

Cyrlometodějská teologická fakulta



Vliv neuroticismu a sebehodnocení na
rozvoj závislosti

Mgr. Patrik Lička

Rigorózní práce

Studijní program: Aplikovaná psychoterapie a inovace v
sociální práci

Olomouc 2021

Cyril and Methodius Faculty of Theology



The influence of neuroticism and
self-esteem on the development of
addiction

Mgr. Patrik Lička

Rigorous work

Degree program: Applied Psychotherapy and Innovation in
Social Work

Olomouc 2021

Poděkování:

V první řadě děkuji prof. Peteru Tavelovi za poskytnutí cenných rad a podnětů při psaní mé rigorózní práce. Dále bych chtěl poděkovat Mgr. Lukášovi Novákovi za pomoc se zpracováním statistických dat.

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Hradci Králové dne 27. 9. 2021

.....

Mgr. Patrik Lička

Abstrakt

V práci jsou shrnuty teoretické poznatky týkající se vzniku a rozvoje závislosti na alkoholu a tabáku. Dále jsou v teoretické části popsány metody pro měření pětifaktorového modelu osobnosti. Praktická část práce je zaměřena na kombinace vlivu proměnných – neuroticismu a sebehodnocení – na rozvoj závislosti na kouření a na alkoholu. Výzkumný soubor se skládal z 1172 respondentů o věkovém průměru 49,5 let. Vzorek byl genderově téměř vyrovnaný (výzkumný soubor byl tvořen z 46,5 % muži). Hlavním zjištěním naší studie je, že lidé s podprůměrnou mírou sebehodnocení a vysokou mírou neuroticismu měli přibližně třikrát vyšší pravděpodobnost, že budou závislí na kouření v porovnání s lidmi s nízkým neuroticismem a vysokým sebehodnocením. Tento vztah byl signifikantní v případě hrubého (crude) i adjustovaného efektu. Nejsilnější, signifikantní vztah k závislosti na kouření byl detekován u skupiny osob, které měly nízkou míru sebehodnocení a nízkou míru neuroticismu. Tito lidé měli přibližně čtyřikrát vyšší pravděpodobnost, že budou závislí na kouření v porovnání s lidmi s vysokým sebehodnocením a nízkým neuroticismem. V případě adjustovaného efektu predikovalo závislost na alkoholu nízké sebehodnocení v konjunkci s vysokým neuroticismem. Ačkoli byl tento výsledek zprvu statisticky významný, po Bonferroniho korekci ztratil na své signifikanci. Další signifikantní souvislosti kombinované proměnné se závislostí na alkoholu či kouření nebyly detekovány. Naše výsledky mohou vést ke zefektivnění léčby závislosti na tabákových výrobcích a alkoholu.

Klíčová slova: alkohol – kouření – sebehodnocení – neuroticismus – závislost – užívání návykových látek – drogy

Abstract

The thesis summarizes theoretical knowledge about the origin and development of alcohol and tobacco dependence. Furthermore, the theoretical part describes methods for measuring the five-factor model of personality. The practical part of the work is focused on the combination of the influence of variables – neuroticism and self-esteem – on the development of smoking addiction and the development of alcohol dependence. The research sample consisted of 1172 respondents with mean age 49.5 years. The sample was almost gender balanced (the research sample consists of 46.5 % men). The main finding of our study is that people with below-average self-esteem and high levels of neuroticism were approximately three times more likely to be addicted to smoking compared to people with low neuroticism and high self-esteem. This relationship was significant for both the crude and adjusted effects. The strongest, significant relationship to smoking dependence was detected in groups of people who had a low rate of self-esteem and a low rate of neuroticism. These people were about four times more likely to be addicted to smoking compared to people with high self-esteem and low neuroticism. In the case of the adjusted effect, alcohol dependence was predicted by low self-esteem coupled with high neuroticism. However, after Bonferroni's correction this result has lost its significance. No other significant associations of the combined variable with alcohol or smoking dependence were detected. Our results can lead to more effective treatment of addiction to tobacco products and alcohol.

Keywords: alcohol – smoking – selfesteem – neuroticism – addiction – substance abuse – drugs

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Abstrakt | 5 |
| Abstract..... | 6 |
| Obsah..... | 7 |
| Úvod..... | 9 |
| Teoretická část | 11 |
| 1 Psychologická problematika závislosti | 11 |
| 1.1 Diagnostika a definice závislosti..... | 11 |
| 1.2 Klinické příznaky závislosti..... | 15 |
| 1.3 Druhy závislosti..... | 16 |
| 1.4 Požívání alkoholu, jeho důsledky a vliv | 16 |
| 1.5 Vliv alkoholu na organismus..... | 18 |
| 1.6 Etiopatogeneze | 19 |
| 1.7 Poruchy související s alkoholem ve vztahu k pohlaví a věku | 20 |
| 1.8 Modely závislosti | 21 |
| 1.8.1 Biologický model | 21 |
| 1.8.2 Psychodynamický model..... | 21 |
| 1.8.3 Behaviorální model | 22 |
| 1.8.4 Sociologický model..... | 22 |
| 1.8.5 Spirituální model | 22 |
| 1.8.6 Rodinně – terapeutický model..... | 22 |
| 2 Genetické faktory vzniku závislosti | 23 |
| 2.1 Psychická porucha jako dispozice ke vzniku závislosti..... | 23 |
| 2.2 Sociální a kulturní faktory pro rozvoj závislosti | 24 |
| 2.3 Neurobiologické a psychologické mechanismy vzniku závislosti..... | 25 |
| 3 Nástroje změny a možnosti sociální práce se závislostí..... | 27 |
| 3.1 Posilování motivace v sociální práci | 27 |
| 3.2 Práce s drogově závislými z hlediska individuální sociální práce..... | 29 |
| 3.3 Léčba závislosti | 31 |
| 3.4 Standardní odvykací léčba | 32 |
| 4 Diagnostika osobností..... | 35 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.1 | <i>Vymezení a klasifikace poruch osobnosti.....</i> | 38 |
| 4.2 | <i>Metody pro měření pětifaktorového modelu osobnosti.....</i> | 40 |
| 4.3 | <i>Pětifaktorový osobnostní inventář (FFPI).....</i> | 40 |
| 4.4 | <i>Dotazník Velká pětka (BFQ).....</i> | 42 |
| 4.5 | <i>Sebehodnocení a úzkost.....</i> | 42 |
| 4.6 | <i>Hodnocení pětifaktorového modelu osobnosti.....</i> | 46 |
| 4.7 | <i>Struktura osobnosti u závislých.....</i> | 48 |
| | <i>Výzkumná část.....</i> | 51 |
| 5 | Metoda..... | 51 |
| 5.1 | <i>Stanovení hypotéz.....</i> | 51 |
| 5.2 | <i>Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES).....</i> | 52 |
| 5.3 | <i>Dotazník CAGE.....</i> | 53 |
| 5.4 | <i>Charakteristiky výzkumného souboru a postup sběru dat.....</i> | 55 |
| 5.5 | <i>Diagnostické nástroje a psychometrické charakteristiky.....</i> | 56 |
| 5.5.1 | <i>CAGE.....</i> | 56 |
| 5.5.2 | <i>Big five – subškála neuroticismu (BFI_N).....</i> | 56 |
| 5.5.3 | <i>Rosenbergova škála sebehodnocení.....</i> | 57 |
| 5.5.4 | <i>Kombinované proměnné.....</i> | 57 |
| 5.6 | <i>Statistická analýza dat.....</i> | 58 |
| 6 | Výsledky..... | 60 |
| 6.1 | <i>Sociodemografické testování.....</i> | 60 |
| 6.2 | <i>Testování hypotéz.....</i> | 62 |
| 7 | Diskuse..... | 65 |
| 7.1 | <i>Implikace pro další výzkum.....</i> | 74 |
| 7.2 | <i>Implikace pro praxi.....</i> | 74 |
| 7.3 | <i>Limity výzkumu.....</i> | 75 |
| 8 | Závěr..... | 76 |
| 9 | Literatura..... | 78 |
| 10 | Výklad pojmů..... | 88 |
| 11 | Seznam příloh..... | 89 |

Úvod

Tato rigorózní práce se zabývá problematikou vlivu neuroticismu a sebehodnocení na rozvoj závislosti na alkoholu a kouření. Závislostní problematika je v České republice stále velmi aktuálním tématem. Velmi časté jsou hospitalizace na psychiatrických odděleních z důvodu odvykacích stavů, toxických psychóz a duálních diagnóz, ve kterých závislost na návykových látkách figuruje. Práce s klientem, který je závislý na alkoholu je jak pro psychologa, tak i pro sociálního pracovníka velice častá. Z tohoto důvodu je důležité a vhodné neustále prohlubovat znalosti ohledně závislostní problematiky a zároveň sledovat nové trendy, na které je nutno v léčbě závislosti reagovat.

V léčbě závislosti může mít zásadní vliv i drobný prvek, který umožní pacientovi vytrvat v abstinenci. Protože je práce s dlouhodobě závislými klienty velice náročná, může být tato rigorózní práce přínosná pro ošetřující personál a pro sociální pracovníky, kteří se této problematice věnují. I s ohledem na fakt, že úspěšnost léčby závislosti není zcela uspokojivá (dlouhodobá – několikaletá abstinence), se jeví prevence závislosti jako mnohem efektivnější způsob řešení problému výskytu závislosti v populaci. Prevence závislosti je vhodná jak z pohledu lepšího duševního zdraví populace, tak i z ekonomických důvodů, kdy se na léčbu přidružených onemocnění (cukrovka, trvalé poškození mozku, poškození jater a ledvin, aj) vzniklých vlivem nadměrné konzumace (například alkoholu) vynakládají obrovské částky. Z těchto důvodů je výhodné znát predispozice, které jsou s rozvojem závislosti spojené, a efektivně s nimi pracovat již před možným rozvojem abúzu, popřípadě závislosti. Dalším důležitým prvkem se jeví být podpora preventivních programů se zaměřením na osobnostní strukturu jedince během jeho vývoje. V těchto programech je možné ohroženější jedince edukovat v problematice závislosti a předcházet jejich rozvoji.

První část práce tvoří teoretický základ, ve kterém se snažíme vytvořit elementární teoretický rámec pro rozvoj výzkumné části práce. Definujeme základní problematiku závislosti, a to z psychologického pohledu a z pohledu sociálního pracovníka. Věnujeme se definici závislosti, důsledkům požívání alkoholu a souvisejících zdravotních a psychických poruch. Poté se v teoretické části věnujeme metodám měření pětifaktorového modelu osobnosti. Tuto metodu jsme zvolili, protože pro správnou a včasnou intervenci je nezbytné, aby diagnostika byla efektivní, rychlá a zároveň přesná.

Pro včasné odhalení predispozic pro rozvoj závislosti by měly být diagnostické nástroje rychle a snadno administrovatelné i pro větší množství respondentů. Poté se snažíme kriticky zhodnotit klady i omezení pětifaktorového modelu osobnosti a jejich případný přínos. Zaměřujeme se i na genetické, sociální a kulturní faktory závislosti, které hrají roli v rozvoji závislosti. Popisujeme, kdy můžeme psychickou poruchu považovat za dispozici k rozvoji závislosti. Zmiňujeme se také o důležitosti posilování motivace a možnosti práce se závislou klientelou z hlediska individuální sociální práce.

V praktické části práce popisujeme použité metody jako je Rosenbergova škála sebehodnocení a dotazník CAGE. Podrobně popisujeme způsob statistické analýzy dat našeho výzkumného vzorku, který se skládal z 1172 probandů s vyrovnaným podílem mužů i žen v průměrném věku 50 let. Zároveň vysvětlujeme, proč někteří probandi museli být vyškrtnuti a nejsou zahrnuti do celkového souboru. V sekci výsledky hodnotíme stanovené hypotézy, které jsou zaměřeny na různé kombinace úrovně sebehodnocení a neuroticismu v souvislosti s rozvojem závislosti na kouření a alkoholu. Dále pak reportujeme výsledky sociodemografického testování. Výsledky zaměřující se na rozvoj závislosti a výsledky sociodemografického testování podrobně rozebíráme v diskusi, kde se snažíme naše získané výsledky porovnávat s již provedenými výzkumy u nás i v zahraničí. Zároveň průběžně popisujeme nedostatky práce a náměty vhodné pro další výzkum. Na konci praktické části se snažíme zhodnotit možný přínos získaných výsledků pro praxi a implikace našich výsledků pro teorii.

V práci pracujeme jak s českou, tak zahraniční literaturou. Byla provedena rešerše dostupných zdrojů v českém a anglickém jazyce pomocí elektronických databází: EBSCO, Medvik, Medline, PubMed a JIB. V práci je používána citační norma dle APA (American Psychological Association).

Teoretická část

1 Psychologická problematika závislosti

1.1 Diagnostika a definice závislosti

Syndrom závislosti se zařazuje dle Mezinárodní klasifikace nemocí (1992, s. 86-87) do kategorie F1x.2. Závislost je zde definována 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 cenil více*“. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Syndrom závislosti se vytváří na základě pravidelného a dlouhotrvajícího užívání psychoaktivních látek. Výjimku tvoří závislost na opiátech, která se vytváří velmi rychle v řádu několika týdnů užívání. Můžeme tak předpokládat, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by měla být dle klasifikace MKN-10 stanovena, pokud jsou u jedince přítomny alespoň tři ze šesti níže popsanych znaků syndromu závislosti.

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku. Pro silnou touhu vyvolanou závislostní poruchou se využívá termín „*craving*“, který se nejčastěji do češtiny překládá jako bažení. Rozdílem od prosté chuti na návykovou látku je silná potřeba cítit její účinek a vliv na psychiku člověka.
2. Potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky. Pro závislost je typická snížená schopnost seberegulace v kontextu užívání psychoaktivní látky. To se projevuje například užíváním v atypický čas, jako je pití alkoholu hned ráno po probuzení. Také je s tím spojená snížená schopnost ovlivnit množství zkonsumované látky, kdy si člověk plánuje dát pouze jedno pivo a konzumaci ukončit. V extrémním případě skončí však třeba i několikadenním tahem. Projevem je tedy konzumace většího množství a delší dobu, než měl člověk v plánu. Vyskytují se také opakované neúspěchy ve snaze konzumaci psychoaktivní látky alespoň částečně omezit. Vyskytuje se typicky neustálá chuť/touha po látce.

3. Somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího stavu pro látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky; je to soubor symptomů, které se začnou objevovat při nedostatku nebo úplné absenci návykové látky, po dlouhodobém a pravidelném užívání. Průběh odvykacích příznaků jako například nástup, intenzita a délka se liší dle užívané látky. Tělesné odvykací stavy mohou být doprovázeny typicky epileptickými záchvaty či deliriem. Rozvoj tělesných odvykacích stavů je jistým znakem závislosti.
4. Průkaz tolerance, tj. vyžadování vyšších dávek látky pro dosažení stejných účinků původně vyvolaných nižšími dávkami. Postupem času člověk potřebuje stále větší množství návykové látky, aby dosáhl požadovaných účinků (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by uživatele bez tolerance zneschopnilo nebo i usmrtilo). Stejně tak se projevuje i snížení pozitivních efektů konzumované látky. Výjimkou je pokles tolerance u těžkých alkoholiků vlivem naprosté devastace funkce jater.
5. Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku. Většina času je věnována obstarávání, konzumaci nebo regeneraci po užívání látky. Zanedbává také pracovní a studijní povinnosti a rodinný život. Dříve pilný student přestává chodit do školy a výrazně se mu horší prospěch. Původně dobrý rodič se přestává o své děti zajímat. Spolehlivý pracovník přestává vykonávat svou práci dobře a množí se mu absence v práci.
6. Pokračování v užívání navzdory zjevně škodlivým následkům: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek, nebo toxické poškození myšlení; je nutná snaha o určení, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození. Typicky pacient pokračuje v dalším užívání psychoaktivní látky, přestože si je plně vědom jejich negativních účinků na své tělo a psychickou stránku. Například alkoholik i po zjištění nebezpečně zvýšených jaterních testů nadále pokračuje v pití. Uživatel pervitinu i po zjištění hepatitidy C nadále pokračuje v užívání i pomocí cizích použitých jehel. Často u těchto osob chybí náhled na vznik problémů, kdy mají tendenci stavět se do pasivní role oběti. „*Piji alkohol, protože jsem přišel o práci;*

může za to moje šílená rodina atd.” Kausalita problémů bývá však ve většině případů jiná.

Mezinárodní klasifikace nemocí (1992), dále v textu užíváme zkratku MKN-10, kóduje jednotlivé druhy závislosti podle příslušného typu návykové 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 stimulancích (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 Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) rozlišuje v kontextu škodlivého užívání návykových látek kategorie:

- Odvykací stav – stav, ke kterému dochází při snížení množství nebo úplném vysazení látky, symptomy se projevují dle předmětu závislosti.
- Akutní intoxikace – stav po užití návykové látky.
- Škodlivé užívání – užívání návykových látek i přes poškozování fyzické a psychické stránky.
- Odvykací stav s deliriem, psychotická porucha atd.

Jedním z primárních znaků závislosti je silná touha po návykové látce. Tato silná touha se v literatuře nazývá „*craving*“, který bývá do českého jazyka překládán jako „*bažení*“. Světová zdravotnická organizace definuje craving od roku 1955 jako silnou touhu po účincích psychoaktivní látky, se kterou má dotyčná osoba zkušenost z minulosti. Vedle silné touhy po požití psychoaktivní látky se bažení projevuje sníženou schopností kontroly svého chování a zhoršeným sebeovládáním. Má vliv na subjektivní prožívání odvykacího stavu. V moderním přístupu k léčbě se na závislost pohlíží jako

na celoživotní onemocnění, které v mnoha případech doprovází relaps v podobě porušení pravidel abstinence. Relaps poté může vést k opakování ústavní léčby. Jednorázové porušení abstinence se poté nazývá lapsus, kdy je pacient schopen užívání zastavit před znovuoobením závislého chování v celém rozsahu (Nešpor, 2018).

Popov (2001) se zaměřuje na jednotlivé stavy v léčbě závislosti, které se mohou v průběhu léčebného procesu u pacienta v rámci časového horizontu vyskytovat:

- aktuální abstinence,
- aktuální abstinence v chráněném prostředí (např. v léčebně),
- aktuální abstinence v klinicky sledovaném substitučním režimu,
- aktuální abstinence při léčbě averzivními nebo blokujícími látkami,
- aktivní závislost (aktivní užívání návykových látek),
- souvislé užívání návykových látek,
- epizodické užívání návykových látek.

1.2 Klinické příznaky závislosti

Dle klasifikace duševních poruch MKN-10 budou popsány základní pojmy spojené s nadměrným užíváním psychoaktivních látek. Současně bude o těchto pojmech pojednáno perspektivou klasifikace diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (anglicky: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM).

- **Škodlivé užívání** je způsob dlouhodobého užívání psychoaktivní látky, které poškozují fyzické a psychické zdraví. Poškození fyzického zdraví může být například v podobě jaterní léze při dlouhodobé konzumaci alkoholu nebo hepatitidy, která se přenese po aplikování drogy špinavou jehlou. Nicméně se ještě nejedná o závislost.
- **Akutní intoxikace** je způsobena nadměrným užitím psychoaktivní látky až do té míry, že dochází ke změně vědomí, vnímání, chování nebo emotivity. S tímto druhem intoxikace se nejpravděpodobněji můžeme setkat v podobě opilosti, která je často propojená s agresivitou, vyhroceným konfliktem, poškozováním cizích věcí a sebevražednými proklamacemi, popřípadě i samotnými sebevražednými pokusy. Účinek látek se u jednotlivců projevuje odlišným způsobem, kde hrají roli okolnosti užití (únava, nasycenost) a množství požité látky. Velmi významná je v projevech akutní intoxikace také osobnost člověka.
- **Abúzus** je dle DSM-IV široký pojem pro nadužívání návykových látek. Jedná se o dlouhodobé užívání psychoaktivních látek, které vede k fyzické a psychické nepohodě. Abúzus se projevuje ve schopnostech člověka plnit své pracovní, domácí či studijní povinnosti. Typické jsou časté neomluvené absence, zanedbávání dětí a různé úrazy. Dlouhodobé nadužívání také vede k vytváření nebezpečných situací, jako je řízení automobilu pod vlivem, zanedbávání pracovních povinností, které může ohrozit někoho jiného, obsluha těžkých strojů pod vlivem a tak dále. Typické jsou také problémy s policií, například vyšetřování a výkon trestu. Abúzus se projevuje jako neustálé užívání psychoaktivních látek i přesto, že si je dotyčný vědom svých sociálních a interpersonálních problémů.

1.3 Druhy závislosti

Návykové látky mohou způsobovat dva druhy závislosti, a to:

1. Fyzická (somatická) závislost je definována jako „*stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí (člověk k dosažení téhož efektu potřebuje stále větší dávku). Ten může mít v závislosti na druhu látky různé příznaky, ale téměř vždy zahrnuje neklid, napětí a vegetativní obtíže, jako jsou zvýšené pocení a třes*“ (Vágnerová, 2004, s. 549).
2. Psychická závislost je doprovázena silnou touhou drogu aplikovat. Potřeba ji opakovaně užívat vyplývá z toho, že pokud to jedinec neudělá, bude se cítit špatně. Myšlenka, že by droga nebyla k dispozici, vyvolává silnou úzkost a podrážděnost. Stav intoxikace doprovází také odložení zábran, zvýšení sebevědomí pro subjektivně lepší zvládnání psychické zátěže (Vágnerová, 2004).

1.4 Požívání alkoholu, jeho důsledky a vliv

Od dob antického Říma po současnost se alkohol stává nedílnou součástí běžného života ve společenském styku. Alkohol se stal nezbytnou součástí našeho sociálního života. Snižuje tenzi, uvolňuje zábrany a pomáhá nám v uvolněné komunikaci. Pravidelné požívání alkoholu, byť pouze na společenské úrovni, může značně ovlivnit náš pracovní i sociální život. Má podstatný vliv na výkon, soustředěnost a jiné atributy související se zvládnáním každodenních povinností. Konkrétně i s ohledem na důsledky metabolického odbourávání alkoholu v organismu, který bývá hovorově nazýván jako „*kocovina*“. Zvyšuje se riziko vzrůstajících partnerských potíží. Požívání alkoholu zvyšuje riziko nekonstruktivní hádky s partnerem, popřípadě může například vést až k úrazu v podnapilém stavu. Dále má konzumace alkoholu vliv na sníženou délku a kvalitu spánku. Mezi nejzávažnější potíže patří dopravní nehody, otravy, pády a utonutí. Z těchto důvodů umírá ročně přibližně 600 tisíc podnapilých osob (WHO, 2005). Mimo tato úmrtí se zhruba polovina pachatelů trestných činů i jejich obětí nachází během deliktu v podnapilém stavu. Požití alkoholu také zvyšuje pravděpodobnost dokonání sebevražedného činu. Spotřeba alkoholu se velmi liší u příslušníků různých národů. Studie provedená mezi příslušníky několika států (Kanada, Spojené státy, Mexiko, Brazílie, Nizozemsko a Německo) zjistila, že nejméně z těchto národů konzumují alkohol

Mexičané (během roku užilo alkohol alespoň dvakrát 43 % obyvatel). Největší spotřebu měli v rámci studie Nizozemci, kdy 86 % obyvatel užilo alkohol v průběhu roku alespoň dvakrát (Vega et al., 2002). Dle Světové zdravotnické organizace je v Evropě zhruba 86,8 milionů obyvatel, kteří konzumují alkohol ve škodlivé míře, což je zhruba 99 na 1000 obyvatel (WHO, 2005). Zvýšená konzumace alkoholu je spojena mimo jiné s žaludečními vředy, cirhózou jater, depresí, mozkovou mrtvicí a vysokým krevním tlakem. Specifickou problematikou je konzumace alkoholu u těhotných žen, kdy alkohol působí i na fetus a může způsobovat degeneraci plodu. U těhotných žen, které pravidelně konzumují alkohol ve zvýšené míře je dvakrát větší pravděpodobnost snížené porodní hmotnosti dítěte a také spontánního potratu. Dále je nadměrná konzumace alkoholu spojena s fetálním alkoholovým syndromem, který se projevuje hlavně deformacemi v oblasti tváře, dutiny ústní a mentální retardací. Doposud není zcela jisté, jaké konkrétní množství alkoholu může vyvolat tento syndrom, ale pro plod je velmi ohrožující již dávka několika gramů alkoholu za týden (Streissguth et al., 1999).

V přepočtu na všechny obyvatele České republiky (včetně dětí) se konzumace alkoholu ročně pohybuje v rozmezí 10 – 16 litrů čistého alkoholu na osobu. Většina této spotřeby je v podobě alkoholu obsaženého v pivu, třetina spotřeby připadá na lihoviny. Usuzuje se, že v České republice je zhruba 100 tisíc závislých na alkoholu. Tyto odhady jsou ovšem pravděpodobně konzervativní. Dle odborníků specializujících se na léčbu závislostí je těchto lidí okolo 200 až 300 tisíc. Nebezpečné množství konzumace alkoholu se v rámci České republiky projevuje u 22 % mužů a 7 % žen. Zvýšená konzumace alkoholu se počítá jako šest a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti. Tuto nadměrnou spotřebu uvádí 75 % mužů a 22 % žen. Problematickou oblastí je konzumace alkoholu u mladistvých, kdy 21 % mladistvých (pod 16 let) přiznává, že alespoň třikrát v průběhu posledního měsíce vypili pět a více sklenic alkoholu. Tento trend dlouhodobě stoupá. Můžeme se tak domnívat, že brzký kontakt s alkoholem je predispozicí pro užívání nelegálních drog v budoucnosti. Obecně by se dalo tvrdit, že čím dříve má mladistvý kontakt s návykovou látkou, tím pravděpodobnější je její nadměrné užívání v budoucnosti a rozvoj závislosti. V České republice je konzumace alkoholu nezletilými často tolerována, pokud je v přítomnosti rodičů (například v restauraci nabídnou rodiče dítěti sklenku). Více než dvě třetiny českých dětí má první zkušenost s konzumací alkoholu před třináctým rokem, což řadí opakovaně Českou republiku na nejhorší příčky v rámci Evropské unie. Užívání tabákových výrobků je v ČR

mezi 28 až 32 %. Uvádí se, že každoročně v souvislosti se závislostí na užívání tabákových výrobků zemře zhruba 18 tisíc obyvatel. První kontakt s tabákovými výrobky je podobně jako u alkoholu také brzký, kdy 18 % dětí ve věku patnácti let udává pravidelnou konzumaci. Spotřeba drog, a tedy nelegálních látek, je od doby ukončení totalitního režimu, po které spotřeba drog výrazně vzrostla, poměrně stabilní. Z takzvaných tvrdých drog je nejvíce zneužíván pervitin (metamfetamin), uvádí se přibližně 31 tisíc závislých. Nejčastější je ovšem v běžné populaci spotřeba marihuany a dalších konopných látek (zhruba 34 % všech spotřebovaných drog). U tanečních drog se udává mezi 4 a 10 %. V rámci České republiky se roční spotřeba odhaduje na 18,2 tun kanabisu a 4,2 tuny metamfetaminu (Hosák & Hrdlička, 2015).

1.5 Vliv alkoholu na organismus

Etylalkohol vzniká v těle v minimálním množství přirozeně. Fyziologická hladina se nachází v krvi 0,22 g/kg. Jeho výroba probíhá primárně kvašením, vařením nebo pálením a popřípadě různými kombinacemi těchto způsobů. Vyrábí se z obilí, brambor, ale také například z ovoce. Účinky alkoholu jsou primárně tlumivé a analgetické, ale v jisté koncentraci může alkohol být i euforizující. Vstřebává se z trávicí soustavy nejvíce z tenkého střeva. V žaludku se vstřebá pouze kolem 10 % zkonsumovaného alkoholu. Největší koncentrace v krevním řečišti je 45 až 75 minut po vypití. Poté se metabolizuje v játrech (Hosák & Hrdlička, 2015).

Vliv alkoholu na organismus je vždy individuální. Roli zde hraje množství, váha, pohlaví, únava a strava. Malá dávka alkoholu má na organismus stimulační efekt. Projevuje se zvýšenou komunikativností, zlepšením nálady a sebevědomím, klesá sebekritičnost a zároveň se může objevovat větší pohotovost k agresivnímu chování. Vyšší množství alkoholu působí sedativně na CNS a projevuje se potřebou spánku a únavou. Při předávkování alkoholem může dojít ke ztrátě vědomí až smrti. Smrt je nejčastěji způsobena působením alkoholu na dechová centra v mozku, jindy dochází také k udušení vlastními zvrátky (Hosák & Hrdlička 2015).

Útrata (1986) popisoval množství alkoholu následovně:

- Hladina do 1 ‰ – podnapilost – projevuje se sníženou pozorností, delším reakčním časem, zhoršenou vizuomotorickou koordinací. Řízení motorového vozidla v tomto stavu je už velmi nebezpečné.

- Hladina 1,0 - 1,5 ‰ – lehká opilost – projevuje se disinhibice chování, přehnané sebevědomí a přeceňování vlastních schopností, euforie.
- Hladina 1,5 - 2,5 ‰ – středně těžká opilost – prohloubení snížené kritičnosti vůči svému okolí, chování a nárůst bezhraničního chování.
- Hladina 2,5 - 3,0 ‰ – těžká opilost – jsou přítomny neurologické příznaky jako porucha koordinace, závrať, poruchy paměti, celková inhibice.
- Hladina nad 3,0 ‰ – intoxikace alkoholem – dochází ke snížení životních funkcí, osoba většinou ztrácí vědomí a hrozí ohrožení života.

Opilé osoby se dostávají do zdravotní péče primárně po úrazech, bezvědomí nebo po sebevražedných pokusech či proklamacích těchto pokusů. Osoby s významnou intoxikací jsou léčeny na jednotkách intenzivní péče. Osoby podnapilé bez ohrožení života a bez zdravotních komplikací jsou odeslány nejprve na protialkoholní záchytnou stanici k odeznění intoxikace a až poté dochází k případnému vyšetření, pokud je nezbytné. Po ústupu intoxikace se projevuje tzv. „*kocovina*“ s příznaky, jakými jsou bolest hlavy, snížená pozornost, únava, nevolnost a nechutenství (Hosák & Hrdlička, 2015).

1.6 Etiopatogeneze

Motivace k prvnímu užití návykové látky není zcela jednoznačná. Mezi časté motivy patří potřeba potlačit nepříjemné emoce, nebo naopak vyvolat příjemné pocity a stavy. V mnoha případech, a možná nejčastěji, hraje při prvním užití roli pouhá zvědavost, co s námi daná látka udělá. Opakované užívání je již spojováno spíše se snahou vyvolávat v sobě příjemné pocity a negativních se zbavovat. Nárůstem konzumace ustupuje snaha o vyvolání příjemných prožitků a roli začíná hrát spíše snaha vyhýbat se nepříjemným prožitkům vyvolaným absencí látky a dosáhnout alespoň jakési vnitřní normy. U mladé populace se často jako důvod konzumace objevuje pouhé vyplnění volného času a snaha vyhnout se nudě. Další častou příčinou je boj s vlastní nejistotou, nízkým sebevědomím, bezradností a snaha dosáhnout příjemných prožitků. Psychoaktivní látky mohou pomoci s překonáváním vlastních zábran, navazováním kontaktů a sblížením (včetně sexuálního), snížením vnitřního napětí, snazší komunikací. U dlouhodobých uživatelů, kteří se nacházejí již na společenském dně, je to také cesta k vyrovnávání se s debaklovou životní situací, jako je ztráta domova, přerušeni

rodinných vztahů, dluhy, samota atd. Psychoaktivní látky způsobují (obzvláště pokud se jedná o dlouhodobé a opakované užívání) výrazné změny v samotném fungování mozku. Tyto změny nezmizí ukončením návykového chování, ale přetrvávají i dlouho poté. Změny jsou patrné na všech úrovních od molekulárního fungování mozku po změny postojů a chování. Vznik závislosti je podmíněn třemi etiologickými faktory, a to (Hosák & Hrdlička, 2015):

1. charakteristikami jedince,
2. kulturními a sociálními faktory,
3. vlastnostmi návykových látek.

1.7 Poruchy související s alkoholem ve vztahu k pohlaví a věku

Celosvětově platí, že muži konzumují alkohol výrazně více než ženy. S tím jsou spojené také větší následky jeho užívání (WHO, 2005). Na konzumaci alkoholu má vliv, jestli pár vyznává tradiční genderové role, kdy je pití alkoholu dominantou mužů a ženy alkohol nekonzumují prakticky vůbec (Huselid & Cooper, 1992). Ovšem je nutné podotknout, že se v posledních letech značně mění pojetí genderových rolí, a proto je nutné toto tvrzení relativizovat. Záchvatovité pití alkoholu je nejnebezpečnější způsob jeho konzumace, protože nejvíce ohrožuje zdraví a bezpečnost. V různých studiích bývá záchvatovité pití definováno odlišně, ale obecně se jedná o velice rychlý způsob konzumace alkoholu. Považuje se za něho pět a více sklenic vypitých na jedno posezení alespoň jednou týdně u mužů a čtyři u žen (protože ženám stačí menší množství zkonsumovaného alkoholu, aby dosáhly vysoké koncentrace alkoholu v krvi). Tento způsob konzumace je nejrozšířenější mezi studenty vysokých škol. Ve Spojených státech amerických se k tomuto způsobu konzumace alkoholu (alespoň příležitostně) hlásí 45 % studentů (Wahlberg, 1999). Důsledkem jsou horší studijní výsledky, nechráněný sex a problémy s policií. V mezinárodním měřítku se projevuje větší tendence k záchvatovitému pití hlavně u mladých lidí, jejichž cílem je dosáhnout stavu opilosti (WHO, 2005). Větší konzumace alkoholu se méně vyskytuje u osob starších, protože činnost jater je vlivem věku zpomalena a alkohol je metabolizován pomaleji. Alkohol se také vstřebává rychleji kvůli nižšímu podílu vody v těle. Starší lidé tudíž rychleji dosáhnou stavu opilosti a následky konzumace pocítí silněji a rychleji. Dalším důvodem, proč se zvýšená spotřeba alkoholu u starších lidí objevuje méně, je, že s přibývajícím věkem pijí alkohol zdrženlivěji. Dále osoby, které nadměrně konzumovaly alkohol

v minulosti, často umíraly dříve, než stačily dosáhnout staršího věku. Možný podíl na rozvoji závislosti má také vliv kultury, ve které lidé vyrůstali. Například v minulosti se pití alkoholu ve společnosti více odsuzovalo. Zároveň existují kultury, ve kterých je pití alkoholu či požívání jiných drog přísně zakázáno z náboženských důvodů (Nolen-Hoeksema, Frederickson, & Wagenaar, 2012).

1.8 Modely závislosti

Nyní popíšeme několik vybraných modelů závislosti a případný způsob psychoterapeutické práce s nimi. Tyto pohledy mohou být užitečné i pro vytvoření náhledu možností spolupráce i pro sociálního pracovníka.

1.8.1 *Biologický model*

Hlavním rysem tohoto (medicínského) přístupu je pohled na závislost jako na ireverzibilní onemocnění, které je způsobeno fyziologickými změnami a odchylkami. Předpokládá se, že fyziologické, neurochemické a biochemické změny způsobují dlouhodobé či jednorázové užívání návykové látky. Tento model se také zaměřuje na zvýšenou vulnerabilitu vůči rozvoji závislosti a hledají se možné biologické koreláty, které tento jev způsobují (Nociar, 2001). Diskutuje se také o závislosti způsobené dědičnými faktory, ale tento mechanismus stále není zcela jasný. Nicméně se v rámci biologického modelu odhaduje, že zhruba 50 až 60 % alkoholiků má k rozvoji závislosti genetické predispozice (Sandrock, 2006). Nejčastější faktory vedoucí k rozvoji závislosti se v rámci biologického modelu hledají například v problematických okolnostech porodu (vliv stresu, analgetik a další medikace pro usnadnění průběhu porodu) a během těhotenství (fetální alkoholový syndrom). Neopomíjí ani psychomotorický vývoj dítěte a jeho případné ovlivnění nemocí, zraněním a traumatem. Aktuálně můžeme spíše sledovat určitou interakci biologického a psycho-socio-kulturního vlivu (Kudrle in Kalina, 2003). V rámci tohoto přístupu k závislosti se hledá účinná farmakoterapie, která by umožnila přestat s užíváním (Broža, 2003).

1.8.2 *Psychodynamický model*

Psychodynamický model vychází z psychoanalytické teorie, která rozumí závislosti a zneužívání návykových látek jako důsledku konfliktu, který byl potlačen do nevědomí. Přisuzuje ji primárně nedostatečnému ukončení orální fixace v průběhu psychosociálního vývoje (Nociar, 2001). Zahrnuje též „*deficity a deformace*

intrapsychických struktur a interních objektních vztahů. Vycházejí buď z koncepce pudů a jejich zvládnání nebo ze vztahů s ostatními lidmi. Braní drog je jakýmsi produktem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní“ (Kalina, 2003, str. 126).

1.8.3 Behaviorální model

Behaviorální model závislosti se zaměřuje na léčbu a porozumění závislosti jako projevům chování, které se snaží ovlivňovat. Závislost není chápána jako onemocnění, ale jako chování, které se člověk naučil v průběhu života pomocí imitace, podmiňování nebo sociálního učení. Proces užívání návykové látky je udržován kombinací pozitivních a negativních zpětných vazeb, které jsou klíčové pro další výskyt projevů tohoto chování v budoucnosti (Nociar, 2001).

1.8.4 Sociologický model

Rozvoj závislosti je zde chápán jako forma sociální deviace, která je způsobena patologií a nerovnováhou v sociální struktuře. Zároveň jsou zde klíčové kulturní vlivy, které jsou stěžejní pro určení role člověka jako nemocného (Ward in Nociar, 2001).

1.8.5 Spirituální model

Z tohoto modelu čerpá mimo jiné sdružení Anonymních alkoholiků (AA), kde se závislý považuje za duchovně, emočně i fyzicky odlišného od běžné populace. Tato odlišnost se projevuje dispozicemi k rozvoji závislosti (Nociar, 2001). V rámci tohoto modelu se intenzivně pracuje na pocitech odcizení, úpadku osobních hodnot, životní nejistoty a zmatení. Skrze práci na spirituální dimenzi se snaží závislí přijmout svou bezmoc přiznáním si závislosti, což se považuje za první krok k úspěšné léčbě závislosti (Frouzová in Kalina, 2003).

1.8.6 Rodinně – terapeutický model

Teorie závislosti v rodinné terapii vychází z teorie systémů, kde jedinec se symptomem ukazuje na poruchu celého systému a jako takový je potřeba ho i léčit (Frouzová in Kalina, 2003).

2 Genetické faktory vzniku závislosti

Biologickou predispozici k vytvoření závislosti a užívání návykových látek tvoří subklinické abnormality ve strukturách mozku zodpovídajících za emoční projevy a způsob účinku psychoaktivních látek. U asijské populace je geneticky daná výrazně menší schopnost degradace alkoholu na deriváty s negativními tělesnými a emočními projevy, které fungují jako faktor, který brání vzniku závislosti. Genetické faktory mohou ovlivňovat také míru tolerance drogy. Například děti alkoholiků mají zvýšenou schopnost tolerance alkoholu, což je jedna z predispozic pro vývoj závislosti v dospělosti. Zároveň se projevuje i nižší schopnost subjektivně posoudit míru opilosti a projevů po požitém alkoholu, což vede k častějšímu pití do stavu opilosti. Ve studiích zaměřených na genetické predispozice se potvrzuje dědičný přenos náchylnosti k větší konzumaci alkoholu a drog. Tyto studie byly zaměřeny hlavně na geny odpovídající za činnost dopaminergního neurotransmitterového systému v mozku (COMT, dopaminové receptory) (Hosák & Hrdlička, 2015).

2.1 Psychická porucha jako dispozice ke vzniku závislosti

Zvýšené užívání návykových látek a častější rozvoj závislosti bývá spojován s problematikou poruch osobnosti. Nejčastěji se jedná o hraniční a disociální poruchu osobnosti. Problematickým faktorem se také ukazují být poruchy související se zhoršenou funkcí prefrontálního kortexu, který je spojený se schopností adekvátně reagovat na vnější podněty, vyrovnávat se s vnitřním napětím a stresem a regulovat své chování. Konkrétně se nejčastěji jedná o ADHD (porucha aktivity a pozornosti). Závislost se také často projevuje u schizofrenních onemocnění, kdy se mohou pacienti pokoušet o samoléčbu za účelem snížení příznaků onemocnění. Dlouhotrvající aktivace dopaminergního systému drogami, kdy se nejčastěji jedná o pervitin a marihuanu, může u lidí s predispozicemi pro rozvoj schizofrenního onemocnění vést k symptomům schizofrenie. Nadměrná konzumace alkoholu, drog a nikotinu se pozoruje také u pacientů trpících depresivním onemocněním. U těchto pacientů je nutná klinická rozvaha, zdali se jedná o depresi jako primární onemocnění, nebo o sekundární onemocnění způsobené závislostí. Z anxiózních poruch je nadměrná konzumace psychoaktivních látek propojovaná s posttraumatickou stresovou poruchou. U úzkostných poruch je motivací konzumace snížení pociťované úzkosti na přijatelnou mez pro fungování či snášení nepříjemných životních situací (Hosák & Hrdlička, 2015).

2.2 Sociální a kulturní faktory pro rozvoj závislosti

Velký význam pro vznik a rozvoj závislostního chování mají faktory prostředí, ve kterém se dotyčný člověk pohybuje. Pro samotný začátek konzumace psychoaktivních látek má význam jejich snadná dostupnost, informace, které o nich máme, postoj společnosti vůči konkrétní látce a cena. Jako rozhodující faktor se jeví právě dostupnost psychoaktivních látek, jelikož snadno dostupné a oficiálně legální drogy jsou nejčastěji užívané a také na nich vzniká závislost častěji než na látkách, které jsou hůře dostupné. Čím více lidí má příležitost drogu vyzkoušet, tím více přibývá počet lidí, u kterých se rozvine závislost na této látce. Extrémně důležitý je vliv rodinného a sociálního prostředí. V rámci rodin se může závislost předávat jako způsob neefektivního řešení konfliktů a zpracovávání emocí v podobě sociálního učení. Velký vliv má také způsob výchovy a postoj rodičů k dítěti. Negativními faktory v přístupu k dětem jsou například nízký zájem o dítě, nedůsledná výchova, nadměrná ochranná snaha, nedostatečný kontakt, špatné mezilidské vztahy v rodině, minimum společných aktivit, časté neefektivní konflikty, špatný vzor v podobě rodičů. Jedním z hlavních negativních faktorů je skupina vrstevníků, ve které se člověk nachází. U adolescentů a mladých lidí může být experimentování s drogami jedním ze způsobů, jakým se snaží zařadit do skupiny nebo v ní získat určité postavení. Panuje názor, že častou příčinou závislosti je špatný kamarád, ale dalo by se v tomto směru také uvažovat o tom, že dobře socializovaný člověk vycházející ze stabilního a bezpečného rodinného prostředí nebude mít takovou potřebu s drogou experimentovat nebo ji využít jako možnost útěku od reality a svých problémů. Zároveň pokud drogu jednorázově vyzkouší, případně ji i krátkodobě užívá, je pak větší šance, že dokáže užívání sám zastavit nebo využije pomoc rodiny. Pomoc s ukončením užívání by neměla být na vrstevnících, ale na rodině, dospělých a odbornících. Pokud s ukončením užívání pomáhá vrstevník, dostává se sám do většího rizika, že psychoaktivní látku také vyzkouší a dostane se do podobných problémů jako ten, komu chtěl původně pomoci. Pro prevenci závislého chování je důležité mít široké spektrum alternativ trávení volného času. Z tohoto důvodu jsou velmi významné investice ze strany škol, měst, státu a spolků, aby mohl být nabídnut nerizikový a zároveň obohacující způsob trávení času ať už sportem nebo kulturou. Pokud se tyto aktivity nebudou podporovat, bude se tvořit komunita uživatelů, kteří budou získávat finance na psychoaktivní látky trestnou činností. Z tohoto důvodu má investice do trávení volného času větší smysl. V opačném případě bude společnost platit podstatně vyšší

výdaje za udržování věznic, policisty a lékařskou péči. Některé psychoaktivní látky jsou ve společnosti regulovány v podobě společenských pravidel, například opilost kolem poledne je v rámci společenských norem odsuzována. Další látky jsou regulované právními normami, které se mají snažit co nejvíce omezit dostupnost nebezpečných a společensky netolerovaných psychoaktivních látek (Hosák & Hrdlička, 2015).

2.3 Neurobiologické a psychologické mechanismy vzniku závislosti

Psychologické mechanismy ve spojení s neurobiologickými vytvářejí takzvaný bludný kruh závislosti na psychoaktivní látce. Tento bludný kruh je udržován a podporován mechanismy jako jsou:

1. Závislá osoba si vybavuje pouze pozitivní následky užívání drog, tyto pozitivní pocity jsou spojené s uvolněním a zvýšením hladiny neurotransmiterů díky návykové látce. Méně si pamatuje negativní následky své závislosti.
2. Užívání psychoaktivních látek má výrazný vliv na neurochemické pochody v mozku. Obzvláště neurotransmitery jako serotonin, dopamin a noradrenalin jsou spojovány s příjemnými psychickými pocity. Při dlouhodobém užívání jsou však spojovány i s nepříjemnými emočními psychickými stavy.
3. Užívání psychoaktivních látek z dlouhodobého hlediska způsobuje nepříjemné stavy, ale na stranu druhou jsou tyto nepříjemné stavy krátkodobě zmírněny užitím látky.

Odměna na biologickém základě vzniká především změnami aktivity dopaminergního systému. Na pozitivních účincích drog (ve smyslu vyvolávání odměňujících stavů) se podílí hlavně chemické látky, jako jsou opioidní peptidy, kyselina aminomáselná a dopamin. Stimulační účinek kokainu je způsoben zastavením zpětného vychytávání dopaminu do presynaptické části neuronu. Vysoká koncentrace dopaminu aktivuje dopaminergní dráhy. Kokain také způsobuje výrazně větší uvolňování glutamátu v mezolimbickém systému. Kanabinoidní receptory jsou ovlivněny konzumací marihuany. Barbituráty působí na receptor-G-protein-iontový kanál. Nikotin má také vlastní nikotinové receptory. Alkohol způsobuje uvolňování dopaminu v limbickém systému. Kyselina aminomáselná je pravděpodobně ovlivněna konzumací alkoholu. Alkohol v mozku vyvolává prožitky euforie, které jsou způsobené vazbou metabolitů

alkoholu, které jsou schopné se navazovat na opioidní receptory v mozku. Nejdůležitější strukturou pro systém biologické odměny je nucleus accumbens, který je součástí bazálních ganglií a amygdala. Amygdala je součástí limbického systému. Amygdala přímo umožňuje emoční podmiňování, jelikož propojuje emoce se smyslovým vnímáním. Když se jádra amygdaly aktivují, dává pozitivní emoční ladění vzpomínce a způsobuje velmi povznesenou náladu, a poskytuje pozitivní emoční ladění situaci i chování, což vede k dalšímu užití psychoaktivní látky. Cílem je opakovat chování, které máme v našem mozku propojené s odměnou v podobě pozitivních prožitků. Pozitivní prožitky nás ještě více motivují k opakování chování, které v minulosti odměnu přineslo. Pro motivaci k opakování chování, které v minulosti vedlo k odměně, je klíčová struktura prefrontálního kortexu. Opakovaným chováním, a tedy užíváním návykové látky, podporujeme posílení tohoto mechanismu jako způsobu, jak se cítit emočně dobře. Tím se psychoaktivní látka postupem času stává stále vábivějším způsobem, jak si navodit libé pocity. Tímto podmiňovacím způsobem se postupně vyvíjí bažení po návykové látce. Při dlouhodobém užívání psychoaktivních látek jsou pozorovatelné neurologické změny ve struktuře amygdaly, větší množství uvolňovaného noradrenalinu a aktivace stresového systému. Stále častější opakování mechanismů, které slouží k rychlému uspokojení, vede k postupné automatizaci chování. Časté užívání vede zároveň k větší toleranci návykové látky a postupně se zvyšuje množství potřebné k vyvolání příjemných pocitů odměny. Snižuje se intenzita prožitků, což může motivovat ke změně způsobu aplikace drogy. Větší tolerance je způsobena několika biologickými mechanismy. Jedním je zvýšená produktivita specifických enzymů, které slouží k degradaci látky, jako je například alkoholdehydrogenáza v játrech. Druhou možností je snížení reakce receptorů v neuronech na určité podněty. Pro rozvoj abstinčního syndromu jsou klíčové systémy pozitivního posilování, v kombinaci chemickými změnami při nedostatečné stimulaci receptorů. Neurobiologické změny jsou dlouhodobého až prakticky trvalého rázu. I menší stresové události a pozitivně laděné myšlenky na užívání nebo stavy změněného vědomí mohou vyvolat abstinční příznaky a craving po psychoaktivní látce, a to i po odeznění abstinčního syndromu. Podstatou těchto dlouhodobých změn je změna exprese genů, které vyvolávají změny v mozkových oblastech asociovaných se vznikem závislosti (Hosák & Hrdlička, 2015).

3 Nástroje změny a možnosti sociální práce se závislostí

Pokud to podmínky umožňují, práce se závislostí by měla mít dlouhodobý a intenzivní charakter. To vyžaduje, aby byl klient napojen na spolupráci s vícero zařízeními. Například po ústavní dvoutměsíční léčbě lze navázat terapeutickou komunitou, nebo je po léčbě možné docházet na pravidelné ambulantní kontroly u psychiatra či pravidelně navštěvovat setkání Anonymních alkoholiků. V tomto směru může být velmi užitečný kvalifikovaný sociální pracovník, který je schopen závislému nabídnout široké spektrum možností, předávat kontakty a snažit se pro klienta navrhnout a doporučit možnosti léčby, které může pro svého klienta koordinovat tak, aby z něho mohl profitovat co nejvíce (Nešpor, 2011).

3.1 Posilování motivace v sociální práci

Při práci s motivací u závislých jsou typické dramatické výkyvy, a to buď k lepšímu, nebo i k horšímu. Hlavními představiteli zaměřujícími se na práci s motivací u závislých jsou například W. Miller, J. O. Prochaska a C. C. DiClemente. Jejich práce o vlivu a důležitosti motivace se začaly objevovat až po roce 1980. Jejich výsledky by se daly shrnout do následujícího diagramu:

Obrázek 1: Kolo změny dle konceptu J. O. Prochasky a C. C. DiClemente, (1982)



V oblasti před uvažováním se klient nachází v situaci, kdy prozatím o změnu nestojí. Tam jsou možnosti působení sociálního pracovníka značně omezené, jelikož dotyčný chce v návykovém chování pokračovat a pravděpodobně se s ním sociální pracovník ani nedostane do kontaktu. Ve fázi rozhodování je už klient ochoten připustit, že mu dosavadní životní styl zcela nevyhovuje, nebo si je alespoň vědom pravděpodobných důsledků pokračování závislosti. To již umožňuje klienta edukovat o možnostech řešení a začít podporovat jeho rozvahy o změně. Ve fázi rozhodnutí se klient, alespoň prozatím, odhodlal změnit své návykové chování a učinit změnu dosavadního životního stylu. Zde je vhodné s ním probrat možné alternativy a způsoby léčby. Klíčovým úkolem je v této fázi předat možné kontakty a popřípadě s kontaktováním pracoviště klientovi pomoci, pokud si je z nějakého důvodu nejistý nebo se například bojí. Poté dochází klient k samotné akci a uskutečňování změny svého života. Tato fáze jednání je pravou zkouškou klientovy motivace uskutečnit změnu. V tomto bodě je důležité fungovat jako podpora pro klienta a pracovat s pozitivní i negativní motivací. Vhodné je klienta i do jisté míry připravit na to, co ho čeká, aby pro něho celá situace nebyla zcela neznámá a tolik ohrožující. Pokud se nám podaří v této fázi klienta zapojit do léčebných aktivit, přechází do takzvané udržovací fáze (udržení změny). Klient je už v kontaktu s potřebnými zařízeními a má nastavený léčebný plán. Ve fázi udržování je potřeba neustále pracovat s motivací klienta. Do jisté míry je vhodné ho edukovat, že je závislost onemocněním na celý život a je potřeba v léčbě setrvat dlouhodobě. Po poměrně krátké době léčby se mohou začít objevovat myšlenky, že je klient už ze závislosti po pár měsících na uzavřeném oddělení zcela vyléčen a snadno se může na tuto myšlenku upnout a léčbu přerušit, popřípadě opustit. Po této fázi ve většině případů dochází k relapsu, a tedy k návratu k užívání alkoholu či drog. Tímto se pomyslný kruh uzavírá a klient se tím dostává na začátek motivace k léčbě. Velmi často dochází k přerušení kontaktu s veškerými vybudovanými léčbami a kontakty k posílení změny životního stylu. Tato situace je pro sociálního pracovníka většinou velmi frustrující a je třeba s ní počítat a předcházet syndromu vyhoření z práce, která nemusí mít na první pohled smysl.

3.2 Práce s drogově závislými z hlediska individuální sociální práce

Nejdůležitějším aspektem pro začátek spolupráce se závislým je vždy jeho motivace ke změně. Bez toho nelze předpokládat, že intervence má šanci na úspěch. V mnoha případech nemůže být výstupem z intervence okamžité vyřešení klientova problému. Primární snahou je postupné snižování nahromaděných problémů, což bývá u závislých, kteří mají tendence k okamžitému uspokojení svých přání náročné. To může vést ke ztrátě zájmu nebo k bezradnosti z pomalého postupu. Zároveň ne ve všech případech je klient schopen či ochoten s námi v potřebné míře spolupracovat a je dobré s tím počítat a být na to připraven. Je doporučováno těchto 5 kroků:

1. Zjistit s klientem, jaké důvody zhoršují jeho spolupráci
2. Vysvětlit důležitost dalšího setkání
3. Navrhnout další dvě setkání
4. Motivovat klienta
5. Rozčlenit problémy klienta na několik menších kategorií a s nimi postupně pracovat.

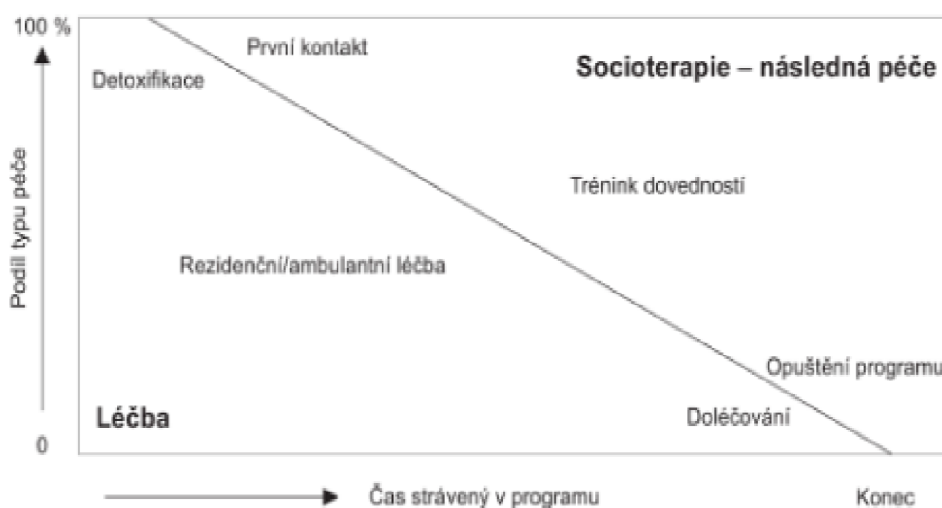
Nebývá snadné jednoznačně určit cíl intervence. Z tohoto důvodu si může sociální pracovník připravit dopředu určité cíle, které jsou v souladu s povahou zařízení a které mu umožní být předem připravený na více variant (Řezníček, 1994). Individuální práci s jednotlivcem Matoušek (2008) nazývá pro její specifičnost případovou prací. Ta se zaměřuje na řešení problémů, které klienta omezují a se kterými si neví rady. Postup při individuální práci by se dal zjednodušit na následující body:

1. Poskytnout klientovi psychickou podporu
2. Explorace klientových problémů a pocitů
3. Zprostředkovat pro klienta služby a poskytnout rady
4. Poskytnout reflexi klientových prožitků a prostředí
5. Zabývat se rodinnými vztahy klienta
6. Naučit klienta využívat potřebné služby.

Pro klienty, kteří jsou závislí, je pro navození vhodné spolupráce klíčový vztah se sociálním pracovníkem. Dalo by se říci, že snaha o vytvoření pracovního vztahu je stěžejní pro úspěšnou intervenci a je zároveň prvním krokem pro zlepšení klientovy těžké životní situace (Matoušek, 2008).

Pro sociálního pracovníka by měla být klíčová schopnost používání komunikačních dovedností, které jsou pro vytváření pracovního vztahu s klientem zásadní a mohou být velkým přínosem pro rozvoj schopnosti efektivně komunikovat i pro klienta. Mezi tyto dovednosti patří například: verbalizace pocitů klienta, podpora silných stránek klienta, podpora aktivity klienta, strukturování problémů na dílčí části, práce s motivací atd. Neměli bychom zapomínat ani na význam neverbální komunikace s klientem, která hraje v mezilidské komunikaci zásadní roli. Jelikož se sociální pracovník setkává s širokým spektrem klientů, nelze být vždy připraven na každého z nich. Problémy spojené s užíváním psychoaktivních látek jsou spojené se změnami osobnosti, psychickými problémy a psychiatrickými diagnózami. Z tohoto důvodu existuje soubor doporučených postupů a strategií k efektivnímu vedení intervence, jako je například plánování rozhovoru, výměna rolí, konfrontace, změna perspektivy. Klientela se závislostní problematikou individuální přístup většinou upřednostňuje před skupinovou prací (Řezníček, 1994).

Obrázek 2: Základní léčba a následná péče (Kalina, 2015, s. 223)



Výše zmíněné schéma poukazuje na průběh léčby a fázi závislosti, kde může být sociální pracovník pro klienta užitečný a pomoci mu na vícero úrovních pro zkvalitnění stávající životní situace. Sociální pracovník může pracovat se závislým v jakékoli fázi závislosti. Může využít metody práce jak s jednotlivcem, tak se skupinou.

Úlehla (2005) považuje rozhovor za základní nástroj sociálního pracovníka. Úroveň dovednosti vedení rozhovoru je závislá na porozumění tomu, co vše se může v rozhovoru odehrávat, jak se rozhovoru sám pracovník účastní.

Sociální práce se skupinou se často využívá v rámci působení v terénu (streetwork). Terénní sociální práce je podle zákona o sociálních službách realizována prostřednictvím terénních forem sociálních služeb. Sociální služby jsou podle §3a) zákona č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách* definovány jako činnosti nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Sjednocujícím znakem je přitom jejich naplňování v přirozeném sociálním prostředí. Sociální práce v terénu má tu výhodu, že může pracovník navázat kontakt s klientelou v jejím přirozeném sociálním prostředí. Běžně se vyskytují například na veřejně přístupných místech, jako jsou parky, náměstí, okolí železničních stanic, kluby, herny atd. Specifickým a pro sociálního pracovníka potenciálně nebezpečným místem mohou být oficiálně neobydlené objekty tzv. squaty. *„Cílovou skupinou terénní sociální práce jsou obvykle uživatelé drog, v jejichž vnitřní bilanci zatím nepřevážily problémy spojené s užíváním drogy nad zisky“* (Matoušek, Kodymová & Koláčková, 2010, s. 217).

3.3 Léčba závislosti

Nešpor (2011) uvádí výzkumné doklady o tom, že léčba závislosti je účinný způsob, jak snižovat množství závislých, a z ekonomického hlediska se tedy společnosti vyplatí investovat do léčby závislostí. Je to z toho důvodu, že pacient, který se neléčí pro svou závislost, se postupem času stává čím dál častěji pacientem interních, neurologických a psychiatrických klinik, kde jsou péče a vyšetření podstatně nákladnější oproti léčbě závislosti.

V léčbě závislosti se k onemocnění přistupuje jako k celoživotní duševní poruše. Z tohoto pohledu se pacient nemůže nikdy plně vyléčit tak, aby pro něj již návyková látka nebyla ohrožující. Proto se za úspěšnou léčbu považuje „*pouze*“ schopnost dlouhodobě abstinovat. Za období ohrožující abstinenci se dají obecně považovat více zátěžová období spojená se zvýšeným stresem, kdy pacient využíval návykovou látku jako způsob zbavení se stresu. Paradoxně jsou ale také velmi riziková období, kdy se pacient cítí zcela v pořádku a má pocit, že má vše pod kontrolou. Snadno potom může pacienti dojít k chybnému úsudku, že je zcela vyléčen a již není závislý. Běžně se toto přesvědčení

objevuje v podobě výroků typu: „*Jedno pivo po obědě mi nemůže ublížit.*“ (Hosák & Hrdlička, 2015).

Léčba závislosti připadá primárně na psychiatrické ambulance a na specializované ambulance a centra, která se zaměřují na léčbu závislostí (tzv. AT ambulance). Základní léčba odvykacího syndromu probíhá na psychiatrických odděleních, anebo ve specializovaných nemocnicích. Léčba závislosti má zpravidla dobrovolný charakter, kdy o léčbu pacient sám požádá. Výjimkou jsou ovšem život ohrožující stavy, které vyžadují specializovaný dohled, jako jsou například toxická psychóza a delirium. V těchto případech je možná i nedobrovolná hospitalizace pacienta. V případě, že je pacient agresivní a nespolupracující bývá nejprve dopraven na protialkoholní záchytnou stanici. Soud také může nařídit ústavní léčbu závislosti v tom případě, že dotyčný spáchal trestný čin v opilosti nebo pod vlivem jiné omamné látky. Vždy je ovšem klíčová motivace pacienta pro životní změnu a vzdání se omamné látky jednou provždy. Často bývá motivace pacienta spíše vnějšího charakteru (na žádost manželky, rodičů, dětí apod.). Ta se většinou ukazuje jako nedostatečná pro dlouhodobou abstinenci. V rámci léčby bývá tedy ústřední snaha posilovat motivaci vnitřní (Hosák & Hrdlička, 2015).

3.4 Standardní odvykací léčba

Standardní odvykací léčba začíná detoxifikací organismu, kde je hlavním cílem bezpečné zvládnutí abstinenčních příznaků. Ty se liší dle typu užívané návykové látky. Může docházet k sebevražednému jednání pod vlivem návykové látky, obzvláště alkoholu, a v tu chvíli je urgentní začátek zdravotní péče. Problém závislosti se urgentně také řeší v případech nástupu těžkých epileptických záchvatů spojených s užíváním, deliria tremens, odvykacích stavů, při projevu psychotického onemocnění a při závažných somatických komplikacích. Počátek zdravotní péče spočívá převážně v kompenzování somatického stavu pacienta, nejčastěji doplňováním tekutin a elektrolytů. Detox probíhá většinou v rozmezí dvou až třech týdnů. Při úzkostech a problémech se spánkem je v těchto situacích většinou vhodná farmakologická léčba. U pacientů závislých na alkoholu se využívá jako substituční lék diazepam, při deliriu tremens se využívá pro zvládnutí stavu třeba klomethiazol. Pacienty s těžkým odvykacím stavem je nutné detoxifikovat v rámci ústavní péče, při lehčích typech odvykání od alkoholu je možné detoxifikaci provést i ambulantně. Během detoxifikační péče probíhá řešení nejakutnějších sociálních problémů pacienta. Po odeznění hlavních

odvykacích symptomů pacienti, kteří jsou nemotivovaní k léčbě závislosti, odchází. Pro pacienty motivované ke změně je k dispozici ústavní léčba závislosti. Ta je primárně určena pro pacienty, kteří již opakovaně selhali při ambulantní léčbě, a při těžkých závislostech. To bývá mnohdy propojené s poruchami osobnosti, které závislosti často doprovází, a také se špatnou socioekonomickou situací. Základní léčebnou metodou v rámci ústavní péče je psychoterapie, která probíhá primárně skupinově a individuální je spíše při zájmu nebo potřebě pacienta. Alternativně jsou k dispozici další terapeutické programy. Nedílnou součástí péče jsou také edukativní programy, kde pacienti získávají informace o vzniku a vývoji závislosti, informace k praktickému nácviku, změně životního stylu, o zdravotních ohroženích atd. Prvním cílem psychoterapeutické péče je uvědomění pacienta, že je opravdu závislý a jeho závislost má zásadní negativní dopady na jeho život. Zde se psychoterapeuti setkávají s obrannými mechanismy pacienta, kdy se jedná hlavně o bagatelizaci, popírání, předávání zodpovědnosti na své okolí, racionalizaci problémů. S postupem léčebného programu se psychoterapeuti zaměřují na posilování motivace ke změně, která bývá ústředním tématem psychoterapeutických programů. Další velmi důležitou součástí je příprava plánů pro zvládnutí návratu zpět do života. Často se jedná o změnu pracovního rytmu, vyřešení dlouhodobě neuspokojivých rodinných či partnerských vztahů a řešení narůstajících dluhů. Důležitou součástí léčby jsou takzvané „*propustky*“, ať už na odpoledne či víkend, kdy je pacientovi umožněno opustit chráněné prostředí léčebného zařízení a zkusit dočasný návrat do prostředí rizikového. Cílem je postupné zkoušení svých nově získaných dovedností a informací a jejich praktické využití a začlenění do každodenního života. Součástí ústavní léčebné péče jsou i psychosociální a tělesná rehabilitace a nácvik chování v možných rizikových situacích, které by mohly znovu spustit návykové chování pacienta. Průměrná délka ústavní péče bývá kolem třech měsíců, ale záleží na motivaci pacienta, zda v léčbě v nastaveném režimu dokáže fungovat a není z léčby vyloučen nebo ji sám neopustí. Některé léčebny také umožňují takzvané stabilizační pobyty, kdy jsou pacienti, kteří již delší dobu abstinují, krátce hospitalizováni v léčebně pro připomenutí si důležitosti abstinence a případných rizik jejího porušení. Po dokončení ústavní tříměsíční léčby se velmi doporučuje aktivní a pravidelné doléčování, alespoň po dobu několika let. Toto doléčování může probíhat v ambulantní podobě ve specializované AT ambulanci, popřípadě v ambulanci psychiatra. Velmi vhodné je pokračovat v individuální psychoterapii, která slouží k udržování abstinence, vyrovnávání se s problémy z minulosti a podporuje konstruktivní řešení aktuálních problémů. Je vhodné, aby pacient

zvážil navštěvování Anonymních alkoholiků v místě svého bydliště. Tato svépomocná organizace je téměř ve všech větších městech v České republice a je tedy relativně dobře dostupná (Hosák & Hrdlička, 2015).

V ambulantní péči o pacienty závislé na alkoholu se často používají antidepresiva a anxiolytika, která mají mimo jiné pozitivní účinek na snížení a tím pádem i zvládnání cravingu. V případě velkého bažení po návykové látce se používají anticravingové preparáty jako akamprosát a nalmefen. Využívá se a doporučuje se i kombinace s disulfiramem, který je známý jako antabus. Při požití alkoholu s antabusem se alkohol metabolizuje na acetaldehyd, který je toxický a způsobuje dušnost, stenokardii, vzestup krevního tlaku a podobně. Antabus je využíván, aby pacient měl větší psychickou oporu, aby alkohol neužíval (Hosák & Hrdlička, 2015).

Chronické alkoholiky a toxikomany, kteří již ústavní léčbu několikrát opakovali, a přesto recidivovali, je vhodné motivovat k nástupu do terapeutické komunity. Komunita je nezdavotnické zařízení, které se zaměřuje primárně na terapeutickou a sociální péči o závislé. Běžná délka trvání pobytu v komunitě je kolem roku až roku a půl, kdy je závislý v bezpečném prostředí komunity a je mu poskytována pravidelná psychoterapie a sociální poradenství. Cílem těchto zařízení je co nejvíce ukotvit zdravé životní návyky a vytrhnout pacienta z opakovaných recidiv nastolením dlouhodobé abstinence. Výhodou je postupné znovuzачlenění pacientů do produktivního života. Pacient odcházející z komunity by měl mít dohodnuté a připravené bydlení, což u ústavní péče není podmínkou. Další důležitou součástí je chození do zaměstnání ještě v průběhu pobytu v komunitě, což umožňuje zvládnout adaptační stres a pracovní nároky v bezpečí komunitního prostoru. Velmi se také doporučuje, aby pacient po návratu z komunity zcela změnil své bydliště, aby se vyhnul rizikovým místům a kontaktům, které si vytvořil během své závislosti a které by mohly být zásadním ohrožením abstinence (Hosák & Hrdlička, 2015).

4 Diagnostika osobnosti

Osobnost se v psychologii vymezuje z hlediska tří aspektů, statického (integrace), dynamického (interakce) a společenského (směřování k cíli): je to „*individuum, chápané jako integrace k seberealizaci v interakci se svým prostředím.*“ (Říčan, 1971, str. 38). G. Allport (1937) definuje osobnost jako „*dynamické uspořádání těch psychofyzických systémů jednotlivce, které určují jeho jedinečné přizpůsobování se prostředí.*“ Popis osobnosti člověka je dán dílčími (označujícími) rysy osobnosti, jakými jsou například vznětlivost, hovornost a nespolečenská. Při snaze vytvořit vhodné metody pro diagnostiku osobnosti překročily v několika ohledech označující rysy. Primárně se snaží množství osobnostních rysů zredukovat do podoby, kdy jimi bude možné popsat velmi rozsáhlé osobnostní nastavení člověka. Zároveň byla snaha množství zredukovat do funkčního rozsahu tak, aby byly jednotlivé rysy měřitelné a dalo se s nimi snadno operovat. To je klíčové pro stanovení jejich reliability a validity, jakožto nástroje pro měření osobnostních rysů. V neposlední řadě je velmi důležitou funkcí hledat mezi jednotlivými osobnostními rysy a specifickými vzorci chování vztahy, které je možné měřit pomocí empirických výzkumů (Nolen-Hoeksema, Frederickson, & Wagenaar, 2012)

Pokud sestavujeme dostatečně rozsáhlý a prakticky použitelný soubor osobnostních rysů, je žádoucí užít obyčejného slovníku. Během výzkumů se vychází z předpokladu, že v rámci vývoje jazyka a řeči jako takové se dostatečně ustálilo označení téměř pro všechny významné aspekty odlišností mezi lidmi, jež mohou být pozorovatelné v každodenních podmínkách. Dále předpokládejme, že sestavení souboru rysů souvisí též s jazykem jako hmatatelným zdrojem kulturní zkušenosti, a tedy se slovníkem jako s fyzickým dokladem této zkušenosti v písemné podobě. S tímto přístupem ke zkoumání jazyka, který byl klíčový pro další rozvoj diagnostiky osobnosti, přišli na konci 19. století Galton a Rumelin. Na počátku 20. stol. na ně navazuje činnost Baumgara a Klagese. V roce 1936 pokračovali v této práci Allport a Odbert, kteří nakonec dospěli k seznamu 18 000 anglických slov, který byl specifický v tom, že popisoval chování. Jednalo se téměř o 5 % veškeré slovní zásoby. Výsledný seznam se pokusili zúžit na nejvíce charakteristické rysy, a to až na 4500 slov. Jejich pokračovatelé se z tohoto seznamu pokusili vytvořit systém hodnocení osobnosti jedinců. Učinili to tak, že požádali probandy o hodnocení a popis rysů u jedince, kterého dobře znali. Probandi posuzovali na sedmibodové škále, jestli je jedinec velmi přátelský, anebo vůbec není přátelský.

Raymond Cattell (1943, 1945) navázal na Allport-Odbertův seznam, který podrobil redukci na výsledných 171 položek. Získal také hodnocení pro každý rys (Deraad, 1998). Pomocí korelací mezi osobnostními rysy vytvořil 12 osobnostních faktorů, ke kterým byly přiřazeny další čtyři, jejichž smyslem bylo zastupovat rysy, které nebyly odhaleny během analýzy slovního souboru.

Hans Eysenck (1953) využil ke svému předmětu zkoumání psychiatrické hodnocení vlastností pacientů. Tímto způsobem došel ke dvěma osobnostním faktorům, a to k emoční stabilitě a emoční nestabilitě, která je označována jako neuroticismus. Postupem času přidal jako další osobnostní faktor introverzi a extraverzi, která je zaměřena na to, do jaké míry se zkoumaný člověk uchyluje do vnějšího či naopak do vnitřního světa. Introvertní jedinci v rámci této škály bývají stydliví, pasivní a tráví nejraději svůj čas sami. Pokud se dostanou do emočního napětí, nepříjemné situace až konfliktu, jejich typickou strategií je stáhnout se do sebe. Na stranu druhou extravertní jedinci jsou jejich opakem. Bývají velmi společenští a cítí se ve společnosti dobře. Zaměřují se i na povolání, ve kterých je častý kontakt s dalšími lidmi. Jejich strategií ke zvládnutí emočního stresu a konfliktu je většinou vyhledávání společnosti druhých lidí, u kterých mohou hledat podporu (Nolen-Hoeksema, Frederickson, & Wagenaar, 2012)

Neuroticismus (stabilita-nestabilita) je rozsah způsobu emocionality. V tomto kontextu hovoříme o rozdělení jedinců na ty, kteří jsou dobře přizpůsobení, klidní a stabilní vedle jedinců, kteří jsou vysoce náladoví a senzitivní, bývají velice přecitlivělí na více druhů vnějších i vnitřních podnětů, jsou velmi úzkostní a nepřizpůsobiví (Nolen-Hoeksema, Frederickson, & Wagenaar, 2012). Termín neuroticismus poprvé užit H. J. Eysenckem, který ho definoval jako geneticky podmíněnou vulnerabilitu k emoční i celkově větší psychické labilitě (nevyrovnanosti). Popisoval neuroticismus jako predispozici ke zvýšené psychické tenzi, fobiím, úzkostem a k onemocnění neurózou (Gray, 1972).

Vzhledem k předchozímu výčtu odlišných konceptualizací osobnostních rysů nelze jednoznačně, uspokojivě definovat osobnost, a to ani s užitím důsledných analytických postupů. Eysenck zastával názor tří osobnostních faktorů, Cattell došel k šestnácti osobnostním faktorům. Řada dalších výzkumníků se s těmito čísly neshoduje. Podobnou nesourodost můžeme nalézt i u konstruktů inteligence, kde také neexistuje jednoznačná shoda názorů ohledně počtu položek sytících faktory, ze kterých se inteligence skládá: například sedm Thurstonových primárních mentálních schopností,

jeden Spearmanův koeficient obecné inteligence g či 150 faktorů (Guilford, 1982). Tato nejednoznačnost vyplývá z řady faktorů spojených například se zpracováním, zda jsou k analýze určeny jiné typy údajů, například sebehodnocení a hodnocení vrstevníků. Při práci s daty také dochází k využití různých analytických metod, což samo o sobě může výsledky ovlivnit. Dalším problémem je odlišnost přístupu k dané problematice. Jemné rozdíly v popisu osobnosti přirozeně nastaví nižší nároky pro vytvoření faktoru, a vytvoří jich tedy větší množství. Snaha o nižší počet faktorů vede k jejich sloučení a sloučení příliš mnoho faktorů vede ke ztrátě důležitých rozdílů v popisu osobnosti. Eysenck preferoval sjednocení více faktorů nižšího řádu a tímto způsobem tvořil faktory obecnější. Jinak řečeno, dle některých teorií a empirických výzkumů existuje mezi některými rysy podobnost (Hřebíčková, & Urbánek, 2001). I přes tyto neshody došlo mezi výzkumníky k jakémusi konsensu. Goldberg, (1981) je nazval jako Velká pětka (Big Five). Těchto pět faktorů bylo nejprve zjištěno faktorovou analýzou Allportova a Odbertova seznamu rysů, ale i v rámci jiných studií jako například v testu osobnosti od autorů McCrae a Costy (1999).

Stále neexistuje jednotný a finální názor na interpretaci faktorů a jejich názvů. Nejčastěji jsou užívány v podobě znázorněné v tabulce 1.

Tabulka 1: Pět rysových faktorů, které byly zjištěny pomocí faktorové analýzy. Páry přidavných jmen jsou příklady rysových škál charakterizující každý z pěti faktorů (McCrae & Costa, 1987).

| Rysový faktor | Reprezentativní rysové škály |
|----------------------|--|
| Otevřenost | konvenční – originální; bojácny – odvážný; konzervativní – liberální |
| Svědomitost | bezstarostný – opatrný; nespolehlivý – spolehlivý; nedbalý – svědomitý |
| Extraverze | samotářský – společenský; tichý – mnohomluvný; nesmělý – bezprostřední |
| Přívětivost | popudlivý – dobromyslný; bezohledný – ohleduplný; sobecký – nesobecký |
| Neuroticismus | klidný – ustaraný; odolný – zranitelný; jistý – nejistý |

4.1 Vymezení a klasifikace poruch osobnosti

Coolidge a Segal (in Praško et al., 2003) uvádí, že jedním z hlavních problémů diagnostiky poruch osobnosti je neustále se proměňující trend kritérií pro diagnostiku poruch. Uvádí, že v rámci posledních 40 let se kritéria diagnostiky výrazně změnila. V nejpoužívanějších manuálech pro diagnostiku (MKN i DSM I-IV) se u poruch osobnosti měnila jména poruch, v průběhu let se některé poruchy vyřadily a jiné přejmenovaly, popřípadě byly nahrazeny novými typy.

Tabulka 2: Vývoj klasifikace poruch osobnosti podle DSM (Coolidge a Segal in Praško et al., 2003)

| DSM-I (1952) | DSM-II (1968) | DSM-III (1980) | DSM-III-R (1987) | DSM-IV (1994) |
|-------------------|------------------------|-------------------|------------------------|------------------------|
| Paranoidní | Paranoidní | Paranoidní | Paranoidní | Paranoidní |
| Schizoidní | Schizoidní | Schizoidní | Schizoidní | Schizoidní |
| Antisociální | Antisociální | Antisociální | Antisociální | Antisociální |
| Emočně nestabilní | - | Hraniční | Hraniční | Hraniční |
| Kompulzivní | Obsedantně kompulzivní | Kompulzivní | Obsedantně kompulzivní | Obsedantně kompulzivní |
| Pasivně agresivní | Pasivně agresivní | Pasivně agresivní | Pasivně agresivní | - |
| Cyklotymní | Cyklotymní | - | - | - |
| Neadekvátní | Neadekvátní | - | - | - |
| Disociální | - | - | - | - |
| Sexuální deviace | - | - | - | - |
| Závislosti | - | - | - | - |
| - | Explozivní | - | - | - |
| - | Hysterická | Histriónská | Histriónská | Histriónská |
| - | Astenická | - | - | - |
| - | - | Schizotypní | Schizotypní | Schizotypní |
| - | - | Narcistická | Narcistická | Narcistická |
| - | - | Vyhýbavá | Vyhýbavá | Vyhýbavá |
| - | - | Závislá | Závislá | Závislá |
| - | - | - | Příloha A | Příloha B |
| - | - | - | Sebebráncí | - |
| - | - | - | Sadistická | - |
| - | - | - | - | Pasivně-agresivní |
| - | - | - | - | Depresivní |

Aktuálně se při diagnostikování poruch osobnosti vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí (1992), kde jsou jednotlivé poruchy osobnosti (F 60) definovány jako hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, které se projevují specifickou reaktivitou na různé sociální a osobní životní situace. Tyto maladaptivní vzorce chování se projevují odlišnostmi od běžných reakcí, myšlení, citění a utváření vztahů. Tyto vzorce jsou stabilní v čase a mohou zahrnovat různé aspekty chování a psychologického projevu. 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.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) odpovídají poruchy osobnosti těmto kritériím:

1. „výrazně disharmonické postoje a chování, zahrnují obvykle několik oblastí funkcí, např. efektivitu, vzrušivost, kontrolu impulzivity, způsoby vnímání, myšlení a styl vztahování se k ostatním lidem;
2. abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního onemocnění;
3. vzorec abnormálního chování ovlivňuje celou osobnost a je jasně maladaptivní v širokém rozsahu osobních a sociálních situací;
4. uvedené projevy se vždy objevují během dětství nebo dospívání a pokračují do dospělosti;
5. porucha vede ke značné osobní nepohodě, což ale může být zřejmé až v pozdějším průběhu;
6. porucha je obvykle, ale ne vždy, sdružená s významným zhoršením výkonu jak v zaměstnání, tak ve společenské oblasti“.

Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) rozlišuje tyto typy specifických poruch osobnosti (F 60):

- 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 Jiné specifické poruchy osobnosti

- F 60.9 Porucha osobnosti nespecifikovaná

Podle DSM-IV (in Praško et al., 2003, str. 16) je porucha osobnosti „*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.*“

Kritéria pro hodnocení poruchy osobnosti podle MNK 10 a DSM-IV shrnuje Vágnerová (2004) do těchto bodů:

- trvalý stav, přetrvávající s určitými výkyvy celý život,
- podivné, maladaptivní, event. až hrubě rušivé chování, trpí jím sám jedinec i okolí a v jeho důsledku často vznikají konflikty,
- snížená tolerance k zátěži, neadekvátní reakce,
- nedostatečný náhled na své nepřiměřené chování, názory a postoje,
- rezistence ke změnám, neschopnost poučit se ze zkušenosti.

4.2 Metody pro měření pětifaktorového modelu osobnosti

Zájem o praktické využití pětifaktorového modelu osobnosti v poradenské, ale také v klinické praxi stoupá. Z tohoto důvodu také roste zájem o spolehlivé metody k jejich měření. Prozatím bylo publikováno několik dotazníkových metod a inventářů, které byly tvořeny pomocí sebesposuzovacích škál a krátkých vět, ve kterých se využívají primárně přídavná jména. V Evropě byl publikován a je užíván osobnostní inventář NEO (neuroticismus, extraverte a otevřenost vůči novým zkušenostem), a také dvě metody měřící pětifaktorovou strukturu osobnosti. V Holandsku byla vyvinuta metoda Five Factor Personality Inventory – FFPI (Hendriks, 1997) a také v Itálii Big Five questionnaire – BFQ (Caprara a. al., 1993).

4.3 Pětifaktorový osobnostní inventář (FFPI)

Pětifaktorový osobnostní inventář (The Five Factor Personality Inventory, FFPI) (Hendriksová, 1997) vychází ze základu modelu AB5C – the Abridged Big-Five Dimensional Circumplex (Hofstee, De Raad & Goldberg, 1992). Nespornou výhodou tohoto modelu je propojení kruhového a dimenzionálního přístupu. To umožňuje zaměřovat se i na aspekty osobnosti, které v dimenzionálním modelu nebylo možné

efektivně měřit. Jednoduchá struktura osobnosti v dimenzionálním pohledu vychází z předpokladu, že každá položka je asociována jen s jednou jedinou dimenzí. Toto se později v rámci výzkumů ukázalo jako špatný předpoklad, jelikož jednotlivé položky mohou ve skutečnosti sytit více dimenzí najednou. To se například projevuje u faktoru Svědomitost, kdy přídavná jména pozitivně korelují také s faktorem Přívětivost. AB5C model svým kruhovitým uspořádáním rysů přiřazuje dle dvou nejvyšších faktorových nábojů. Například přídavná jména jako důsledný, spolehlivý, dokonalý pozitivně sytí dimenzi Svědomitost, ale zároveň sekundárně pozitivně sytí také dimenzi Emocionální stabilita. Roztržitý, nedůsledný, nestabilní sytí primárně negativně dimenzi Svědomitost a zároveň sekundárně negativně sytí dimenzi Emocionální stabilita (McCrae, 2004).

Postup pro sestavení tohoto inventáře vycházel z toho, že přídavná jména, která vyjadřují negativní či pozitivní pól dvou dimenzí pětifaktorové struktury, byla přepsána do krátkých výstižných vět. Pro tuto fázi byla využita data osobnostně relativních sloves (De Raad et al., 1988). Jednotlivé položky inventáře jsou sestaveny ve třetí osobě jednotného čísla. To plyne z předpokladu, že ve třetí osobě jsme o sobě schopni podat objektivnější výpověď. Výhodou inventáře je, že věty jsou velmi krátké, kdy se většinou jedná o spojení dvou slov, například: „*Pomáhám jiným*“. Tvůrci tohoto testu se cíleně snaží vyhnout větám typu: „*Pomáhám jiným, kteří to potřebují*“ a výpovědím například: „*Má tendenci k ...*“ nebo „*Obvykle...*“. Cíleně se snažili vyhýbat dispozičním přídavným jménům a typovým podstatným jménům, která se v dotaznících zaměřených na zkoumání osobnosti běžně objevují. To vše z toho důvodu, aby byl inventář pro probandy srozumitelnější. Autoři totiž vycházejí z předpokladu, že pozorovatelné a konkrétní chování, které znají a charakterizuje je, mohou respondenti zhodnotit objektivněji než abstraktní přídavná jména. V rámci pilotního výzkumu bylo zjištěno, že odpovědi na takto postavené otázky jsou časově méně náročné a respondentům se s nimi lépe pracuje. Na začátku měl inventář 914 položek, ovšem konečná verze obsahuje sto položek. O způsobu selekce blíže píše Hendriksová, (1997). Každá dimenze je zastoupena dvaceti položkami, které obsahují oba póly dané dimenze. Poslední, pátá dimenze *Autonomie*, je odlišná od dimenze *Otevřenost vůči novým zkušenostem* tak, že vyjadřuje otevřenost v rozhodnutích a činech. V tabulce 3 přikládáme příklady položek z FFPI, které obsahují vysoký faktorový náboj.

Tabulka 3: Znaménko + znamená, že položka vyjadřuje kladný pól nadepsané škály a znaménko – negativní pól nadepsané škály. Jako příklad jsou vybrané položky dosahující nejvyšší faktorový náboj (Hřebíčková, M., & Urbánek, T., 2001).

| The five Factor Personality Inventory (FFPI) – příklady | | |
|---|--|-------------------------------|
| Extraverze | + lehce se spřátelí | – je nejraději sám |
| Přívětivost | + soucítí s druhými | – komanduje lidi kolem |
| Svědomitost | + má rád/a pořádek | – dělá vše na poslední chvíli |
| Emocionální stabilita | + umí ovládat své city | – budoucnost vidí černě |
| Autonomie | + obtížné situace jsou pro něho výzvou | – připojuje se k většině |

4.4 Dotazník Velká pětka (BFQ)

Takzvaná „Velká pětka“ (The Big Five Questionnaire, BFQ) je založena na sebehodnotící stupnici, která je určena k posouzení osobnostních rysů: extraverze, přívětivost, svědomitost, neuroticismus a otevřenost novým zkušenostem. Studie přirozeného jazyka jsou hlavním zdrojem modelu Velké pětky, ale analýza faktorů velké, reprezentativní a neseskupené sady anglických osobnostních přídavných jmen ve velkém vzorku byla zveřejněna ve studii Sauciera a Goldberga (1996). Autoři studie podpořili hypotézu, že nalezení „Velké pětky“ závisí na zkreslení variabilního výběru preferovaných termínů výzkumníka. Představili analýzu faktorů, která se skládala ze 435 známých přídavných jmen v kombinovaném vzorku (n = 899) 507 sebehodnocení a 392 vzájemných hodnocení. Pětifaktorové řešení vysoce korelovalo s Velkou pětkou a celkově prokazovalo velmi vysoké korelace s Goldbergovými přídavnými znaky Velké pětky. Faktor intelektu měl mírnější korelaci kvůli jeho důrazu na kreativní složky faktoru V, což je jev, který se může běžně vyskytovat u lexikálního intelektového faktoru.

4.5 Sebehodnocení a úzkost

Úzkost je pravděpodobně ústředním elementem neurotické poruchy. Během výzkumu se objevil vztah, že čím měl pacient nižší sebehodnocení, tím více sděloval fyziologické příznaky úzkosti, jako jsou například třes rukou, nervozita, nespavost, tlučení srdce, bolesti hlavy, kousání nehtů, mělké dýchání, pocení dlaní a noční můry. Lidé s nízkým sebehodnocením také častěji sdělovali, že trpí nebo v minulých 5 letech trpěli nervozitou, ztrátou apetitu, nespavostí a bolestí hlavy. Kromě těchto zmíněných psycho-fyziologických příznaků Fromm-Reichmann, (1960) doplňuje, že je úzkost manifestována narušením schopnosti myšlení a schopnosti koncentrace pozornosti, častými neobjektivními pocity nejistoty a bezmoci, emocionální a intelektuální nestálostí

a sníženou schopností efektivně komunikovat. I z tohoto pojetí úzkosti a psychických stavů se čerpá při měření sebehodnocení například v položce: „*Je pro mě těžké soustředit se na úkol či práci*“, kde se v BFQ snaží odhalit problémy s koncentrací pozornosti. Položka „*Stále pocítuji úzkost kvůli někomu nebo něčemu*“ se zaměřuje na prožívání nejistoty. „*Občas jsem se bezdůvodně stresoval z věcí, které nebyly podstatné*“ se pokouší reflektovat přílišné zaujetí svými pocity a myšlenkami. Dále záporná odpověď na položku „*Je pro mě snadné navázat rozhovor s cizími lidmi*“, se zaměřuje na možný blok v komunikaci. Tyto položky BFQ jsou blízké měření konceptu úzkosti, se kterým přišla Fromm-Reichmann. Probandi s nízkým sebehodnocením tyto problémy popisovali mnohem častěji než probandi s vysokým sebehodnocením. Z toho vyplývá otázka, zdali nízké sebehodnocení generuje úzkost nebo je úzkost zdrojem nízkého sebehodnocení. Karen Horney (2013) na základě svých klinických a teoretických zkušeností dala úzkosti ústřední význam. V jejím pohledu dává úzkost do pohybu řadu složitých psychologických událostí, které jsou mimo jiné zdrojem počátku sebepoškození a narušení vlastního vnímání. Tvrdí, že dítě si v různých nepříznivých rodinných situacích postupně vyvíjí primární strach a základ úzkostí. Aby se dítě s touto úzkostí vypořádalo, vyvíjí si mechanismy, které mu umožní vstoupit do imaginárního světa, do světa fantazie, kde si vytváří svůj idealizovaný obraz skutečnosti, který mu dává pocit síly a sebedůvěry. Tento idealizovaný obraz poté porovnává se skutečným obrazem svého já. Skutečné já je přirozeně v porovnání s idealizovaným konceptem podřadné, což vyvolává pocity nenávisť a pohrdání vůči vlastnímu já. Dalo by se předpokládat, že podobně idealizovaný obraz by vznikl také v reakci na nízké sebehodnocení, pokud by se dotyčný považoval za horší osobu než jeho okolí. Pokud by sám sebe přiřazoval na stejnou úroveň nebo vyš, pak by se tato potřeba neměla projevit.

Lidé s nízkým sebehodnocením mají častěji nestabilní úroveň sebepojetí. V extrémních případech studenti, kteří měli pravděpodobně nízkou úroveň sebehodnocení, považovali své sebepojetí za velmi stabilní, ale s odstupem času se jejich sebepojetí ukázalo jako velmi nestabilní. To by mohlo naznačovat, že lidé s nestabilním sebeobrazem jsou náchylnější k prožívání úzkosti. Sherif (1936) dokázal pozoruhodně demonstrovat, že lidská mysl dokáže zařazovat nové zkušenosti a stimuly do již existujících referenčních rámců. Z tohoto důvodu se dá předpokládat, že individuální sebepojetí je možná nejdůležitější pro způsob vnímání nových podnětů. Pokud má však člověk nejisté a nestabilní názory, postoje a vnímání sebe sama, pokud si není jistý

tím, jaký je, přichází o svůj nejdůležitější referenční rámec. Absence tohoto referenčního rámce vede v určitém smyslu k deprivaci a ke vzniku úzkosti. Tato myšlenka byla potvrzena, když probandi, kteří si byli sami sebou nejistí, referovali více o fyziologických znacích úzkosti. Vidíme, že lidé s nízkým sebehodnocením mají méně stabilní sebepojetí a lidé s méně stabilním sebepojetím mají více psychosomatických symptomů. Aby se toto tvrzení mohlo ověřit, rozdělili se probandi do skupin dle jejich emoční stability. Ukázalo se, že stabilita je spíše přispívajícím faktorem pro vztah mezi úzkostí a sebehodnocením. Prokázalo se ale, že lidé se stabilním sebepojetím pocítují menší potřebu imponovat druhým a vytvářet o sobě falešnou masku. Lidé s nízkou úrovní sebehodnocení mají větší tendenci prezentovat se skrze falešnou masku o sobě a dělat se lepšími. U této skupiny probandů se vyskytuje více manifestních symptomů úzkosti. Můžeme předpokládat, že jedním z důvodů, proč lidé s nízkým sebehodnocením projevují více úzkostných příznaků, je jejich zvýšená tendence prezentovat se v lepším světle a vytvářet o sobě falešnou představu (Rosenberg, 1965).

Trachtová (2001) v návaznosti na přijímanou představu, že sebeúcta má důležitý vliv na emoční život jedince, předpokládá, že negativní postoj vůči sobě bude zřídka přijímaný bez problémů a důsledků. Proto očekává, že lidé s nízkým sebehodnocením budou citlivější na podněty z každodenního života, které mohou svědčit o jejich nedostatečnosti, nekompetentnosti nebo zbytečnosti. Pro tyto osoby by se dal využít termín Karen Horney, že jsou velmi zranitelní. O této zranitelnosti vypovídá několik testových důkazů. Lidé s nízkým sebehodnocením jsou více citliví na vnímání kritiky vůči své osobě. Jsou velmi rozrušení, pokud se stanou terčem posměchu, obviňování nebo kritiky. Je mnohem pravděpodobnější, že se budou cítit špatně, když na ně bude mít jejich okolí negativní názor. Mají tendenci být více rozrušení, pokud se dostanou do situace, že se jim nedaří, co si vzali na starost, nebo například když si uvědomí nějakou svou chybu či nedostatek. V rámci výzkumu je jejich ošetřovatelský personál hodnotil jako citlivé a snadno zranitelné. Lidé, kteří jsou takto více zranitelní, prožívají vyšší úroveň úzkosti oproti ostatní populaci.

Podobně i ve výzkumu realizovaném Gerberem (2008), kdy studenti, kteří byli označeni jako velmi citliví, projevovali široké spektrum psychosomatických symptomů v porovnání s těmi, kteří nebyli citliví na kritiku ze svého okolí. Stejně tak lidé, kteří byli citliví na názor okolí a rozrušení strachem ze selhání nebo nějakým svým nedostatkem, referovali větší množství psychosomatických symptomů. U adolescentů s negativním

sebepojetím se mohou vyvinout dvě strategie pro zvládnání tohoto problému. Jednou z nich je ústup do imaginárního/nereálného světa, kde se jedinec může považovat nebo je považován za hodnotného, druhou je vytváření falešné představy sebe sama o vlastní hodnotě. Jeden z důsledků těchto neurotických řešení je rozvoj pocitu izolace a samoty, protože ani v imaginárním světě ani před svým okolím, kde se nachází, se nemůže naplno, svobodně a spontánně projevovat. Z tohoto důvodu by se u těchto osob dala předpokládat zkušenost s pocitem samoty. Z šetření se prokázalo, že pouze 35 % dotazovaných studentů s nízkým sebehodnocením odpovědělo, že se necítí osamoceni. U osob s vysokým sebehodnocením prožívá pocitu výrazné samoty pouze 1 %, 13 % dotazovaných zažívá samotu na nízké úrovni, zbylých 86 % pocitu samoty nereferovalo vůbec. Osoby s nízkým sebehodnocením nemohou jednoduše zařadit své okolí do svých imaginárních světů. Hůře se jim komunikuje, méně sdílejí pocitu, nápady atd. Pocitu osamocení a reálná větší izolace vede k nedostatku sociální podpory, takže se dotyčný může cítit o to zranitelněji, jelikož nemá s kým sdílet své obtíže, což dále vede ke zvýšení úzkosti. Je přinucen hrozbám, nepříjemnostem a výzvám čelit sám bez podpory přátel a rodiny. To může vyvolávat velký pocit ohrožení a pocitu úzkosti. Výzkum skutečně potvrdil, že studenti, kteří se cítí osamělí a izolovaní, manifestují více fyziologických symptomů úzkosti. Žádný z výše zmíněných faktorů naplno nevystihuje vztah mezi sebehodnocením a úzkostí, ale značně k němu přispívá. Zároveň se velmi obtížně, vzhledem k omezenému počtu případů, kontrolují všechny zmíněné faktory. Je nutno podotknout, že větší vliv má souhrn výše zmíněných „*vysvětlujících*“ faktorů, než kdybychom posuzovali všechny vysvětlující proměnné individuálně. Z toho lze předpokládat, že z nějaké části se tyto proměnné prolínají. Například pokud se zaměříme na zvýšenou citlivost na kritiku, tak se částečně překrývá se vztahem k sobě a k psychosomatickým symptomům. Nemůžeme s jistotou říci, že citlivost na kritiku zároveň nereflektuje nestabilitu sebehodnocení nebo pocitu psychické osamělosti. S jistotou lze říci, že všechny zde zmíněné proměnné jsou vzájemně propojené a ovlivňují psychosomatické symptomy a sebehodnocení. Na závěr lze konstatovat, že čtyři faktory propojené se sebehodnocením, které mohou být spojené s rozvojem úzkosti, jsou: nestabilita vlastního sebeobrazu, sebehodnocení, zranitelnost a pocitu osamělosti/izolace. Sebehodnocení je propojené se všemi těmito faktory a každý faktor byl propojený s rozvojem a množstvím psychosomatických symptomů úzkosti. Pokud byl některý z těchto faktorů eliminován, vztah sebehodnocení a úzkosti byl oslaben. To by mohlo znamenat, že tyto čtyři faktory v určité míře sytí vztah mezi úzkostí a sebehodnocením. Na základě těchto výsledků se dá předpokládat, že nízké

sebehodnocení je samo o sobě psychicky nepříznivým stavem, ale má také tendenci uvádět do pohybu sled událostí, které postupem času vedou k výraznějším projevům úzkosti (Rosenberg, 1965).

4.6 Hodnocení pětifaktorového modelu osobnosti

Mnoho prací (Caprara & Perugini, 1991a; Digman, 1990; John, 1990; John, Angleitner & Ostendorf, 1988; McCrae & John, 1992; Wiggins & Pincus, 1992) dokázalo pomocí lexikálního přístupu dojít k pětifaktorovému modelu osobnosti. Autoři identifikovali stejné faktory pojmenované jako *Extraverze/Introverze*; *Prívětivost/Hostilita*; *Svědomitost*; *Neuroticismus/Emoční stabilita*; *Otevřenost novým zkušenostem*. Jejich alternativní verze vznikly jazykovou analýzou adjektiv napříč rozdílnými jazyky, aby byly jazykově výstižnější než jejich doslovné překlady. Rozdílných výsledků se dosáhlo pomocí technik extrakce a rotace faktorů, změnami charakteristik vzorku (pohlaví, věk) a změnami v postupech získávání dat (sebeuposuzování/hodnocení okolí). Roli mohly hrát také rozdíly v kulturách, ve kterých byly výzkumy realizovány (USA, Německo, Itálie, Nizozemsko, Tchaj-wan). Výsledky mnoha studií nicméně potvrzují přítomnost stejných pěti faktorů používaných k hodnocení osobnosti. Výsledky výzkumu jednotlivých faktorů nebo jejich propojení (jako například v Eysenckově dotazníku EPQ, Comreyově CPS a Cattellově šestnáctifaktorovém dotazníku) podporují pětifaktorový přístup ke struktuře osobnosti (FFM) (Boyle, 1989; Krug & Johns, 1986; McCrae, 1989; McCrae & Costa, 1985). Existují i studie (Hahn & Comrey, 1992; Zuckerman, Kuhlman & Camac, 1988), které docházejí k jiným výsledkům, i přesto se však systém FFM vytvořený McCraem a Costou (1989) používá jako rámec pro hodnocení ostatních osobnostních systémů a jejich dimenzí. Pokud není Velká pětka jediným správným a celistvým osobnostním systémem, tak je přinejmenším na podobné úrovni s Eysenckovými faktory (Powell & Royce, 1981; Eysenck, 1991), a může poskytovat vhodný rámec pro orientaci, výzkum a hodnocení v psychologii osobnosti. Jak poznamenal Briggs (1992), nejběžnějším způsobem hodnocení FFM je seznam unipolárních nebo bipolárních přídavných jmen. To není nijak překvapivé vzhledem k tomu, že FFM má svůj původ v hodnocení vlastností a struktury charakteristických adjektiv. Ty mají výhodu v jejich přímém propojení jako popisné sady vlastností s chováním, které mohou být propojené skrz „*lexikální hypotézu*“ a snadno ekonomicky zpracované (Cattell, 1943). Ovšem mají tu nevýhodu, že k některým prvkům

osobnosti jsou zcela slepé (Briggs, 1992). Vlastní hodnocení může zvýšit přesnost a rozmanitost dat k popisu osobnosti. Ve srovnání s počtem seznamů adjektiv dostupných pro měření FFM získaly široké renomé pouze dva dotazníky výslovně vyvinuté pro tento účel, a to NEO Personality Inventory (NEO-PI: Costa & McCrae, 1985; Costa, McCrae & Dye, 1991) a Hoganův osobnostní inventář (HPI: Hogan, 1986). Přestože lze pět faktorů detekovat v řadě dalších inventářů (Briggs, 1992; Ostendorf & Angleitner, 1992, aj.), nemohou být správně považována za měření FFM. První verze NEO-PI se skládala ze 181 prohlášení uspořádaných do 5 hlavních škál a 18 subškál, které jsou sestaveny tak, aby byly schopné zachytit specifitější aspekty Neuroticismu, Extraverze a Otevřenosti vůči nové zkušenosti. Novější verze inventáře obsahovala pouze dvanáct specifitějších subškál, také pro faktory Přívětivost a Svědomitost (Costa et al., 1991).

Hoganův osobnostní dotazník se skládal z 310 položek a zaměřoval se na měření šesti škál, a to na *Inteligenci, Přizpůsobivost, Snahu se zalíbit, Prozíravost, Ambice/Touhy a Společenskost*. Z praktických důvodů Hogan rozdělil Extraverzi do dvou komponent, a to do Ambicí a Společenskosti, ale zdá se, že poukazují na stejný skrytý faktor (Goldberg, 1992). Každá škála je organizována do několika různých subškál, celkem do 43, zaměřených stejně jako NEO-PI. Oba dotazníky sdílejí stejný přístup dedukce ke složení škál a hierarchickému přístupu ke složení dimenzí osobnosti (Caprara et. al., 1992).

Jak poznamenává Briggs (1992), výhodou NEO-PI je konstruktová validita testovaná napříč různými druhy pozorování (vlastní sebehodnocení a hodnocení okolí). Další výhodou NEO-PI je odlišný způsob měření FFM jako seznamu přídavných jmen, což mu umožňuje měřit i alternativní systémy struktury osobnosti. Hoganův dotazník je užitečný svou schopností předpovídat pracovní výkon navzdory tomu, že struktura měřených faktorů, která je založená na analýze subškál, je pouze částečná jako u FFM, a její nižší dimenze nejsou proto vždy spojené s měřeným faktorem. Z tohoto důvodu je Hoganův dotazník považován za hrubší měření pětifaktorového modelu osobnosti než NEO-PI (Briggs, 1992).

4.7 Struktura osobnosti u závislých

Depresivní a závislá struktura osobnosti si jsou v mnohém podobné. U obou struktur osobnosti se jedinci nedokážou dostatečně prosadit, nejsou schopni se efektivně vymezit a hlídat si své hranice, z čehož plyne, že jsou nadměrně přizpůsobiví. V případě, že se dotyčný dostane do konfliktu, depresivní osobnost má tendenci reagovat spíše pasivně, což je většinou nereagováním a ústupem do izolace. Závislá osobnost reaguje nadměrným přizpůsobením se. Hospitalizovaní pacienti v rámci léčby látkových závislostí mají nejčastěji závislou strukturu osobnosti. Typické pro ně je, že se nechají snadno vykořisťovat, neumějí říkat ne, pasují se do role oběti, jsou ochotni se nadměrně přizpůsobovat a často se stávají terčem šikany. Mají tendenci vybírat si dominantní partnery, nedokážou vést smysluplný konflikt, nesnášejí samotu, snadno se urazí, nemívají vlastní životní cíle, bývají nerozhodní, v rozhodování většinou pasivní, potřebují pochvalu (například od rodiny, nadřízeného, partnera), mají dobrý cit pro odhad potřeb druhých, mají tendenci si upírat vlastní zásluhy a pocítují čím dál zřetelněji vztek na to, že jejich okolí nevnímá jejich potřeby jako rovnocenné. Zlost se snaží co nejvíce vytěšňovat, aby navenek působili klidně, přátelsky a měli své chování pod kontrolou. Zlost popírají nebo ji dusí v sobě a nenechají ji projevit. Když se jim to někdy nepodaří a jejich emoce vybuchnou, zpravidla to bývá na nevhodném místě a na nevhodné lidi. Začnou se u nich poté objevovat pocity viny, že nejsou schopni se dostatečně ovládat a ztratili vůči okolí svou vyrovnanou tvář. Hned ale zapadnou zpět do své role, opět se všemu a všem podřizují, dusí v sobě vztek a dostávají se do začarovaného kruhu, ze kterého se jim nedaří vystoupit a utíkají před konflikty. V anamnéze těchto pacientů se nezdá, že by se objevuje problematika zneužívání v různých formách. Příkladem je emoční zneužívání rodičem, který si z dítěte dělal náhradního partnera a ono muselo dostát jeho očekávání. Tyto děti musely většinou plnit nepříjemné role, které jim nenáležely (jako například naslouchat dospělým starostem rodičů, často hlídat mladšího sourozence atd.). Je možné, že tímto vlivem si dostatečně nerozvinuly schopnost rozpoznávat vlastní potřeby nebo se je vůbec nenaučily naplňovat, místo toho naplňují pouze potřeby druhých. Od své rodiny dostávají sdělení: *„Máš hodnotu, když se chováš, tak jak chceme a děláš všechno pro druhé.“* (Röhr, 2015).

Návyková látka může poté působit jako způsob vyrovnávání se s vnitřními nedostatky, pocity méněcennosti a vztekem. Mnoho potlačeného vzteku vyvolává přirozeně v těchto lidech spoustu napětí. Alkohol v tomto případě může fungovat jako

způsob ke zklidnění a snížení péče o potřeby druhých. Je to způsob, jak se na chvíli vymanit ze vzteku na partnerku, rodiče, nadřízeného a ze všech situací, kdy se cítí nedocenení a využívání. Problémové jsou časté úzkosti, které jsou pro závislou osobu typické. Často se objevují obavy ze selhání, neúspěchu, pocity neschopnosti atd. Návyková látka pro závislé poté funguje jako anxiolytikum a tyto obavy snižuje. To jim poté může umožnit udělat kroky, ke kterým by například bez alkoholu neměli odvahu (třeba říct partnerce, co se jim ve vztahu nelíbí). Velmi nízká schopnost plnohodnotně naplňovat svoje potřeby je zdrojem velké frustrace, ztráty životního smyslu, závidění a vzteku. Tyto pocity bývají velmi silné, a proto jsou otupovány návykovými látkami. Tímto způsobem se poté upevňuje zvládací mechanismus v podobě konzumace návykové látky, který se stává čím dál více využívaný (Röhr, 2015).

Při výzkumu osobnostních charakteristik lidí trpících alkoholovou závislostí se došlo k výsledku, že osobnost nadměrných uživatelů alkoholu je často nezdrženlivá, impulzivní a nejistá. Tyto osobnostní předpoklady značně zvyšují pravděpodobnost rozvoje abúzu alkoholu či jiné látky. Zároveň se nedá říct, že lidé s takovouto strukturou osobnosti by byli nutně vždy závislí, ale mají větší předpoklady pro rozvoj onemocnění. Jistá labilita spolu s nedostatečnými strategiemi pro zvládání náročných situací a samota jsou rovněž predispozice pro rozvoj závislostního chování, ale nepodmiňují ho (Nociar, 1991).

Neexistuje jednoznačný soubor predispozic, díky kterým by se dal spolehlivě předpovídat rozvoj závislosti. Jsou ale popsány charakteristické vlastnosti osobnosti, které mohou částečně předvídat ohroženější jedince, kteří budou mít tendence k většímu experimentování a případné ohrožení vznikem závislosti. Těmito charakteristickými vlastnostmi jsou například nízká frustrační tolerance, emoční nezralost, iritabilita, nejistota, slabá vůle, tendence k impulzivnímu chování. Závislostí jsou obzvláště ohroženi ti, kteří mají tendenci podceňovat rizika a vyžadovat okamžité a lehce získané uspokojení svých potřeb. Cloninger, (1987) se zaměřením na jednotlivé temperamentové vlastnosti rozdělil osobnosti na 4 typy ohrožených jedinců:

1. **Vyhýbání se nebezpečí (harm avoidance):** lidé, kteří dosahují v této vlastnosti vysokého skóre, mají tendenci k vyhýbání se nepříjemným situacím a konfliktům. Ve svém životě a projevu jsou často pasivní a nedokážou se efektivně projevit. Nechávací se ochromit teoretickými katastrofickými scénáři, a proto raději volí

nedělat nic, aby se vyhnuli selhání. Lidé s vysokým skóre jsou naopak pozitivně a optimisticky ladění, aktivní.

2. **Odolnost (perzistence):** osoby s vysokým skóre odolnosti bývají cílevědomé a pracovité, objevují se u nich ambice k úspěšné kariéře a tendence k dosažení vysokoškolského vzdělání. Nízký skóre u této vlastnosti je naopak spojen s leností, nízkou perspektivou do budoucnosti a pohodlností.
3. **Vyhledávání nového (novelty seeking):** lidé s vysokým skóre mají tendenci k riskantnímu chování, jsou impulzivní a často mění své postoje. Je s tím také spojena určitá nedisciplinovanost. Osoby s touto vlastností bývají nejčastěji uživateli návykových látek.
4. **Závislost na odměně (reward dependence):** Osoby s nízkým skóre jsou citově chladné, praktické a nenechávají se ovlivnit emocemi. Naopak vysoký skóre je spojený s citlivostí na sociální kontakt, tendencí pomáhat druhým, potřebou pochvaly a uznání od svého okolí.

U drogově závislých pacientů bývá pozorováno propojení těchto charakteristických vlastností osobnosti. Vyhybání se nebezpečí/bolesti bývá spojené s tendencí k vyhledávání nového. Nízká odolnost na stresové podněty bývá propojená s nízkou závislostí na sociální odměně. Lze se domnívat, že tyto charakterové vlastnosti jsou v čase stabilní a pravděpodobně i geneticky determinované. Nebezpečí brzkého užívání návykových látek je v korelaci s rozvojem závislosti v pozdějším věku. Je to způsobeno změnou reaktivity dopaminergních neuronů (konkrétně v centrálním uzlu systému odměny, tj. nucleus accumbens) na psychoaktivní látku. Pacienti léčící se se závislostí na návykových látkách mívají psychické problémy v podobě neurotických projevů, jako je například emoční nestabilita, plachost a vztahovačnost. Také se u nich projevují typické projevy osobnosti jako agresivita, hyperaktivita, tendence k impulzivnímu chování a zvýšená dráždivost. Větší riziko rozvoje závislosti je také spojené s kombinací užívání návykových látek v rámci rodiny, nejvýznamněji u rodičů, a afektivní lability či poruch chování v rodině (Hosák & Hrdlička, 2015).

Výzkumná část

5 Metoda

5.1 Stanovení hypotéz

Závislost na alkoholu

Hypotéza 1: Existuje signifikantně pozitivní asociace mezi nízkým sebevědomím a vysokým neuroticismem a závislostí na alkoholu.

Hypotéza 2: Existuje signifikantně pozitivní asociace mezi nízkým sebevědomím a nízkým neuroticismem a rozvojem závislosti na alkoholu.

Hypotéza 3: Vysoká míra sebevědomí a nízká míra neuroticismu souvisí se signifikantně nízkou mírou se závislostí na alkoholu.

Hypotéza 4: Existuje statisticky významný vztah mezi vysokým sebevědomím a vysokým neuroticismem a závislostí na alkoholu.

Závislost na kouření

Hypotéza 5: Existuje signifikantně pozitivní asociace mezi nízkým sebevědomím a vysokým neuroticismem a závislostí na tabáku.

Hypotéza 6: Existuje signifikantně pozitivní asociace mezi nízkým sebevědomím a nízkým neuroticismem a rozvojem závislosti na tabáku.

Hypotéza 7: Vysoká míra sebevědomí a nízká míra neuroticismu souvisí se signifikantně nízkou mírou se závislostí na tabáku.

Hypotéza 8: Existuje statisticky významný vztah mezi vysokým sebevědomím, vysokým neuroticismem a závislostí na tabáku.

U hypotéz 4 a 8 očekáváme, že se statisticky významný vztah neobjeví. Nicméně pro dodržení standardního postupu, že alternativní hypotéza předpokládá signifikantní rozdíl či vztah, kdežto nulová hypotéza předpokládá žádný či zanedbatelný rozdíl či vztah, jsme se rozhodli formulovat hypotézy tímto způsobem, abychom je mohli lépe ověřit.

5.2 Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)

Nástroj sestrojil v roce 1965 Morris Rosenberg. Tento konstrukt nám umožňuje získat informace o celkovém sebehodnocení respondenta (respekt vůči sobě, sebezpřijetí, sebeúcta). Primárně se tato metoda zaměřovala na měření sebehodnocení u adolescentů. Později se ale měření začalo soustředit i na další věkové skupiny (Huang & Dong, 2012).

Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES) je pravděpodobně nejrozšířenější nástroj pro měření sebehodnocení. O tom svědčí překlad této metody do 28 světových jazyků (Schmitt & Allik, 2005). Skládá se z pěti pozitivních a pěti negativních prohlášení o sobě. Pro měření je využita čtyřbodová Likertova škála sahající od "*Silně souhlasím*" (1) do "*Silně nesouhlasím*" (4). Vyšší skóre svědčí o vyšším sebehodnocení. Pro výzkum sebehodnocení byl využit překlad Rosenbergovy škály od Blatného a Osecké (1994). V této studii Cronbachova alfa nabývala hodnot 0,83.

Tento nástroj se stal populárním zejména kvůli jeho snadné a rychlé administraci, která by v průměru neměla přesahovat 5 minut. Pro vyplňování se využívá metoda „*tužka-papír*“, ale test lze administrovat i online. Dá se zadat respondentům jednotlivě i skupinově. Pro hodnocení statistické analýzy budeme zohledňovat následující body Rosenbergovy škály sebehodnocení dle Halamy a Bieščada (2006):

1. Celkový skór vypovídá o míře sebehodnocení respondenta. Čím vyšších hodnot tedy dosahuje, tím se pokládá za hodnotnějšího člověka. Takový člověk si bude vědom svých nedostatků a svých předností. Oproti tomu nízký skór bude vypovídat o tom, že respondent má nízkou sebeúctu, považuje se za méněcenného, nedostatečného a zlého. Autoři uvádějí, že hodnoty vypovídající o vysokém sebehodnocení mají nižší vypovídací hodnotu oproti středním či nízkým skórum.
2. V případě sebesnižování se jedná o negativní sebehodnocení jako je například položka: „*Někdy si myslím, že jsem naprosto neschopný*“.
3. Sebeúcta jako faktor představuje pozitivní sebehodnocení a lze ji charakterizovat jako pozitivní tvrzení o sobě, například: „*Myslím, že mám řadu dobrých vlastností*“.

Výzkum Mullana a NicGabhainna (2002), jejichž vzorek byl tvořen 7706 respondenty, dává do souvislosti zdravotně rizikové chování s úrovní sebehodnocení u irské mládeže. Do rizikového chování je zahrnuto pití alkoholu, užívání drog a kouření

tabákových výrobků. Z těchto dat nevyplývá, že by nízké sebehodnocení mohlo být propojené se zdravotně rizikovým chováním. Korelace sebehodnocení se zdravotně rizikovým chováním nenabývaly signifikantních hodnot, nedosahovaly na hladině významnosti $p < 0,001$ ani $0,30$. Zvláštnost tohoto výzkumu tkví v tom, že výsledky sebehodnocení irských studentů byly velmi homogenní. Jen málo respondentů se pohybovalo v oblasti vysokého nebo nízkého sebehodnocení. Tento nedostatek rozptylu může dle autorů vysvětlit, proč se nenašla souvislost mezi rizikovým chováním a sebehodnocením.

V rámci školní dotazníkové studie Suchá (2014) provedla analýzu vztahu mezi zdravotně rizikovým chováním a sebehodnocením. Zjistila, že studenti, kteří zažívají šikanu, mají sklony ke sebesnižování a jejich celkové sebehodnocení nebude dosahovat vysokého skóru. Kladný asociační vztah byl nalezen mezi sebesnižováním a abúzem ($r = 0.11$). Výsledky naznačují, že studenti s nízkým sebehodnocením a s tendencí se sebesnižovat budou mít větší pravděpodobnost rozvoje škodlivého užívání v budoucnosti.

Na závěr můžeme říci, že i přes jeho jednoduchost a stručnost (pouze 10 položek) nám Rosenbergův dotazník může poskytnout základní informace o sebehodnocení respondenta a také pomoci rozhodnout, zda jeho sebehodnocení míří spíš do pozitivního či negativního ladění. Vyšší tendence k rizikovému chování může mít negativní dopad na respondentovo sebehodnocení. Vysoká míra pozitivního sebehodnocení může tedy působit jako protektivní faktor, který způsobuje větší přizpůsobení se ve společnosti a vytváří předpoklad, že dotyčný bude více chválen, méně kárán a jeho celkové sebehodnocení bude vyšší (Skopal & Suchá, 2014).

5.3 Dotazník CAGE

V současné době je v praxi užíváno několik screeningových dotazníků na odhalení míry problémů souvisejících s užíváním alkoholu. Mezi kratší dotazníky patří dotazník CAGE o 4 otázkách a jednoduchém bodování (viz. tabulka 4). Délka trvání administrace dotazníku je odhadována na cca 1 minutu. Dotazník CAGE je administrován pacientům v průběhu odebírání anamnézy, a to ještě před položením dotazů na frekvenci pití alkoholu a množství alkoholu vypité v typický den. Dotazník je díky své jednoduchosti a stručnosti vhodný zejména do klinického prostředí primární péče (Malinovská et. al., 2021). Až po administraci dotazníku se doplňují otázky na typickou

denní spotřebu alkoholu, spotřebu alkoholu za týden (např. k odhalení nárazového víkendového pití), frekvenci pití alkoholu a zvyklosti/charakter pití alkoholu například nárazové pití, tzv. binge drinking, tj. 4 a více skleniček při jedné příležitosti, kdy jednou skleničkou se rozumí 0,5 l piva, 2 dl vína nebo 40 ml tvrdého alkoholu).

Tabulka 4: ©Dr. John Ewing (Bowles Center for Alcohol Studies, University of North Carolina at Chapel Hill), český překlad <https://www.adiktologie.cz/screeningovy-dotaznik-cage>.

| | |
|----------------|--|
| C (cut down): | Cítil jste někdy potřebu své pití snížit? |
| A (angry): | Jsou lidé ve vašem okolí podráždění a kritizují vaše pití? |
| G (guilty) | Měl jste někdy kvůli pití špatné pocity nebo pocity viny? |
| E (eye-opener) | Pil jste někdy alkohol ihned po ránu, abyste se uklidnil nebo se zbavil kocoviny (tzv. ranní doušky) |

Dle původních doporučení je v dotazníku klinicky signifikantní skóre 2 a více. Pro zachycení všech potenciálně rizikových pacientů se však doporučuje screening považovat za pozitivní již při dosažení skóre 1 a více. Orientačně skóre 1 ukazuje možné ohrožení, skóre 2 podezření na závislost a skóre 3 a více vysokou pravděpodobnost závislosti na alkoholu (Malinovská et. al., 2021).

Dotazník CAGE představuje v první řadě klinický nástroj, nicméně z výzkumného hlediska se skór vyšší než 1 ukazuje jako významný prediktor možné závislosti u všech zkoumaných populací (Fiellin et al., 2000).

Využití dotazníku CAGE v klinické praxi a hranice skóru 1 jako významného prediktoru závislosti doporučuje i jiná studie, ve které více rozpracovávají další získané skóry. V dotazníku CAGE se již skóre > 1 považuje za signifikantní ukazatel problémového pití. Dvě kladné odpovědi znamenají přítomnost problému s alkoholem a podezření, že by se o závislost na alkoholu mohlo jednat, a to s 72% pravděpodobností, a 3 – 4 kladné odpovědi v dotazníku znamenají velmi vysokou pravděpodobnost, a to 88procentní, že je člověk na alkoholu závislý (Buchsbaum et al., 1991).

5.4 Charakteristiky výzkumného souboru a postup sběru dat

Pro tuto práci jsme čerpali údaje z české populace ve věkovém rozmezí 18 až 97 let. Tyto údaje byly shromážděny za pomoci anonymního online průzkumu během prvního uzavření z důvodu koronavirových opatření v dubnu 2020, v období první vlny pandemie Covid-19. Tento online průzkum byl vytvořen v Institutu sociálního zdraví v Olomouci (OUSHI). Distribuci těchto dotazníků zprostředkovala profesionální agentura takovým způsobem, aby bylo dosaženo maximálně vyváženého vzorku obzvláště v kategoriích věku a pohlaví. Ve snaze zajistit vysokou kvalitu získaných dat byly vyloučeny následující druhy získaných odpovědí:

1. odpovědi získané od respondentů, kteří potřebovali k vyplnění celého šetření extrémně malé množství času (tj. méně než 10 minut pro vyplnění dotazníku, který by měl trvat kolem 45 minut) takto získaná data plnohodnotně neumožňovala respondentům zamyslet se nad otázkou a pravdivě odpovědět;
2. jednotvárný způsob odpovědí.

Po odstranění dat, která byla nevěrohodná, popřípadě v jiném smyslu problematická, následoval další krok zpracování dat. Ten zahrnoval vyřazení respondentů, kteří vykazovali uniformní způsob odpovídání. Přesněji řečeno, pokud byly odpovědi respondentů stejné napříč různými dotazníky. Po vyřazení těchto respondentů ($n = 13$) výzkumný soubor dohromady čítal 1172 subjektů (Věk: $M = 49.51$, $SD = 16.68$, Muži: 46 %). Vzorek byl genderově téměř zcela vyrovnaný. Část datového souboru využitého v této studii byla použita i jinými výzkumy (Jaksinova, 2021; Sandora, 2021; Zidkova, 2021).

Všichni dotazovaní dostali k dispozici materiály, ve kterých byly podrobně popsány informace o cíli výzkumu a písemné vyjádření o způsobu anonymního zpracování získaných dat. Dále byli seznámeni se způsobem sběru dat. Všichni probandi dostali informaci o tom, že účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Probandi měli v průběhu celého dotazníkového šetření možnost svou účast kdykoli bez postihu a nutnosti uvést důvod ukončit. Všichni probandi museli před začátkem dotazníkového šetření vyjádřit svůj souhlas s účastí ve výzkumu. Průběh a návrh tohoto výzkumu byl schválen etickou komisí Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (č. 2020/06).

5.5 Diagnostické nástroje a psychometrické charakteristiky

Statistická analýza dat byla realizována v programátorském softwaru R (Version 4.0.3; R Core Team, 2021) s využitím knihoven *papaja* (Aust & Barth, 2020) *psych* (Revelle, 2020) a *usf* (Peters, 2020) a dalších.

5.5.1 CAGE

Cut-off, použitý pro klasifikaci respondenta jako závislého, vycházel ze studie Taner a Guvenis (2001), kteří na základě Youdenova indexu a dalších metrik stanovili hodnotu hrubého skóru 1 jako optimální kompromis mezi specificitou a sensitivitou. K exploraci rozdílů mezi jednotlivými sociodemografickými skupinami byly vytvořeny dvě kompozitní proměnné, jejichž skór tvořil součet kladných odpovědí na položky dotazníku CAGE. Důvodem vytvoření dvou kompozitních proměnných namísto jedné bylo odlišné znění dvou sad položek, z nichž jedna měřila závislost na alkoholu, zatímco druhá závislost na kouření.

Dotazník CAGE je užitečný nástroj k identifikaci problémů s alkoholem především v klinické praxi, kdy je omezený čas a je potřeba udělat rychlý screening. Slovo CAGE je akronym složený z anglických slovních spojení vyjadřujících jednotlivé příznaky, na které se dotazník CAGE zaměřuje (Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling a Eye-openers). Hlavním důvodem, proč byl využit tento nástroj, je jeho vysoká klinická senzitivita (průměrně 0,71) a specifita (0,9) (Dhalla & Kopec, 2007). Velkou výhodou je zároveň stručnost a rychlá administrace (cca 1 minuta). Pro klinické použití se předpokládá potvrzení pozitivního výsledku dalšími diagnostickými nástroji.

5.5.2 Big five – subškála neuroticismu (BFI_N)

Škála BFI-N vykazovala vysokou úroveň vnitřní konzistence: $\alpha = 0.87$; 95 % CI [0.85 – 0.88], $\omega_t = 0.87$; 95 % CI [0.85 – 0.88]. Pro účely statistické analýzy bylo hrubé skóre BFI_N dichotomizováno na základně kvartilů následujícím způsobem: respondenti dosahující hodnot BFI_N vyšších než Q3 byli označeni jako „lidé s nadprůměrnou mírou neuroticismu“. Naopak probandi dosahující skóru nižšího než Q1 byly označeni jako „lidé s podprůměrnou mírou neuroticismu“. Pokusné osoby dosahujících středových hodnot BFI_N nebyly do analýz zahrnuty.

5.5.3 *Rosenbergova škála sebehodnocení*

Rosenbergův dotazník sebehodnocení dosahoval vysokých hodnot spolehlivosti: $\alpha = 0.86$; 95 % CI [0.85 – 0.88], $\omega_t = 0.86$; 95 % CI [0.85 – 0.88]. Pro účely statistické analýzy bylo hrubé skóre RSES dichotomizováno na základě kvartilů následujícím způsobem: respondenti dosahující hodnot RSES vyšších než Q3 byli označeni jako „*lidé s nadprůměrnou mírou sebehodnocení*“. Naopak probandi dosahující skóru nižšího než Q1 byli označeni jako „*lidé s podprůměrným sebehodnocením*“. Pokusné osoby dosahující středových hodnot RSES nebyly do analýz zahrnuty.

5.5.4 *Kombinované proměnné*

Na základě dichotomizovaných proměnných z BFI_N a RSES byly vytvořeny čtyři kategorie respondentů:

- 1) nadprůměrné sebehodnocení a podprůměrný neuroticismus;
- 2) nadprůměrné sebehodnocení a nadprůměrný neuroticismus;
- 3) podprůměrné sebehodnocení a podprůměrný neuroticismus;
- 4) podprůměrné sebehodnocení a nadprůměrný neuroticismus.

Tyto proměnné byly následně využity k verifikaci hypotéz této studie.

5.6 Statistická analýza dat

Analýza dat zahrnovala jak deskriptivní, tak inferenční statistické procedury. Před samotnou analýzou dat byly otestovány předpoklady statistických metod. Jako první byla vyšetřena homogenita rozptylu. Výsledky Breusch-Paganova testu ($\chi^2 = 4.21, df = 1, p = 0.040$) naznačily heteroskedasticitu rozptylu sledovaných proměnných. Náhodnost chybějících údajů byla prověřena MCAR testem. Výsledky tohoto testu odhalily, že hypotézu týkající se náhodnosti chybějících dat nebylo možné zamítnout. Z tohoto důvodu byla podpořena alternativní hypotéza předpokládající, že hodnoty chybí v datasetu náhodným způsobem. Tyto chybějící hodnoty bylo tudíž možné z datasetu vyloučit například listwise metodou či alternativně hodnoty imputovat např. mnohonásobnou imputací. První zmíněná metoda byla zvolena z následujícího důvodu: postulované hypotézy této studie předpokládaly, že míra vztahu mezi proměnnými bude střední až vysoká. Z tohoto důvodu se dalo očekávat, že statistická síla bude dostatečná, a nebude tak třeba chybějící hodnoty imputovat.

V dalším kroku byla otestována normalita rozložení hrubého skóru dotazníků BFI_N a RSES. Statisticky významné hodnoty Shapiro-Wilkova testu u RSES ($W = 0.99, p < .001$) i BFI_N ($W = 0.99, p < .001$) indikovaly, že hypotéza předpokládající normalitu rozložení může být u obou proměnných zamítnuta. Toto byl jeden z hlavních důvodů, proč k inferenčním statistickým operacím byly použity neparametrické statistické metody. Spearmanův koeficient pořadové korelace non-parciálního řádu byl použit k examinaci vztahů mezi vybranými proměnnými.

K testování rozdílů mezi sociodemografickými skupinami u dvou kompozitních proměnných, neuroticismu a sebehodnocení, byla použita non-parametrická alternativa analýzy rozptylu: Kruskal-Wallisův test. V případě, že tento test indikoval statisticky významný rozdíl mezi skupinami, byly následně využity dva post-hoc testy: Dunnův test a Games-Howellův test. Druhý zmíněný test byl použit v případě, že mezi skupinami byl zjištěn statisticky významný rozdíl v distribuci rozptylu, tj. heteroskedasticita. Míra efektu u post-hoc testů byla odhadnuta prostřednictvím Varghayova a Delaneyova testu \hat{A} (Vargha & Delan, 2000). Hodnoty míry efektu vyjádřené \hat{A} je možné interpretovat následujícím způsobem: hodnoty v rozmezí od 0.56 do 0.64 implikují nízký efekt, hodnoty od 0.64 do 0.71 střední efekt a hodnoty vyšší než 0.71 vysoký efekt. Pokud byly testovány pouze dvě skupiny, pak byl použit Wilcoxonův test, u něhož byla míra efektu

vyjádřena korelačním koeficientem. Interpretace míry účinku je následující: $r = 0.1-0.3$: slabý efekt, $r = 0.3-0.5$: mírný efekt; $r = 0.5$ a vyšší: vysoký efekt (Cohen, 1962, 1988). Jelikož míru efektu u Wilcoxonova testu lze vyjádřit pomocí několika odlišných rovnic, níže je uveden vzorec vycházející ze Z statistiky, jenž byl použit pro odhad míry efektu v této studii:

$$r = \frac{Z}{\sqrt{n_x - n_y}}$$

Hypotézy byly verifikovány prostřednictvím binární logistické regrese, umožňující modelovat vztah mezi dichotomizovanou závislou proměnnou a jedním či více prediktory. Do modelu logistické regrese byly následující proměnné dosazeny jako závislé: 1) závislost na alkoholu, 2) závislost na kouření. Tyto proměnné byly součástí dvou separátních logistických modelů. Jako nezávislé proměnné byly v prvním i druhém logistickém modelu kombinované proměnné vytvořené agregací skóre RSES a BFI_N. Referenční kategorií byla v případě obou modelů kategorie respondentů s nadprůměrnou mírou sebehodnocení a podprůměrnou mírou neuroticismu. Výstup logistické regrese (logaritmus podílu šancí) byl přepočítán na poměr šancí (OR) a raportován s 95 procentním intervalem spolehlivosti. V obou logistických modelech byly jako kovariáty použity veškeré sociodemografické proměnné, u kterých byl prokázán signifikantní vztah k neuroticismu či sebehodnocení. K diagnostice multi-kolinearity byl použit inflační faktor rozptylu (VIF), jehož hodnoty <10 naznačují, že souvislost mezi zkoumanými proměnnými je adekvátní (Tay, 2017). Bonferroniho metoda byla použita ke korekci p-hodnot ve všech regresních modelech.

6 Výsledky

6.1 Sociodemografické testování

Výsledky statistické analýzy ukázaly, že existují rozdíly mezi socio – demografickými skupinami, a to jak v míře závislosti, tak v sebehodnocení a neuroticismu: lidé zaměstnaní a též ti, kteří se považují za penzisty, vykazovali statisticky vyšší míru závislosti na kouření v porovnání se studenty. V obou případech byla míra efektu slabá. Signifikantní rozdíl v míře závislosti na kouření byl detekován u pohlaví: ženy vykazovaly vyšší míru závislosti na kouření než muži se slabou mírou efektu. V případě závislosti na alkoholu byl detekován signifikantní rozdíl pouze mezi lidmi v partnerském vztahu, kteří vykazovali nižší míru závislosti než lidé, kteří v partnerském vztahu nebyli. Míra efektu však byla rovněž slabá (Tabulka 5).

V míře neuroticismu existovalo vyšší množství signifikantních rozdílů mezi sociodemografickými skupinami než v případě závislosti na kouření či alkoholu. Nejvíce rozdílů bylo detekováno u proměnné ekonomický status. Zde vykazovali signifikantně vyšší míru hrubého skóru BFI_N lidé zaměstnaní v porovnání s podnikateli, dále pak studenti v porovnání se zaměstnanými, podnikateli a penzisty. Vyšší mírou neuroticismu taktéž disponovali lidé bez zaměstnání v porovnání s podnikateli a penzisty. Signifikantně vyšší míra neuroticismu se objevovala v případě vzdělání u probandů, kteří disponovali pouze základním vzděláním a u lidí se středoškolským vzděláním. U proměnné pohlaví byla zjištěna signifikantně vyšší míra neuroticismu u žen. Ve všech uvedených případech byla míra efektu slabá (Tabulka 5).

Tabulka 5: Deskriptivní statistiky a rozdíly sociodemografických skupin v neuroticismu, sebehodnocení, míře závislosti na alkoholu a kouření.

| Proměnná | Kategorie | n (%) | BFI_N: M (SD) | RSES: M (SD) | Kouření | Konzumace alkoholu | Neuroticismus | Sebehodnocení |
|-------------------|---|------------|---------------|--------------|----------------------------|--------------------|----------------------------------|--|
| Rodinný status | Bez partnera | 608 (48 %) | 2.69 (0.77) | 29.21 (4.86) | | W=9187**, r=0.16 | | |
| | V partnerském vztahu | 564 (45 %) | 2.65 (0.72) | 30.06 (4.74) | | | | |
| Ekonomický status | Zaměstnaný | 536 (43 %) | 2.7 (0.72) | 29.44 (4.78) | | | | |
| | Podnikatel | 81 (6 %) | 2.35 (0.63) | 31.27 (4.69) | | | Student: Z=-5.24***, A=0.2 | |
| | Podnikatel | 81 (6 %) | 2.35 (0.63) | 31.27 (4.69) | | | Zaměstnaný: Z=-3.52**, A=NA | |
| | Bez práce | 102 (8 %) | 2.92 (0.73) | 27.95 (4.8) | | | Penzista: Z=4.26***, A=0.55 | |
| | Bez práce | 102 (8 %) | 2.92 (0.73) | 27.95 (4.8) | | | Podnikatel: Z=4.85***, A=NA | |
| | Penzista | 365 (29 %) | 2.56 (0.74) | 30.43 (4.39) | Student: Z=3.25*, A=0.04 | | Student: Z=-4.65***, A=0.26 | |
| | Student | 62 (5 %) | 3.08 (0.84) | 27.17 (6.06) | Zaměstnaný: Z=-2.86*, A=NA | | Zaměstnaný: Z=3.48**, A=NA | |
| Vzdělání | Základní škola | 97 (8 %) | 2.97 (0.68) | 28.02 (4.8) | | | | Střední škola: x2(125) =4.51***, A=0.27 |
| | Základní škola | 97 (8 %) | | 28.02 (4.8) | | | | Magisterské či vyšší: x2(184) =4.83***, A=0.26 |
| | Střední škola | 417 (33 %) | 2.53 (0.72) | 30.55 (4.41) | | | Učiliště: Z=-4.2***, A=0.35 | Učiliště: x2(765) =6.08***, A=0.49 |
| | Střední škola | 417 (33 %) | 2.53 (0.72) | 30.55 (4.41) | | | Základní škola: Z=-4.99***, A=NA | Učiliště: x2(765) =6.08***, A=0.49 |
| | Učiliště | 450 (36 %) | 2.75 (0.74) | 28.55 (4.73) | | | | Magisterské či vyšší: x2(225) =5.58***, A=0.28 |
| | Vyšší odborná škola či bakalářské studium | 42 (3 %) | 2.67 (0.86) | 30.53 (6.54) | | | | |
| | Magisterské či vyšší | 143 (11 %) | 2.61 (0.77) | 31.18 (4.69) | | | Základní škola: Z=-3.59**, A=NA | |
| Pohlaví | Muž | 576 (46 %) | 2.57 (0.71) | 29.9 (4.68) | W=13397*, r=0.14 | | W=122266.5***, r=0.13 | |
| | Žena | 596 (47 %) | 2.76 (0.77) | 29.34 (4.95) | | | | |

Poznámka: SD = směrodatná odchylka, M = průměr, BFI_N = Big Five Inventory – subškála neuroticismu, RSES = Rosenbergova škála sebehodnocení, NA = hodnotu nebylo možné spočítat

Stejně jako u proměnné neuroticismus, tak i v případě sebehodnocení byly detekovány statisticky významné odlišnosti mezi sociodemografickými skupinami. Lidé zaměstnaní disponovali signifikantně nižší mírou sebehodnocení v porovnání s podnikateli a penzisty. Lidé bez práce dosahovali signifikantně nižších hodnot RSES než lidé zaměstnaní a rozdíly v sebehodnocení byly nejvíce patrné při porovnávání s podnikateli. Studenti vykazovali taktéž signifikantně nižší míru sebehodnocení při srovnání s podnikateli a penzisty. Signifikantně vyšší hrubý RSES skóre byl zjištěn u mužů. U všech těchto porovnávání byla míra efektu nízká (Tabulka 6). Korelační analýza ukázala, že mezi neuroticismem a sebehodnocením existuje signifikantní negativní asociace. Současně se ukázalo, že obě tyto proměnné pozitivně korelují s mírou závislosti na alkoholu a kouření. Míra sebehodnocení pozitivně korelovala s věkem, zatímco neuroticismus koreloval s věkem negativně. Korelační analýza dále ukázala, že existuje signifikantní závislost mezi mírou závislosti na kouření a neuroticismem (Tabulka 6). Míra závislosti na alkoholu slabě a negativně korelovala s věkem a RSES, slabě a pozitivně pak s neuroticismem.

Tabulka 6: Korelační tabulka sumárního skóre BFI_N, RSES a věku.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | M(SD) |
|--------------------------|---------|---------|-------|--------|---------------|
| 1. BFI_N - neuroticismus | - | | | | 2.67 (0.75) |
| 2. RSES – selfesteem | -.56*** | - | | | 29.62 (4.82) |
| 3. Věk | -.21*** | .24*** | - | | 49.51 (16.68) |
| 4. Závislost na kouření | .28*** | -.17** | .08 | - | 2.27 (1.22) |
| 5. Závislost na alkoholu | .19** | -.21*** | -.15* | .34*** | 1.28 (1.27) |

Poznámka: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; SD = směrodatná odchylka, M = průměr, BFI_N = Big Five inventory - subškála neuroticismu, RSES = Rosenbergova škála sebehodnocení

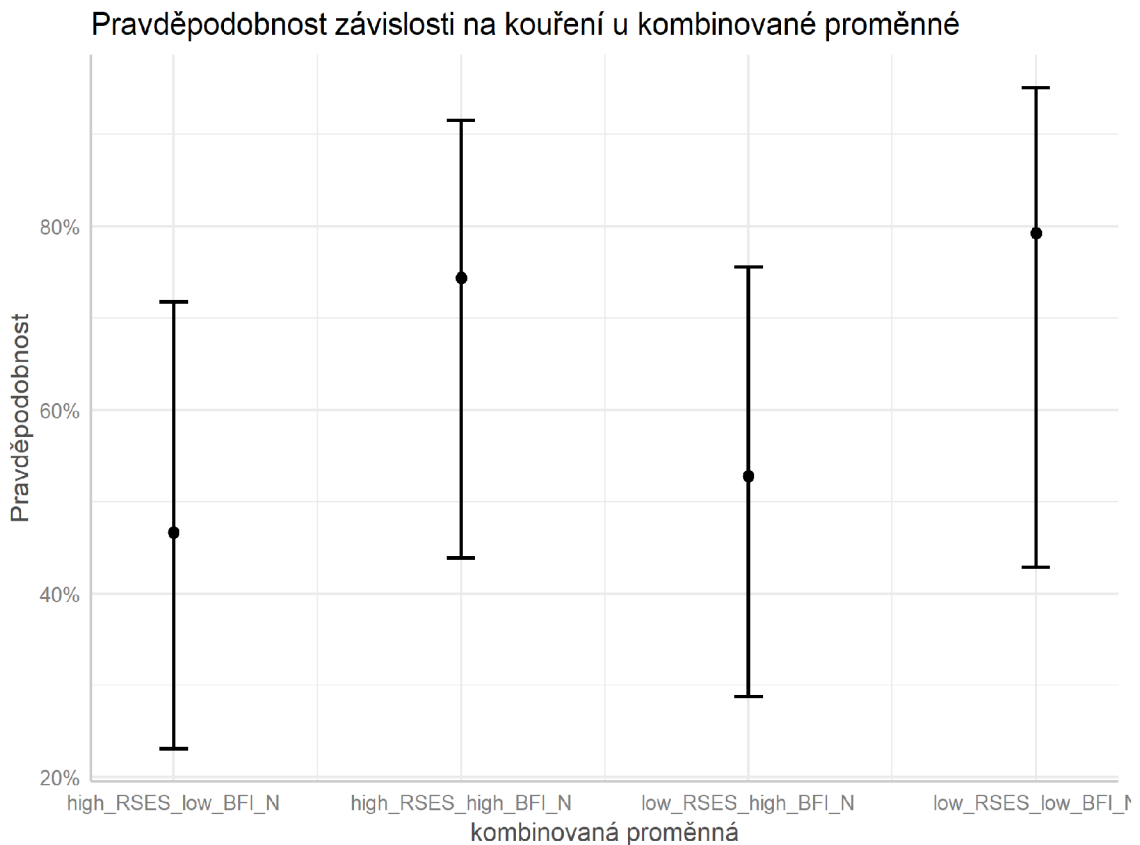
6.2 Testování hypotéz

Regresní analýza prvního testovaného modelu ukázala, že kombinovaná proměnná signifikantně předpověděla závislost na kouření u testovaných osob. Přesněji řečeno, lidé s podprůměrnou mírou sebehodnocení a vysokou mírou neuroticismu měli přibližně třikrát vyšší pravděpodobnost, že budou závislí na kouření v porovnání s lidmi s nízkým neuroticismem a vysokým sebehodnocením. Tento vztah byl signifikantní v případě hrubého i adjustovaného efektu (Tabulka 7, Obrázek 3). Nejsilnější,

signifikantní vztah k závislosti na kouření byl detekován u skupiny osob, které měly nízkou míru sebehodnocení a nízkou míru neuroticismu. Tito lidé měli přibližně čtyřikrát vyšší pravděpodobnost, že budou závislí na kouření v porovnání s lidmi s vysokým sebehodnocením a nízkým neuroticismem (Tabulka 7, Obrázek 3).

Výsledky regresní analýzy dále poukázaly na následující trend: v případě adjustovaného efektu predikovalo závislost na alkoholu nízké sebehodnocení v konjunkci s vysokým neuroticismem. Ačkoli byl tento výsledek zprvu statisticky významný, po Bonferroniho korekci ztratil na své signifikanci. Další signifikantní souvislosti kombinované proměnné se závislostí na alkoholu či kouření nebyly detekovány (Tabulka 7).

Obrázek 3: Pravděpodobnost závislosti na kouření u kombinované proměnné.



Poznámka:

high_RSES_low_BFI_N: nadprůměrné sebehodnocení – podprůměrný neuroticismus

high_RSES_high_BFI_N: nadprůměrné sebehodnocení – nadprůměrný neuroticismus

low_RSES_high_BFI_N: podprůměrné sebehodnocení – nadprůměrný neuroticismus

low_RSES_low_BFI_N: podprůměrné sebehodnocení – podprůměrný neuroticismus

Tabulka 7: Výsledky logistické regrese (v poměru šanci) znázorňující vztah mezi mírou závislosti a kombinovanou proměnnou. Čísla v závorkách označují dolní a horní hranici 95% intervalu spolehlivosti.

| | Hrubý efekt | Adjustovaný efekt |
|------------------------------|---------------------|--------------------|
| Závislost na kouření | | |
| high_RSES_low_BFI_N | 1 | 1 |
| high_RSES_high_BFI_N | 3.33** (1.39, 8.12) | 3.32* (1.31, 8.61) |
| low_RSES_high_BFI_N | 1.53 (0.94, 2.50) | 1.28 (0.74, 2.22) |
| low_RSES_low_BFI_N | 4.92* (1.42, 19.6) | 4.37* (1.20, 18.1) |
| Závislost na alkoholu | | |
| high_RSES_low_BFI_N | 1 | 1 |
| high_RSES_high_BFI_N | 1.29 (0.35, 3.81) | 2.16 (0.54, 7.25) |
| low_RSES_high_BFI_N | 1.80 (0.99, 3.32) | 2.26* (1.11, 4.75) |
| low_RSES_low_BFI_N | 1.43 (0.21, 6.04) | 1.63 (0.22, 8.02) |
| Model kouření R ² | 0.71 | 0.72 |
| Model alkohol R ² | 0.68 | 0.71 |

Poznámka: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

high_RSES_low_BFI_N: nadprůměrné sebehodnocení – podprůměrný neuroticismus

high_RSES_high_BFI_N: nadprůměrné sebehodnocení – nadprůměrný neuroticismus

low_RSES_high_BFI_N: podprůměrné sebehodnocení – nadprůměrný neuroticismus

low_RSES_low_BFI_N: podprůměrné sebehodnocení – podprůměrný neuroticismus

R²: McFaddenův indikátor shody modelu s daty

7 Diskuse

Výsledky sociodemografického porovnávání ukázaly, že mezi zkoumanými osobami existují sociodemografické rozdíly, které ovlivňují míru závislosti, neuroticismu a sebehodnocení. První z výsledků sociodemografického porovnání se projevuje v rámci zkoumání závislosti na kouření. V rámci sociodemografického šetření vyplynulo, že závislost na kouření tabákových výrobků přiznávala primárně věkově starší skupina zkoumaných osob, a to hlavně již zaměstnaní lidé a penzisté v porovnání se studenty.

Tomuto trendu by se dalo rozumět z několika pohledů: v minulosti bylo více žádoucí být kuřák, zatímco nynější trend je spíše nekouřit. Pravděpodobně zde hraje roli i efektivní edukace ohledně škodlivosti kouření a trend zdravého životního stylu. Tento trend se vyskytuje i ve výsledcích průzkumu Státního zdravotnického ústavu ČR (2019), který uvádí snižující se trend počtu kuřáků obzvláště ve věku mezi 15–24 lety. Zde vzniká další téma, a sice kouření elektronických cigaret a kouření zahřívacích tabáků, které mohou někteří respondenti považovat za zdravotně nezávadné nebo méně závadné, a proto je ve svém dotazníku neuvedou. Nicméně je zde také častá kombinace elektronické cigarety s klasickými cigaretami. Zajímavým zjištěním je větší frekvence kouření u žen, která potvrzuje trend zvyšování frekvence kouření u žen popisovaný v rámci výzkumu Státního zdravotnického ústavu (2019). Nutno však poznamenat, že míra efektu byla slabá. V případě závislosti na alkoholu byl detekován signifikantní rozdíl pouze mezi lidmi v partnerském vztahu, kteří vykazovali nižší míru závislosti než lidé, kteří v partnerském vztahu nebyli. V rámci tohoto trendu lze uvažovat nad zvýšenou frustrační tolerancí, se kterou může partnerský vztah pomoci. Dále zde hraje roli i zvládání samoty, která může být jedním z častých spouštěčů závislostního chování. Vztah může být pro probandy dostatečným zdrojem opory a zároveň může být motivační pro zdravější alternativy trávení volného času. Další roli v tomto trendu mohou také hrát ekonomické důvody: lidé žijící v jedné společné domácnosti se mohou snadněji podělit o životní náklady a tím se může snižovat míra prožívaného stresu vznikající z nedostatku nebo omezených zdrojů.

V míře neuroticismu existovalo vyšší množství signifikantních rozdílů mezi sociodemografickými skupinami než v případě závislosti na kouření či alkoholu. Nejvíce rozdílů bylo detekováno u proměnné ekonomický status. Zde vykazovali signifikantně vyšší míru hrubého skóru BFI_N lidé zaměstnaní v porovnání s podnikateli. Vyšší míra

neuroticismu zaměstnaných probandů oproti podnikatelům se v rámci vyšší úzkostlivosti může projevat právě odvahou podstupovat riziko a schopností převzít větší dávku zodpovědnosti, kterou podnikatelé potřebují hlavně pro učinění prvního kroku. Větší míru neuroticismu může také podporovat neustálá nejistota, zdali nebudou zaměstnanci nahrazeni či vyhozeni. Mají totiž nižší pozici vzhledem k vedoucím a může častěji docházet k tomu, že se budou dostávat do vnitřních konfliktů s postupy, které nevytvářejí oni, firemní ideou a pocitem, že nemohou plně projevit svůj potenciál. Také jsou snadnějším terčem kritiky, ať už ze strany případného vedoucího pracovníka či ze strany zákazníků. Podobných hodnot nízkého neuroticismu dosáhli podobně jako podnikatelé také penzisté. U nich by se dalo hovořit o životní jistotě a sníženém množství stresorů při zachování dobrého fyzického i psychického zdraví. Krizové pro ně může být období životního bilancování a postupný rozvoj neurodegenerativních změn či zhoršování fyzického stavu bez vidiny významnějšího zlepšení. Větší mírou neuroticismu disponovali také studenti v porovnání se zaměstnanými probandy, podnikateli a penzisty. Do jisté míry by se dalo tomuto trendu rozumět z pohledu větší sociální nejistoty. Velkou roli pro studenta může hrát neustálá hrozba vyhození ze školy či jiného selhávání ve školních povinnostech. Roli také může hrát závislost na finanční podpoře od rodiny, která předpokládá dokončení studia v co nejkratším možném čase a následné osamostatnění. Tímto způsobem se může vytvářet další masivní tlak a vést tak k větší míře neuroticismu. Studenti oproti zaměstnaným nemají jistotu onoho stabilního platu a jisté dávky nezávislosti, kterou zaměstnaní mohou již plně disponovat. Tato pozice pro studenty tedy může znamenat velkou výzvu v tom, aby zvládli velice stresové prostředí a tlak na výkon. V rámci zkoumání nejvíce vystupoval do popředí vliv ekonomického statusu probandů.

Signifikantně vyšší míra neuroticismu se objevovala u probandů, kteří disponovali pouze základním vzděláním a probandů se středoškolským vzděláním. Tento výsledek by se dal podpořit odkazem na publikaci Vágnerové (2012), která zmiňuje, že studenti gymnázií, u kterých se předpokládá navázání na vysokoškolské studium, chápou jiným způsobem hodnotu vzdělání. Vnímají ho jako prostředek k dosažení lepší životní úrovně a postavení. Není pro ně proto přípustné začít selhávat ve školních povinnostech. Naopak studenti učilišť a středních odborných škol hodnotu vzdělání jako takovou nepřijímají. Neidentifikují se se svojí budoucí profesní volbou. Dá se usuzovat, že pozadí tohoto přístupu studentů ke škole může hrát značnou roli. Na základě tohoto zjištění byl stanoven

výzkumný předpoklad, že více neurotičtí budou studenti učilišť a středních odborných škol než studenti gymnázií. Tento předpoklad se potvrdil. Z této teze vycházela i hypotéza Poborského (2015), že jedinci ze stabilního rodinného zázemí, studenti, kteří mají oba rodiče a žijí s nimi, jsou méně neurotičtí. Potvrdilo se, že v podprůměrném pásmu neuroticismu je větší zastoupení studentů, kteří mají úplnou rodinu, oproti těm, kteří ji nemají. Rozdíl je zhruba 13,5 %. Pásmo středu zůstalo vyrovnané, takže můžeme pozorovat stejné zrcadlové překlopení dat do oblasti nadprůměrného neuroticismu jako tomu bylo v případě věku: je zde vyšší procento těch, kteří nemají úplnou rodinu. Dle výše dosaženého vzdělání by se dal také nepřímo usuzovat socioekonomický status probanda, který může být klíčový pro míru neuroticismu. Šolcová a Kebza (2005) došli k závěru, že vysokoškolské vzdělání navyšuje téměř 1,5x pocit osobní pohody u české populace. Pro výzkum využili inventářů NEO pro diagnostikování osobnostních vlastností. Závěrem bylo, že lidé s vyšším vzděláním dosahují vyšší míry svědomitosti (McCre & Costa, 1992; Hřebíčková, 2004). Pokud vyšší vzdělání souvisí s vyšší schopností efektivně řešit problémy, pak se lze domnívat, že lidé, kteří dosáhli vyššího vzdělání, jsou lépe vybaveni k zvládnání každodenních problémů, což může teoreticky vést k vyšší osobní pohodě. Výraznější zastoupení svědomitosti při predikci osobní pohody u mladších respondentů tedy může souviset s tím, že respondenti byli vysokoškolskými studenty, kdežto ve skupině dospělých byli rovnoměrně zastoupeni respondenti s různou úrovní vzdělání (Hřebíčková, 2010).

Vliv pohlaví na vyšší míru neuroticismu byl zjištěn u žen. Možných zdrojů vyššího neuroticismu může být z teoretického pohledu několik: výchova dětí, nedostatek času, partnerské problémy, finanční situace, očekávané chování jako péče o domácnost, zaměstnání a kariéra, problémy v sexuálním životě apod. Z výzkumu Hřebíčkové (2010) je zajímavé, že úroveň neuroticismu není oproti mužům spolehlivým předpokladem spokojeného života. Nutno dodat, že v rámci našich výsledků byla míra efektu slabá.

Stejně jako u proměnné neuroticismu, i v případě sebehodnocení byly detekovány statisticky významné odlišnosti mezi sociodemografickými skupinami. Lidé zaměstnaní disponovali signifikantně nižší mírou sebehodnocení v porovnání s podnikateli a penzisty. Tato nižší míra sebehodnocení u zaměstnanců může vyplývat z mnoha faktorů. Jedním z nich se může být pomalý kariérní postup, kdy je zaměstnanec dlouhodobě na pozici, ve které nevidí pořádný smysl a jedná se v principu

o práci, ve které dle svého názoru nemůže plně využít své schopnosti. To může vést k pomalému ustrnutí v rutíně a následnému snižování vlastního sebehodnocení, jelikož zaměstnanec může dostat pocit, že ve svém kariéřním životě selhává. Mezi další příčiny se může řadit například atmosféra na pracovišti a obecně panující atmosféra mezi kolegy, kdy se mohou zaměstnanci mezi sebou podporovat a zvyšovat své kvality nebo se mohou navzájem ponižovat a práci si navzájem komplikovat. Důležitým faktorem zde také může být referenční skupina, se kterou se zaměstnanec ve své práci setkává, zdali nejsou mezi zaměstnanci propastné rozdíly v odpovědnosti, pravomocích a finanční odměně.

Podnikatelé jsou v tomto ohledu mnohem více svobodní. Jejich tvrdá práce je finančně lépe odměněna než zaměstnanecký plat. Pro podnikatele v tomto ohledu může být obrovským motorem a motivací fakt, že jejich jednání má přímé důsledky na vývoj situace a ve svém zaměstnání vidí zásadní dopad své práce, kterou do podnikání vložili. Flexibilní pracovní doba jim může také poskytnout více možností pro psychohygienu a ventilaci zažívaného stresu. Zásadním tématem by zde mohlo být téma osobní svobody, která je u podnikatelů v jistém smyslu větší než u zaměstnanců.

Signifikantní rozdíl v sebehodnocení mezi zaměstnanci a penzisty může vyplývat z jiných příčin. Jednou z nich je postavení penzistů, pro které již není natolik charakteristický tlak na větší výkon. Životní styl penzistů může snáze být zaměřen na příjemné, spíše rekreační aktivity, nikoliv na dosahování dalších cílů. Mezi typické aktivity patří například seberealizace skrze vnučata či věnování se vlastním koníčkům a plnění snů, na které v rámci pracovního života neměli dostatek času.

Lidé bez práce dosahovali signifikantně nižších hodnot RSES než lidé zaměstnaní a vůbec nejnižších ze všech porovnávaných skupin při srovnání s podnikateli. Zaměstnání může být považováno za důležitý bod pro naplnění podmínek svobodné a nezávislé existence, a to jak z hlediska získávání materiálních zdrojů, tak možnosti naplňování svých životních potřeb a seberealizace. Zaměstnání může poskytovat pocit vlastní důležitosti a významnosti pro společnost. Mimo jiné je zaměstnání také jedním z prostředků vhodných k navozování, popřípadě udržování sociálních kontaktů a vztahů. Může také být vnímáno jako prostředek pro uspokojení potřeb jako je ctižádost, sebeúcta a může poskytovat jakýsi jasný životní směr.

Ztrátu zaměstnání prožívá většina zaměstnanců jako velmi zásadní stresovou zátěž a pokud byla ztráta zaměstnání neočekávaná, tak i šok. Nejeví se jako zásadní

fakt, že v rámci sociálního státu nejsou lidé ztrátou zaměstnání bezprostředně ohroženi na životech. Navzdory tomu to tak může být snadno vnímáno. Den, kdy přijdeme o práci, ztrácíme nejen jistý finanční příjem, ale i sociální kontakty a jistou životní smysluplnost, nutící nás ráno vstát do nového dne. Nezaměstnanost je v tomto pohledu zásadním existenciálním prožitkem, který vede k přesvědčení, že v našich životech má práce zásadní roli. Vyloučení ze zaměstnání může vést k deprivaci některých životních potřeb, které práce uspokojuje přímo jako realizace v rámci pracovní činnosti, nebo je alespoň propojeno s jejich uspokojováním. Vnímání nezaměstnanosti může být také do velké míry ovlivněno věkem, dosaženým vzděláním, pohlavím a tak dále. Už ve 30. letech minulého století výzkumy prokázaly, že nezaměstnanost přetváří duševní a psychický život nezaměstnaného člověka a trvá-li déle, své účinky může stupňovat natolik, že změní i jeho jednání a chování. Zcela změní také jeho postavení ve společnosti a může ohrozit i fyzické a duševní zdraví (Smolík, 2004). Závěry těchto výzkumů jsou pravděpodobně platné dodnes, ale s několika odlišnostmi: v minulých dobách zhoršení zdravotního stavu úzce souviselo s podvýživou a nevyváženou stravou, což pramenilo ze ztráty zaměstnání a stabilního příjmu, v současné době toto zhoršení spojujeme spíše se stresem, který se může projevit v oslabené imunitě a kardiovaskulárním systému.

Studenti vykazovali taktéž signifikantně nižší míru sebehodnocení při srovnání s podnikateli a penzisty. Těmto výsledkům by se dalo rozumět tím způsobem, že studenti se nacházejí ve svých životních úspěších na úplném začátku, kdežto podnikatelé a penzisté už mají svůj život ve svých rukou. Studenti jsou neustále vystavováni ohrožení ze studijního neúspěchu a jsou ve svých životech velmi závislí na svém okolí. Jsou přímo závislí na fungování jejich univerzity a pedagogů. Tato nesvobodná pozice může zvyšovat frustraci a mít vliv na jejich sebehodnocení. Další z možných vlivů je mnohdy komplikovanější finanční situace, kdy jsou studenti odkázáni na finanční podporu od svých rodičů. Toto vysvětlení částečně podporuje i provedený výzkum Bártové (2008), kdy se zjistilo na výzkumném vzorku zhruba 250 studentů, že úzkostnost snižuje sebehodnocení, a to více v dimenzi kompetentnosti (představující subjektivní vnímání schopnosti dosahovat žádaných cílů) než sebedřívětí (reprezentující internalizovaný vztah druhých k sobě). Hlavním ochranným faktorem vyššího sebehodnocení jsou primárně dvě dimenze sociální opory, a to emocionální blízkost a chápající autorita. Podařilo se zde prokázat vliv sebehodnocení na školní výkon, kde se jako hlavní prediktor projevovala subjektivně vnímaná kompetentnost. Vliv autorit ve školním prostředí může tedy být pro

studenty klíčový. Podnikatelé a penzisté jsou ovlivňováni významně menším množstvím autorit oproti studentům. Zároveň by se dalo předpokládat, že disponují vyzrálejšími copingovými strategiemi pro zvládnání stresu z případné konfrontace s autoritou. Dá se předpokládat větší osobní nadhled a větší míra nezávislosti, kterou se studenti teprve snaží získat. Vliv na sebehodnocení studentů také může mít sociální bublina, ve které se v univerzitním prostředí nacházejí. Jsou často konfrontováni s velkým množstvím informací, které neznají a obklopeni autoritami s vysoce ceněnými tituly, kterým se snaží alespoň částečně vyrovnat, což je pro ně v daném časovém horizontu prakticky nemožné, a to může vést k většímu množství prožívané úzkosti a mít negativní dopady na jejich sebehodnocení, protože mohou prožívat pocity, že ve své snaze selhávají.

Signifikantně vyšší hrubý RSES skóre byl zjištěn u mužů. Josephs et. al. (1992) ve své práci došli k závěru, že mužské sebehodnocení je primárně spojeno s individuálním procesem, ve kterém jsou zdůrazňovány hlavně osobní úspěchy. U žen se jevil jako stěžejní zdroj sebehodnocení pocit blízkosti a propojení s blízkými lidmi. V rámci naší studie se dá jen těžko předpokládat z jakých důvodů v našem výzkumném souboru mají muži vyšší sebehodnocení než ženy. V minulosti panoval předpoklad, že muži mají průměrně vyšší sebehodnocení než ženy, ale ukázalo se, že vztah sebehodnocení je ovlivňován mnoha faktory, které nelze vysvětlit pouze genderově. Pokud bychom se zaměřili na obecné měřítko, muži v průběhu života vykazují o něco vyšší úroveň sebehodnocení než ženy. Nejvyšší rozdíly v sebehodnocení jsou patrné v období dospívání. Tato vyšší úroveň sebehodnocení platí ale pouze v některých oblastech spojených se sebehodnocením, jako je například spokojenost s fyzickým vzhledem a osobním sebehodnocením. Oproti tomu ale vykazují nižší míru sebeúcty, morálního chování a nespokojenosti s vlastním chováním. Zhruba stejné úrovně sebehodnocení mají ženy i muži v oblastech zaměřených na vzdělání, emoční a sociální aspekty života. V celkovém hodnocení se jeví klíčové, jakým způsobem je sebehodnocení definováno a jak je měřeno. Nicméně v jistých oblastech genderové rozdíly existují. Námí získané výsledky odpovídají zjištěným hodnotám Blatného a Osecké (1997), jelikož autoři uvádí, že dívky mají oproti chlapcům sebehodnocení nižší. Naopak naše výsledky nekorespondují s výsledky studií autorů Kavase (2009), Halamy a Bieščada (2006), kteří shodně uvádí, že dívky a chlapci se v sebehodnocení nerůzní.

Korelační analýza ukázala, že mezi neuroticismem a sebehodnocením existuje signifikantní negativní asociace. Současně se ukázalo, že obě tyto proměnné pozitivně

korelují s mírou závislosti na alkoholu a kouření. Zajímavé je porovnání s jinými výzkumy, v nichž výzkumníci prostřednictvím jiných metod docházejí ke stejnému vztahu (Hřebíčková & Urbánek, 2001), kdy s celkovým sebehodnocením negativně souvisel neuroticismus ($r = -.55$) a pozitivně extraverte ($r = .36$). Probandi s vyšším sebehodnocením budou tedy více sociabilní, vyrovnaní a sebejistí, méně často u nich bude obvyklá napjatost nebo nervozita. Velmi silné vztahy se skórem faktoru STAI forma x-1 ($r = -.68$), STAI forma x-2 ($r = -.66$) a s nástrojem ŠAD ($r = -.54$) nasvědčují tomu, že jedinci, kteří budou mít adekvátní sebehodnocení, budou také vykazovat nižší hodnoty úzkosti a úzkostnosti. Skopal a Dolejš (2014) referují o tom, že probandi, kteří skórují do pásma nižšího sebehodnocení, mají predispozice k dalším ohrožujícím charakteristikám, jako jsou větší depresivita, úzkostlivost, impulzivita, negativní myšlení, pasivní nebo agresivní komunikační styl, neuroticismus, agresivita a hostilita. Z toho se dá usuzovat, že jedinci, kteří jsou naopak sebevědomější, sebejistější, disponují méně rizikovými dispozicemi, a ba naopak – více těmi protektivními. Výsledky této pilotní studie (a dalších podobných školních dotazníkových studií) mohou tvořit základ pro tvorbu koncepce programů cílené primární prevence. Skopal a Dolejš (2014) ve svém výzkumu, který byl zaměřený na adolescenty, zjistili mimo jiné stejný vztah, který se objevil i v rámci našeho výzkumu s podstatně vyšším věkovým průměrem (kolem 49.51 let). Na základě toho by se dalo uvažovat i nad tím, jestli by preventivní programy zaměřené na zvyšování sebevědomí neměly vliv na menší množství požívaných návykových látek. U našich porovnání byla ovšem míra efektu nízká (viz tabulka 5).

V našem výzkumu míra sebehodnocení pozitivně korelovala s věkem. To, že míra sebehodnocení pozitivně koreluje s věkem, se již prokázalo také v jiné rozsáhlé průřezové studii (Robins et. al., 2002), do které se zapojilo skrze online dotazníkové šetření 326 tisíc probandů ve věku od 9 do 90 let. Úroveň sebeúcty byla v dětství vysoká, během dospívání klesala, během dospělosti postupně rostla a ve stáří opět prudce klesala. Ve výzkumu bylo zohledněno pohlaví, socioekonomický status, etnický původ a národnost (populace USA s občany mimo USA). Zjištění z této studie odpovídají, vzhledem k parametrům našeho výzkumného vzorku, našim zjištěním i na české populaci. V jiné longitudinální studii (Erol & Orth, 2011) zaměřené na vývoj sebehodnocení v dospívání a mladé dospělosti, která zahrnovala 8 hodnocení za 14 let na vzorku 7 100 jedinců ve věku 14 až 30 let. Analýzy latentní růstové křivky ukázaly, že sebeúcta se zvyšuje během dospívání a nadále v mladé dospělosti pomalu roste. Ženy a muži nedosahovali odlišných skóre

v sebehodnocení. V dospívání měli Hispánci nižší sebevědomí než Afroameričané a běloši, ale sebeúcta Hispánců se následně zvýšila silněji, takže ve věku 30 let měli Černoši a Hispánci vyšší sebeúctu než běloši. Napříč věkem měli emocionálně stabilní, extravertní a svědomití jedinci vyšší sebehodnocení než emocionálně labilní, introvertní a méně svědomití jedinci. Tento trend by mohl být zajímavý pro další zkoumání vývoje sebehodnocení menšin v České republice, ale v našem vzorku se na zkoumání národnostních menšin v České republice nezaměřujeme.

Neuroticismus v naší studii koreloval s věkem negativně. Tomuto trendu by se dalo rozumět v kontextu rozvoje efektivních copingových strategií, kdy lidé v pozdějším dospělém věku mohou mít své copingové strategie již dostatečně vybudované. Bohužel se nepodařilo najít studii, která by se zaměřovala konkrétně na tento trend. Částečně se touto problematikou zabývá studie (Jensen et. al., 2020), kde bylo 101 participantům v mladé dospělosti, 77 středního věku a 81 staršího věku změřena životní spokojenost (well-being) a byl jim předložen dotazník zaměřený na osobnostní rysy. Účastníci popisovali subjektivně důležité vzpomínky ve svých životech a hodnotili je podle emocionálního zabarvení jako pozitivní a negativní. Starší účastníci dosáhli vyššího skóre životní spokojenosti, hodnotili své životní příběhy pozitivněji a v porovnání s mladými a s účastníky středního věku dosahovali nižšího skóre v oblasti neuroticismu. V rámci subjektivního vnímání životní spokojenosti se u zkoumaných životních příběhů ukázal jako zásadní vliv neuroticismu, který subjektivní vnímání ovlivňoval ze zkoumaných faktorů nejvíce. Jako možný důvod v závěru studie autoři navrhli, že změny osobnosti mohly starším lidem umožnit interpretovat události a sebe v pozitivním světle, což pomohlo zlepšit jejich subjektivní pohodu. Tento vývojový trend by mohl alespoň částečně vysvětlovat naše výsledky.

Korelační analýza dále ukázala, že existuje signifikantní vztah mezi mírou závislosti na kouření a neuroticismem (Tabulka 6). Studie Goodwina a Hamiltona (2002) nachází také významný vztah mezi neuroticismem a kouřením. Ovšem jako jiná nezávislá proměnná zde figuruje výskyt panických atak. Výsledky tří samostatných vícerozměrných logistických regresních analýz – (příčemž byl neuroticismus ustanoven jako nezávislá proměnná a jako závislé proměnné byly zvoleny panické záchvaty bez kouření, kouření bez panických záchvatů, souběžné panické záchvaty a kouření) - odhalily, že neuroticismus nebyl významně spojen ani se záchvaty paniky bez kouření nebo kouření cigaret bez panických záchvatů. Neuroticismus byl nezávislým prediktorem

společného výskytu kouření cigaret a paniky, i když ve studii byly kontrolovány rozdíly v sociodemografických charakteristikách a psychiatrické komorbiditě. Jinými slovy, s každým jednobodovým nárůstem neuroticismu se pravděpodobnost výskytu panických záchvatů a kouření cigaret čtyřnásobně zvýšila. Žádný z dalších osobnostních rysů nevykazoval podobné efekty. Když byly tyto analýzy znovu spuštěny se zahrnutím pouze aktuálního, nikoli celoživotního kouření, výsledky každé analýzy byly konzistentní s těmi, které byly uvedeny. Rovněž nebyl žádný statisticky významný rozdíl v neuroticismu mezi těmi, kteří byli současnými a celoživotními kuřáky. Za zmínku stojí také jiná studie zaměřená na propojení pětifaktorového modelu osobnosti a kouření, jejíž výzkumný soubor činil 1638 dospělých v USA (Terracciano & Costa Jr., 2004). V této studii aktuální kuřáci dosahovali vyššího skóru v neuroticismu než lidé, kteří nikdy nekouřili. Také skórovali méně ve faktorech přívětivost a svědomitost. Neuroticismus souvisel s kouřením zejména probandů, kteří dosahovali nízké svědomitosti. Mezi těmito faktory pravděpodobně existuje interakční vztah. Nebyly identifikovány žádné rozdíly v extraverci a otevřenosti vůči novým zkušenostem. Dále se kuřáci vyznačovali neschopností odolávat bažení (vysvětlovanou vysokou impulzivností chování), hledáním stimulace (hledání vysokého vzrušení), nedostatečnou vytrvalostí (nízká sebekázeň) a nedostatkem pečlivého zvažování důsledků svých akcí (nízké uvažování).

Míra závislosti na alkoholu slabě a negativně korelovala s věkem a RSES, slabě a pozitivně pak s neuroticismem. Naše výsledky podporují i výsledky starší provedené studie (Sandahl, Lindberg & Bergman, 1987), ve které se zkoumal vztah mezi pravidelným pitím alkoholu a faktory osobnosti. Do studie se zapojilo 300 pacientů hospitalizovaných z důvodu závislosti na alkoholu. Výzkumný vzorek byl vybrán z řad pacientů, kteří se stále nacházeli v léčebném zařízení nebo léčbu dokončili maximálně před dvěma lety. Alkoholici vykazovali vyšší hodnoty neuroticismu a nedostatku síly ega v porovnání s běžnou populací. To částečně vysvětluje, proč v rámci našich výsledků byla korelace spíše slabá, jelikož náš výzkumný vzorek nebyl čistě zaměřený na výběr závislých pacientů, ale spíše na běžnou populaci. Nicméně se podobný trend ukazuje i v našich výsledcích. Mezi alkoholiky existoval vztah mezi rozvojem závislosti na alkoholu a spíše patologickým nastavením osobnosti. V návaznosti na to však bylo snížené množství vypitého alkoholu spojeno se zlepšením sebehodnocení, zejména u patientek.

7.1 Implikace pro dalším výzkum

Napříč literaturou není jasná shoda, jestli považovat sebehodnocení za psychický stav (který se v čase mění), vlastnost nebo stabilní osobnostní rys. Rosenberg předpokládal, že sebehodnocení je vlastnost, ne stav. Na této premise je postavená jeho teorie sebehodnocení. V našem výzkumu bylo zjištěno, že skór dosažený v hodnotách sebehodnocení velmi silně koreluje se skórem neuroticismu, což je psychický rys. Díky tomu tak silně koreluje i s dalšími psychickými rysy. Kdyby se jednalo o průběžně se měnící vlastnost, tato korelace by pravděpodobně nebyla silná.

Přínos dalšího výzkumu by mohl spočívat v dalším zkoumání premisy, nakolik skór z Rosenbergovy škály souvisí s neuroticismem. Jaká je negativní emotivita člověka, která bude měřena nástrojem zaměřujícím se na aktuální stav jako je například PSS (Perceived Stress Scale). Pokud Rosenbergova teorie platí, měla by se objevit signifikantní korelace mezi těmito škálami. Jinak řečeno, korelace bude statisticky významná u rysu v porovnání se stavem.

Je otázkou, zdali bychom dosahovali stejně signifikantních výsledků i v případě, že bychom měli věkový průměr výrazně mladších respondentů například okolo 20 let. Další výzkum by tak měl zahrnout mladší věkovou skupinu respondentů a za pomoci tohoto výzkumného souboru replikovat výsledky naší studie.

7.2 Implikace pro praxi

V práci se potvrdil vztah, že lidé s podprůměrnou mírou sebehodnocení a vysokou mírou neuroticismu měli přibližně 3x vyšší pravděpodobnost, že budou závislí na kouření v porovnání s lidmi s nízkým neuroticismem a vysokým sebehodnocením. Tohoto zjištění by se dalo využívat v preventivních programech pro boj s kouřením. Do jisté míry by to vedlo i k tomu, aby se podpořila edukace o neuroticismu a vypracovávaly se lepší terapeutické/ edukační možnosti pro praxi. Zároveň by se dalo uvažovat o možnosti doporučit lidem, kteří chtějí přestat s kouřením i terapeutická sezení, aby mohli na své závislosti pracovat i jiným způsobem a vyhledat tak jiné, efektivní strategie pro zvládnání stresu. Dalším možným podnětem pro další výzkum by mohlo být naše zjištění, že v případě adjustovaného efektu predikovalo závislost na alkoholu nízké sebehodnocení v konjunkci s vysokým neuroticismem. Ačkoli byl tento výsledek zprvu statisticky významný, po Bonferroniho korekci ztratil na své signifikanci. Je otázkou, jaký je

nejvhodnější způsob léčby závislosti. Výsledky našeho výzkumu celkem překvapivě nepotvrdily hypotézu, že vysoký neuroticismus a nízké sebehodnocení povede k rozvoji závislosti na alkoholu. Pokud by se toto tvrzení opakovaně potvrdilo ve výzkumech na české populaci, znamenalo by to možnou změnu náplně terapeutických programů na odvykacích léčebných pobytech. Místo četných terapeutických sezení by se dalo více zaměřovat na zvládání rizikových situací, zvládání životních problémů, snižování impulzivního chování a zvyšování frustrační tolerance. To by mohlo vést ke značným změnám dosavadních léčeb.

7.3 Limity výzkumu

Za jeden z limitů výzkumu považujeme využití nepřesného termínu kouření, kdy se zpětně jako vhodnější jeví například zvolení termínu užívání tabákových výrobků. Nedostatečnou specifikitou mohli někteří probandi považovat za kouření například i kouření marihuany, případě jiných drog. Předpokládáme ovšem, že v rámci této studie většina probandů správně porozuměla otázce a vyjadřovali se tedy k míře závislosti na tabákových výrobcích.

Dalším limitem výzkumu je příliš vysoký věk probandů. Pro vytvoření efektivního programu pro prevenci závislosti by bylo vhodnější získat data z mladší populací a porovnat, jak a v čem jsou naše výsledky rozdílné.

Výsledky může ovlivňovat i self-report charakter použitých měřících nástrojů, a tedy působení různých druhů bias.

Data nejsou reprezentativního charakteru, neboť vzorek nebyl sesbírán náhodným způsobem. Z toho vyplývá, že závěry této práce není možné zobecnit na celou populaci České republiky.

8 Závěr

V teoretické části jsou podrobně popsány základní poznatky z oblasti klinické diagnostiky závislosti. Tyto poznatky jsou zaměřené primárně na specifika závislosti na alkoholu. Dále se zabýváme bližším popsáním genetických faktorů spjatých s rozvojem závislosti, a to z pohledu psychické poruchy, která působí jako dispozice ke vzniku závislosti. Poté se zaměřujeme na specifické kulturní a sociální faktory, které mohou hrát v rozvoji závislosti klíčovou roli. Zmiňujeme základní neurobiologický podklad vzniku a rozvoje závislosti a na ně navazující psychologické mechanismy, které závislost udržují a podporují v dalším rozvoji. Z psychologického hlediska popisujeme některé základní principy závislé osobnosti a její projevy. V další části se zaměřujeme na rozpoznání klinických příznaků závislosti na alkoholu. V závěru teoretické části zaměřené na závislost popisujeme nástroje změny a možnosti sociální práce se závislými klienty a pacienty. Zaměřujeme se na posilování motivace, možností a zároveň hranice, na které můžeme narazit z hlediska individuální sociální práce se závislým klientem. V další kapitole se snažíme popsat základní metody, vývoj a teorii pětifaktorového modelu osobnosti. Zaměřujeme se primárně na jednotlivé metody jako je, The Five Factor Personality Inventory (FFPI), dále pak na The Big Five Questionnaire (BFQ). Dále se věnujeme bližšímu popsání konstruktů sebehodnocení jako trvalého charakterového rysu dle teorie Rosenberga. V rámci toho se snažíme i o krátké zhodnocení metod pro měření pětifaktorového modelu osobnosti.

V praktické části rigorózní práce jsme se zaměřili na popsání užitých statistických metod a výzkumného vzorku. Dále zmiňujeme využitý způsob statistického zpracování dat. V sekci výsledky podrobně rozebíráme dosažené výsledky po zpracování statistickými metodami. Popisujeme výběr výzkumného vzorku, který se skládal ze 1172 respondentů. Z tohoto vzorku byli někteří respondenti za účelem přesnějšího zkoumání vyloučeni. Tato selekce probandů je podrobně popsána a zdůvodněná v kapitole výzkumný soubor. V praktické části jsou stanoveny hypotézy a jejich následné testování pomocí získaných dat. Závěr práce obsahuje podrobnou diskusi, kde se soustředíme na porovnání našich získaných dat s již publikovanými českými i zahraničními pracemi. Zaměřujeme se i na využití a interpretaci sociodemografických dat a případnou interpretaci rozdílů mezi korelacemi získanými v rámci našeho výzkumného souboru a korelacemi zjištěnými v rámci jiných výzkumů. V průběhu diskuse se snažíme soustavně poukazovat na omezení a nedostatky práce. V sekci limity výzkumu rovněž navrhuje

možnosti jejich zlepšení a tím i získání relevantnějších výsledků, což může být inspirací pro další výzkum. V samotném závěru se snažíme popsat možné dopady této práce a její využití pro teorii, praxi a další výzkum.

9 Literatura

1. Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Holt.
2. Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycholexical study. *Psychological Monographs*, 47 (1, Whole No. 211).
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
4. Aust, F., & Barth, M. (2020). *Papaja: Create APA manuscripts with R Markdown*. Retrieved from <https://github.com/crsh/papaja>
5. Bártová, J. (2008). *Vztah mezi sebehodnocením a úzkostí u VŠ studentů* (Doctoral dissertation). Masarykova univerzita v Brně, Filozofická fakulta.
6. Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38(6), 481-488.
7. Boyle, G. J. (1989). Re-examination of the major personality-type factors in the Cattell, Comrey and Eysenck Scales: Were the factor solutions by Noller et al. optimal? *Personality and Individual Differences*, 10, 1289-1299.
8. Broža, J. (2003). Různé pohledy na osobnost klienta a léčbu. *Adiktologie*, 30-34.
9. Buchsbaum, D. G., Buchanan, R. G., Centor, R. M., Schnoll, S. H., & Lawton, M. J. (1991). Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios. *Annals of Internal Medicine*, 115, 774-777.
10. Caprara, G. V. & Perugini, M. (1991a). L'Approccio Psicolessicale e l'emergenza dei Big Five nello studio della Personalità? *Giornale Italiano di Psicologia*, XVIII, 721-741.
11. Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The "Big Five Questionnaire": A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15(3), 281-288.
12. Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The "Big Five Questionnaire": A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15(3), 281-288.
13. Cattell, R. B. (1943). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38, 476-507.

14. Cattell, R. B. (1945). The description of personality: Principles and findings in a factor analysis. *American Journal of Psychology*, 58, 69-90.
15. Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of general psychiatry*, 44(6), 573-588.
16. Cloninger, R. (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. *A Proposal. Archives of general psychiatry*, 44, 573-88.
17. Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(3), 145–153. <https://doi.org/10.1037/h0045186>
18. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
19. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
20. Costa, P. T., McCrae, R. R., & Dye, D. A. (1991). Facet scales for Agreeableness and Conscientiousness: A revision of the NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 12, 887-898.
21. De Raad, B. (1998). Five big, big five issues: Rationale, content, structure, status and crosscultural assessment. *European Psychologist*, 3, 113-124.
22. De Raad, B., Mulder, E., Kloosterman, K., & Hofstee, W. K. (1988). *Personality-descriptive verbs*. *European Journal of Personality*, 2(2), 81-96.
23. Dhalla, S., & Kopec, J. A. (2007). The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies. *Clinical and Investigative Medicine*, 30(1), 33–41.
24. DiClemente, C. C. (1985). Processes and stages of change: Coping and competence in smoking behavior change. *Coping and substance abuse*, 319-343.
25. Digman, J. M. (1990). Personality structure: emergence of the Five Factors Model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.

26. *Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. (1992).* Psychiatrické centrum.
27. Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 607–619. <https://doi.org/10.1037/a0024299>
28. Eysenck, H. J. (1953). *The structure of human personality*. New York: Wiley.
29. Fiellin, D. A., Carrington, R. M., & O'Connor, P. G. (2000). Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1977–1989.
30. Fromm-Reichmann, F. (1960). "Psychiatric aspects of anxiety," in Stein, M. R., Vidich, A. J., & White, D. M. (eds.). *Identity and Anxiety*, Glencoe, HL: The Free Press, pp. 129-130.
31. García, J. A., y Olmos, F. C., Matheu, M. L., & Carreño, T. P. (2019). Self esteem levels vs global scores on the Rosenberg self-esteem scale. *Heliyon*, 5(3), e01378.
32. Gerber, M., & Pühse, U. (2008). "Don't crack under pressure!"—Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between school-based stress and psychosomatic complaints? *Journal of psychosomatic research*, 65(4), 363-369.
33. Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. In L. Wheeler (Ed.). *Review of Personality and Social Psychology* (Vol. 2, pp. 141-165). Beverly Hills, CA: Sage.
34. Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five Factor Structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.
35. Goodwin, R., & Hamilton, S. P. (2002). Cigarette smoking and panic: the role of neuroticism. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1208-1213.
36. Gray, J. E. (1972). Self-rating and Eysenck Personality Inventory estimates of neuroticism and extraversion. *Psychological reports*, 30(1), 213-214.
37. Guilford, J. P. (1982). Cognitive psychology's ambiguities: Some suggested remedies. *Psychological Review*, 89, 48-49.

38. Hahn, R., & Comrey, A. L. (1992). Factor analysis of the NEO-PI and the CPS. Paper presented at the *Annual Meeting of the Society for Multivariate Experimental Psychology*, Cape Cod, MA, October 22-24, 1992.
39. Halama, P., & Bieščad, M. (2006). Psychometrická analýza Rosenbergovej škály sebahodnotenia s použitím metód klasickej teórie testov (CTT) a teórie odpovede na položku (IRT). *Československá psychologie*, 50 (6), 569–583.
40. Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník* (Vyd. 2). Praha: Portál.
41. Hendriks, A. A. J. (1997). *The construction of the five-factor personality inventory (FFPI)*. Doctoral dissertation, Rijksuniversiteit Groningen.
42. Hendriks, A. J., Hofstee, W. B. K., DeRaad, B., & Angleitner, A. (1996). The Five-Factor Personality Inventory (FFPI). *Int J Psychol*, 31, 54100.
43. Hofstee, W. K., De Raad, B., & Goldberg, L. R. (1992). Integration of the big five and circumplex approaches to trait structure. *Journal of personality and social psychology*, 63(1), 146.
44. Hogan, R. (1986). *Hogan Personality Inventory manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
45. Horney, K. (2013). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization* (Vol. 177). Routledge.
46. Hosák, L., & Hrdlička, M. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Charles University in Prague, Karolinum Press.
47. Hřebíčková, M., & Urbánek, T. (2001). *NEO pětifaktorový osobnostní inventář* (podle NEO Five-Factor Inventory PT Costy a RR McCrae). Praha: Testcentrum.
48. Hřebíčková, M., Blatný, M., & Jelínek, M. (2010). Osobnost jako prediktor osobní pohody v dospělosti. *Československá psychologie*, 54(1), 31-41.
49. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/05/V%C3%BDsledky-n%C3%A1rodn%C3%ADho-v%C3%BDzkumu-SZ%C3%9A-o-u%C5%BE%C3%ADv%C3%A1n%C3%AD-tab%C3%A1ku-v-%C4%8CR-za-rok-2019.pdf>
50. Huang, C., & Dong, N. (2012). Factor structures of the Rosenberg self-esteem scale. *European Journal of Psychological Assessment*.

51. Huselid, R. F., & Cooper, M. L. (1992). Gender roles as mediators of sex difference in adolescent alcohol use and abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 348-362.
52. Jaksicova, D., Novak, L., Husek, V., Tavel, P., Malinakova, K. (2021). Czech and Slovak Members of Religious Institutes: Their Health in Comparison to the General Population. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 9944. <https://doi.org/10.3390/ijerph18199944>
53. Jensen, R. A., Kirkegaard Thomsen, D., O'Connor, M., & Mehlsen, M. Y. (2020). Age differences in life stories and neuroticism mediate age differences in subjective well-being. *Applied Cognitive Psychology*, 34(1), 3-15.
54. Jensen, R. A., Kirkegaard Thomsen, D., O'Connor, M., & Mehlsen, M. Y. (2020). Age differences in life stories and neuroticism mediate age differences in subjective well-being. *Applied Cognitive Psychology*, 34(1), 3-15.
55. John, O. P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. *Handbook of personality: Theory and research*.
56. John, O. P., Angleitner, A., & Ostendorf, F. (1988). The lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research. *European journal of Personality*, 2(3), 171-203.
57. Josephs, R. A., Markus, H. R., & Tafarodi, R. W. (1992). Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 391-402. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.391>
58. Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha, Úřad vlády České republiky.
59. Krug, S. E., & Johns, E. F. (1986). A large sample validation of second-order personality structure defined by the 16PF. *Psychological Reports*, 59, 683-693.
60. Kučerová, L. (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí, Instrukční příručka*.
61. Malinovská, J., Kršková, L., Švarcová, B., Vejtasová, V., Urbanová, J., & Brož, J. (2021). *Screening rizikového užívání alkoholu v ordinaci lékaře*. *Vnitřní Lékařství*, 67(2), e38-43.

62. Matoušek, O, Kodymová, P., & Kolářková, J. (eds.). (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál.
63. Matoušek, O. (2008). *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál.
64. McCrae, R. R. (1989). Why I advocate the Five Factor model: joint analysis of the NEO-PI and other instruments. In Buss, D. M. & Cantor, N. (Eds), *Personality psychology: Recent trends and emerging directions* (p. 237-245). New York: Springer Verlag.
65. McCrae, R. R., & Costa Jr., P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and individual differences*, 36(3), 587-596.
66. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1985). Comparison of EPI and Psychoticism scales with measures of the Five Factor model of Personality. *Personality and Individual Differences*, 6, 587-597.
67. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1989). Rotation to maximize the construct validity of factors in the NEO Personality Inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 24, 107-124.
68. McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
69. McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1999). A five-factor theory of personality. In L. A. Pervin (Ed.). *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York: Guilford.
70. McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
71. McCrae, R. R., Costa P. T. (1992): *The NEO Personality Inventory (NEO-PI-R and The NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Professional Manual. Odessa, Psychological Assessment Resources.
72. Mullan, E., & NicGabhainn, S. (2002). Self-esteem and health-risk behaviours: Is there a link? *Irish Journal of Psychology*, 2002(1-2), 27-36.
73. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost. 4. aktualizované vydání*. Praha: Portál.

74. Nešpor, Karel. (2018). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby, 5, rozšířené vydání*. Praha: Portál.
75. Nielsenová, M. (2010). *Dlouhodobá nezaměstnanost a její vliv na sebehodnocení* (Doctoral dissertation, Vysoká škola regionálního rozvoje a Bankovní institut–AMBIS).
76. Nociar, A. (1991): *Alkohol a osobnost'*. Veda. Bratislava: SAV.
77. Nociar, A. (2001). *Alkohol, drogy a osobnost'*. Bratislava: Asklepios.
78. Nolen-Hoeksema, S., Frederickson, L. B., Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda, Vyd. 3., přeprac.* Praha: Portál.
79. Ostendorf, F., & Angleitner, A. (1992). On the generality and comprehensiveness of the Five-Factor model of personality: Evidence for five robust factors in questionnaire data. In Caprara, G. V., & Van Heck, G. (Eds), *Modern personality psychology*. London: Harvester Wheatsheaf.
80. Peters, G.-J. (2020). *Ufs: Quantitative analysis made accessible*. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=ufs>
81. Poborský, K. (2005). *Neuroticismus v prostředí středních škol* [Diplomová práce]. Západočeská univerzita v Plzni.
82. Popov, P. (2001). *Návykové poruchy*. In Raboch, J., Zvolský, P. et al., *Psychiatrie*, Praha, Galén.
83. Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.
84. R Core Team. (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Retrieved from <https://www.R-project.org/>
85. Revelle, W. (2020). *Psych: Procedures for psychological, psychometric, and personality research*. Evanston, Illinois: Northwestern University. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
86. Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17(3), 423–434. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.3.423>
87. Röhr, H. P. (2015). *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál.

88. Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press. Získáno 14.4. 2021, z <http://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjjh>
89. Řezníček, I. (1994). *Metody sociální práce*: Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství).
90. Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
91. Sandahl, C., Lindberg, S., & Bergman, H. (1987). The relation between drinking habits and neuroticism and weak ego among male and female alcoholic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75(5), 500-508.
92. Sandora, J., Novak, L., Brnka, R., van Dijk, J.P., Tavel, P., & Malinakova, K. (2021). The Abbreviated Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) and the Abbreviated Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS): Psychometric Properties and Evaluation of the Czech Versions. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, in peer-review.
93. Santrock, J. W. (2006). *Life-span development* (10th ed.). Boston, Mass.: McGraw-Hill.
94. Saucier, G., & Goldberg, L. R. (1996). Evidence for the Big Five in analyses of familiar English personality adjectives. *European journal of Personality*, 10(1), 61-77.
95. Sherif, M. (1936). *The psychology of social norms*. Harper.
96. Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 89(4), 623.
97. Skopal, O., & Dolejš, M. (2014). Sebepojetí českých adolescentů ve vztahu k rizikovému chování dle Rosenbergovy koncepce sebehodnocení. In *PhD Existence 2014, Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech* (p. 215).
98. Skopal, O., Suchá, J., & Dolejš, M. (2014). *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. Univerzita Palackého v Olomouci.

99. Smolík, D. (2004). Ekonomické, ekologické a sociální aspekty transformačních procesů průmyslových regionů v integrující Evropě. *Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava*, Ostrava.
100. Streissguth, A. P., Barr, H. M., Bookstein, F. L., Sampson, P. D., & Olson, H. C. (1999). The long-term neurocognitive consequences of prenatal alcohol exposure: A 14- year study. *Psychological Science*, 10(3), 186-190.
101. Suchá, J., & Dolejš, M. (2014). *Vztah mezi sebehodnocením, impulzivitou a rizikovým chováním u čtrnáctiletých žáků v ČR*. Olomouc: Univerzita Palackého.
102. Šolcová, I., & Kebza, V. (2005): Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá psychologie*, 49, 1, 1-8.
103. Taner, M., & Guvenis, A. (2001). Analysis of cut-off points for the cage questionnaire for alcohol abuse. *2001 Conference Proceedings of the 23rd Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, 4, 3932–3934 vol.4.
104. Tay, R. (2017). Correlation, variance inflation and multicollinearity in regression model. *Journal of the Eastern Asia Society for Transportation Studies*, 12(0), 2006–2015. <https://doi.org/10.11175/easts.12.2006>
105. Terracciano, A., & Costa Jr., P. T. (2004). Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction*, 99(4), 472-481.
106. Trachtová, E. (1999). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
107. Útrata R. (1986). *Repetitorium forezní alkoholologie*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.
108. Vágnerová, M. (2004). *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
109. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Karolinum Press.
110. Vágnerová, Marie. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese, Vyd. 3., rozš. a přeprac.* Praha: Portál.

111. Vargha, A., & Delan, H. D. (2000). A critique and improvement of the CL common language effect size statistics of McGraw and Wong. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 25(2), 101–132. Journal article. <https://doi.org/10.2307/1165329>
112. Vega, W. A., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., ... & Wittchen, H. U. (2002). Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the international consortium of psychiatric epidemiology. *Drug and alcohol dependence*, 68(3), 285-297.
113. Wahlberg, D. (1999, October 21). Binge drinking remains a problem. *Ann Arbor News*, A1.
114. WHO (World Health Organization). (2005, January 12-15). *Alcohol and mental health*. Briefing, Helsinki, Finland. Staženo z http://www.who.int/substance_abuse/facts/psychoactives/en/, dostupné v 18.8., 2020.
115. Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1992). Personality: structure and measurement. *Annual Review of Psychology*, 43, 473-504.
116. Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*.
117. Zeigler-Hill, V., & Myers, E. M. (2012). *A review of gender differences in self-esteem*.
118. Zidkova, R., Malinakova, K., van Dijk, J.P., & Tavel, P. (2021). The Coronavirus Pandemic and the Occurrence of Psychosomatic Symptoms: Are They Related? *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 3570. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073570>
119. Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., & Camac, C. (1988). What lies beyond E and N? Factor analysis of scales believed to measure basic dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 96-107.

10 Výklad pojmů

Alkohol – etanol; hypnosedativum s krátkodobým účinkem; v malých dávkách zlepšuje náladu, odstraňuje úzkost a napětí. Ve vyšších dávkách způsobuje útlum, rozšiřuje cévy, které v kůži způsobují tepelné ztráty (Hartl a Hartlová, 2009, s. 30).

Droga – obecně látka ovlivňující činnost organismu a sloužící jako léčivo. V užším smyslu přírodní nebo syntetická omamná látka využívaná nebo zneužívaná za účelem ovlivnění nervové soustavy (Hartl a Hartlová, 2009, s. 122).

Škodlivé užívání – je užívání návykových látek poškozující zdraví a předcházející vzniku závislosti.

Závislost – v patologickém pojetí znamená nekontrolované nutkání opakovat své chování bez ohledu na jeho negativní důsledky (Hartl a Hartlová, 2009, s. 699).

Drogová závislost – stav tělesné nebo psychické závislosti na periodickém užívání nějaké látky s psychotropním povzbuzujícím účinkem. Dříve se užívaly i pojmy toxikomanie, narkomanie. Někdy jde spíše o nadužívání nebo zneužívání (tabakismus, kofeinismus). Návyk bývá provázen zvyšováním dávek (tolerance). Odvykání vede k abstinenčním příznakům. K vyšší míře poškození vede zejména injekční aplikace drog a čichání těkavých látek. Závažné jsou důsledky alkoholismu a abúzus léčiv (Hartl a Hartlová, 2009, s. 700).

Komorbidity – společný výskyt více onemocnění nebo poruch. Poruchy příjmu potravy se například často vyskytují společně s užíváním návykových látek.

11 Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník

V následující části zjišťujeme několik stručných demografických údajů, které nám pomohou lépe porozumět vašim odpovědím."

Jste

1. Muž

2. Žena

Kolik je vám let?

Rodinný stav

1: svobodný/á

2: ženatý/vdaná

3: rozvedený/á

4: vdovec, vdova

5: druh, družka,

6: řeholník, řeholnice, kněz

Ekonomická status

1. Student

2. Zaměstnaný

3. Podnikatel (OSVČ)

4. Penzista

Nejvyšší dosažené vzdělání

1. Základní

2. Učiliště

3. Střední škola

4. Vyšší odborná škola či bakalářské studium

5. Magisterské nebo vyšší

Dotazník CAGE – kouření

1. Cítil/a jste někdy potřebu omezit kouření? ANO/NE
2. Jsou lidé ve vašem okolí podráždění a kritizují vaše kouření? ANO/NE
3. Měl/a jste někdy kvůli kouření špatné pocity nebo pocity viny? ANO/NE
4. Kouřil/a jste někdy hned po ránu, abyste se uklidnil/anebo se zbavil/a nepříjemného stavu? ANO/NE

Dotazník CAGE – alkohol

Pijete alkohol?

1: Ano, ale méně než 1x týdně

2: Ano, častěji než 1x týdně

3: Ne

Cítil/a jste někdy potřebu své pití omezit? ANO/NE

Jsou lidé ve vašem okolí podráždění a kritizují vaše pití? ANO/NE

Měl/a jste někdy kvůli pití špatné pocity nebo pocity viny? ANO/NE

Pil/a jste někdy alkohol hned po ránu, abyste se uklidnil/anebo se zbavil/a kocoviny? ANO/NE

Rosenbergova škála sebehodnocení

Způsob, jak o sobě lidé přemýšlejí, se u různých lidí liší. Zkuste nám prosím odpovědět na následující výroky:

Jsem se sebou vcelku spokojený/á.

1: úplně souhlasím

2: spíše souhlasím

3: spíše nesouhlasím

4: vůbec nesouhlasím

Někdy si myslím, že jsem naprosto neschopný/á.

1: úplně souhlasím

2: spíše souhlasím

3: spíše nesouhlasím

4: vůbec nesouhlasím

Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.

1: úplně souhlasím

2: spíše souhlasím

3: spíše nesouhlasím

4: vůbec nesouhlasím

Jsem schopný/á dělat řadu věcí stejně dobře jako ostatní.

1: úplně souhlasím

2: spíše souhlasím

3: spíše nesouhlasím

4: vůbec nesouhlasím

Zdá se mi, že nemohu být u sebe na nic konkrétního hrdý/á.

1: úplně souhlasím

2: spíše souhlasím

3: spíše nesouhlasím

4: vůbec nesouhlasím

Občas jasně pociťuji svoji neúčinnost.

1: úplně souhlasím

2: spíše souhlasím

3: spíše nesouhlasím

4: vůbec nesouhlasím

Mám pocit, že si uchovávám svoji osobní důstojnost nejméně v takové míře, jako většina ostatních lidí.

1: úplně souhlasím

- 2: spíše souhlasím
- 3: spíše nesouhlasím
- 4: vůbec nesouhlasím

Chtěl/a bych si sám/sama sebe víc vážit.

- 1: úplně souhlasím
- 2: spíše souhlasím
- 3: spíše nesouhlasím
- 4: vůbec nesouhlasím

Jsem vždy náchylný/á považovat se za neúspěšného člověka.

- 1: úplně souhlasím
- 2: spíše souhlasím
- 3: spíše nesouhlasím
- 4: vůbec nesouhlasím

Mám k sobě dobrý vztah.

- 1: úplně souhlasím
- 2: spíše souhlasím
- 3: spíše nesouhlasím
- 4: vůbec nesouhlasím

Big Five Inventory – neuroticismus

Považuji se za někoho, kdo je depresivní, smutný

- 1: Zcela nesouhlasím
- 2: Spíše nesouhlasím
- 3: Ani nesouhlasím, ani souhlasím
- 4: Spíše souhlasím
- 5: Zcela souhlasím

Považuji se za někoho, kdo je uvolněný, dobře zvládá stres

- 1: Zcela nesouhlasím
- 2: Spíše nesouhlasím
- 3: Ani nesouhlasím, ani souhlasím
- 4: Spíše souhlasím
- 5: Zcela souhlasím

Považuji se za někoho, kdo bývá nervózní

- 1: Zcela nesouhlasím
- 2: Spíše nesouhlasím
- 3: Ani nesouhlasím, ani souhlasím
- 4: Spíše souhlasím
- 5: Zcela souhlasím

Považuji se za někoho, kdo se často něčeho obává

- 1: Zcela nesouhlasím
- 2: Spíše nesouhlasím
- 3: Ani nesouhlasím, ani souhlasím
- 4: Spíše souhlasím
- 5: Zcela souhlasím

Považuji se za někoho, kdo je vyrovnaný, jen tak něco ho nevyvede z míry

- 1: Zcela nesouhlasím
- 2: Spíše nesouhlasím
- 3: Ani nesouhlasím, ani souhlasím
- 4: Spíše souhlasím
- 5: Zcela souhlasím

Považuji se za někoho, kdo bývá náladový

- 1: Zcela nesouhlasím
- 2: Spíše nesouhlasím

3: Ani nesouhlasím, ani souhlasím

4: Spíše souhlasím

5: Zcela souhlasím

Považuji se za někoho, kdo zůstává klidný ve vypjatých situacích

1: Zcela nesouhlasím

2: Spíše nesouhlasím

3: Ani nesouhlasím, ani souhlasím

4: Spíše souhlasím

5: Zcela souhlasím

Považuji se za někoho, kdo snadno znervózní

1: Zcela nesouhlasím

2: Spíše nesouhlasím

3: Ani nesouhlasím, ani souhlasím

4: Spíše souhlasím

5: Zcela souhlasím