpersonálního aspektu osobnosti. Podle originálních materiálů zpracovali českou verzi dotazníku a příručku pro administraci, interpretaci a vyhodnocení testu autoři Kožený a Ganický (1976). Osobnost je zde definována jako mnohoúrovňové pletivo pozorovatelných, vědomých či skrytých interpersonálních projevů jedince, které jsou zaměřeny na redukci úzkosti (Kožený, Ganický, 1976). Interpersonální systém byl vytvořen tak, aby „na jednom kontinuu bylo možno zjišťovat normální, adaptivní aspekty chování i abnormální, maladaptivní extrémy.

Je důležité zvolit úroveň vyhodnocení podle typu či zdroje informací o jedincově interpersonálním chování. Pro potřeby našeho výzkumu jsme použili úroveň II., tj. úroveň zahrnující analýzu tvrzení jedince o vlastním interpersonálním chování, čili úroveň sebeposuzovací.

Získané informace o interpersonálním chování jsou klasifikovány na podkladě šestnácti interpersonálních proměnných. Sousední proměnné jsou sdruženy do dvojic, které tvoří osm obecných kategorií, **diagnostických typů**, které jsou používány při interpersonální diagnóze.

Obrázek č. 1 : Diagnostické typy interpersonální diagnózy



Rozdíl mezi normalitou a abnormalitou zde určují čtyři ukazatelé: (1) intenzita projevu, (2) flexibilita vs. rigidita na dané úrovni chování, (3) vyrovnanost vs. extrémní oscilace projevů mezi různými úrovněmi chování, případně extrémní meziúrovňová rigidita, tj. opakování stejných interpersonálních operací na všech úrovních, (4) přesnost a přiměřenost chování v dané situaci. Jestliže percepce jedince je zkreslená a jeho interpersonální projevy „nepřiměřené“, pak je chování považováno za maladaptivní“ (Kožený, Ganický, 1976).

Proměnné interpersonálního chování je možné řadit kruhově kolem dvou ortogonálních polárních dimenzí: dominance – submise, hostilita – afiliace“

Interpersonální zaškrťovací list je seznamem 128 hodnotících adjektiv, přičemž každá ze šestnácti proměnných diagnostického kontinua je operacionálně definována „osmi tvrzeními se stoupající intenzitou, jež zachycují celou škálu od žádoucí či nezbytné míry chování daného typu až po nežádoucí extrémní stupeň. Vyplnění zaškrťovacího listu trvá obvykle 15 - 20min.

Lze vycházet ze šestnácti základních proměnných, ale pro naše účely jsme zvolili jejich sloučení do osmi diagnostických kategorií (sloučením proměnných do dvojic). Vycházíme tedy z oktanových skóru. Závěrečné vyhodnocení provedeme porovnáním výsledků s příslušnými diagnostickými interpersonálními typy a statistickým zpracováním získaných dat.

Popis osmi diagnostických interpersonálních typů osobností uvádíme v tabulce č.2. Autoři dotazníku rozlišují interpersonální styl: autokratický, egocentrický, agresivní, podezřivý, ponížený, hyperkonformní, hyperafiliativní a hyperprotektivní , přičemž v rámci každého z typů je rozlišena forma adaptivní a extrémní (tj. maladaptivní).

Tabulka č. 2: Stručný přehled základních charakteristik interpersonálních typů ((Leary,La Forge, Suczek dle Kožený, Ganický,1976)

<p>Autokratická osobnost (sektor PA)</p>	<p>„Pro adaptivní formu tohoto chování je charakteristické energické chování a autorita, daná především schopnostmi jedince. Neadaptivnějším a konstruktivním projevem autokratické orientace jedince je didaktická činnost. Extrémní forma se projevuje autokratickým, diktátorským a pedantickým chováním. Jedinec se kompulzivně snaží organizovat svůj život i život ostatních a jeho aktivity jsou poznamenány hyperaktivitou a manickými projevy“.</p>
<p>Egocentrická osobnost (sektor BC)</p>	<p>„V adaptivní míře se projevuje nezávislostí a sebedůvěrou; je jednou z nejúspěšnějších sociálních technik. Maladaptivní forma je charakterizována studeným, sobeckým chováním a využíváním ostatních pro vlastní cíle“</p>

<p>Agresivní osobnost (sektor DE)</p>	<p>„Adaptivní forma má projevy, které mohou být často sociálně přijatelné. Jedinec může k ostatním přistupovat tvrdě, rázně a mít k nim převážně trestající postoj, který vyvolává pocity viny, jeho chování však může být adekvátní k dané sociální situaci. Jedinec, který konzistentně a za všech okolností přistupuje ke svému okolí tvrdě, necitelně, represivně, hroživě, a to bez ohledu na to, zda daná situace tento přístup ospravedlňuje, patří již do maladativní oblasti“.</p>
<p>Podezřivá osobnost (sektor FG)</p>	<p>„Adaptivní formou je kritický přístup k obecně přijímaným konvencím a formám sociálních vztahů. Určitý stupeň kritičnosti a skepse má zdravý vliv na každou sociální skupinu, chrání též jedince před zklamáním a dává mu pocit volnosti, spojený obvykle s pocitem výlučnosti. Podezřivé, intenzivně kritické chování spojené s hořkostí, zklamáním, odcizením a s odmítáním ostatních osob i konvenčních sociálních norem, poznamenané hostilitou a slabostí, vyústí v patologickou formu přizpůsobení“</p>
<p>Ponížená osobnost (sektor HI)</p>	<p>„Adaptivní forma se projevuje manifestovanou skromností, plachostí, nepředstíranou citovou rezervovaností a schopností se podřídit. V maladativním extrému nabývá podoby pasivní poníženosti, spojené se slabostí, hypersubmisivností a manifestovanou inferioritou. Těchto technik užívá jedinec kompulzivně bez ohledu na charakter dané sociální situace“</p>
<p>Hyperkonformní osobnost (sektor JK)</p>	<p>„V mírné adaptivní formě má tento mechanismus podobu obdivné či důvěřivé konformity projevované adekvátně s ohledem na danou sociální situaci. Maladativní intenzivní forma je charakteristická bezmeznou závislostí. Jedinci tohoto typu užívají této techniky generalizovaně, vyhýbají se projevům hostility, nezávislosti a moci a chovají se vždy bojácně a bezradně“.</p>

<p>Hyperafiliativní osobnost  (sektor LM)</p>	<p>Adaptivní forma se projevuje extravertovaným přátelským chováním a ochotou ke spolupráci. Uspokojení jedinců tohoto typu spočívá především v pozitivních sociálních vztazích k ostatním. Mají tendenci spolupracovat, vycházet s ostatními a výrazný sklon ke kompromisům. Vnější harmonie je pro ně důležitější než vnitřní hodnoty. Jedinci, kteří se rigidně, kompulzivně a neadekvátně k situaci chovají příjemně, laskavě a afiliativní, jsou považováni za hyperafiliativní, a proto za maladaptivní“.</p>
<p>Hyperprotektivní osobnost  (sektor NO)</p>	<p>„V adaptivní míře je hlavním rysem tohoto typu odpovědné, ohleduplné chování. Jeví se jako silná osobnost, ale užívá své síly a sebevědomé nezávislosti afiliativním, přátelským způsobem. Rigidní, kompulzivně opakované užívání této techniky bez ohledu na sociální situaci vede k maladaptivní formě chování. Jedinci se natolik nutkavě vyhýbají projevům pasivity a agresivity, že působí jako karikatura normality.</p>

## 9.2 Matematicko – statistické zpracování dat

Při zpracování dat jsme použili jednak základní deskriptivní metody (četnosti, skupinové průměry) a pro testování rozdílů v distribuci četností (kategoriální proměnné) byl použit  $\chi^2$  test, který řeší otázku shody rozdělení. Používali jsme hladiny statistické významnosti  $p < 0,05$  .

Pro ICL jsme vycházeli z oktanových skóreů. Závěrečné vyhodnocení jsme provedli porovnáním výsledků s příslušnými diagnostickými interpersonálními typy a statistickým zpracováním pomocí programu SPSS. Pro MCMI-III jsme použili jak hrubé skóre, tak tzv. Base Rate- „vážené skóre“, které jsme získali dle převodní tabulky. Ke statistickému zpracování dat jsme taktéž použili program SPSS .

Ve zmíněném programu jsme při zjišťování statisticky významných rozdílů mezi více než dvěma skupinami u spojitých proměnných používali analýzu rozptylu - jednofaktoriální ANOVu. Analýza rozptylu umožňuje odpovědět na otázku, zda je statisticky významný rozdíl mezi rozptyly více než dvou výběrů (Reiterová, 2005). Předpokladem pro její použití je nezávislost výběrů s normálním rozložením dat a homogenním rozptylem uvnitř skupin. Aplikace post-hoc testu LSD (Least Significant Difference – nejmenší významný rozdíl) umožnila posoudit významnost statistického rozdílu mezi konkrétními porovnávanými skupinami. Používali jsme obvyklé hladiny statistické významnosti  $p < 0,05$  a  $p < 0,01$ .

## **10 ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU**

Výzkum probíhal v období od září 2009 do ledna 2010. V Psychiatrické léčebně Praze-Bohnicích jsme navštívili celkem tři oddělení zabývající se léčbou závislostí. Léčba je zde střednědobá (2-3 měsíce) a na všech odděleních je smíšená skupina mužů závislých na alkoholu, nealkoholových drogách a gamblingu. Po získání souhlasu vedení léčebny jsme po dohodě s personálem administrovali na jednotlivých odděleních námi zvolené metody (ICL, MCMI-III). Pacienti po krátkém úvodu a informaci, že se jedná o anonymní dotazník, jehož vyplnění je dobrovolné a nijak neovlivní léčbu, podepsali informovaný souhlas se sběrem dat. Obě metody byly předkládány najednou a skupinově. Autorka byla přítomna celou dobu, zodpovídala dotazy a po vyplnění doplňovala některé informace. Než jsme nasbírali potřebné množství dotazníků, navštívily jsme každé oddělení několikrát. Ochota ke spolupráci byla u pacientů individuální. Našli se i tací, kteří odmítli dotazník vyplnit pro jeho délku, nebo jen „neměli zájem“. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků. Po vyhodnocení jsme měli 90 použitelných vyplněných dotazníků, z čehož na každou závislostní skupinu připadalo 30 jedinců.

## **11 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU**

Do výzkumného souboru byli zahrnuti klienti psychiatrické léčebny, léčící se pro závislost na alkoholu, nealkoholových drogách a gambling. Šlo o muže, kteří splňovali kritéria pro závislost dle MKN 10 a byli diagnostikováni na základě vyšetření odborným psychiatrem.

Vyloučení byli pacienti s organickým psychosyndromem, neschopní dotazník vyplnit a pacienti do dvou týdnů po detoxifikaci, jejichž výsledek by byl ovlivněn aktuální destabilizací a medikací.

Ženy jsme do našeho souboru nezahrnovali.



Celkový počet respondentů : **N= 90**

V jednotlivých skupinách (Alkoholici, toxikomané , gambleři): **N= 30**

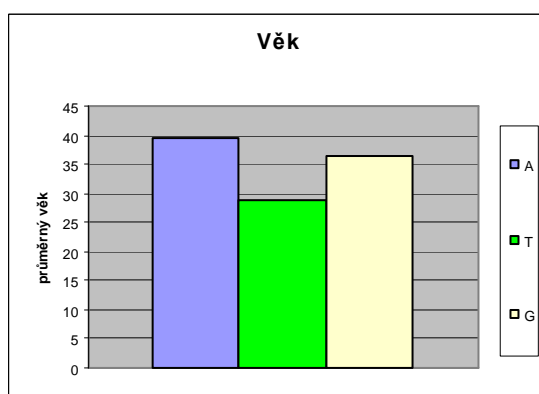
V tabulkách je označována skupina závislých na alkoholu : **A**, skupina závislých na nealkoholových drogách: **T** a gambleři: **G**.

**Průměrný věk** u pacientů závislých na alkoholu činil 39,6 let , u pacientů závislých na drogách 28,83 let a u gamblerů 35,07 let. U závislých na alkoholu se pohybuje věk respondentů v rozmezí 23 – 66 lety, u závislých na nealkoholových drogách se věk respondentů pohybuje od 17 do 62 a u gamblerů od 28-48 let.

Tabulka č. 3 : Věk respondentů

	A	T	G	Celkem
Průměrný věk	39,6	28,83	36,5	34,5

Graf č.1 : Věk respondentů

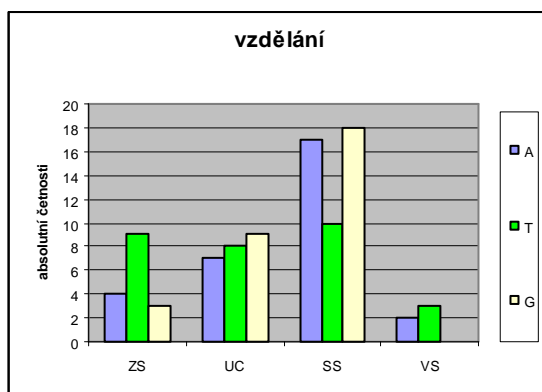


**Vzdělání:** U všech skupin převažuje středoškolské vzdělání. Žádný z gamblerů neměl VŠ vzdělání. Celkový popis je v tabulce č. 4

Tabulka č.4 : Vzdělání u alkoholiků ,toxikomanů a gamblerů

Vzdělání	A	T	G	Celkem
<b>ZŠ %</b>	13,3%	30,0%	10,0%	17,8%
Absol.četnost	4	9	3	16
<b>UČ %</b>	23,3%	26,7%	30,0%	26,7%
Absol. četnost	7	8	9	24
<b>SŠ %</b>	56,7%	33,3%	60,0%	50,0%
Absol.četnost	17	10	18	45
<b>VŠ %</b>	6,7%	10,0%	0%	5,6%
Absol.četnost	2	3	0	5

Graf č. 2 : Vzdělání u alkoholiků, toxikomanů a gamblerů

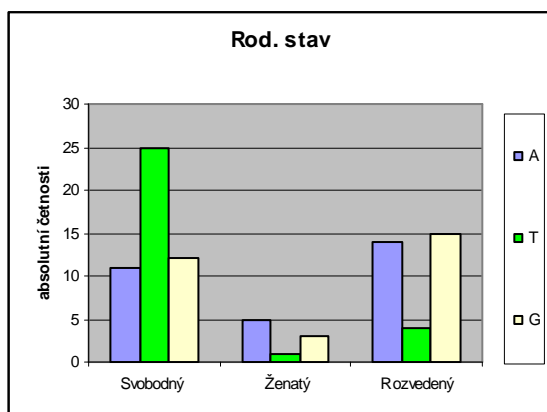


**Rodinný stav:** U alkoholiků převažuje rod. stav -rozvedený, u toxikomanů -svobodný a u gamblerů-rozvedený.

Tabulka č.5 : Rodinný stav u alkoholiků , toxikomanů a gamblerů

<b>Rodinný stav</b>	<b>A</b>	<b>T</b>	<b>G</b>	<b>Celkem</b>
<b>svobodný %</b>	36,7%	83,3%	40,0%	53,3%
Absol. četnost	11	25	12	48
<b>žentý %</b>	16,7%	3,3%	10,0	10%
Absol. četnost	5	1	3	9
<b>rozvedený %</b>	46,7	13,3	50,0	36,7
Absol. četnost	14	4	15	33

Graf č. 3 : Rodinný stav u alkoholiků, toxikomanů a gamblerů

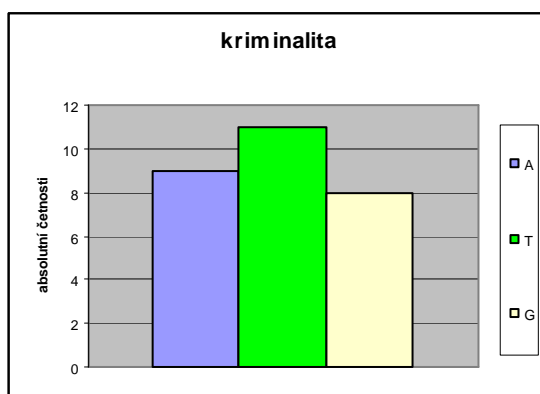


**kriminalita:** Kladnou odpověď na otázku trestního stíhání uváděli více toxikomané než alkoholici a gambleři. Celkově byla pozitivní odpověď u 31,3 % dotázaných. Popis je v tab.č.6

Tabulka č. 6 : kriminalita u alkoholiků, toxikomanů a gamblerů

<b>Kriminalita</b>	A	T	G	Celkem
Ano %	30,0	36,7	26,7	31,3
Absol.četnost	9	11	8	28

Graf č. 4 : kriminalita

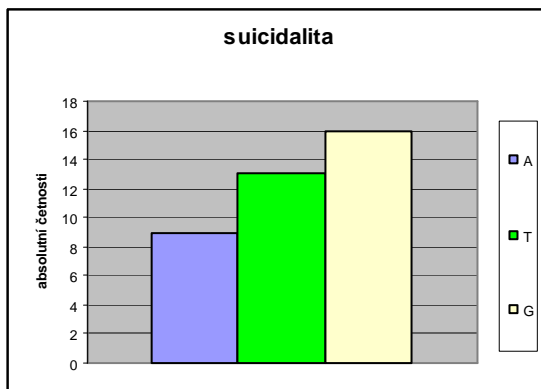


**suicidalita-** Nejvíce uváděli pozitivní odpověď na otázku, zda se pokusili o sebevraždu gambleři, pak toxikomané a alkoholici. Celkově činila suicidalita 42,7%.

Tabulka č. 7 : suicidalita

<b>Suicidalita</b>	A	T	G	Celkem
Pokus o TS %	31,0	43,3	53,3	42,7
Absol.četnost	9	13	16	38

Graf č. 5 : suicidalita

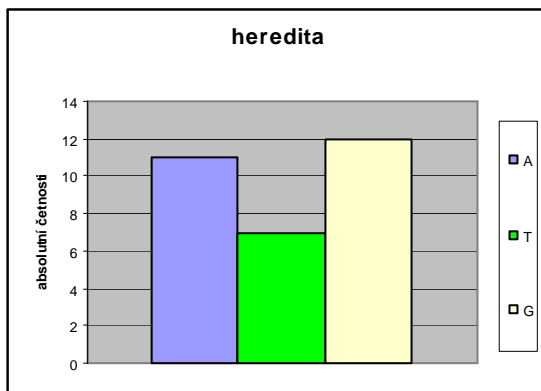


**Heredita:** Dotazovaní odpovídali (ano/ne) na otázku přítomnosti problémů se závislostí u někoho v rodině (matka, otec, sourozenec). Kladné odpovědi převažovaly ve skupině gamblerů (40%), následně alkoholiků (36,7%) a nakonec toxikomanů (23,3%).

Tabulka č.8 : heredita

<b>Heredita</b>	A	T	G	Celkem
<b>Ano %</b>	36,7	23,3	40,0	33,3
Absol.četnosti	11	7	12	30

Graf č.6 : heredita

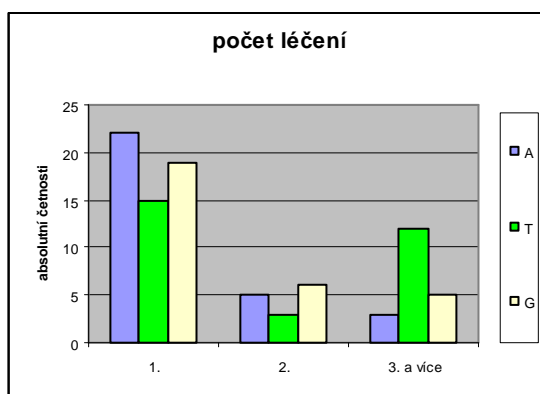


**Počet ústavních léčení:** Z celkového vzorku (90) uvedlo 61,1%, že absolvují první ústavní léčbu. U 15,6% to byla léčba druhá. Zbytek absolvoval více než 3.ústavní léčení. Nevyšší uvedená absolvovaná léčba byla 15. I z hlediska skupin byla ve všech nejčastější prvoléčba. Nejvíce vykazovali opakovanou léčbu toxikomané. Popis je v tabulce č. 9

Tabulka č.9 : Počet léčení

Absolv.léčba	A	T	G	Celkem
<b>1. %</b>	73,3%	50,0%	63,3%	62,2%
Absol.četnost	22	15	19	56
<b>2. %</b>	16,7%	10,0%	20,0%	15,6%
Absol.četnost	5	3	6	14
<b>3. a více %</b>	10,0%	40,0%	16,7%	22,2%
Absol.četnost	3	12	5	20

Graf č. 7 : počet léčení

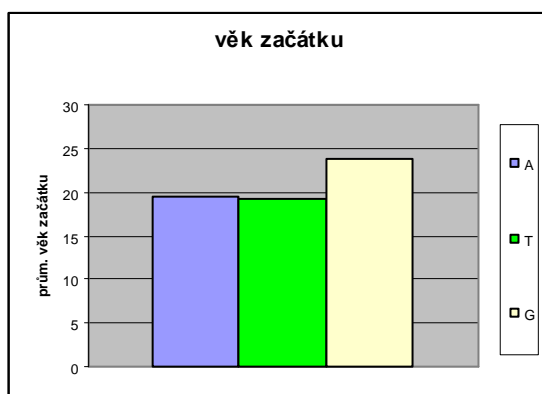


**Věk začátku návykového problému:** Alkoholici uváděli věk začátku průměrně v 19,5 letech, toxikomani v 19,2 a gambleři ve 23,9 letech.

Tabulka č.10 : Věk začátku

	A	T	G	Celkem
Prům.věk začátku	19,49	19,17	23,87	20,85

Graf č.8 : věk začátku



## 12 CHARAKTERISTIKA MÍSTA SBĚRU DAT

V našem vzorku popisujeme skupinu závislých v prostředí ústavní léčby. Její obecnější popis jsme uvedli v kap. č. 3. Na tomto místě stručně zmiňujeme konkrétní údaje abychom přiblížili okolnosti léčby.

Jde o psychiatrickou léčebnu, která nabízí střednědobou (2 – 3 měsíční) ústavní léčbu pro osoby závislé na alkoholu, jiných nealkoholových drogách a patologické hráče. Pacienti jsou přijímáni na základě vlastní žádosti, nebo z důvodu zdravotních či jiných psychiatrických komplikací závislosti ( abstinence syndrom, psychotické komplikace).

V úvodu procházejí všichni detoxifikační jednotkou. Poté jsou přerazováni do aktivní léčby na oddělení následné péče (s kapacitou 27-40 míst). Systém rozřazování pacientů na jednotlivá oddělení je víceméně náhodný. V komunitě pacientů jsou společně osoby s diagnózami závislost na alkoholu, závislost na nealkoholových drogách, patologičtí hráči i osoby s kombinovanými diagnózami (např. závislost na alkoholu a pervitinu), osoby se sekundárním poškozením vlivem užívání návykových látek (např. osoby s alkoholovou demencí) a příp. dalšími sekundárními problémy (zdravotní komplikace, např. osoby s diagnózou hepatitis, AIDS apod.). Potkávají se zde pacienti v různých fázích onemocnění a pacienti prvoléčení s pacienty na opakovaných léčbách. Větší část tvoří osoby závislé na alkoholu. Bylo poměrně nesnadné získat vzorek 30 ti gamblerů, proto jsme oddělení navštívili opakovaně.

Psychoterapeutický program se na jednotlivých odděleních v zásadě neliší, jedná se o uzavřená oddělení s režimovou léčbou a s určitými stanovenými pravidly i systémem odměn a trestů. Zároveň se jedná o zdravotnické zařízení, které poskytuje zdravotní péči a problematika zdravotního stavu je zde přednější než léčebný systém. Pacienti zde tráví 2-3 měsíce, ale je možné odejít kdykoliv na vlastní žádost po konzultaci s lékařem. Počet možností opakování léčby není nijak omezen. Principy léčby vychází z teorie i praktických technik prim. MUDr. Karla Nešpora. Základem je absolutní a trvalá abstinence, při jejím porušení v průběhu léčby mohou být pacienti propuštěni. Psychoterapeutický program obsahuje skupinovou psychoterapii, komunitní programy (návčičkové, terapeutické), pracovní terapii, pohybovou terapii, samořídící programy a



kluby (které pacienti připravují sami). Komunita je více méně v samosprávě pacientů, ti mají rozdělené funkce a zajišťují její fungování. Terapeutický tým tvoří psychiatři, střední zdravotnický personál, psycholog, psychoterapeuté, sociální pracovníce a pomocný personál. Do psychoterapeutických skupin jsou pacienti vybíráni většinou náhodně, skupiny jsou z hlediska diagnóz smíšené. Pro všechna oddělení společně probíhá jednou týdně skupina pro toxikomany. Účast je dobrovolná. Pro gamblery je zde dvakrát týdně možnost navštěvovat skupinu anonymních patologických hráčů a jednou týdně se koná setkání skupiny anonymních alkoholiků .V rámci všech tří pavilónů existují i doléčovací skupiny pro bývalé pacienty.

Po ukončení léčby jsou pacienti přerazováni do ambulantní péče nebo mohou pokračovat v léčbě v jiných zařízeních (terapeutické komunity, jiná ústavní péče, stacionáře, chráněné bydlení apod.).

## 13 VÝSLEDKY PRÁCE VE VZTAHU K VÝZKUMNÝM OTÁZKÁM

V této kapitole uvádíme výsledky k jednotlivým výzkumným otázkám. Pro minimalizaci množství tabulek uvádíme pro první tři výzkumné otázky výsledky souhrnně.

**Výsledky k výzkumným otázkám 1-3** : Jakou skladbu osobnostních rysů a interpersonálního chování nacházíme u skupiny závislých na alkoholu, na nealkoholových drogách a patologických hráčů?

### Osobnostní rysy : MCMI-III - výsledky

V tabulce uvádíme v levých dvou krajních sloupcích názvy jednotlivých škál v MCMI-III. V pátém sloupci jsou uvedeny výsledky v hrubých skórech a v sedmém sloupci jsou popsány průměrné výsledky v Millonových BR skórech (vážených skórech), uvedených orientačně, neboť vychází z USA norem. Pro přehlednost jsou BR skóry zaokrouhleny na celá čísla. Hodnoty BR rovné a vyšší než 75 (tzv. hranice pro klinicky významné osobnostní rysy) jsou vyznačeny zeleně a hodnoty BR rovné a vyšší než 85 (tzv. hranice osobnostní poruchy) jsou vyznačeny červeně.

Tabulka č.11 : Popis výsledků MCMI-III u alkoholiků, toxikomanů, gamblersů a u celého souboru (HS a BR)

Klinický osobnostní profil	Škála MCMI-III	Soubor	N	Průměrná hodnota MCMI-III (HS)	Směrodatná Odchylka	Průměrná hodnota v BR
	1 Schizoidní	A	30	9,7333	4,28255	75
		T	30	9,9000	5,06067	75
		G	30	9,4667	4,73966	75
		Celý soubor	90	9,7000	4,65543	75
	2A Vyhýbavý	A	30	9,0000	5,89564	79
		T	30	8,3000	5,03881	78
		G	30	9,2333	7,72226	79
		Celý soubor	90	8,8444	6,26011	79
	2B Depresivní	A	30	8,8000	6,50411	80
		T	30	10,4667	8,98556	82
		G	30	10,3333	6,68675	81
		Celý soubor	90	9,8667	7,43239	81
	3 Závislý	A	30	10,5333	8,12715	80
		T	30	8,8000	5,08819	75
		G	30	10,5000	7,54641	80
		Celý soubor	90	9,9444	7,01261	78
	4 Histriónský	A	30	12,7667	4,58396	44
		T	30	13,7667	4,99436	46
G		30	13,9333	4,61581	46	
Celý soubor		90	13,4889	4,71012	46	
5 Narcistický	A	30	13,4000	4,46905	53	
	T	30	15,2000	4,70803	59	
	G	30	15,1000	5,32625	59	
	Celý soubor	90	14,5667	4,86457	59	
6A Antisociální	A	30	11,7000	5,41486	75	
	T	30	13,3000	4,39553	76	
	G	30	12,2000	4,55919	75	
	Celý soubor	90	12,4000	4,80356	75	
6B Sadistický	A	30	11,2333	6,42561	64	
	T	30	12,0667	3,90343	65	
	G	30	12,4667	5,84709	68	
	Celý soubor	90	11,9222	5,46126	65	
7 Kompulzivní	A	30	11,3667	5,42970	41	
	T	30	9,5667	4,84721	39	
	G	30	12,2667	4,84187	44	
	Celý soubor	90	11,0667	5,11618	41	
8A Negativistický	A	30	11,4667	5,93490	80	
	T	30	11,3667	5,62925	77	
	G	30	13,7333	6,42159	82	

		Celý soubor	90	12,1889	6,03714	80
	8B Masochistický	A	30	7,4333	5,38634	77
		T	30	9,1333	4,44688	79
		G	30	9,1333	6,33944	79
		Celý soubor	90	8,5667	5,44441	79
Vážné osobnostní patologie	S Schizotypální	A	30	8,3333	5,78544	68
		T	30	7,9333	5,94186	68
		G	30	8,6667	6,87491	70
		Celý soubor	90	8,3111	6,15647	68
	C Hraniční	A	30	9,9000	5,96744	70
		T	30	10,3333	5,51695	70
		G	30	12,4000	6,04352	75
		Celý soubor	90	10,8778	5,88433	72
	P Paranoidní	A	30	10,1000	6,25520	68
		T	30	9,7667	4,69544	68
		G	30	12,1000	6,21650	70
		Celý soubor	90	10,6556	5,79648	69
Klinické syndromy	A Úzkostná porucha	A	30	7,6333	5,99128	85
		T	30	7,0333	4,38244	82
		G	30	8,7333	5,91278	88
		Celý soubor	90	7,8000	5,46326	85
	H Somatoformní porucha	A	30	4,2333	4,27247	63
		T	30	4,8667	4,43134	64
		G	30	5,3000	4,68416	64
		Celý soubor	90	4,8000	4,43733	64
	N Bipolární/manická porucha	A	30	7,2000	4,66387	64
		T	30	6,4333	3,46095	62
		G	30	8,4667	4,39226	68
		Celý soubor	90	7,3667	4,24118	64
	D Dystymie	A	30	8,3333	5,42239	76
		T	30	7,9000	4,22921	76
		G	30	9,9000	5,64679	79
		Celý soubor	90	8,7111	5,15217	78
	B Alkoholová závislost	A	30	11,1333	4,12506	83
		T	30	8,2667	3,26880	77
		G	30	10,0000	3,88632	81
		Celý soubor	90	9,8000	3,91827	79
	T Drogová závislost	A	30	8,2000	4,49060	67
		T	30	13,1667	4,69103	75
		G	30	7,4000	4,23939	65
		Celý soubor	90	9,5889	5,11639	70
R PTSD	A	30	7,8000	6,19455	67	
	T	30	7,5333	4,63669	67	
	G	30	9,2000	6,33218	68	
	Celý soubor	90	8,1778	5,75449	67	
Vážné klinické syndromy	SS Porucha myšlení	A	30	7,8333	5,93693	65
		T	30	8,4333	4,98746	65
		G	30	9,4000	5,94573	67
		Celý soubor	90	8,5556	5,61521	67
	CC Depresivní porucha	A	30	7,4000	5,78106	65
		T	30	7,9333	6,31874	67
G		30	8,9000	6,01922	68	

		Celý soubor	90	8,0778	6,00791	67
<b>PP Porucha s bludy</b>	A		30	5,0667	4,01663	67
	T		30	4,0000	3,36309	65
	G		30	5,7000	3,52479	68
	Celý soubor		90	4,9222	3,67264	67
<b>Y Desirabilita</b>	A		30	11,5000	3,17045	55
	T		30	10,9333	5,50820	51
	G		30	12,5333	3,76676	59
	Celý soubor		90	11,6556	4,26947	55
<b>Z Debasement</b>	A		30	12,3333	8,59564	65
	T		30	11,6667	6,74324	65
	G		30	14,5667	8,17770	70
	Celý soubor		90	12,8556	7,88906	69
<b>V Index validity</b>	A		30	,0000	,00000	
	T		30	,1000	,40258	
	G		30	,0667	,25371	
	Celý soubor		90	,0556	,27483	

Z uvedených výsledků vyplývá, že alkoholici skórovali významně na škálách: 1-schizoidní (75 BR), což odpovídá hranici klinicky významného rysu, na škále 2A-vyhýbavý (79BR), na škále 2B-depresivní(80BR),na škále 3-závislý(80BR), na škále 6A-antisociální(75BR), na škále 8A-negativistický(80BR, na škále 8B-masochistický (77BR),na škále A-úzkostná porucha(85BR), na škále D-dystymie (76BR) a na škále B-alkoholová závislost (83BR)

Toxikomané skórovali významně na škálách: 1-schizoidní (75 BR), což odpovídá hranici klinicky významného rysu, na škále 2A-vyhýbavý (78BR), na škále 2B-depresivní(82BR),na škále 3-závislý(75BR), na škále 6A-antisociální(76BR), na škále 8A-negativistický(77BR), na škále 8B-masochistický (79BR),na škále A-úzkostná porucha(82BR), na škále D-dystymie (76BR), na škále B-alkoholová závislost (77BR) a na škále T-drogová závislost(75BR)

Gambleři skórovali významně na škálách: 1-schizoidní (75 BR), na škále 2A-vyhýbavý (79BR), na škále 2B-depresivní(81BR), na škále 3-závislý(80BR), na škále 6A-antisociální(75BR), na škále 8A-negativistický(82BR, na škále 8B-masochistický (79BR), na škále C-hraniční (75BR), na škále A-úzkostná porucha(88BR), na škále D-dystymie (79BR) a na škále B-alkoholová závislost (81BR) .

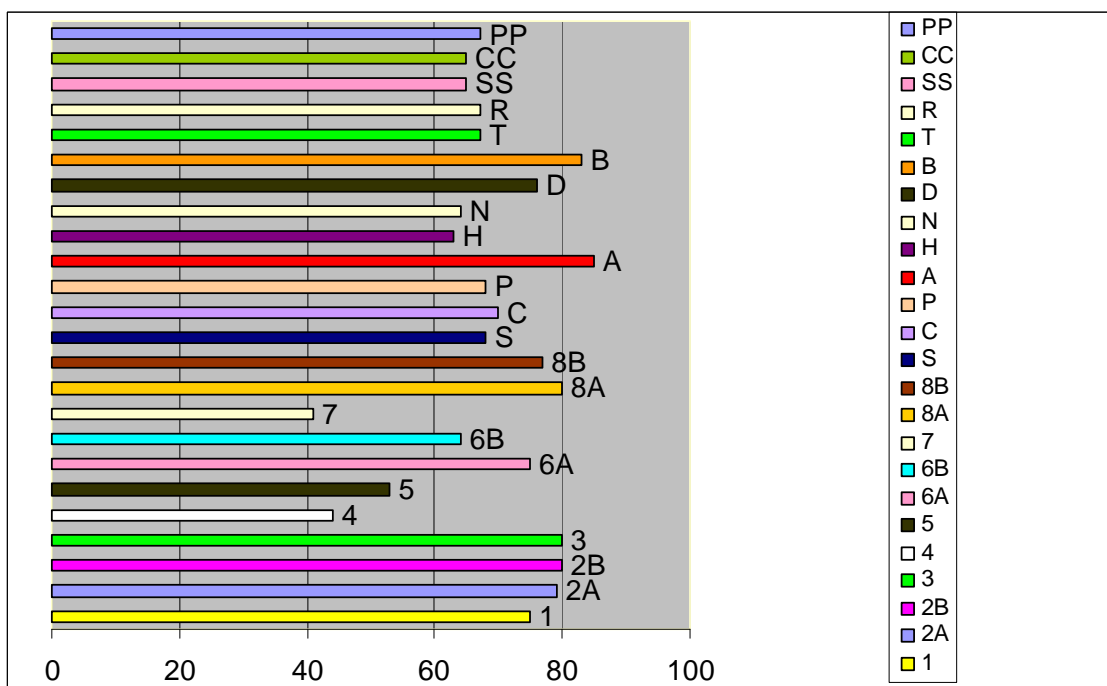
## Profily osobnosti podle výsledků našeho výzkumu

V následujících grafech uvádíme výsledné profily u alkoholiků, toxikomanů a gamblerů podle našich výsledků MCMIII. V grafech jsou zobrazeny jednotlivé klinické škály (1 – PP) a jejich hodnoty v BR skórech. Hodnota BR vyšší než 75 ukazuje na přítomnost rysu osobnosti, BR vyšší než 85 na přítomnost poruchy osobnosti.

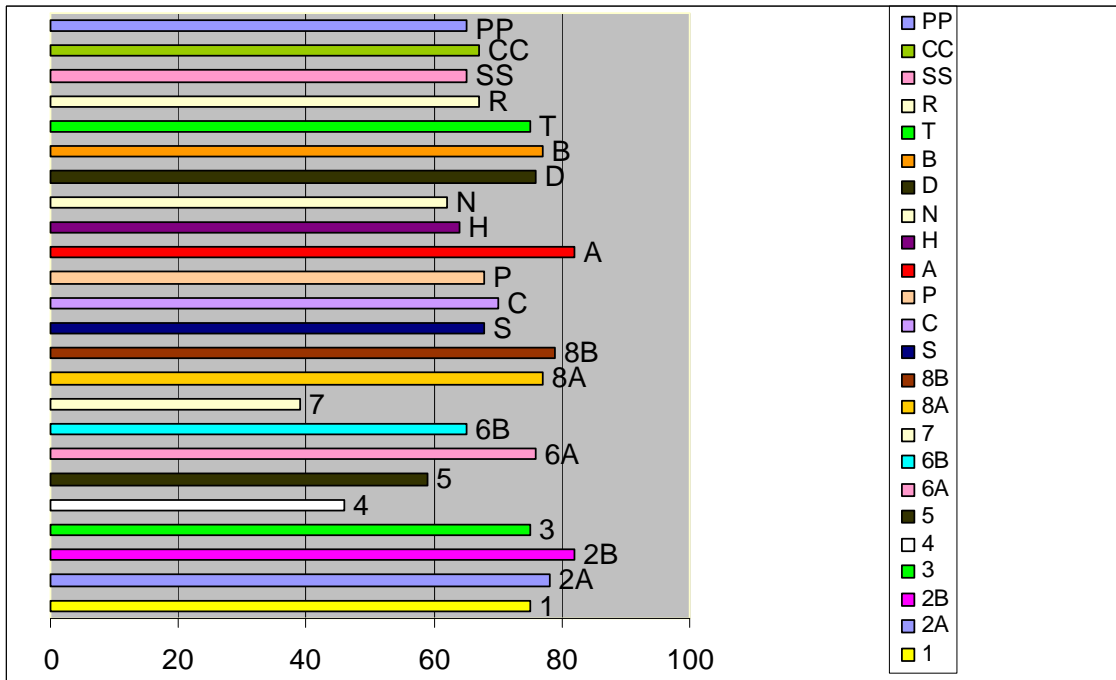
### Označení jednotlivých škál MCMIII

1- Schizoidní, **2A**- Vyhýbavý, **2B**- Depresivní, **3**- Závislý, **4**- Histriónský,  
**5**- Narcistický, **6A**- Antisociální, **6B**- Sadistický, **7**- Kompulzivní,  
**8A**- negativistický, **8B**- Masochistický, **S**- Schizotypální, **C**- Hraniční,  
**P**- Paranoidní, **A**- Úzkostná porucha, **H**- Somatoformní porucha,  
**N**- Bipolární manická porucha, **D**- Dystymie, **B**- Alkoholová závislost,  
**T**- Drogová závislost, **R**- PTSD, **SS**- Porucha myšlení,  
**CC**- Depresivní porucha, **PP**- Porucha s bludy

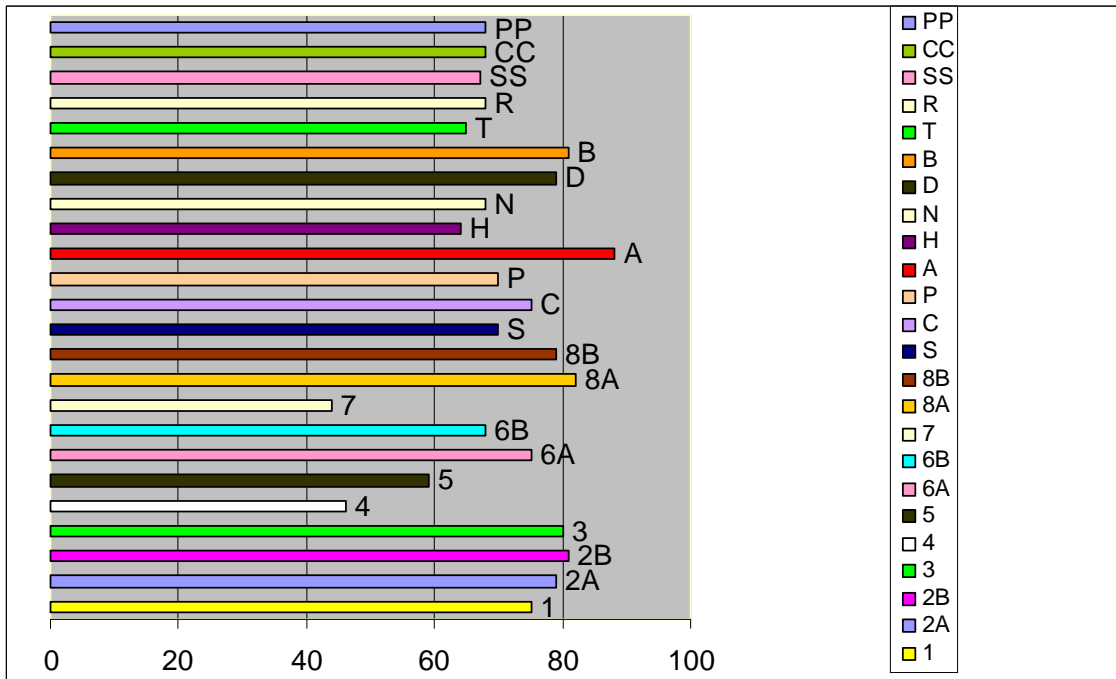
Graf č.9 : MCMIII Alkoholici



Graf č.10 : MCMI-III Toxikomani



Graf č.11 : MCMI-III Gambleři



Interpersonální chování : ICL- výsledky

Zde uvádíme výsledky k interpersonálnímu chování u všech třech skupin.

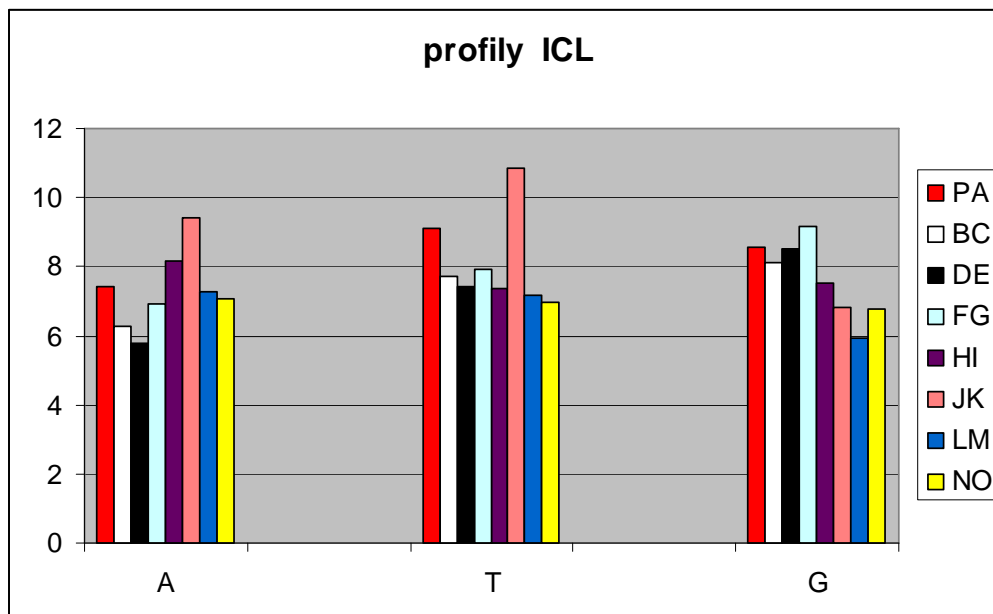
Tabulka č.12 : výsledky ICL

Škály ICL		Norma	A	T	G	Celkem
PA	průměr	7,6	7,40	7,40	8,57	8,36
	SD	3,1	2,824	2,824	1,851	2,550
BC	průměr	6,9	6,27	7,70	8,10	7,36
	SD	2,2	2,132	2,466	1,971	2,314
DE	průměr	7,4	5,80	7,43	8,53	7,26
	SD	2,5	2,709	2,459	2,145	2,671
FG	průměr	5,9	6,93	7,90	9,17	8,00
	SD	2,9	2,703	2,746	2,086	2,665
HI	průměr	5,6	8,17	7,37	7,50	7,68
	SD	2,7	3,384	2,697	2,662	2,922
JK	průměr	7,6	9,40	10,83	6,80	9,01
	SD	2,6	3,191	5,318	3,123	4,304
LM	průměr	7,7	7,27	7,17	5,93	6,79
	SD	2,9	3,107	3,302	3,629	3,370
NO	průměr	8,0	7,07	6,97	6,77	6,93
	SD	2,8	2,828	3,102	3,588	3,154

Zkratky škál ICL : PA – Autokratická osobnost, BC – Egocentrická osobnost, DE – Agresivní osobnost, FG – Podezřivá osobnost, HI – Ponížená osobnost, JK – Hyperkonformní osobnost, LM – Hyperafiliativní osobnost, NO – Hyperprotektivní



Graf č. 12 : Profily ICL



Škály ICL : PA – Autokratická osobnost, BC – Egocentrická osobnost, DE – Agresivní osobnost, FG – Podezřívavá osobnost, HI – Ponížená osobnost, JK – Hyperkonformní osobnost, LM – Hyperafiliativní osobnost, NO – Hyperprotektivní

**Výsledky k otázce č. 4:** Existují podstatné rozdíly v základních charakteristikách skupin s odlišnou závislostní problematikou?

Uvádíme výsledky u proměnných, kde jsme našli rozdíl.

## Prům. Věk

Tabulka č. 13 : Rozdíly v průměrném věku mezi skupinami

(I) skup	(J) skup	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
1 alko	2 drogy	<b>10,767(*)</b>	2,476	<b>,000</b>	5,85	15,69
	3 gambl	4,533	2,476	,070	-,39	9,45
2 drogy	1 alko	<b>-10,767(*)</b>	2,476	<b>,000</b>	-15,69	-5,85
	3 gambl	<b>-6,233(*)</b>	2,476	<b>,014</b>	-11,15	-1,31
3 gambl	1 alko	-4,533	2,476	,070	-9,45	,39
	2 drogy	<b>6,233(*)</b>	2,476	<b>,014</b>	1,31	11,15

hladina významnosti je 0,05

Při porovnání výsledků pomocí LSD testu zde zjišťujeme statisticky významný rozdíl ve věku zkoumaných osob. Alkoholici jsou starší než toxikomani ale od gamblerů se významně neliší. Toxikomani jsou mladší než alkoholici i gambleři . Výsledky jsou statisticky významné na hl. významnosti 0,05

## Věk začátku:

Tabulka č. 13 : rozdíly ve věku začátku návyk. probl. mezi skupinami

(I) skup	(J) skup	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
1 alko	2 drogy	,31609	1,93514	,871	-3,5308	4,1630
	3 gambl	-4,38391(*)	1,93514	<b>,026</b>	-8,2308	-,5370
2 drogy	1 alko	-,31609	1,93514	,871	-4,1630	3,5308
	3 gambl	-4,70000(*)	1,91867	<b>,016</b>	-8,5142	-,8858
3 gambl	1 alko	4,38391(*)	1,93514	<b>,026</b>	,5370	8,2308
	2 drogy	4,70000(*)	1,91867	<b>,016</b>	,8858	8,5142

Výsledky jsou signifikantní na hladině významnosti 0,05

Gambleři začínají později než alkoholici a toxikomané.

**Výsledky k otázce č. 5** Existují podstatné rozdíly osobnostních rysů v dimenzích MCMI-III u těchto skupin s rozdílnou závislostní problematikou?

Pro zjištění významnosti rozdílů jsme skóry statisticky (ANOVA) porovnali. Výsledky jsou v tabulce č. 14. Signifikantní rozdíly jsou vyznačeny červeně.

Tabulka č. 14 : Srovnání výsledků MCMI-III u alkoholiků, toxikomanů a gamblerů (ANOVA)

	Skála	F	Sig.
Klinický osobnostní profil	1 Schizoidní	,065	,937
	2A Vyhybavý	,177	,838
	2B Depresivní	,460	,633
	3 Závislý	,594	,554
	4 Histriónský	,533	,589
	5 Narcistický	1,306	,276
	6A Antisociální	,869	,423
	6B Sadistický	,393	,679
	7 Kompulzivní	2,226	,114
	8A Negativistický	1,491	,231
8B Masochistický	,974	,381	
Vážná osobn. patologie	S Schizotypální	,105	,901
	C Hraniční	1,566	,215
	P Paranoidní	1,436	,243
Klinické syndromy	A Úzkostná porucha	,743	,479
	H Somatoformní porucha	,433	,650
	N Bipolární/manická porucha	1,790	,173
	D Dystymie	1,258	,289
	B Alkoholová závislost	4,383	<b>,015</b>
	T Drogová závislost	14,606	<b>,000</b>
	R PTSD	,722	,489
Vážné klinické syndromy	SS Porucha myšlení	,589	,557
	CC Depresivní porucha	,475	,624
	PP Porucha s bludy	1,606	,195
	Y Desirabilita	1,085	,342
	Z Debazement	1,115	,333
	V Index Validity	1,030	

Vidíme, že výsledné odlišnosti jsou statisticky významné na škále B:alkoholová závislost (hl.v. 0,05)-vyšší hodnoty u alkoholiků a na škále T:drogová závislost (hl.v.0,01)-vyšší hodnoty u toxikomanů.

**Výsledky k otázce č. 6:** Vyskytují se podstatné rozdíly ve škálách ICL u skupin s odlišnou závislostní problematikou?

Tabulka č. 15 : Rozdíly na škálách ICL

<b>AP autokratická o.</b>	3,700	,029
<b>BC egocentrická o.</b>	5,763	,004
<b>DE agresivní o.</b>	9,464	,000
<b>FG podezřívavá o.</b>	5,881	,004
<b>HI ponížená o.</b>	,640	,530
<b>JK hyperkonformní o.</b>	7,804	,001
<b>LM hyperafiliativní o.</b>	1,472	,235
<b>NO hyperprotektivní o.</b>	,069	,933

Rozdíly jsou významné na hladině 0,05

Pro zjištění mezi kterými skupinami je rozdíl jsme použili LSD post hoc test. Výsledky jsou v tab.č. 16

Tabulka č. 16 : Rozdíly mezi skupinami na škálách ICL

Škály ICL	(I) skup	(J) skup	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
ICL_AP	1 alko	2 drogy	-1,700(*)	,639	,009
		3 gambl	-1,167	,639	,071
	2 drogy	1 alko	1,700(*)	,639	,009
		3 gambl	,533	,639	,406
	3 gambl	1 alko	1,167	,639	,071
		2 drogy	-,533	,639	,406
ICL_BC	1 alko	2 drogy	-1,433(*)	,568	,013
		3 gambl	-1,833(*)	,568	,002
	2 drogy	1 alko	1,433(*)	,568	,013
		3 gambl	-,400	,568	,483
	3 gambl	1 alko	1,833(*)	,568	,002
		2 drogy	,400	,568	,483
ICL_DE	1 alko	2 drogy	-1,633(*)	,632	,011
		3 gambl	-2,733(*)	,632	,000
	2 drogy	1 alko	1,633(*)	,632	,011
		3 gambl	-1,100	,632	,085
	3 gambl	1 alko	2,733(*)	,632	,000
		2 drogy	1,100	,632	,085
ICL_FG	1 alko	2 drogy	-,967	,653	,142
		3 gambl	-2,233(*)	,653	,001
	2 drogy	1 alko	,967	,653	,142
		3 gambl	-1,267	,653	,056
	3 gambl	1 alko	2,233(*)	,653	,001
		2 drogy	1,267	,653	,056
ICL_HI	1 alko	2 drogy	,800	,757	,294
		3 gambl	,667	,757	,381
	2 drogy	1 alko	-,800	,757	,294
		3 gambl	-,133	,757	,861
	3 gambl	1 alko	-,667	,757	,381
		2 drogy	,133	,757	,861
ICL_JK	1 alko	2 drogy	-1,433	1,035	,170
		3 gambl	2,600(*)	1,035	,014
	2 drogy	1 alko	1,433	1,035	,170
		3 gambl	4,033(*)	1,035	,000
	3 gambl	1 alko	-2,600(*)	1,035	,014
		2 drogy	-4,033(*)	1,035	,000
ICL_LM	1 alko	2 drogy	,100	,866	,908
		3 gambl	1,333	,866	,127
	2 drogy	1 alko	-,100	,866	,908
		3 gambl	1,233	,866	,158
	3 gambl	1 alko	-1,333	,866	,127
		2 drogy	-1,233	,866	,158
ICL_NO	1 alko	2 drogy	,100	,823	,904
		3 gambl	,300	,823	,716
	2 drogy	1 alko	-,100	,823	,904
		3 gambl	,200	,823	,809
	3 gambl	1 alko	-,300	,823	,716
		2 drogy	-,200	,823	,809

Na škále PA – Autokratická osobnost, mají alkoholici nižší skóry než toxikomané

Na škále BC – Egocentrická osobnost mají alkoholici nižší skór než toxikomané i gambleři, ti se mezi sebou na této škále významně neliší.

Na škále DE – Agresivní osobnost, mají alkoholici nižší skór než toxikomané a gambleři.

Na škále FG – Podezíravá osobnost, gambleři skórují výše než alkoholici.

Na škále HI – Ponížená osobnost, se mezi sebou skupiny významně neliší.

Na škále JK – Hyperkonformní osobnost- gambleři skórují níže než alkoholici a toxikomané.

Na škále LM – Hyperafiliativní osobnost, se skupiny neliší.

Na škále NO – Hyperprotektivní osobnost se skupiny neliší.

## **14 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **1. Jakou skladbu osobnostních rysů a interpersonálního chování nacházíme u skupiny závislých na alkoholu?**

Skupina závislých na alkoholu kromě kategorie alkoholová závislost vykazovala vyšší skóre v charakteristikách jako: schizoidní, vyhýbavý, depresivní, závislý, antisociální, negativistický a masochistický. Výrazná byla i dystymie. Nejvýraznějším rysem této skupiny byla úzkostná porucha (85BR). V ICL se v jejich profilu nejvýrazněji projevuje dimenze JK- konformita a HI-skromnost. Jsou více konformní než gambleři, méně dominantní než toxikomané, také méně egocentričtí a agresivní než zbývající dvě skupiny a méně podezřívaví než gambleři.

### **2. Jakou skladbu osobnostních rysů a interpersonálního chování nacházíme u skupiny závislých na nealkoholových drogách?**

U této skupiny závislých jsme kromě drogové závislosti zaznamenali klinicky významné rysy jako: schizoidní, vyhýbavý, depresivní, závislý, antisociální, vyhýbavý, masochistický, dystymie. Dominovala úzkostná porucha (82BR). V profilu ICL převládala konformita (JK) a dominance (AP). Jsou dominantnější, egocentričtější a agresivnější než alkoholici. Oproti gamblerům jsou více konformní.

### **3. Jakou skladbu osobnostních rysů a interpersonálního chování nacházíme u skupiny patologických hráčů?**

Ve skupině patologických hráčů byly klinicky významnými rysy: schizoidní, vyhýbavý, depresivní, závislý, antisociální, negativistický, masochistický, hraniční, alkoholová závislost, dystymie. Opět byla nejvýraznější úzkostná porucha (BR88). V profilu ICL dominovala škála FG podezřívavost ve které skórovali výše než alkoholici. Dále škála dominance (PA). Jsou méně konformní než alkoholici a toxikomané. Oproti alkoholikům jsou více egocentričtí, agresivní a podezřívaví. Oproti toxikomanům jsou méně konformní.

#### **4. Existují významné rozdíly v základních charakteristikách skupin s odlišnou závislostní problematikou?**

Významné rozdíly jsme zaznamenali v průměrném věku u jednotlivých skupin – toxikomané jsou v průměru mladší než ostatní. Gambleři se lišili pozdějším začátkem návykového problému. Ve vzdělání, rodinném stavu, kriminalitě, suicidalitě, hereditě a počtu ústavních léčení se významný rozdíl neukázal.

#### **5. Existují významné rozdíly osobnostních rysů v dimenzích MCMI-III u těchto skupin s rozdílnou závislostní problematikou?**

Statisticky významný rozdíl je pouze na škálách alkoholová a drogová závislost, kde se mezi sebou liší zástupci těchto skupin. Gambleři vykazují rysy alkoholové závislosti a narozdíl od ostatních i rysy hraniční .

#### **6. Vyskytují se významné rozdíly ve škálách ICL u skupin s odlišnou závislostní problematikou?**

Na tuto otázku můžeme odpovědět kladně, skupiny se liší na škálách AP-dominance, BC-egocentrismu ,DE- agrese,FG- podezřívavosti a JK- konformity.



## 15 DISKUSE

V naší práci se zabýváme analýzou a srovnáním osobnostních charakteristik u závislých na alkoholu, nealkoholových drogách a gamblingu. Takovéto srovnání nebývá ve výzkumech příliš časté, neboť každá skupina v sobě zahrnuje trochu jinou problematiku v závislosti na typu látky i na její přítomnosti či nepřítomnosti. Spojujícím prvkem je stav závislosti, ať na látce či aktivitě, který komplikuje životní směřování každého člověka a to většinou negativním směrem. Pomineme-li širší nepříjemné dopady, jako jsou rodinné dysfunkce, či nasedající zdravotní a finanční potíže, vidíme u lidí se závislostí rozmanité spektrum problémů, které občas řeší každý z nás. Obecně se má za to, že závislí v nějakém směru nezvládli adaptaci na životní okolnosti. V léčbě se pracuje různorodými technikami a hlavním cílem většinou bývá naučit abstinenci, nebo postupům zabraňujícím prohlubování již tak komplikované situace. Z našeho pohledu je abstinence jen jedním z faktorů otvírajících cestu ze závislosti. Nikoliv však jediným postačujícím. Zaměřili jsme se na osobnostní charakteristiky závislých mužů v ústavní léčbě, jako na výchozí bod pro terapeutickou práci s touto skupinou. V rámci ústavní léčby, kde jsme výzkum realizovali, jsou společnými postupy léčení závislí na alkoholu, nealkoholových drogách i hraní. Zajímalo nás, zda se budou lišit i osobnostní charakteristiky lidí s tak různou problematikou. Cílem výzkumu bylo zmapování osobnostních proměnných u závislých, s cílem využít tyto poznatky v léčbě a eventuálně najít možné odpovědi na některé její nedostatky.

Přesto, že jsme se snažili vybrat metody co nejpřijatelnější svým rozsahem, mnoho respondentů odradil pouhý fakt, že by se měli nějakou dobu zabývat vyplňováním dotazníku. Přibližně 20 protokolů jsme museli vyřadit pro jejich nízkou validitu. Z analýzy rozdílů v základních charakteristikách vyplynulo, že závislí na nealkoholových drogách jsou vždy o něco mladší než gambleři a alkoholici. Vzdělání převažovalo u všech skupin středoškolské. A to i u toxikomanů u kterých jsme zaznamenali v 10% vzdělání vysokoškolské. Tento výsledek je však ovlivněn tím, že účast na výzkumu byla dobrovolná a do této skupiny byli zahrnuti závislí na různých typech substancí, včetně léků. Konflikt se zákonem mělo 31,1% z celého souboru. Poměrně vysoká byla suicidalita 42,7%. Heredita převažovala u gamblerů. Toxikomané se léčí vícekrát, ale z hlediska celého vzorku převažovala prvoléčba. Co se týká začátku

návykového problému ,gambleři začínají později než alkoholici a toxikomané. Celkový průměrný věk počátku byl 20,8 let. Tento údaj však může být zkreslen tím, že respondenti uváděli dobu, kdy sami vnímali počínající problém a je tedy subjektivní.

Vzhledem k tomu, že k převodu na BR skór nemáme k dispozici českou normu, jsou výsledky Millonova dotazníku pouze orientační. Nemyslíme si, že by šlo o nějak výrazné zkreslení. Oproti výzkumu Craiga, Bivense a Olsona (1997, viz. kap.8), v jejichž výzkumné skupině toxikomanů převažovala antisociální porucha osobnosti, v našem výzkumu z osobnostních proměnných u všech skupin nejvíce převažovala úzkostná porucha. Millon charakterizuje tento stav jako celkový stav napětí, který se projevuje neschopností se uvolnit, nervózními pohyby, přílišnou ostražitostí ke svému okolí, vznětlivostí a celkovou přecitlivělostí. Pro nás je tento výsledek poněkud překvapivý, protože víme, že v ústavní léčbě jsou pacienti medikováni právě za účelem zvládnutí úzkosti a napětí, které komplikují průběh léčby. Ve všech skupinách skóre na této škále převyšovalo i skóre na škále závislosti. Jde tedy o významný faktor. Může to však být dáno také tím, že se v rámci adaptace na nové prostředí a pravidla vystupňuje napětí a s tím spojená úzkost. Očekávali jsme spíše různé osobnostní rysy u námi zkoumaných skupin, ale dospěli jsme ke shodným charakteristikám. Kromě dominující úzkosti to byly rysy depresivní, které převažovaly i u vzorku toxikomanů v ústavní léčbě ve výzkumu Stefanssona a Hesse (2008). Dále následovaly rysy jako schizoidní, vyhýbavý, závislý, antisociální, negativistický a masochistický. Výrazná byla i dystymie. U gamblerů jsme zaznamenaly i rysy hraniční. Antisociální rysy nebyly narozdíl od zahraničních výzkumů (Craig, Bivens, Olson, 1997) tak výrazné.

Osobnostní rysy jako negativismus, vyhýbavé, depresivní a negativistické nastavení se v ústavní léčbě značně projevují a komplikují její průběh. V léčbě by tedy prospělo větší zaměření na temperamentovou složku osobnosti- ovlivnění emocí, myšlení a chování (reaktivity). Jak uvádí Praško (2009), snaha modifikovat charakterové rysy dříve než temperamentové často vede k negativním terapeutickým efektům. Kontrola nad temperamentovými reakcemi otvírá cestu pro působení na charakterovou složku osobnosti. V praxi se však spíše setkáváme s tím, že terapie je téměř stále zaměřena na přesvědčování pacienta o jeho závislostním problému. Nácvik sociálních dovedností a zvládání jiných negativních emocí než je craving, nejsou v ústavní terapii zastoupeny.

Výrazné rozdíly v osobnostních rysech se neprokázaly. Statisticky významný rozdíl se ukázal jen na škále alkoholové a drogové závislosti u příslušných skupin, což dokládá dobrou rozlišovací schopnost Millonova dotazníku. Ústavní léčba je koncipována jako kombinace zdravotnického přístupu s prvky komunitní práce. Kromě psychoterapeutických skupin je většina programů řízena pacienty samostatně a je tak kladen důraz na jejich aktivitu a samořízení. Skladba zjištěných rysů nám může naznačit vysvětlení toho, proč je v praxi obtížné docílit spolupráce a motivovanosti k těmto aktivitám. Například nácvik relaxace pacienti provádí samostatně bez terapeuta. Je otázkou, zda je reálné očekávat, že lidé s vyhubými, schizoidními rysy, navíc s úzkostným nastavením, budou schopni aktivně, kvalitně a samostatně provádět relaxační techniky.

V našem výzkumu jsme mapovali interpersonální chování, jednak jako jednu z nejdůležitějších dimenzí osobnosti a také jako podstatnou proměnnou v ústavně-komunitní léčbě. I když ve skupinové psychoterapii se mohou závislí na alkoholu a drogách vzájemně obohacovat, v praxi často vidíme nesoulad a časté konflikty mezi těmito skupinami. Na základě škál ICL se ukázaly některé rozdíly. U alkoholiků se nejvýrazněji projevuje dimenze JK- konformita a HI-skromnost. Jsou více konformní než gambleři, méně dominantní než toxikomané, také méně egocentričtí a agresivní než zbývající dvě skupiny a méně podezřívaví než gambleři. Většinou nemají problém s podřizováním se režimu, otázkou je, zda přílišný tlak, na takto nastolenou „poslušnost“ nebrání rozvoji dalších strategií a sociálních dovedností.

U toxikomanů převládala překvapivě konformita (JK), ale vzhledem k tomu, že šlo o sebeuposouzení, mohlo jít spíše o snahu být konformní. Dále jsme zjistili, že jsou dominantnější, egocentričtější a agresivnější než alkoholici. V praxi vidíme, že tato skupina má naopak časté potíže při dodržování pravidel léčby. Vzhledem k prioritě zdravotní problematiky se však nedaří důslednost v jejich dodržování.

V profilu gamblerů dominovala v ICL škála FG- podezřívavost, ve které skórovali výše než alkoholici. Dále škála dominance (PA). Oproti alkoholikům jsou také více egocentričtí a agresivní. To je ve shodě s klinickým pozorováním, kdy gambleři často v komunitních aktivitách nespolupracují a jejich projevy bývají i vůči terapeutickému

týmu hostilní a nedůvěřivé. I když vykazují rysy alkoholové závislosti je otázkou, zda společná léčba se závislými na drogách a alkoholu umožňuje dostatečně se soustředit na okolnosti patologického hráčství a nasměrovat tak adekvátní řešení aktuální situace.

Vzhledem k výše popsaným charakteristikám můžeme říci, že i přes podobné osobnostní rysy vykazuje skupina alkoholiků, toxikomanů a gamblerů rozdílné interpersonální chování. Je otázkou, zda by oddělená ústavní léčba těchto skupin nepřinesla více prostoru pro řešení specifických obtíží. Vzhledem k tomu, že jsme v našem výzkumu shrnuli závislé na různých nealkoholových drogách do jedné skupiny, nabízí se otázka, nakolik tento fakt zkresluje celkové výsledky. Vzhledem ke zjištěné hlavní charakteristice (úzkosti) v celém souboru, se však druh závislosti nejeví jako podstatný.

## 16 ZÁVĚRY VÝZKUMU

Cílem výzkumu bylo zmapování osobnostní psychopatologie a interpersonálních charakteristik u závislých na alkoholu, nealkoholových drogách a gamblingu. Dále zjistit, zda se tyto proměnné významně liší u lidí s rozdílnou závislostní problematikou. K analýze osobnostní psychopatologie jsme použili Millonovu metodu MCMI-III, která rozlišuje významné osobnostní rysy a poruchy osobnosti a k analýze interpersonálního chování byl použit dotazník ICL.

Skupina závislých na alkoholu kromě kategorie alkoholová závislost vykazovala vyšší skóre v charakteristikách jako: schizoidní, vyhýbavý, depresivní, závislý, antisociální, negativistický a masochistický. Výrazná byla i dystymie. Nejvýraznějším rysem této skupiny byla úzkostná porucha (85BR). V ICL se v jejich profilu nejvýrazněji projevuje dimenze JK- konformita a HI-skromnost. Jsou více konformní než gambleři, méně dominantní než toxikomané, také méně egocentriční a agresivní než zbývající dvě skupiny a méně podezřívaví než gambleři.

U závislých na nealkoholových drogách jsme kromě drogové závislosti zaznamenali klinicky významné rysy jako: schizoidní, vyhýbavý, depresivní, závislý, antisociální, vyhýbavý, masochistický a dystymii. Dominovala úzkostná porucha (82BR). V profilu ICL převládala konformita (JK) a dominance (AP). Jsou dominantnější, egocentričtější a agresivnější než alkoholicí. Oproti gamblerům jsou více konformní.

Ve skupině patologických hráčů byly klinicky významnými rysy: schizoidní, vyhýbavý, depresivní, závislý, antisociální, negativistický, masochistický, hraniční, alkoholová závislost, dystymie. Opět byla výrazná úzkostná porucha (BR88)

V profilu ICL dominovala škála FG podezřívavost ve které skórovali výše než alkoholicí. Dále škála dominance (PA). Jsou méně konformní než alkoholicí a toxikomané. Oproti alkoholikům jsou více egocentriční, agresivní a podezřívaví. Oproti toxikomanům jsou méně konformní.

K otázce významných rozdílů můžeme říci, že v našem výzkumné vzorku se odlišovali toxikomané od ostatních dvou skupin svým věkem, jsou v průměru mladší. Gambleři

se lišili pozdějším začátkem návykového problému. U MCMI-III se statisticky významný rozdíl ukázal pouze na škálách alkoholová a drogová závislost, kde se mezi sebou liší zástupci těchto skupin. Gambleři vykazují rysy alkoholové závislosti a narušují od ostatních i rysy hraniční .

V dimenzích ICL se skupiny liší na škálách AP-dominance, BC-egocentrismu ,DE-agrese,FG- podezřívavosti a JK- konformity.

Výsledky naznačují dominující úzkost u všech skupin závislých a rozdílné interpersonální charakteristiky. Toho lze využít v aplikaci léčebných přístupů v rámci ústavní léčby.

Problematika osobnostních proměnných a jejich role v léčbě je tématem nepříliš zpracovaným a další studie v tomto směru by byly užitečné. V dalším výzkumu by bylo možné se zaměřit právě na problematiku úzkosti.

## 17 SOUHRN

V naší práci se zabýváme problematikou závislostí. V teoretické části se věnujeme jak substancionálním závislostem a jejich psychosociálním aspektům, tak závislostem nesubstancionálním, jako je patologické hráčství. Popisujeme i bio-psycho-socio-spirituální modely závislosti.

Jde o širokou oblast a my se soustředujeme zejména na osobnostní proměnné. Proto se věnujeme i pohledu psychologie osobnosti. Vycházíme z teorie osobnosti T. Millona, jehož dotazník používáme ve výzkumné části. U nás není jeho přístup příliš známý, proto přibližujeme Millonovo pojetí osobnosti a jejích poruch, které vychází z evoluční teorie osobnosti. Poruchy osobnosti nepovažuje za nemoc v klasickém smyslu slova, ale za určité spojení mnoha typických a podobných rysů.

Psychologický výzkum osobnosti závislých bychom mohli rozdělit na dvě oblasti. Jednak se lze zaměřit na vymezení osobnostních faktorů, které potencují vznik závislosti. Ne ve smyslu stanovování predispozic, ale se záměrem využít tyto poznatky v oblasti prevence. Jako druhou cestu výzkumu bychom mohli označit studium osobnosti již ovlivněné dlouhodobou závislostí, bez snahy nalézt osobnostní profil, ale právě nasměrovat a zlepšit léčbu.

Naše práce, která sleduje tuto druhou cestu, je zaměřena na analýzu osobnostních charakteristik a interpersonálního chování u ústavně léčených mužů závislých na alkoholu, nealkoholových drogách a gamblingu. Analýzou rozdílů u daných proměnných se snažíme přispět k odpovědi na otázku, zda se liší i vlastnosti lidí s různou závislostní problematikou.

K popisu osobnosti jsme použili Millonův dotazník MCMI-III a interpersonální rozměr popisujeme pomocí dimenzí dotazníku ICL.

Výzkumný soubor činil celkem 90 mužů léčených pro závislost. Z toho bylo 30 probandů závislých na alkoholu, 30 patologických hráčů a 30 závislých na nealkoholových drogách.

Výsledky výzkumu naznačují, že v otázce osobnostní psychopatologie dominuje u všech skupin úzkostná porucha . S dalších osobnostních rysů se ve všech skupinách objevují rysy schizoidní, vyhýbavé, depresivní, závislé , antisociální, negativistické a masochistické. Výrazná byla i dystymie . V oblasti interpersonálních charakteristik u alkoholiků dominovala dimenze JK- konformita a HI-skromnost. U toxikomanů to byla konformita (JK) a dominance (AP) a u gamblersů škála (FG) podezřívavost a dominance (PA).

Statisticky významný rozdíl se ukázal pouze na škálách alkoholová a drogová závislost, kde se mezi sebou liší zástupci těchto skupin. Gambleři vykazují rysy alkoholové závislosti a narozdíl od ostatních i rysy hraniční .

V dimenzích ICL se skupiny liší na škálách AP-dominance, BC-egocentrismu ,DE-agrese,FG- podezřívavosti a JK- konformity.

Poznatky bychom mohli využít v léčbě na našem oddělení pro léčbu závislostí (AT muži), jejíž průběh osobnostní charakteristiky ovlivňují a pro úpravu léčebného režimu.



## 18 POUŽITÁ LITERATURA

Atkinson, R. (1995). *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing.

Blane, H. T., Leonard, K. E. (1987). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York : The Guilford Press.

Bergeret, J. (1995). *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Viktoria Publishing.

Craig R. J., Bivens A., Olson R. (1997). MCMI-III : Derived typological analysis of Cocaine and Heroin Addicts. *Journal of Personality Assessment*, 69(3),583-595.

Csémy, L. a kol. (2003). *Návykové chování a jeho kontext u mimořádně ohrožených dětí : výzkumná zpráva [Electronic version]*. Retrieved January 23, 2010, from <http://www.plbohnice.cz/nespor/str.pdf>

Drapela, V. J. (1997). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, s.r.o.

Fišerová, M. (2000). *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí [Electronic version]*. Retrieved January 22, 2010, from [http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm)

Frouzová, M. (1997). *Gambling*. Praha: Státní zdravotní ústav.

Gossop, M. (2003). *Drug addiction and its treatment*. New York: Oxford university press Inc.

Hajný M., Klouček E., Stuchlík R. (1999). *Akta Y: drogový problém versus rodina*. Praha: Votobia.

Heller, J., Pecinová O. a kol. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing.

INCB (Mezinárodní výbor pro kontrolu drog). (2006). Výroční zpráva [Electronic version]. Retrieved January 22, 2010, from [www.drogy.net](http://www.drogy.net)

John, R. , Presl, J. (1995). Drogy: Otázky a odpovědi. Praha: Medea kultur.

Jeřábek, P. (2000). Osobnost toxikomana. Psychiatrie pro praxi, 1(3) 99 – 102.

Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup (1. vyd.). Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Kavenská, V. (2009). Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu [Electronic version]. Retrieved January 23 ,2010, from <http://e-psycholog.eu/pdf/kavenska.pdf>

Kratochvíl, S.(2005). Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galen.

Kožený, J., Ganický, P. (1976). Dotazník Intrapersonální diagnózy : ICL. (České zpracování dle orig. : Leary, T., LaForge, R. L., Suczek, R. F.) Bratislava : Psychodiagnostické a didaktické testy.

Lesswing, N.,L., Dougherty, R.,J. (1993). Psychopathology in alcohol and cocaine-dependent patients: a comparison of findings from psychological testing. Journal Of Substance Abuse Treatment 10, 53-57 [Electronic version] Retrieved January 12, 2010, from <http://search.ebscohost.com/>

Millon, T. et al. (2004). Personality Disorders in Modern Life. New Jersey: John Willey and Sons, Inc.

McMahon, R.C., Malow, R.M., Penedo, F.J. (1998). Substance Abuse Problems, Psychiatric severity, and HIV risk in Millon Clinical Multiaxial Inventory-II, Personality Subgroups. Psychology of Addictive Behaviors, 12 (1), 3 – 13.

Mikšík, O. (2001). Psychologická charakteristika osobnosti. Praha: Karolinum.

Millon, T. et al.(1997). MCMI-III, Manual (second edition). Minneapolis: NCS, Inc.

Millon, T., Blaney, P.H., Davis, R.D. (1999). Oxford Textbook of Psychopathology. NY : Oxford University Press.

Miovský, M. (2001). Akutní a dlouhodobý účinek cannabis : psychosociální perspektiva [Electronic version]. Psychologický ústav akademie věd ČR. Retrieved January 26, 2010, from [http://www.vlada.cz/vrk/komise/mpk-oldweb/dokumenty/marihuana\\_ucinek.pdf](http://www.vlada.cz/vrk/komise/mpk-oldweb/dokumenty/marihuana_ucinek.pdf)

Nevšímal, P. (2004). Terapeutická komunita pro drogově závislé I : Vznik a vývoj. Středočeský kraj.

Nakonečný, M. (2002). Základy psychologie. Praha : Academia.

Nešpor, K. (1995). Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech (1vyd.). Praha: Portál.

Nešpor, K. (2000). Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál.

Nociar, A. (2001). Alkohol, drogy a osobnosť. Bratislava: Asklepios.

Nešpor, K., Csémy, L.(1996). Léčba a prevence závislostí (1. vyd.) Praha: Psychiatrické centrum.

Nešpor K., Csémy L. (2003). Alkohol, drogy a vaše děti. Praha: Fit in.

Nešpor, K. (1996). Jak překonat problém s hazardní hrou. Praha : Sportpropag.

Nešpor, K. (2006). Už jsem prohrál dost. Praha: Sportpropag.

Preiss, M. (2003). Theodore Millon: teorie osobnosti a jejích poruch. *Psychiatrie* 7(1),91–95.

Praško, J. et al. (2009). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál .

Reiterová, E. (2005). *Psychometrie : studijní texty pro distanční studium*. Olomouc : UP Olomouc

Rahn, E., Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada.

Řehan, V. (2007). *Adiktologie : studijní text*. Olomouc: UP Olomouc.

Sikora, J., Novotná, M. (2007). *Poruchy osobnosti a závislosti. Psychiatria pre prax 2* [Electronic version]. Retrieved January 22, 2010, from [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2328-](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2328-)

Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister a Principal.

Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.

Stefánsson, R. & Hesse, M. (2008). Personality disorders in substance abusers: a comparison of patients treated in a prison unit and patients treated in inpatient treatment *Int J Ment Health Addiction* 6, 402–406. [Electronic version] Retrieved January 12, 2010, from <http://search.ebscohost.com/>

Šerý, O. (2007). Dědičnost látkových závislostí: Podíl genetické výbavy na vzniku závislostí. *Zaostřeno na drogy* 3 (5) 1-8. Praha: Úřad vlády České republiky.

Výrost, J. , Slaměník, I. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál.

Vanem, P.CH., Krog, D.,Hartmann, E. (2008). Assessment of substance abusers on the MCMI-III and the Rorschach. *Scandinavian Journal of Psychology* 49, 83–91. [Electronic version] Retrieved January 12, 2010, from <http://search.ebscohost.com/>

## 19 PŘÍLOHY

### PŘÍLOHA Č. 1 : ABSTRAKT

#### ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno: Oxana Vargová  
Obor: Psychologie – jednooborová  
Vedoucí práce: Miroslav Charvát  
Název práce: Posouzení osobnosti ve vztahu k druhu patologické závislosti

#### Abstrakt:

Práce je zaměřena na analýzu osobnostní psychopatologie a interpersonálního chování u závislých na alkoholu, nealkoholových drogách a gamblingu.

**Soubor:** 90 mužů, ústavně léčených pro závislost v PL v Praze (v období září 2009 – leden 2010), z toho 30 osob závislých na alkoholu, 30 osob závislých na nealkoholových drogách a 30 patologických hráčů. Průměrný věk závislých na alkoholu je 39,6 let u závislých na drogách je to 28,8 let a u patologických hráčů 35 let.

**Metody:** Dotazník zjišťující základní data, MCMI-III – Millonův víceosý klinický dotazník III (překlad M. Preiss), ICL- dotazník interpersonální diagnózy (překlad Kožený, Ganický, 1976).

**Výsledky:** Dle MCMI-III jsme zjistili ve všech třech skupinách výrazně vyšší skóre na škále úzkostná porucha. Dále u všech dominují schizoidní, vyhýbavé, depresivní, antisociální, negativistické, masochistické rysy, dále alkoholová závislost a dystymie. U gamblerů jsme navíc zachytili rysy hraniční.

V analýze ICL dominuje u alkoholiků škála JK- konformita a HI-skromnost. Jsou více konformní než gambleři, méně dominantní než toxikomané, také méně egocentričtí a agresivní než zbývající dvě skupiny a méně podezřívaví než gambleři. U toxikomanů převládala konformita (JK) a dominance (AP). Jsou dominantnější, egocentričtější a agresivnější než alkoholici. Oproti gamblerům jsou více konformní.

U gamblerů byla zvýšena škála FG- podezřívavost ve které skórovali výše než alkoholici. Dále škála dominance (PA). Jsou méně konformní než alkoholici a toxikomané. Oproti alkoholikům jsou více egocentričtí, agresivní a podezřívaví. Oproti toxikomanům jsou méně konformní.

**Závěry:** Metoda MCMI-III se osvědčila v diagnostice u závislých osob. Na škálách MCMI-III se skupiny mezi sebou příliš neliší, u všech dominuje úzkostná porucha. Ve škálách ICL jsou rozdíly statisticky významné. Těchto výsledků lze využít při úpravě psychotherapeutického programu v ústavní léčbě, která probíhá pro dané skupiny společně.

*Klíčová slova:* Závislost na alkoholu, Závislost na nealkoholových drogách, Patologické hráčství, Poruchy osobnosti, Interpersonální chování

## **The Abstract of The Thesis**

Name: Oxana Vargova

Branch: Psychology – monobranch

Leader of the work: Miroslav Charvath

The Title of the work: The Valuation of Personality in relation to A Type of  
A Pathological Dependence

### **Abstract:**

This study is focused on to analyse of personality psychopathology and interpersonal behavior among persons depending on alcohol, non-alcohol drugs and gambling.

### **Sample:**

90 dependant men from the psychiatry in Prague (a ward for the dependant persons, in the time of September 2009 – January 2010), 30 persons of this all number dependent on alcohol, 30 persons dependent on non-alcohol drugs and 30 pathological gamblers. The average age of these alcohol dependants is 39,6 years, among the drug dependants it is 28,8 years and among the patohological gamblers it is 35 years.



**Methods:** The questionnaire for basic information, MCMI-III – The Millon's multi-axis clinical questionnaire III (translation into the Czech by Preiss, M.), ICL – the questionnaire for interpersonal diagnoses (translation in Czech by Kozeny and Granicky, 1976).

**Results:** We found, by MCMI – III, markedly higher score on the anxiety disorder scale. Next, there is domination of schizoid, evasive, depressive, antisocial, negativistic and masochistic characters among all three groups as well as alcohol dependence and dysthymia. Except for this we caught border characters among the gamblers.

There is domination of the JK – conformity and HI – modesty rate among the alcohol dependants analysed by ICL. They are more conformal than gamblers, lesser dominant than the drug dependants and also lesser egocentric and aggressive than the resting two groups and lesser suspicious than the gamblers. There was evident domination of conformity (JK) and dominance (AP) among the drug dependants. They are more dominant, more egocentric and more aggressive than the alcohol dependants. They are more conformal in opposite to the gamblers.

The gamblers showed the higher FG-scale – suspiciousness than the alcoholics. Further, the dominance scale (PA). They are lesser conformal than the alcoholics and the drug dependants. In opposite to the alcoholics they are more egocentric, aggressive and suspicious. In the comparison to the drug dependants they are lesser conformal.

### **Conclusions:**

The method of MCMI – III attested itself in the diagnostics considering the dependent persons. These groups are not too different each other on the MCMI – III scales, there is the same domination of anxiety disorder. The ICL scales show statistically significant differences. These results may be used as a tool of modification of a psychotherapy program in an institutional treatment running for given groups together.

**Key words:** Alcohol dependence, Non-alcohol dependence, Pathological gambling, Personality disorders, Interpersonal behavior

**PŘÍLOHA Č. 2: ZADÁNÍ PRÁCE**

**FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY PALACKÉHO V  
OLOMOUCI**

---

Akademický rok: 2008/2009

**ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

Katedra:

.....psychologie.....

Příjmení, jméno: .....Vargová Oxana.....

Osobní číslo studenta: .....I 08163.....

Studijní obor: .....psychologie, magisterské distanční.....

**Zadané téma<sup>1</sup>:** Posouzení osobnosti ve vztahu k druhu patologické závislosti.

**Název práce v angličtině<sup>2</sup>:** The Expertise on Personality in Relation to a Kind of a Pathological Dependence

Rozsah práce<sup>3</sup>: 60 – 100 stran

Cílem práce je zjistit a porovnat vybrané osobnostní charakteristiky u osob závislých na alkoholu, nealkoholových drogách a gamblingu s předpokladem vhodnosti diferencovaného terapeutického přístupu ke každé skupině. Metodologický rámec výzkumu bude kombinovaný, vybraný s cílem popsat a zmapovat tuto problematiku. Z testových metod budou použity dotazník MMPI, Freiburský osobnostní dotazník (FPI). Dále kvalitativní vyhodnocení dotazníku sestaveného k tématu.

Zásady pro vypracování

---

<sup>1</sup> Předpokládaný název práce, česky nebo v jazyce, v němž bude práce napsaná. Vyplňuje se tiskacím písmem. Případné drobné změny na titulní straně práce při jejím odevzdání (včetně psaní velkých a malých písmen či jiných typografických atypičností) budou ve STAGu opraveny dodatečně. Při zásadní změně názvu tématu musí posluchač podat nové zadání BDP se všemi náležitostmi.

<sup>2</sup> Anglický překlad předpokládaného názvu práce.

<sup>3</sup> Viz Prováděcí norma Studijního a zkušebního řádu UP v Olomouci na FF UP, článek 8 bod 5.

Student bude svůj postup práce pravidelně konzultovat s vedoucím práce a při vypracovávání bude postupovat v následujících krocích:

- Provede rešerši relevantní literatury a výzkumů k tématu osobnosti a závislostí.
- Připraví osnovu
- Výběr účastníků bude vzhledem k tématu pravděpodobně provádět pomocí účelového výběru či metodou sněhové koule.
- Počet účastníků bude v rozmezí 50-100.
- Autor se též zavazuje k dodržování základních etických pravidel výzkumu.
- Zpracuje písemnou podobu práce dle norem katedry.

Seznam odborné literatury<sup>4</sup>:

Kalina K., kol., : Drogy a drogové závislosti (mezioborový přístup), Úřad vlády ČR, 2003

Ferjenčík J., Úvod do metodologie psychologického výzkumu, Portál, Praha, 2000

Drapela, Victor J., (1997), Přehled teorií osobnosti. Portál, s.r.o., Praha

Nakonečný, Milan, (1996), Motivace lidského chování. Academia

Čačka O. : Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich diagnostika, Doplněk, Brno, 1998

dále časopisecké a na www uveřejněné studie dle zadání.

---

<sup>4</sup> Uvádějí se pouze stěžejní prameny (asi 5 titulů).

Termín zadání práce: 29.1.2009

Termín odevzdání práce<sup>5</sup>: 31.11.2009

Vedoucí diplomové práce, titul: Miroslav Charvát, Mgr.

---

<sup>5</sup> Termín je zpravidla dán Harmonogramem FF na příslušný akademický rok. Součástí práce je desetiřádková anotace vevázaná za stránkou s autorským prohlášením. Anotace obsahuje: cíle práce, způsob naplňování cílů, klíčová slova a resumé výsledků. U práce se předpokládají bibliografické údaje zpracované podle platné normy (nejlépe ISO). Práce se odevzdává na katedrách ve dvou tištěných verzích a na CD.

### **PŘÍLOHA Č. 3: DOTAZNÍK**

Děkujeme, že se zúčastníte našeho průzkumu týkajícího se různých aspektů osobnosti.  
V úvodu prosím vyplňte základní informace o Vás a dále postupujte dle instrukcí

Dotazník je zcela anonymní, takže není nutné nikde uvádět jméno ani příjmení.

-----  
Věk .....

Vzdělání.....

Rodinný stav.....

Označujte prosím Vámi vybranou variantu křížkem.

**Pro jaký druh závislosti se zde léčíte?**

alkohol	
gambling	
Nealkoholové drogy:	Konopné drogy
	pervitin
	heroin
	benzodiazepiny
	kokain
	jiné (uved'te):

**Měl někdo z vaší rodiny problémy se závislostí?** ANO X NE

Pokud ano, označte:

	matka	otec	sourozenec
gambling			
alkohol			
Nealkoholové drogy			

**Byl jste někdy v životě trestně stíhán?** ANO X NE

**V kolika letech jste začal s hraním, alkoholem či drogami? .....**

**Kolikátou ústavní léčbu závislosti (PLB i jinde)  
absolvujete?.....**

**Pokusil jste se někdy o sebevraždu?** ANO X NE

### DOTAZNÍK MCMI – III - CZ

Vyplňte prosím dotazník tak, aby odpovídal vašim zkušenostem a pocitům. U každé otázky označte odpověď buď Ano nebo Ne

1. Mám pocit, že mě poslední dobou, dokonce už po ránu, opouští síla.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
2. Velice oceňuji pravidla, protože jsou dobrým vodítkem.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
3. Baví mě tolik různých věcí, že nevím, co dřív.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
4. Většinu času se cítím slabý(á) a unavený(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
5. Víím, že jsem výjimečný člověk, takže se nestarám o to, co si druzí myslí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
6. Nikdy se mi od druhých nedostane dostatek uznání za to, co dělám.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
7. Když na mě rodina vyvíjí nátlak, tak se pravděpodobně naštvu a odmítnu jí vyhovět.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
8. Lidé se mi za mými zády posmívají kvůli tomu, jak se chovám a jak vypadám.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
9. Často ostře kritizují lidi, kteří mi jdou na nervy.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
10. Svě city, které ojedinele prožívám, dávám málokdy najevo.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
11. Je pro mě obtížné udržet při chůzi rovnováhu.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
12. Svě city projevují snadno a rychle.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
13. Má drogová závislost mě v minulosti často přivedla do velkých malérů.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
14. Někdy dovedu být na svou rodinu pěkně zlý(á) a hrubý(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
15. Věci, které se mi dnes daří, nebudou mít dlouhého trvání.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
16. Jsem velmi svolný a poddajný člověk.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
17. V období dospívání jsem měl(a) spoustu problémů kvůli špatnému chování ve škole.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
18. Mám strach doopravdy se s někým sblížit, protože to může skončit tím, že mě nakonec zesměšní nebo zahanbí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
19. Zdá se, že si vybírám přátele, kteří se ke mně nakonec zachovávají špatně.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
20. Smutné myšlenky mě provázejí po většinu mého života již od dětství.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
21. Baví mě flirtovat s osobami opačného pohlaví.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
22. Jsem náladový člověk, neustále měním svá rozhodnutí a střídám pocity.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
23. Pití alkoholu mi nikdy nezpůsobilo žádné vážné problémy v práci.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
24. Pocity, že selhávám, jsem začal(a) mít před pár lety.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
25. Téměř neustále mě z neznámého důvodu provází pocity viny.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
26. Druzí lidé mi závidí mé schopnosti.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
27. Když si můžu vybrat, raději dělám všechno sám(sama).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
28. Myslím, že je nutné přísně kontrolovat chování členů mé rodiny.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne



29. Lide mě obvykle pokládají za zdrženlivého a vážného člověka.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
30. Poslední dobou se mě zmocňuje pocit, že bych všechno nejraději rozmlátil(a).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
31. Myslím, že jsem výjimečný člověk, který si zaslouží zvláštní pozornost ostatních.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
32. Stále se snažím najít si nové přátele a seznámit se s novými lidmi.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
33. Kdyby mě někdo kritizoval za to, že jsem udělal(a) chybu, rychle bych poukázal(a) na některou z jeho vlastních chyb.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
34. V poslední době se nervově hroutím.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
35. Často vzdávám věci, které dělám, v obavě, že je nedokážu udělat správně.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
36. Často neovládnu svůj hněv a pak se cítím hrozně provinile.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
37. Velmi často mám pocit, že části mého těla jsou zcela necitlivé.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
38. Dělán si co chci, aniž bych se staral(a), jaké to bude mít důsledky pro ostatní.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
39. Užívání tzv. nelegálních drog může být nerozumné, ale v minulosti jsem je potřeboval(a)	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
40. Řekl(a) bych, že jsem bojácný a nesmělý člověk.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
41. Z náhlého popudu jsem udělal(a) spoustu hloupostí, které mi přivodily velké potíže.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
42. Nikdy neodpustím urážku ani nezapomenu když mě někdo zesměšní.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
43. Často se cítím smutný(á) nebo napjatý(á) hned poté, co se mi přihodí něco dobrého.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
44. V současnosti si většinu času připadám hrozně depresivní a smutný(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
45. Vždy se usilovně snažím potěšit druhé, dokonce i když je nemám rád(a).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
46. Vždy jsem měl(a) menší zájem o sex než většina lidí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
47. Pokaždé, když se věci nedaří, mám sklon k sebeobviňování.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
48. Již dávno jsem došel(došla) k názoru, že nejlepší je mít s lidmi dočinení co nejméně.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
49. Již od dětství jsem si pořád musel(a) dávat pozor na lidi, co se mě snažili podvést.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
50. Silně nesnáším „velká zvířata“, kteří si vždy myslí, že všechno umí lépe než já.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
51. Když je nuda, rád(ráda) se postarám o nějakou zábavu.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
52. Mám problémy s alkoholem, které působí potíže mně i mé rodině.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
53. Trest mi nikdy nezabránil v tom, abych si dělal(a) co chci.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
54. Často prožívám chvíle, kdy se bez zvláštního důvodu cítím šťastný(á) a plný(á) vzrušení.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
55. V posledních týdnech se bez zvláštního důvodu cítím vyčerpaný(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
56. Už nějaký čas se cítím velmi provinile, protože nedokážu dál dělat věci správně.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
57. Myslím, že jsem velmi společenský a otevřený člověk.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
58. V posledních týdnech jsem začal(a) být velmi nervózní.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

59. Přísně hlídám svoje peníze, abych byl(a) připraven pro případ nouze.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
60. Neměl(a) jsem v životě takové štěstí jako ostatní.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
61. Hlavou se mi pořád dokola honí myšlenky a nedokážu se jich zbavit.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
62. Během posledního jednoho dvou roků jsem ztratil(a) chuť do života a začal(a) jsem se cítit v životě smutný(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
63. Mnoho lidí již léta sleduje můj soukromý život.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
64. Nevím proč, ale někdy říkám kruté věci jenom proto, abych druhé lidi učinil(a) nešťastnými.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
65. Minulý rok jsem třicetkrát přeletěl(a) Atlantický oceán.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
66. V minulosti jsem kvůli tomu, že jsem bral(a) drogy, přišel(přišla) pozdě do práce.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
67. Mám spoustu nápadů, které předbíhají svou dobu.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
68. V poslední době, aniž bych k tomu měl(a) nějaký dobrý důvod, musím stále dokola promýšlet různé věci.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
69. Vyhýbám se většině společenských kontaktů, neboť očekávám, že mě lidé budou kritizovat nebo odmítat.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
70. Často si myslím, že si nezasloužím dobré věci, které mě potkají.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
71. Když jsem sám(sama), často cítím intenzivní přítomnost někoho v mé blízkosti, koho není možné spatřit.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
72. Připadám si naprosto bez cíle a nevím, kam v životě směřuji.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
73. Často nechávám druhé, aby za mě učinili důležitá rozhodnutí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
74. Mám pocit, že nemůžu spát a vstávám úplně stejně unavený(á), jako když jsem si šel(šla) lehnout.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
75. V poslední době se velmi potím a cítím se napjatý(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
76. Stále mám divné myšlenky, kterých bych se rád zbavil(a).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
77. Mám velké problémy ovládnout se, abych nepil(a) nadměrně alkohol.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
78. I když bdím, neuvědomuji si přítomnost lidí ve svém okolí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
79. Často bývám podrážděný(á) a mrzutý(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
80. Je pro mě velmi snadné získat si spoustu přátel.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
81. Stydím se za příkoří, kterých se mi v mládí dostalo.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
82. Vždy si zajistím, abych měl(a) svoji práci dobře naplánovanou a zorganizovanou.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
83. Zdá se mi, že se mé nálady ze dne na den značně střídají.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
84. Na to, abych se pouštěl(pouštěla) do něčeho nového, si sám(sama) sebou nejsem příliš jistý(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
85. Nevíním nikoho kdo využívá druhých, pokud to oni sami připustí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
86. Už nějakou dobu se cítím smutný(á) a skleslý(á) a nedokážu se z toho vymanit.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
87. Často mě rozčílí lidé, kteří jsou pomalí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
88. Na večírcích nikdy nesedím stranou.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
89. Pozorně sleduji svoji rodinu, takže vím, komu lze a komu nelze důvěřovat.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

90. Občas mě zmáte a rozruší, když jsou ke mně lidé laskaví.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
91. Moje požívání tzv. nelegálních drog, vedlo k rodinným hádkám.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
92. Většinu času jsem sám(sama) a tak mi to vyhovuje.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
93. V mé rodině někteří tvrdí, že jsem sobecký(á) a že myslím jenom na sebe.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
94. Lidé mohou lehce změnit mé úmysly, a to i v případě, když jsem si už myslel(a), že jsem rozhodnutý(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
95. Často rozhněvám lidi tím, že jim přikazuji.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
96. Už dříve lidé říkali, že mě začalo velmi zajímat a vzrušovat příliš mnoho věcí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
97. Věřím rčení „brzy jít spát, brzy pak vstát...“.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
98. Mé city k lidem, kteří jsou v mém životě důležití, se často pohybují od lásky k nenávisti.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
99. Ve společnosti jsem téměř vždy v rozpacích a napjatý(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
100. Řekl(a) bych, že pokud jde o moje sklony k alkoholismu, neliším se příliš od svých rodičů.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
101. Řekl(a) bych, že své rodinné povinnosti neberu tak vážně, jak bych měl(a).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
102. Již od dětství ztrácím kontakt s realitou.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
103. Podlézáví lidé si často snaží připsat zásluhy za věci, které jsem udělal(a) nebo vymyslel(a) já.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
104. Nedokážu moc prožít radost, protože mám pocit, že si to nezasloužím.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
105. Příliš netoužím po blízkém přátelství.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
106. Ve svém životě jsem měl(a) opakovaně období, kdy jsem zažíval(a) tolik radosti a vydal(a) tolik energie, až jsem se až propadl(a) do špatné nálady.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
107. Úplně jsem ztratil(a) chuť k jídlu a většinu nocí špatně spím.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
108. Velmi se bojím toho, že zůstanu sám(sama) a budu se muset starat sám(sama) o sebe.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
109. Neustále mě pronásledují vzpomínky na velmi znepokojivé zážitky z minulosti.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
110. V loňském roce jsem se ocítl(a) na titulních stránkách několika časopisů.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
111. Mám pocit, že jsem ztratil(a) zájem o většinu věcí, které mi dříve byly příjemné, např. o sex.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
112. Většinu svého života, již od raného mládí, jsem sklíčený(á) a smutný(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
113. Několikrát jsem se dostal(a) do konfliktu se zákonem.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
114. Dobrý způsob jak se vyhnout chybám je dělat věci naučeným postupem.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
115. Druzí lidé mě často viní z věcí, které jsem neudělal(a).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
116. Na některé lidi jsem už musel(a) být opravdu hodně tvrdý, abych je srovnal(a) do latě.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
117. Lidé si myslí, že někdy mluvím o věcech, které jsou zvláštní nebo se liší od věcí, o kterých mluví oni sami.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
118. Bývaly doby, kdy jsem nevydržel(a) den bez drogy.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
119. Lidé se mi snaží namluvit, že jsem blázen.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

120. Udělám něco zoufalého, abych zabránil(a) člověku, kterého miluji, opustit mě.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
121. Několikrát týdně se nezřízeně přecpávám jídlem.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
122. Zdá se, že všechny dobré příležitosti, které se mi naskytnou, zkazím.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
123. Vždy bylo pro mě hodně obtížné ubránit se pocitům smutku a neštěstí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
124. Když jsem sám(sama) a mimo domov, často se mě zmocňuje pocit napětí a panika.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
125. Lidé jsou ze mě někdy otráveni, neboť na jejich vkus mluvím příliš mnoho nebo příliš rychle.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
126. Většina dnešních úspěšných lidí má buď štěstí nebo jsou nepoctiví.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
127. Nezačínám si nic s lidmi, pokud nemám jistotu, že mě budou mít rádi.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
128. Cítím se hluboce depresivní, aniž bych věděl(a) proč.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
129. Ještě po letech mívám noční můry kvůli události, která skutečně ohrozila můj život.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
130. Již nemám energii na to, abych se mohl(a) soustředit na své každodenní povinnosti.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
131. Pití alkoholu mi pomáhá, když se cítím mizerně.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
132. Nerad(a) myslím na to, jak jsem byl(a) v dětství zneužíván(a).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
133. I když se mi daří, vždycky mám strach, že se všechno brzy pokazí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
134. Když se mi v životě přestává dařit, připadá mi to šílené nebo nereálné.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
135. Skutečně mě děsí, že bych byl(a) sám(sama), bez pomoci někoho blízkého, na koho mohu spoléhat.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
136. Víím, že jsem za drogy utratil(a) víc, než bych měl(a).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
137. Vždy dbám na to, abych měl(a) svoji práci hotovou dříve, než se začnu věnovat svým zálibám.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
138. Poznám, že lidé o mě mluví, když kolem nich projdu.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
139. Když jsem v maléru, umím si dobře vymýšlet výmluvy.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
140. Věřím, že se proti mně osnuje spiknutí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
141. Mám pocit, že většina lidí o mně nemá valné mínění.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
142. Často si myslím, že uvnitř mě nic není, jako kdybych byl prázdný(á) a dutý(á).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
143. Někdy se po jídle nutím do zvracení.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
144. Řekl(a) bych, že musím vyvinout určité úsilí, abych přiměl(a) lidi obdivovat to co říkám či dělám.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
145. Svůj život trávím obavami z toho či onoho.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
146. Když se ke mně někdo chová obzvláště hezky, vždycky si říkám, jaký k tomu má skutečný důvod.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
147. Určité myšlenky se mi neustále vrací na mysl.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
148. Jen málo věcí v životě mi přináší radost.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
149. Cítím slabost a špatně usínám kvůli bolestným vzpomínkám na dávné události, které se mi honí hlavou.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
150. Pomyslení na začátek každého nového dne mě uvádí do hluboké deprese.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

151. Nikdy jsem se nedokázal(a) zbavit pocitu, že pro ostatní nemám žádnou cenu.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
152. Mám problém s pitím, se kterým jsem se neúspěšně pokoušel(a) vypořádat.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
153. Někdo se snaží ovládat moji mysl.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
154. Už jsem se pokusil(a) spáchat sebevraždu.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
155. Jsem ochotný(á) hladovět, abych byl(a) ještě hubenější, než jsem.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
156. Nechápu, proč se na mě někteří lidé usmívají.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
157. Za posledních 10 let jsem neviděl(a) žádné auto.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
158. S lidmi, které dobře neznám, se cítím velmi napjatý(á), neboť mi můžou chtít uškodit.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
159. Aby někdo pochopil moje zvláštní schopnosti, musel by být naprosto výjimečný.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
160. Můj současný život stále narušují vracějící se vzpomínky na hrozné věci, které se mi staly.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
161. Zdá se, že se s jinými lidmi dostávám do situací, ve kterých mi bývá ublíženo nebo se cítím odvržen.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
162. Často se ztrácím ve svých myšlenkách a zapomínám, co se děje kolem mě.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
163. Lidé říkají, že jsem štihlý(á), ale já mám pocit, že mám příliš silná stehna a zadek.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
164. Hrozné události z mé minulosti se opakovaně vrací, aby mě pronásledovaly v myšlenkách a ve snech.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
165. Kromě své rodiny nemám žádné blízké přátele.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
166. Většinou jedním rychle a nerozmýšlím si věci tak, jak bych měl(a).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
167. Velice dbám na to, aby můj život byl pouze mojí soukromou záležitostí a nikdo mě nemohl využívat.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
168. Velmi často slyším věci tak zřetelně, že mě to vadí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
169. Při názorovém střetu jsem vždy ochotný(á) ustoupit ostatním, neboť se obávám jejich hněvu či odmítnutí.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
170. Znovu a znovu opakuji určitý rituál, někdy abych se zbavil(a) úzkosti a někdy, abych zabránil(a) něčemu špatnému.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
171. Nedávno jsem vážně přemýšlel(a) o tom, že bych sám se sebou skoncoval(a).	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
172. Lidé mi říkají, že jsem velmi slušný a mravný člověk.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
173. Stále cítím hrůzu, když myslím na traumatický zážitek, který jsem prožil(a) před lety.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
174. Ačkoliv se bojím navazovat přátelství, přeji si, abych jich měl(a) více, než mám nyní.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
175. Někteří lidé, které pokládám za své přátele, by mi rádi ublížili.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

I C L

T e s t o v ý   s e š i t

INSTRUKCE:

Před sebou máte seznam tvrzení, jež charakterizují různé způsoby jednání lidí mezi sebou. Dále máte k dispozici záznamový list, do kterého budete zaznamenávat své odpovědi.

Vaším úkolem je vybrat všechna tvrzení, o kterých se domníváte, že Vás nejlépe charakterizují.

Např. tvrzení číslo 1 zní: "1. Lidé mají o něm dobré mínění". Jestliže si myslíte, že lidé mají o Vás dobré mínění, udělejte na záznamovém listu do volného políčka za příslušným pořadovým číslem tvrzení křížek, tedy takto: 1. . Jestliže si myslíte, že lidé o Vás nemají dobré mínění, vepište do políčka nulu, 1. . Postupně budete vyplňovat všechna políčka, kterých bude 128.

Některá tvrzení se skládají ze dvou částí, např.: 115. Pyšný a samolibý. V takovém případě uděláte křížek pouze tehdy, jestliže Vás charakterizují oba výrazy.

Váš první dojem je nejlepší; neuvažujte tedy příliš nad žádným tvrzením. Samozřejmě zde neexistují správné či nesprávné odpovědi, správná je každá pravdivá odpověď.

Až dokončíte popis své osoby, obrátíte záznamový list textem dolů.

Budete-li o to požádáni, popíšete na novém záznamovém listu další osoby, jež Vám budou určeny, případně svůj ideál, tj. jakým byste

	JA					JA						
Lidé o něm mají dobré mínění						Mnoha lidem je sympatický						P
Dělá dobrý dojem						Lidé si ho váží						
Dovede dávat příkazy						Dobrý vůdce						A
Dovede na lidi působit						Má rád odpovědnost						
Nezávislý						Důvěřuje si						B
Dovede si sám sebe vážit						Spoléhá na sebe a dovede se uplatnit						
Dovede se o sebe postarat						Dovede jednat po obchodnicku						C
Je-li třeba, dovede nedbat na druhé						Rád soutěží s ostatními						
Je-li to nutné, dovede být strohý						Neoblomný, když je to nutné						D
Neústupný, ale spravedlivý						Jedná tvrdě, ale čestně						
Dovede být upřímný a otevřený						Popudlivý						E
Kritický k druhým						Jedná přímočaře a bez okolků						
Dovede si stěžovat, když je třeba						Nestrpí, aby ho někdo komandoval						F
Často mrzutý						Pochybovačný						
Nevěří hned všemu, co mu kdo říká						Těžko se na něj dá udělat dojem						G
Často zklamaný						Přecitlivělý, snadno se urazí						
Dovede být k sobě kritický						Snadno upadá do rozpaků						H
Smílivý						Chybí mu sebedůvěra						
Dovede se podřídít						Snadno se dá vést						I
Obvykle ustoupí						Skromný						
Vděčný						Druzí mu často pomáhají						J
Obdivuje a napodobuje druhé						Má velkou úctu k autoritě						
Dovede si lidí vážit						Rád si dá poradit						K
Velmi mu záleží na souhlasu druhých						Je důbřívý a dychtivě se snaží vyhovět						
Dobře se s ním spolupracuje						Vždy příjemný a vřídny						L
Velmi mu záleží na tom, aby s každým vyšel						Chce, aby ho měl každý rád						
Přátelský						Společenský a kamarádský						M
Laskavý a plně porozuměný												
Ohleduplný						Je laskavý a dodává sebedůvěru						N
Umí povzbudit						Citlivý a vřídny						
Rád je prospěšný						Dělá mu radost pečovat o druhé						O
Šlechtný a nesobecký						Rád se s každým rozdělí						

JA					JA					
Chce každému radit					Příliš se snaží o úspěch					P
Dělá se důležitým					Očekává od každého uctivý obdiv					
Rád poroučí					Každého komanduje					A
Chce ostatní ovládat					Diktátorský					
Vychloubačný					Dělá ze sebe něco lepšího, než je					B
Pyšný a samolibý					Tak domýšlivý, že vidí jen sebe					
Myslí jen na sebe					Sobecký					C
Jde za svými zájmy ostře a vypočítavě					Chladný a bezcitný					
Nemá pochopení pro chyby druhých					Jízlivý, výsměšný					D
Tvrď se dere vpřed					Nepřátelský a krutý					
Neomaleně otevřený					Často zlostný					E
Často nepřívětivý					Bezohledně tvrdý					
Zatrpklý					Pořád otrávený					F
Stále si na něco stěžuje					Proti všemu se bouří					
Podezřivý, žárlivý					Tvrdošíjný					G
Těžko odpouští, když mu někdo ublížil					Nikomou nedůvěruje					
Má sklon zbytečně se trápit					Bojácný					H
Silně ostýchavý					Cítí se neustále zahanben					
Pasivní a neprůbojný					Poslouchá příliš ochotně					I
Příliš povolný					Bezpečný					
Nesamostatný					Zřídka dokáže něco odepřít					J
Chce být veden					Potřebuje vodit za rudičku					
Rozhodování přenechává jiným					Má rád, když se o něj někdo stará					K
Snadno se dá napálit					Uvěří každému cokoliv					
Příliš podléhá vlivu přátel					Chce, aby ho všichni milovali					L
Každému se se všim svěří					S každým souhlasí					
Má každého rád					Přátelský za každou cenu					M
Příliš snadno si lidi oblíbí					Miluje každého					
Každému všechno odpustí					Příliš shovívavý					N
Příliš soucitný					Pořád by chtěl někoho utěšovat					
Velkomyslný až to škodí					Příliš ochotný rozdávat					O
Chce každého ochraňovat					Kazí lidi dobrotou					