

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

DEPRESIVITA U PACIENTŮ S ABÚZEM ALKOHOLU
DEPRESSION IN PATIENTS WITH ALCOHOL ABUSE



Bakalářská diplomová práce

Autor: Michaela Paštiková

Vedoucí práce: PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Studijní program: P7701/Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Olomouc

2014

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: Depresivita u pacientů s abúzem alkoholu vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Rumburku dne 27. 3. 2014

Podpis.....

Chci zde vyjádřit dík vedoucímu práce PhDr. Radkovi Obereignerů, Ph.D.
za cenné připomínky, primáři MUDr. Jaromírovi Honsovi, Ph.D., personálu a
respondentům protialkoholní stanice psychiatrického oddělení Krajské nemocnice
Liberec, a. s. za spolupráci při tvorbě této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	7
1. Alkohol a deprese.....	7
1.1. Alkohol a jeho účinky na organismus.....	7
1.1.1. Alkohol jako chemická sloučenina.....	7
1.1.2. Účinky alkoholu na organismus.....	8
1.2. Užívání alkoholu.....	9
1.2.1. Abstinent, konzument, piják a alkoholik.....	10
1.2.2. Akutní intoxikace a patologická intoxikace.....	10
1.2.3. Škodlivé užívání alkoholu.....	12
1.3. Charakteristické rysy závislosti.....	12
1.3.1. Alkoholismus a abúzus alkoholu.....	12
1.3.2. Vývoj závislosti na alkoholu.....	13
1.3.3. Stupně závislosti na alkoholu.....	14
1.3.4. Alkoholový odvykací stav.....	15
1.5. Deprese.....	16
1.5.1. Normální smutek a dystymie.....	16
1.5.2. Deprese z pohledu MKN – 10.....	16
1.6. Dělení depresivních příznaků.....	18
1.6.1. Depresivní city a nálada.....	18
1.6.2. Depresivní myšlenky.....	20
1.6.3. Depresivní chování.....	20
1.6.4. Depresivní tělesné příznaky.....	21
1.7. Deprese primární a sekundární.....	22
1.8. Komorbidita alkoholismu.....	24
1.8.1. Somatické a psychické komplikace alkoholismu.....	24
1.8.2. Duální diagnózy.....	25
1.8.3. Vztah deprese a alkoholismu.....	26
EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	28
2. Cíle výzkumu – výzkumný problém a výzkumné otázky.....	28
2.1. Charakteristika zkoumaného souboru a průběh výzkumu.....	29

2.1.1. Výběr výzkumného vzorku.....	30
2.1.2. Popis výzkumného vzorku.....	30
2.1.3. Rozdělení vzorku dle pohlaví a věkových hranic.....	31
2.2. Organizační zajištění výzkumu, etická úskalí.....	33
2.3. Průběh výzkumu.....	33
2.4. Metodologický rámec.....	34
2.4.1. Použité metody a jejich popis.....	34
2.4.2. Inventář MMPI – II.....	34
2.5. Výsledky výzkumu.....	36
2.5.1. Vyhodnocení testů MMPI – II.....	36
2.5.2. Škála MAC – R.....	38
2.5.3. Škála AAS.....	39
2.5.4. Škála APS.....	41
2.5.4. Škály depresivity.....	43
2.5.5. Subškály depresivity.....	45
2.5.6. Vztah škály AAS, D a DEP.....	47
2.5.7. Zhodnocení hypotéz.....	49
3. Diskuse.....	50
4. Závěry.....	51
5. Souhrn.....	51
6. Seznam literatury.....	54
7. Seznam příloh.....	56

Úvod

Alkohol, ethanol se pro svůj významný vliv na organismus používá k výrobě alkoholických nápojů. Jejich konzumace byla zaznamenána již ve starověku jako součást společenských událostí (Kalina, 2008). I dnes může být pití alkoholu společenskou záležitostí. Bývá nedílnou částí obchodních jednání, pečetí se jím uzavírání obchodních smluv, bývá součástí společenských a rodinných oslav. V rozumné míře může mít pozitivní společenský vliv.

Konzumovaný alkohol se v těle rozkládá za pomoci enzymů, a to až na kyselinu octovou. Metabolit acetaldehyd je však pro organismus velmi toxický, takže příjemné ovlivnění psychických funkcí organismu je znehodnocováno jeho toxickým účinkem. Lidské tělo dokáže rozložit jen určité množství alkoholu za časovou jednotku. Dojde-li k pití většího množství alkoholu, nebo jeho dlouhodobému požívání, projevují se důsledky alkoholické toxicity a dochází k poškození různých částí těla a změnám psychických funkcí.

Nadměrným požíváním alkoholu jsou narušeny sociální vazby. V první řadě abúzus alkoholu ovlivňuje fungování rodiny. Rodinní příslušníci trpí alkoholikem ve svých řadách, v rodině se stává řešení alkoholu stěžejní událostí, mnohdy se již nedostává sil na řešení ostatních rodinných problémů a problematických svazků. Dále alkoholismem trpí přátelské vazby, pracovní kontakty, osobní zájmy. Alkohol negativně ovlivňuje alkoholikovo okolí a sám abuzér prochází různými fázemi pití alkoholu, změnami tolerance v jeho příjmu, fázemi rozvoje závislosti, používáním obranných adaptačních mechanismů a podobně.

Nadměrnou konzumací alkoholu alkoholik řeší své osobní problémy, posiluje jím odvalu, dělá mu společníka v samotě, pomáhá překonat nudu, zvedá výdrž, otupuje city a smysly. Dlouhodobou nadměrnou konzumací alkoholu se vytváří závislost na alkoholu, který zde vystupuje jako droga. Závislost na alkoholu je samostatnou medicínskou diagnózou, ale její výskyt bývá komorbidní předcházejí či následují jí další diagnózy, jako například úzkost, deprese, poruchy spánku a afektivní poruchy.

Ve své práci se budu zabývat zkoumáním alkoholické závislosti a v souvislosti s ní s dopovodným myšlením, jednáním a chováním. Závislý člověk mívá ještě další problémy se závislostí související. Tato práce se bude zabývat depresivitou, tedy depresí, depresivním laděním, symptomy, depresivními pocity. Chce zjistit, zda se depresivita vyskytuje u závislých osob častěji, než u běžné populace.

TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

1. Alkohol a deprese

Alkoholické nápoje jsou vyhledávány a užívány pro svou specifickou chuť a účinky na organismus. Při jeho dlouhodobém nadužívání jsou narušovány rodinné vztahy, vznikají problémy v zaměstnání, ustupují volnočasové aktivity, zhoršuje se psychická pohoda. Lidé, kteří ztrácejí rodinné a pracovní zázemí jsou v napětí a úzkosti, což může způsobit nebo zhoršit fyzické či psychické onemocnění.

1.1. Alkohol a jeho účinky na organismus

Specifické složení a účinky alkoholu na organismus umožňují této droze ovlivňovat psychické a fyzické funkce člověka.

1.1.1. Alkohol jako chemická sloučenina

Alkohol je sloučeninou uhlíku, vodíku a kyslíku. Z pohledu chemického ethanol, neboli etanol, etylalkohol, lih obsahuje dva uhlíky a je tedy druhým nejnižším alkoholem. Jeho funkční vzorec je C_2H_5OH , sumární vzorec je C_2H_6O . Mezi vlastnosti etanolu patří to, že je bezbarvou kapalinou, "teplotu tání má $-114,4^{\circ}C$, teplotu varu má $78,3^{\circ}C$, ve vodě je neomezeně mísitelný, ředěný má příjemnou vůni a je vysoce hořlavý (při 95% koncentraci má teplotu vzplanutí $13^{\circ}C$ a při 50% koncentraci má teplotu vzplanutí $24^{\circ}C$)" (Ethanol, nedat., s. 1), "teplota hoření je $29^{\circ}C$ a teplota vznícení je $415^{\circ}C$, pro svou snadnou zápalnost je etanol klasifikován jako hořlavina první třídy" (Proxim, 2006, s. 5).

Přírodní cestou vzniká ethanol při alkoholovém kvašení jednoduchých cukrů ve formě cukerného roztoku a to za působení různých druhů kvasinek (Pacák, 1990).

Alkohol je celosvětově rozšířený a jeho konzumace je značná. Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litrů čistého alkoholu na obyvatele (Český statistický úřad, 2011). Ve spotřebě piva dlouhodobě zaujímáme přední místo ve světě. Nadměrně konzumuje alkohol asi $\frac{1}{4}$ všech mužů v ČR a $\frac{1}{10}$ žen (Kalina, 2008).

1.1.2. Účinky alkoholu na organismus

Alkohol se vstřebává v celém rozsahu trávicí soustavy, již při jeho požití se vstřebává v dutině ústní. Je to velmi malá sloučenina, proto také velmi snadno prostupuje střevní stěnou, čímž se dostává do krevního řečiště. Kuhn, Swartzwelder a Wilson (2003, in Atkinson, 2003, s. 213) jsou zastánci názoru, že „ačkoli alkohol proniká do všech částí těla rovnoměrně, nejrychleji začíná působit na mozek, protože značná část krve vypuzovaná ze srdce jde do mozku a tuková tkáň v mozku alkohol velice dobře absorbuje“ Nejvíce je absorbován v tenkém střevě a je dokonce vstřebáván i při podání konečníkem. A dále se alkohol vstřebává kůží a dýchací soustavou. V organismu se alkohol oxidací za účasti enzymu alkoholdehydrogenáza rozkládá na acetaldehyd, který se pak za účasti trávicího enzymu aldehyddehydrogenázy rozkládá na kyselinu octovou a vodu (Mlčoch, 2013).

Účinky alkoholu závisí na jeho množství při požití, na skutečnosti, zda se jedná o muže či ženu, na toleranci vůči alkoholu, na vlivu prostředí. Se zvyšujícím se množstvím vypitého alkoholu se zvyšují jeho účinky. Rozdíly mezi účinkem stejného množství alkoholu požitého mužem a ženou spočívají v rozdílné stavbě těla muže a ženy. Alkohol jak již vyplývá z jeho vlastností je velmi dobře mísitelný s vodou a v lidském organismu se ve vodě také rozpouští. U žen dochází k vyšší hladině alkoholu v krvi při požití stejného množství alkoholu na 1 kg tělesné hmotnosti než u mužů. Nešpor je zastáncem názoru, že příčinou je nižší obsah vody, nižší aktivita alkoholdehydrogenázy v žaludeční sliznici a menší játra, která jsou navíc zaměstnávána metabolismem hormonů. Ženy také reagují na alkohol silněji a méně předvídatelně (Höschl, 2002).

Alkohol v počátcích působí na organismus stimulačně, navozuje euforii, dodává energii, zvyšuje sebevědomí, zlepšuje náladu, navozuje pocity uvolnění (Kalina, 2008). Alkohol začne ovlivňovat paměť a jedinec si pak ztěžka vzpomíná na to, co se stalo v poslední době, může dojít i k výpadkům paměti a dochází ke zhoršování úsudku (Alkoholismus, nedat.).

Podkladem somatického poškození organismu při alkoholismu je zejména aktivita acetaldehydu, vznikajícího při rozkladu etylalkoholu. Mezi typické krátkodobé nežádoucí účinky intoxikace alkoholem patří somatické příznaky, jako je porucha rovnováhy, svalového napětí, zpomalení reakčního času, nevolnost, zvracení, poruchy chování doprovázené agresivitou, které spolu se zhoršenou sebekritikou mohou vést k rizikovému chování (například jízda za volantem). Při těžších intoxikacích může dojít ke kvantitativní poruše vědomí a až ke smrti.

K dlouhodobým účinkům intoxikace alkoholem řadíme poškození gastrointestinálního traktu projevující se průjmami, poruchami trávení, gastritidami, poškozením jater až jaterní cirhózou, jícnovými varixy a důsledek tohoto poškození může vést k rakovinnému bujení jater, jícnu nebo žaludku, tenkého střeva a rekta, může dojít k poškození slinivky břišní a následnému diabetu, hypovitaminózy až avitaminózy mohou vést až k život ohrožujícím stavům. Poškození oběhového systému může být zastoupeno arteriální hypertenzí či kardiomyopatií, poruchy krvetvorby se projevují anémiemi a poruchami hemokoagulace. Narušení psychických funkcí se projevuje poruchami spánku, úzkostmi a depresemi. Poškození nervové soustavy je demonstrováno polyneuropatiemi, organickým poškozením mozku, alkoholovou psychózou (mezi jejíž projevy patří halucinace, paranoidní bludy a poruchy paměti až do stadia demence). Poškození endokrinního systému s poruchou sekrece glukokortikoidů a testosteronu se projevuje u mužů impotencí. U těhotných žen může konzumace alkoholu vést k poškození plodu - fetálnímu alkoholickému syndromu, jehož symptomy jsou poškození mozku s různým stupněm mentální retardace, růstová retardace, poškození centrální nervové soustavy, mikrocefalie a typické jsou specifické obličejové rysy (Kalina, 2008).

1.2. Užívání alkoholu

Při konzumaci alkoholických nápojů uživatel objevuje specifické chutě a vůně jednotlivých druhů a typů nápoje. Někteří jeho poživatelé u vyhledávání chutí zůstanou, jiní preferují další z vlastností a účinků alkoholu. Podle vztahu lidí k alkoholu a jeho konzumaci dělíme společnost na abstinenty, konzumenty, pijáky a alkoholiky.

1.2.1. Abstinents, konzument, piják a alkoholik

Abstinenci jsou lidé, kteří z různých osobních, společenských, zdravotních či náboženských důvodů nepožívají v jakékoli formě alkohol. Jsou to jedinci, kteří alkohol nikdy nekonzumovali (například malé děti) a také jedinci, kteří s požíváním alkoholických nápojů přestali. „Abstinentem můžeme totiž nazvat jen člověka, který nepožil alkoholický nápoj v jakékoli formě a množství po dobu alespoň tří let.“ (Skála, 1988, str. 6).

Další skupinou lidí, kterou z nějakých důvodů již nemůže počítat mezi abstinenty, jsou konzumenti. Jsou to lidé, kteří mají různě dlouhá období mezi konzumací alkoholu, pijí jej pro jeho chuť, sporadicky nebo v rozumné míře, například si dají sklenku alkoholu po jídle, při různých společenských událostech, při rodinných oslavách. Konzumenti dodržují hranice rozumného pití.

Pijáci jsou Ti, kteří nedodržují hranice rozumného pití, pijí alkohol pravidelně, vyhledávají ho nejen kvůli příjemné chuti, ale hlavně kvůli jeho účinkům na organismus, jako je euforie, uvolnění, zvýšené sebevědomí a podobně. Pijáci vyhledávají alkohol, protože jim pomáhá zmírnit napětí, bojovat proti úzkosti, depresi, na uklidnění, na osmělení a podobně.

Alkoholik, závislý člověk je ovládán mocí alkoholu. Alkohol je pro něj nejdůležitější věc, pití alkoholu dává přednost před všemi ostatními činnostmi, upřednostňuje jej před partnerem, dětmi, rodinou, přáteli, prací. Alkoholik je závislý na alkoholu nejen psychicky, ale i fyzicky. Vyhledává alkohol pro jeho účinky a chuť, protože bez něj na sobě cítí abstinenci příznaky. Ráno si musí dát alkohol na „rozjezd“, aby mohl alespoň nějak přes den fungovat, aby se mu tolik netřásla ruce, aby zmínil abstinenci příznaky. Závislý člověk nevydrží nepít. Při kratší či delší abstinenci pociťuje bažení po droze, neboli silnou touhu ji opětovně užít a to ho ovládá (Skála, 1988).

1.2.2. Akutní intoxikace a patologická intoxikace

Po požití určitého množství alkoholu dochází k intoxikaci. Jedinec na sobě cítí excitační, tlumící, ale také toxické účinky alkoholu. Akutní intoxikace je přechodný stav po aplikaci

alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky, vedoucí k poruchám vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008). Nešpor zastává názor, že o akutní intoxikaci se jedná pouze tehdy, když nejsou přítomny další vážnější nebo trvalejší komplikace a problémy (Höschl, 2002).

Podle hladiny alkoholu v krvi můžeme dělit akutní intoxikaci alkoholem na čtyři stádia:

1. Intoxikace označovaná jako lehká opilost, charakteristická zejména excitačními účinky alkoholu projevující se euforií, zvýšeným sebevědomím, odstraněním zábran, zhoršením kognitivních funkcí, sníženou sebekritikou a mnohmluvností. Odpovídá množství alkoholu v těle do 1,5 g /kg tělesné váhy intoxikovaného člověka, nebo hladině 0,5-1 promile alkoholu v krvi.
2. druhým stupněm je opilost středního stupně, neboli hypnotické stadium, zde se již projevují tlumící účinky alkoholu, zejména poruchou koordinace a rovnováhy, prodloužením reakčního času, ztrátou sebekontroly, zhoršením kognitivních funkcí, podrážděností. Odpovídá množství alkoholu v těle od 1,6 g do 2g /kg tělesné váhy intoxikovaného člověka, nebo hladině 1-2 promile alkoholu v krvi.
3. třetím stupněm intoxikace je těžká opilost, neboli narkotické stadium, jehož klinický obrazem je těžká porucha koordinace, zmatenost, příznaky počínající poruchy dechového a oběhového centra, povrchové a zpomalené dýchání, studená kůže, hypotenze, hypotermie, tachykardie a přechod do hlubokého spánku. Odpovídá množství alkoholu v těle vyšším než 2g /kg tělesné váhy intoxikovaného člověka, nebo hladině 2-3 promile alkoholu v krvi.
4. čtvrtým a život ohrožujícím stupněm intoxikace je asfyktické stadium, neboli těžká intoxikace se ztrátou vědomí až kómatem, dochází k vyhasínání reflexů, cyanóze, selhání oběhu a zástavě dýchání, hrozí smrt. Odpovídá množství alkoholu v těle vyšším než 3g /kg tělesné váhy intoxikovaného člověka, nebo hladině 3,5-5 promile alkoholu v krvi (Kalina, 2008).

Hladiny alkoholu v krvi jsou orientační, protože jsou silně ovlivněny rozvojem tolerance na alkohol, což mohu potvrdit z vlastní zkušenosti při setkání s alkoholikem s hladinou alkoholu v krvi 4.5 promile, který byl schopen chodit a komunikovat a jehož materiály jsou

součástí mé empirické práce. Těžké intoxikace alkoholem jsou potřeba léčit na odděleních ARO nebo v některých nemocnicích na odděleních psychiatrické JIP.

Vzácně se vyskytující alkoholovou intoxikací je patologická intoxikace, která se od akutní liší v zastoupení příznaků alkoholové intoxikace již záhy a po velmi malém množství požitého alkoholu. Je velmi vzácná a k příznakům akutní intoxikace při patické opilosti stačí velmi malé množství alkoholu, které by u většiny lidí intoxikaci způsobit nemělo. K projevům intoxikace patří nápadně vzrušené až agresivní chování jedince, které pro něj není typické. Tento stav trvá pár hodin a většinou končí spánkem a následnou amnézií (Höschl, 2002).

1.2.3. Škodlivé užívání alkoholu

Škodlivé užívání alkoholu je vzorec užívání, který poškozuje zdraví (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008). Poškození může být somatické nebo duševní. Popov (2003) zastává názor, že jedná-li se o škodlivé užívání alkoholu, musí být přítomno kromě užívání alkoholu také duševní či somatické poškození organismu, které může lékaře upozornit na to, že má pacient potíže způsobené abúzem alkoholu. Škodlivé užívání alkoholu se může postupně vyvinout v závislost. (in Kalina, 2003)

1.3. Charakteristické rysy závislosti

Pití alkoholických nápojů má negativní vliv na zdraví, organismus, ale pít alkohol ještě neznamená, že je člověk závislý. Vznik závislost je dlouhodobější proces, který má určitá stádia vývoje.

1.3.1. Alkoholismus a abúzus alkoholu

Termín alkoholismus značí nadměrnou konzumaci alkoholických nápojů a je používán jako medicínský pojem a problém. Používán je Světovou zdravotnickou organizací od roku 1951. Dříve zaměňované pojmy abúzus a alkoholismus se dnes užívají v jiných souvislostech. Abúzus se užívá při "nadměrné pravidelné konzumaci alkoholických

nápojů" (Popov, 2003) a alkoholismus při závislosti na alkoholu (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008).

V rámci rozkladu alkoholu v organismu je uvolňován toxický acetaldehyd, který se podílí na škodlivých účincích alkoholu. Pokud alkoholik konzumuje alkohol rychleji, než jeho tělo stačí zpracovávat, uvolňuje alkohol do organismu a vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o velmi malou sloučeninu, snadno se dostává do krevního oběhu a působí toxicky v celém těle.

1.3.2. Vývoj závislosti na alkoholu

Popov (2003) zastává názor, že velmi dobře popisuje vznik závislosti na alkoholu dispozičně-expoziční model. Podstatou tohoto modelu je skutečnost, že čím více se uplatňují faktory dispoziční (biologické, sociální, rodinné, osobnostní, zdravotní stav, genetické a komorbidní faktory), tím menší je nutný podíl expozice (dostupnost alkoholu, frekvence a míra konzumace, koncentrace alkoholu v alkoholických nápojích, kvalita) a naopak, čím větší je podíl expozice, tím menší je nutná dispozice k rozvoji závislosti na alkoholu (in Kalina, 2003).

Rozvoj závislosti na alkoholu je pozvolná záležitost, škodlivé užívání alkoholu a abúzus alkoholu jsou postupně doprovázeny charakteristickými znaky. Mezi ně patří: "silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav, pak se jedná o chronický alkoholismus" (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2008, s. 193). Postupně zvýšená míra tolerance alkoholu při jeho dalším abúzu posléze připraví závislému překvapení v podobě změny jeho tolerance. Tentokrát alkoholikovi stačí požit relativně malé množství alkoholu za bouřlivého projevu organismu a způsobí mu těžkou opilost. Alkoholik zanedbává své zájmy, přátele, rodinu, práci (Vargová, 2010).

Se vzrůstající a dlouhodobou konzumací alkoholu se organismus vyrovnává adaptačními mechanismy, dochází ke změnám myšlení a chování, které mohou způsobit až změnu

osobnosti. Alkoholik se tak vyrovnává s reakcemi okolí a s problémy, které mu pití alkoholu přináší. Tomuto mechanismu se také říká alkoholické obrany. Dle Popova se jimi snaží zakrýt a racionalizovat své problémy s pitím, vysvětlit zejména okolí, že s alkoholem vůbec žádný problém nemá, obhajuje své chování, například schovávání alkoholu, nespolehlivost, ranní doušky, únavu při pití, hubnutí, neurologické obtíže (in Kalina, 2003).

1.3.3. Stupně závislosti na alkoholu

Stupně závislosti charakterizoval E. M. Jellinek v roce 1952 a toto jeho dělení se dodnes užívá.

1. Fáze občasné konzumace alkoholu- je to počáteční stadium, konzumace alkoholu je spíše společenskou záležitostí, přináší euforii, úlevu, pití alkoholu je jen příležitostné, ale frekvence příležitostí se zvyšuje, zvyšuje se tolerance na alkohol, vytváří se psychická závislost.
2. Fáze prodromální neboli varovná fáze alkoholismu – tady je už alkohol vyhledáván v jakékoli formě, druhu alkoholického nápoje, potřeba konzumace alkoholu je zvýšená, zvyšuje se jeho tolerance. Běžným stavem je opilost, přidávají se výpadky paměti. Psychická závislost je plně rozvinutá a v této fázi se vytváří i závislost na alkoholu somatická.
3. Kritická fáze alkoholismu- již je vytvořená psychická i fyzická závislost, alkoholik nemá nad konzumací alkoholu kontrolu, vzrůstá tolerance, alkohol je v jeho žebříčku hodnot číslem 1, což mu přináší spoustu sociálních problémů, ale skutečnost, že je vše způsobeno alkoholem si alkoholik odmítá připustit, často je z průvodních problémů nucen navštívit lékaře v důsledku zdravotních komplikací a úrazů, ztrácí kontrolu při pití a dělá výtržnosti, uchyluje se k trestné činnosti.
4. Terminální fáze neboli konečná fáze alkoholismu- játra alkoholika již špatně eliminují alkohol. Protože intoxikace alkoholem již játra značně poškodila, tak mu k opití již stačí malé množství. Je vytvořena psychická i fyzická závislost a z tohoto důvodu alkoholik potřebuje alkohol jakéhokoli druhu, pije bez ohledu na svou původní specifikaci, tedy bez ohledu na skutečnost, zda konzumovaný alkoholický nápoj splňuje i preferenci chuťovou. V důsledku závislosti vznikají psychické i

fyzické poruchy mnohdy měnící i alkoholickou osobnost, dochází k deprivaci (Vágnerová, 2004).

1.3.4. Alkoholový odvykací stav

Pokud je závislý na alkoholu při úrazu, náhlé chirurgické příhodě, nebo jiném akutním problému či při přerušení pití z jiného důvodu hospitalizován, mohou se u něj dostavit abstinenci příznaky (Kalužany, 2006). Nešpor (2002) říká: „ po úplném nebo relativním odnětí alkoholu, který byl opakovaně nebo dlouhodobě a intenzivně nebo těž protražovaně užíván a to většinou ve vysokých dávkách, dochází k vážným odvykacím příznakům (2002, in Höschl, 2002, str. 25). Jejich vystupňováním a kombinací může jít až o život ohrožující stav (Kalina, 2008).

Dle MKN-10 v patří mezi příznaky odvykacího stavu po odnětí alkoholu třes jazyka, očních víček nebo horních končetin, pocení, nauzea či zvracení, tachykardie nebo hypertenze, psychomotorický neklid, bolesti hlavy, nespavost, malátnost nebo slabost, přechodně zrakové, sluchové nebo hmatové halucinace či iluze, epileptické záchvaty. Tyto symptomy se dostávají do několika hodin po vysazení alkoholu, stupňují se a vrcholí druhý den, odeznívají obvykle do 5ti dní (in Kalina, 2008).

Odvykací stav je doprovázen množstvím somatických komplikací a může progredovat do odvykacího stavu s deliriem tremens, jež je označován jako závažný, život ohrožující stav s relativně vysokou mortalitou. „Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, vizuálními, taktilními, čichovými nebo sluchovými halucinacemi, bludy (často paranoidními), dezorientací, výrazným psychomotorickým neklidem, vegetativními poruchami (tachykardií, pocením), hrubým třesem („tremens“= třesoucí se), záchvaty křečí, s maximem potíží v noci, typická je inverze spánku. Stav je komplikován hypoglykemií, progredujícími poruchami rovnováhy, elektrolytů s rizikem metabolického rozvratu“ (Popov, 2003, s.31) „Delirium tremens se z odvykacího stavu rozvíjí asi v 5 % případů, mortalita neléčeného deliria je až 30%, ale při adekvátní léčbě je nízká, uvádí se 0-5%“ (Chval, 2007, s.254).

1.5. Deprese

Deprese není novodobou civilizační nemocí, ale provází lidstvo již od nepaměti. Nálada sice kolísá, ale pokud se člověk pohybuje v pásmu pod průměrem, snižuje mu to kvalitu života.

1.5.1. Normální smutek a dystymie

Výkyvy nálad od velmi dobré nálady, přes dobrou, po špatnou a velmi špatnou náladu jsou fyziologické. Krátkodobé kolísání nálad nás stimuluje k činnosti pro odstranění špatné nálady. Toužíme po dobré a velmi dobré náladě a tomuto směřujeme svou činnost. Špatnou náladou reagujeme na životní události, situace, konflikty, zklamání, křivdy, negativně tak hodnotíme životní události, sebe nebo své okolí. Pokles nálady však brzy odezní, špatná nálada netrvá dlouho, zpravidla odezní do pár hodin. Zlepšení normálního smutku je motivací k činnosti, k lepším zítřkům a budoucnosti, chceme se cítit radostně, spokojeně, hezky, příjemně a věnujeme tomu čas a energii (Praško, 2003b).

Dystymii (F34.1) na rozdíl od špatné nálady neřadíme mezi normální pokles nálady, avšak značně narušuje kvalitu života pacienta. Dystymie vykazuje určité znaky deprese, ale nesplňuje pravidla pro její diagnostiku. Dystymie je méně závažnou formou deprese, předělem mezi špatnou náladou a depresí. Mnozí nemocní se potýkají se špatnou náladou dlouhodobě, často léta. Nastupuje velmi pozvolna a plíživě. Postižený člověk bývá před rozvinutím příznaků dystymie vystaven velkému stresu nebo závažné životní události (Praško, 2009).

1.5.2. Deprese z pohledu MKN-10

Dle MKN-10 může mít deprese formu mírnou, středně těžkou a těžkou. K depresivním příznakům patří: pokleslá nálada, která se v průběhu času moc nemění, není reaktivní na vnější a vnitřní podněty, dále pokleslá energie a aktivita. Typická je únava po minimální aktivitě, zhoršený spánek a chuť k jídlu, narušený smysl pro osobní zájmy, zábavu a schopnost koncentrace. Dále zhoršené sebehodnocení a sebedůvěra, vyskytují se somatické

symptomy jako ztráta pocitu uspokojení a ztráta zájmů. Již u lehkých depresí se vyskytuje pocit viny a beznaděje. Je zřetelná psychomotorická retardace a agitovanost. Nemocní se probouzejí brzy ráno, o několik hodin dříve než obvykle, a v této době je prožitek depresivních stavů nejhorší. Typická je ztráta libida, chuti k jídlu a úbytek na váze. Při diagnostice deprese se bere v úvahu množství a tíže jmenovaných symptomů a deprese se pak hodnotí jako mírná, středně těžká a těžká (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008).

Při diferenciální diagnostice se lékaři mohou opřít o doporučené diagnostické a terapeutické postupy, které hodnotící symptomy z MKN-10 přehledně dělí na hlavní a vedlejší:

„hlavní - pokleslá, depresivní nálada,

- pokles zájmů, anhedonie,
- pokles energie, zvýšená únava

(ty jsou zastoupeny minimálně 2, u těžké deprese všechny 3)

a vedlejší - snížená schopnost soustředění a pozornosti,

- snížené sebehodnocení a sebedůvěra,
- pocity neopodstatněné viny a bezcennosti,
- smutné a pesimistické výhledy do budoucnosti,
- myšlenky nebo pokusy o sebepoškození nebo sebevraždu,
- poruchy spánku,
- snížená chuť k jídlu

(ty jsou zastoupeny minimálně 2, při středně těžké depresi 3-4 a při těžké 4 a více)“
(Laňková, 2013, s. 7).

Pokud se depresivní epizoda vyskytuje opakovaně, pak se jedná o periodickou (rekurentní) depresivní poruchu, která má v MKN-10 diferenciální členění dle tíže a množství symptomů. Tato porucha je charakterizovaná opakovanými fázemi deprese, jak je popsáno v depresivní fázi F (32.-), které nejsou střídány v anamnéze samostatnými fázemi zvýšené nálady a energie, neboli mánií. Mohou být však přítomny krátké fáze lehkého zvýšení nálady a zvýšené aktivity (hypomanie), které se dostavují bezprostředně po depresivní fázi

někdy vyvolané antidepressivní léčbou (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008).

1.6. Dělení depresivních příznaků

Na depresivní symptomatologii můžeme nahlédnout z hlediska základních psychologických atributů, které jsou zasaženy a jsou disfunkční. Deprese se týká nálady, citů, myšlenek, chování a tělesných příznaků.

1.6.1. Depresivní city a nálada

Při depresi jde o emocionální dysfunkci, zejména o poruchu nálady. Proto i porucha nálady, trvale špatná či smutná nálada je významným symptomem při diagnostice deprese. Mezi typické city, které jsou indikátorem deprese patří:

smutek

- fyziologický, normální smutek zažívá každý z nás. O smutku jako o jedním z příznaků deprese se jedná tehdy, když je smutek dlouhodobý, hluboký a zasahuje do běžného fungování v životě, negativně ovlivňuje a snižuje kvalitu života. Člověk vše kolem sebe vidí "černě", registruje se jen v negativním světle, okolí na něj působí negativně a pesimisticky, pesimisticky se dívá na svou minulost, přítomnost i budoucnost,

neradostnost

- neboli anhedonie je typická pro depresivně laděné lidi. Vymizení radosti způsobuje, že depresivního člověka nic v životě netěší, je téměř nemožné vykouzlit jeho úsměv, nasměje s vtipům, nečiní mu radost ani aktivity, které dříve vyhledával, a které mu činily radost, jako například společnost, koníčky, sport, kultura a podobně,

úzkost

- zde se jedná o bezcílný strach, který v člověku zvyšuje napětí. Patologická úzkost je obavou před něčím neurčitým, špatně se tak proti ní bojuje. Vzhledem k dlouhodobému výskytu úzkosti pak vzrůstá tenze, se kterou mnohdy nemá člověk sílu sám bojovat a odstranit ji. Energie, kterou si organismus připravuje na boj s úzkostí člověka vyčerpává, zejména jedná-li se o dlouhodobou záležitost,

strach

- depresivní pacient má strach ze všeho, má strach ze svého selhání, má strach z toho, že jeho stav se nikdy nezlepší, strach z nepřijetí, strach o sebe a své bližní, strach ze somatických nemocí, strach z vtíravých myšlenek na smrt a podobně,

pocit ztráty

- tento pocit, který doprovází depresivní pacienty plyne ze ztrát skutečných či symbolických. Z těch skutečných to může být ztráta partnera, ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání, odchod do důchodu, ztráta bezpečí a jistoty, ztráta soběstačnosti. Z těch symbolických to mohou být nesplněné sny, nerealizovaná očekávání, nedosažené cíle,

vztek na sebe

- depresivní člověk se obviňuje za spoustu věcí, činností. Hodnotí výsledky své činnosti negativně, negativně hodnotí i vynaložené úsilí, obviňuje se za chyby, nevykonnost a trestá se za to. Vyhledává potvrzení své neschopnosti, špatných vlastností a označuje tuto skutečnost za nenapravitelnou a bezvýchodnou,

nerozhodnost

- nerozhodnost u depresivity je tak masivní, že mnohdy znemožňuje dotyčnému fungovat v běžném životě. Nedokáže se rozhodnout ve věcech důležitých, ale také v denních maličkostech a detailech, znemožňuje mu to tak vykonávat běžné denní činnosti, nedokáže je správně načasovat a vyhodnotit,

bezmoc a beznaděj

- depresivní člověk se cítí bezmocně k běhu života, cítí, že nedokáže tento běh ovlivnit, v dalším negativistickém cítění je mu nedobře, ale nedokáže to ovlivnit a do budoucnosti vidí celou situaci stejně černě a bezvýchodně,

podrážděnost

- všudypřítomná úzkost bez vyhlídky nějakého konce posiluje tenzi, která způsobuje přecitlivělost a je velmi vysilující. To způsobuje náchylnost depresivního člověka k výbuchům lítosti či hněvu při absenci silných podnětů,

plačtivost

- lítostivost mnohdy v průběhu dne přeroste v plačtivost, při lakrimaci také dochází k uvolňování nahromaděné tenze.

1.6.2. Depresivní myšlenky

Automatické myšlenky má každý z nás. Při denních činnostech se objevují automaticky, napadají nás bez cíleného směřování. Tato hodnocení pouze konstatují určité skutečnosti a vyvozují z nich závěry. Depresivní automatické myšlenky jsou negativisticky zaměřené a hodnotí vše negativně. Negativistické automatické myšlenky se týkají hodnocení sama sebe, převládá tedy špatné sebehodnocení. Dále se týkají hodnocení okolností, pak situace člověku nejsou nakloněny, má smůlu. A nakonec se negativistické automatické myšlenky týkají hodnocení budoucích očekávání. Depresivní pacient je plný pesimistických, depresivních myšlenek, které nejsou vystřídány pozitivními myšlenkami a řetězí se. Zkreslují tak zkreslený a katastrofický obraz skutečnosti.

Mezi nejčastější témata automatických negativních myšlenek patří obavy- obavy o cokoli, o rodinu, o peníze, o práci, o vlastní a cizí chování; tragické vize budoucnosti a předvídání selhání - že přijdou o zaměstnání, že vše zdraží a oni se neuzijí, že nezaplatí bydlení, školu, že je opustí partner a děti; pocity viny a sebeobviňování - automaticky vyzdvihují již dávno zapomenuté chyby, prohřešky, problémové situace a dávají si je za vinu, tíží je špatné svědomí; komplexy méněcennosti - depresivní člověk je přesvědčen, že nic neumí, nic se mu nedaří, vše zhatí, cítí se méněcenný, je nezajímavý, každého odpuzuje, za nic nestojí.

1.6.3. Depresivní chování

Depresivní myšlenky, cítění a nálady se samozřejmě odrazí i v projevech depresivního chování. Depresivní člověk nemá chuť něco dělat, nevěří si, že udělá cokoli dobře, necítí dost sil na činnost, nedokáže se rozhodnout, co dělat, charakteristické je:

snížené psychomotorické tempo,

nízká úroveň aktivity

-od vykonávání pouze nejnnutnějších činností po "nicnedělání", posedávání, polehávání, sledování televize,

odkládání činností

-vše se pod různými záminkami odkládá, pak přicházejí výčitky,

vyhýbavé chování

- charakteristické pro depresi je vyhýbání se aktivitám od těch, které činily radost, po nepříjemné až po jakékoli aktivity, při kterých se musí vynakládat určité úsilí,

vyhledávání pomoci a ujištění

- tenze, neschopnost činnosti, bezvýhodnost, obavy nutí depresivního člověka k vyhledávání pomoci druhých, jejich ujišťování, že vše dobře dopadne, ujišťování, že nejsou nemocní avšak vše je bez efektu, protože negativní myšlenky všechna ujišťování přehluší,

zanedbávání příjemných a rekreačních aktivit

- depresivním lidem chybí radost z aktivit, je tak vidět opouštění rekreačních činností, koníčků, absence kulturních aktivit,

izolace

- vzhledem k negativnímu sebehodnocení se depresivní lidé necítí být žádoucí, cítí se být opovrženíhodní, tak se začínou společnosti vyhýbat,

sebevražedné jednání

-bezvýhodnost situace, katastrofické vize budoucnosti, absence duševních i fyzických sil, nekončící tenze, negativní automatické myšlenky a další příznaky deprese člověka vyčerpávají a on tak ztrácí smysl života, pak se stále častěji objevují sebevražedné myšlenky ústící v sebevražedné jednání. Člověk tak chce uniknout trýzni a přemýšlí jen o způsobu spáchání sebevraždy.

1.6.4. Depresivní tělesné příznaky

Somatické orgánové soustavy jsou propojeny, vzájemně spolupracují, vyměňují si energii, biologické pochody v organismu na sebe vzájemně navazují. Je-li tedy jedním z příznaků deprese špatná nálada, úzkost, tenze, pak se dá očekávat, že na tyto symptomy bude tělo reagovat i v dalších systémech, zejména endokrinních a vegetativních. Často tedy poruchy nálad a myšlení mají silný endokrinní a vegetativní doprovod. U depresivního člověka se můžeme často setkat s poruchami spánku - jako nespavost, nebo nadměrná spavost, (Praško, 2009), poruchami cirkadiální rytmicity (Maršálek, 2012), dále se sníženou či zvýšenou chutí k jídlu, sníženou schopností zapamatování si a výbavností informací, zvýšenou únavností, nevykonností, gastrointestinální trakt se hlásí bolestmi žaludku,

břicha, zácpou, kardiovaskulární systém o sobě dává vědět bušením srdce. Mezi další časté příznaky depresivního člověka patří tlak v hlavě a krku, tremor končetin, poruchy menstruace, pokles libida.

Tyto somatické projevy deprese zpětně podporují bludný kruh negativních automatických myšlenek, depresivní člověk se tak opravdu obává o svoje zdraví a je přesvědčen, že tyto somatické projevy musí nutně souviset s nemocí, nevléčitelnou nemocí (Praško, 2009).

1.7. Deprese primární a sekundární

Mezi rizikové faktory vzniku deprese řadíme faktory genetické, biologické, sociologické a psychologické. Mezi genetické faktory patří vykazování poruch ve fungování určitých mozkových struktur, zejména poruch limbicko-diencefalického systému v mezimozku, dochází k dysfunkci metabolismu určitých neurotransmiterů jako je serotonin, noradrenalin (Trenckmann, 1999) a dopamin. Tato porucha se v klidových fázích života nemusí projevit a projeví se až při nadměrné zátěži. Biologickými faktory může být biologická zátěž hypotyreózou, porodem, léčbou steroidy. Psychologickou zátěží je například úmrtí blízké osoby, týrání, nízké sebevědomí, nadměrná sebekritika a sebeobviňování.

Mezi sociologické faktory můžeme řadit určité momenty ve vývoji osobnosti, jako může být ztráta rodiče v dětství, nadměrně kritická výchova (Praško, 2003a).

O diagnostikované depresi bez dalších somatických a psychických onemocnění hovoříme jako o primární depresi. Na tuto depresi může nasedat další onemocnění, nebo další onemocnění může být vyvoláno depresí, prokázáno je to dle Musselmana a Hippisley-Coxe (2000) u kardiovaskulárních onemocnění, jako infarkt myokardu (in Cohen, 2000). Nasedá-li deprese na výskyt dalšího somatického či duševního onemocnění, pak hovoříme o sekundární depresi. Deprese může být spojena se somatickými stavy či vyvolána určitými somatickými nemocemi, patří mezi ně:

"neurologické nemoci

- cévní mozková příhoda, epilepsie, demence, roztroušená skleróza, úrazy mozku, tumory mozku, Huntingtonova nemoc,

endokrinní nemoci

- hypotyreóza, hypertyreóza, Cushingův syndrom, Addisonova nemoc, hyperparatyreóza, *nádorová onemocnění*
- nádorové onemocnění slinivky, *systemové nemoci*
- lupus erythematoses, kolagenózy, *metabolické poruchy*
- hypoglykémie, porfyrie, hypoxie, *infekční, tropické a parazitární nemoci*
- trypanosomiáza, borrelióza," (Herman, 2007, s. 83), "chřipka, herpes simplex, HIV, *hematologické*
- anémie, perniciózní anémie, nedostatek kyseliny listové, *dermatologické*
- psoriáza, ekzém, *gynekologické*
- po hysterektomii, puerperální deprese, *kardiovaskulární*
- po infarktu myokardu, po cerebrovaskulární příhodě, *chirurgické*
- transplantace ledviny, transplantace koronárního arteriálního by-pasu" (Cohen, 2000, s. 65)

Deprese může být spuštěna abúzem drog, léků a alkoholu. Mezi depresogenní farmaka a psychoaktivní látky, které mohou mít vazbu na vznik deprese jsou:

- "antihypertenziva - reserpin, methyldopa, beta-blokátory,
- hormonální kontraceptiva,
- kortikosteroidy - prednison,
- benzodiazepiny - diazepam,
- antagonisté H₂ receptorů - cimetidin, ranitidin,
- protinádorová chemoterapeutika - vincristin, vinblastin, procarbazin, L-asparagináza, amphotericin B, interferon,
- psychoaktivní látky - alkohol, opiáty, amfetaminy a kokain při odnětí,
- anabolické steroidy,

antibiotika - peniciliny, tetracyklin" (Herman, 2007, s. 86).

Z psychických onemocnění, které mají úzkou souvislost s depresivní poruchou, můžeme jmenovat panickou poruchu, závislost na alkoholu, sociální fobii a vyhýbavou poruchu osobnosti.

1.8. Komorbidita alkoholismu

Vliv užívání, nadužívání a zneužívání alkoholu na organismus se nachází v oblasti fyzické i psychické.

1.8.1. Somatické a psychické komplikace alkoholismu

Dlouhodobě a nadměrně požívaný alkohol působí na organismus toxicky, v krátkodobém či dlouhodobém horizontu se zákonitě dostávají příznaky poškození organismu spolu s orgánovým onemocněním. Příkladem somatických komplikací jsou nemoci trávicí soustavy, neurologické komplikace, poranění různých částí těla, komplikace kardiovaskulární. Z důvodu zanedbávané hygieny hrozí větší ohrožení hepatitidou, dermatologické komplikace, a jiné komplikace jako anémie a tuberkulóza (Cohen, 2000, s. 21-22). Nevázaný způsob života ve zvýšené míře ohrožuje alkoholiky infekcí HIV. Alkoholici bývají silní kuřáci a nedostatečné zásobení organismu kyslíkem je nejvíce ohrožena nervová tkáň. A dále dochází k poruchám dýchacího ústrojí a v důsledku užívání alkoholu může být dle Minaříka utlumeno dechové centrum (Kalina, 2003).

Kromě somatických poruch a postižení je člověk zneužívající návykové látky náchylný k poruchám duševním. Mezi psychické komplikace závislosti na alkoholu řadíme intoxikační fenomény jako patologickou opilost a výpadky paměti. Dále alkoholový abstinenci syndrom a delirium tremens, Wernickeovu encefalopatii a Korsakovu psychózu. Mezi komplikace psychiatrické řadíme deterioraci osobnosti, neurotické poruchy, afektivní poruchy, alkoholem vyvolané psychózy, sebevražedné jednání, zhoršení psychosexuálních funkcí a patologická žárlivost (Cohen, 2000).

1.8.2. Duální diagnózy

Alkohol v počátcích užívání působí jako antidepresivum a anxiolytikum, což stimuluje jeho další pití. Pokud není k dispozici adekvátní pomoc, bývá to právě tato počáteční samoléčba, která postupem času vede k rozvoji abúzu alkoholu a vzniku závislosti. Alkohol a duševní porucha existují ve vzájemné interakci, může vzniknout vztah primárního výskytu duševní poruchy a sekundárního alkoholismu, nebo vztah primárního alkoholismu, na který nasedá výskyt duševní poruchy. Tento vztah je velmi úzký, takže je velmi obtížné určit, který problém se vyskytoval primárně, protože ke zhoršování duševní poruchy a závislosti na alkoholu dochází spirálovitě a vzájemně se velmi silně ovlivňují. K určení, která z těchto diagnóz byla primární se dochází deduktivně, při zjišťování anamnestických dat, které mohou být neúmyslně či úmyslně zkreslovány či zatajovány. Vzhledem ke skutečnosti, že se závislost na alkoholu vyvíjí postupně a též problémy duševního rázu se postupně zhoršují, je velmi obtížné stanovit, která z nich byla primární a která z nich nasedla na primární sekundárně.

Velmi často je u pacienta diagnostikována duševní porucha a syndrom závislosti na alkoholu, pak se souběh těchto duševních poruch, jednotlivá kombinace určité duševní poruchy a syndromu závislosti na alkoholu nazývá duální diagnóza. Popov uvádí: „další psychiatrickou diagnózu má 40-60 % žen závislých na alkoholu, u mužů se jedná jen o 20-40% . Nejčastěji se vyskytují depresivní a úzkostné poruchy, dále osobnostní poruchy, u mladých žen se nezdá vyskytují poruchy příjmu potravy, navíc často provázené závislostí na další psychoaktivní látce. (Současná závislost na další návykové látce se vyskytuje přibližně u 10% všech pacientů závislých na alkoholu.)“ (in Kalina, 2003, s. 155).

Mezi časté kombinace závislosti na alkoholu dle Nešpora patří:

- "- poruchy příjmu potravy jako mentální anorexie a bulimie, častěji u žen,
- deprese a úzkostné stavy, častěji u žen,
- dissociální porucha osobnosti a závislost na alkoholu , častěji u mužů,
- narcistická porucha
- patologické hráčství a workoholismus,

- opakované dekompenzace psychotických onemocnění " (in Kalina, 2003, s. 234)
- dále je velmi častá bipolární afektivní porucha.

1.8.3. Vztah deprese a alkoholismu

Mezi komorbidní problémy při závislosti na alkoholu a vyskytující se duální diagnózy spadá i depresivita pacientů. I Praško říká , že " může k depresi vést nadměrná konzumace alkoholu" (Praško, 2009, s.53). Při léčbě závislosti na alkoholu se pak musí přihlížet i ke komorbidním problémům, které přináší depresivita a léčba musí probíhat dvoukolejně (Trenckmann, 1999). Léčba se nastavuje dle možností zařízení a naléhavosti léčení jednotlivých psychických onemocnění, kdy se dává přednost v léčbě závažnějšímu onemocnění, což ale může zhoršovat spolupráci pacienta v léčbě například agresivními projevy, nespoluprací, pokleslou náladou (Kalina, 2003).

Depresivní pacient má sníženou aktivitu, nedůvěru, pokleslou náladu, nedostatek sil a to se pak samozřejmě nedokáže věnovat léčbě závislosti. Problém mu pak činí dodržovat polovojský režim protialkoholních léčen, zabývat se svým problematickým a chybným chováním, měnit vzorce chování, měnit společnost, ve které by byl schopen abstinovat, opětovně navazovat rodinné a jiné společenské kontakty, řešit problémy, které se za dobu pití řetězily a dosáhly značných rozměrů. Proto se při léčbě závislosti na alkoholu u depresivně laděného pacienta musí řešit i jeho depresivita a díky antidepresivům a anxiolytikům postupně vyladit, aby byl v léčbě schopen obstát.

Stejně vztahy fungují i u léčby deprese, která musí taktéž probíhat u pacienta střízlivého, který je schopen se pak na léčbu, včetně psychoterapie soustředit. A po zlepšení depresivní nálady je pak v návaznosti schopen se věnovat léčbě závislosti na alkoholu. Mueller (2000) říká: "Závislost na alkoholu je hlavní rizikový faktor pro neuzdravení se z depresivní epizody " (2000, in Cohen, 2000, s.66)

Jak depresivita, tak závislost na alkoholu může člověka přivést až na dno sil, odtud je pak krůček k touze ukončit trápení, zbavit se problémů a bezvýchodných situací. A při komorbiditě alkoholismu a depresivity, dokonce u duální diagnózy se pravděpodobnost tentamen suicidi a dokonaných sebevražd zase zvyšuje. Cornelius (2000) zastává názor, že

"kombinace alkoholismu s depresivní poruchou anebo s hraniční poruchou osobnosti znamená zvlášť vysoké riziko suicidálních symptomů, nízkého sebehodnocení" a dle Lesage (2000) „dokonaného suicida“ (2000, in Cohen, 2000, s. 66).

EMPIRICKÁ ČÁST

2.1. Cíle výzkumu – výzkumný problém a výzkumné otázky

Díky alkoholu a na něm vznikající závislosti se mění priority člověka. V žebříčku životních hodnot se přesouvají důležité hodnoty na stupně o menší důležitosti a naopak preference alkoholu stoupá. V důsledku těchto skutečností se mění rodinné vazby a vztahy, mnohé jsou zcela zprůhledněny, mění se postoje k závazkům a k autoritám, zákonům, práci. Tyto skutečnosti ve svém důsledku vedou k sociálnímu vyčlenění alkoholiků. Psychika strádá, dochází k výkyvům či poklesu nálady, stavům úzkosti a deprese. Pokud již před rozvojem závislosti na alkoholu trpěl jedinec úzkostí a depresí, závislost mu v dlouhodobém horizontu způsobí pokles nálady. Jak říká Praško: „Během života onemocní depresí přibližně každá 5. žena a každý 10. muž. (Praško, 2003a, str. 72) Při přepočtu výsledků na celou populaci z výzkumné studie prováděné v roce 2006 v ordinacích praktických lékařů vyplynulo, že potřebu lékařské pomoci by potřebovalo nejméně 140 000 lidí závislých na alkoholu. Dle MUDr. Nešpora je ve srovnání se skutečností toto číslo velmi nízké, protože vyplňování dotazníku bylo dobrovolné, mnozí závislí na alkoholu si svůj stav nepřipouštějí, mnohým připadá společensky nevhodný a dokud si člověk svou závislost nepřizná, odbornou pomoc ani nevyhledá a nepřinutí je k tomu ani rodina, ani zaměstnavatel a ani přátelé. MUDr. Nešpor odhaduje počet závislých osob na alkoholu přes 600 000. K tomuto číslu došel přepočtem procentuálního výskytu osob závislých na alkoholu starších 15 let v Británii na českou populaci (Právo, 2008). Odhad 300 000 až 700 000 zastává i MUDr. Popov na základě dvou čerstvých lékařských studií (Pergl, 2012).

V empirické části práce se zaměříme na konkrétní psychiatrické pracoviště, které se zabývá komplexní protialkoholní léčbou. Všechny osoby z výzkumného souboru jsou osobami závislými na alkoholu. Každý z nich se rozhodl na základě určité motivace k nástupu na komplexní tříměsíční protialkoholní léčbu. V mé práci jsou stěžejní symptomy závislosti na alkoholu a deprese. Bude nás zajímat míra depresivity u pacientů léčených ze závislosti na alkoholu.

Cílem výzkumu je získat informace zaznamenávané osobami z výzkumného souboru v inventáři MMPI – II. Dále získaná data zpracovat a výsledky škál a subškál týkajících se deprese a alkoholismu porovnat se standardizovanými hodnotami populace. Ve svém výzkumu chci zjistit, zda jsou u osob výzkumného souboru významně zvýšené hodnoty škál a subškál týkajících se závislosti na alkoholu a deprese a tím chci zjistit, zda inventář MMPI – II potvrzuje skutečnost, že pacienti v komplexní protialkoholní léčbě mají problém s alkoholem a depresí.

Hypotézy:

1. Významně zvýšené hodnoty T skóru škál AAS, APS a MAC-R až do pásma signalizující patologii potvrzují, že výzkumném vzorku jsou osoby zneužívající návykové látky.
2. Existuje významně větší skupina osob, která si uvědomuje a připouští svou závislost v léčbě, než skupina osob, která si ji nepřipouští.
3. Hodnoty T skóru škál týkajících se deprese jsou signifikantně zvýšené ve srovnání s hodnotami v pásmu průměru norem standardizovaného inventáře MMPI-II v naší populaci.
4. Hodnoty T skóru škály AAR v pásmu signalizujícím patologii u výzkumného vzorku signifikantně souvisí se zvýšenými a vysokými hodnotami T skóru škál týkajících se deprese.

2.1.1.Charakteristika zkoumaného souboru a průběh výzkumu

S žádostí o spolupráci v mém výzkumu byly osloveny osoby, které podstupují komplexní tříměsíční protialkoholní léčbu na protialkoholní stanici psychiatrického oddělení Krajské nemocnice, a. s. v Liberci.

2.1.1. Výběr výzkumného vzorku

Jedná se o účelový výběr podle předem stanovených kritérií. Prvním z kritérií je diagnostikovaná závislost na alkoholu, druhým je nástup na komplexní tříměsíční protialkoholní léčbu do této předem vybrané protialkoholní stanice a posledním kritériem je předpokládaná ochota osob spolupracovat.

2.1.2. Popis výzkumného vzorku

Záměrem bylo naplnit výzkumný vzorek 30 pacienty, kteří se účastní komplexní tříměsíční protialkoholní léčby na protialkoholní stanici psychiatrického oddělení Krajské nemocnice, a. s. v Liberci od května 2012. Osloveni byli všichni pacienti, kteří tuto podmínku splňovali. Všechny oslovené osoby byly ochotny spolupracovat. V průběhu sběru dat musel být vzorek rozšířen o jednoho pacienta. Po kontrole validity a interpretovatelnosti sebraných dat musela být jedna osoba ze zkoumaného vzorku vyřazena a nahrazena tak další osobou.

Organizace přijímání pacientů závisí na přijímacím lékaři a motivaci a ochotě pacientů se léčit. Pacientům byl mnou průběžně předkládán inventář MMPI – II k vyplnění a byli náležitě poučeni o způsobu vyplnění. Díky nemožnosti ovlivnit příjem pacientů na léčbu a ochotě spolupracovat u všech oslovených pacientů, bylo zkreslení minimalizováno.

Původním záměrem bylo korelovat výsledky šetření s kontrolní skupinou. Avšak při studiu literatury byly zjištěny podrobnější informace o použité dotazníkové metodě. Při vývoji Minnesotského multifázového osobnostního inventáře MMPI – II byly získány pro jeho původní verzi MMPI vyšetření 800 psychiatrických osob a 700 normálních osob, vše ve státech USA. (Svoboda, 1999, str. 271) Restandardizační soubor měl konečných 2600 osob a data z něj získaná se dobře shodují s daty populace USA roku 1990. (Netík, 2002) Česká verze byla standardizována díky PhDr. Karlovi Netíkovi, Csc. ve spolupráci s významnými odborníky a pracovišti, zejména s PhDr. Petrem Goldmannem a PhDr. Stanislavem Hájkem. (Netík, 2002, str. 6) Díky těmto zásadním informacím bylo od získávání dat

od kontrolní skupiny upuštěno a za normu jsou považovány hrubé skóry a T skóry osob v pásmu průměru.

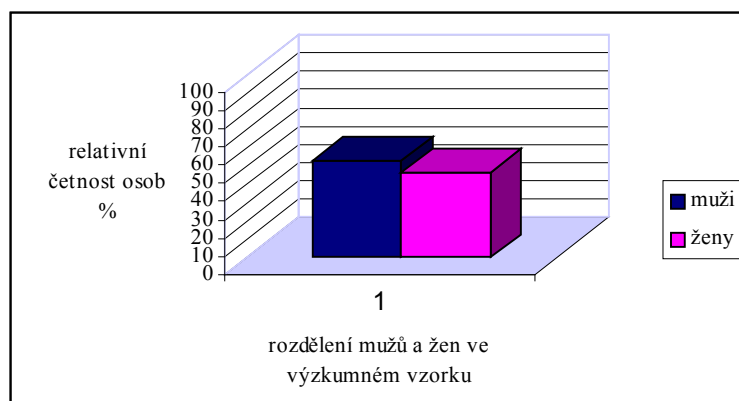
2.1.3. Rozdělení vzorku dle pohlaví a věkových hranic

Následující grafy znázorňují absolutní a relativní četnost osob výzkumného vzorku v celkovém počtu a v členění dle pohlaví, a dále složení mužů a žen dle věkových kategorií.

Tab. 1: Absolutní a relativní četnost mužů a žen ve výzkumném vzorku

Pohlaví	Četnost	
	absolutní	relativní (%)
muži	16	53,3
ženy	14	46,7
Celkem	30	100,0

Obr. 1: Relativní četnost mužů a žen ve výzkumném vzorku



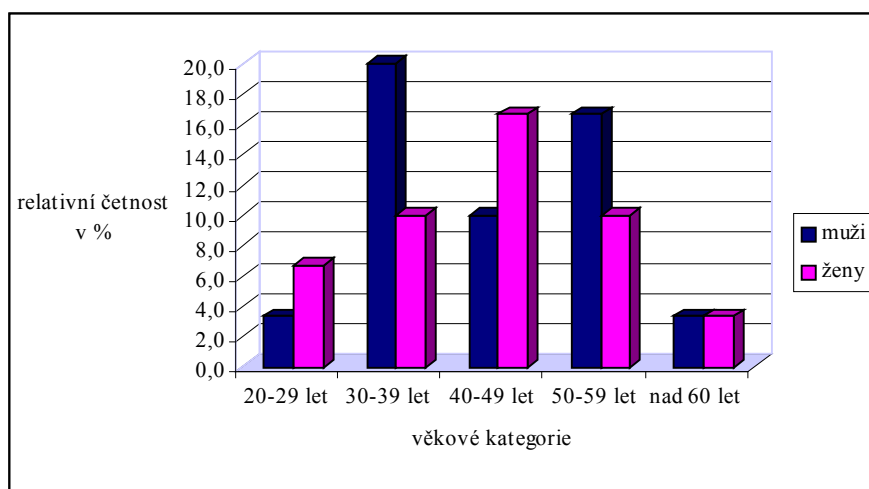
Zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku 30 osob je 53,3% mužů a 46,7% žen, pokud však tuto relativní četnost srovnáme se statistickými závěry čerpání lůžkové péče v České republice v roce 2012, pak vidíme, že ve vybraném zařízení se v době sběru dat vyskytovalo v léčbě větší množství žen, než je relativní četnost žen v léčbě v České republice, tam je četnost mužů 67,6% a žen 32,4% (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013). K rozdílu mohlo dojít i například v důsledku sledování lůžkové péče, kde mohlo dojít k rehospitalizaci mužů a byli tudíž do četnosti započtení vícekrát,

v této souvislosti může k rehospitalizacím docházet i z důvodu neschopnosti dodržet přísný režim mnoha léčebných zařízení. Dalším důvodem může být menší kapacita léčených vybraného zařízení v Liberci. Možným důvodem je i režim vybraného zařízení, který se může hodnotit jako mírnější, nebo přijatelnější a z toho důvodu vyhledávanější určitými lidmi, kteří se netají skutečností, že by léčbu jinde absolvovat nezvládli.

Tab. 2: Absolutní četnost a relativní četnost mužů a žen v komplexní protialkoholní léčbě

Pohlaví	Absolutní četnost a relativní četnost (v %) mužů a žen					Celkem
	20-29 let	30-39 let	40-49 let	50-59 let	nad 60 let	
muži abs.č.	1	6	3	5	1	16
ženy abs. č.	2	3	5	3	1	14
muži rel. č	3,3	20,0	10,0	16,7	3,3	53,3
ženy rel. č	6,7	10,0	16,7	10,0	3,3	46,7
Celkem rel. č.	10	30	26,7	26,7	6,7	100

Obr. 2: Relativní četnost mužů a žen v komplexní protialkoholní léčbě



Na rozdíl od statistických údajů hospitalizovaných pacientů z důvodu léčby závislosti na alkoholu, v našem výzkumném vzorku byla nejčetnější skupina ve věku 30-39 let, pak následovaly věkové hranice 40-49 let a 50-59 let, dále následovala hranice 20-29 let a nejméně účastníků je ve věku nad 60 let. Dle statistik je nejčetnější věková hranice 40-49 let, dále následuje věková hranice 50-59 let, 30-39 let, následována hranicí nad 60 let a nakonec hranicí 20-29 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013).

K rozdílům mohlo dojít v důsledku individuálního výběru léčebného zařízení pacientů, v důsledku například blízkosti bydliště či specifickému režimu

2.2. Organizační zajištění výzkumu, etická úskalí

Výzkum byl prováděn v Krajské nemocnici, a. s. v Liberci na psychiatrickém oddělení, jmenovitě na protialkoholní stanici. Povolení k výzkumu dal primář příslušného oddělení a lékařka, která zajišťuje lékařskou péči na protialkoholní stanici. Dále tento výzkum probíhal za podpory psycholožky příslušné stanice a v neposlední řadě za ochoty jednotlivých pacientů se na výzkumu podílet. Díky této podpoře mohl výzkum probíhat.

Pacienti byli informováni o potřebě sběru dat formou vyplnění inventáře MMPI – II, který nebude po zpracování a vyhodnocení dat shromažďován s identitou pacienta, ale pouze pod iniciálami jména a příjmení. Zřejmě i díky této skutečnosti se podařilo získat data od všech oslovených pacientů, kteří byli ochotni spolupracovat a vyjádřili svůj souhlas s účastí na výzkumu.

Původní záměr získat 30 osob k účasti na výzkumu byl v jeho průběhu přehodnocen v důsledku zjištění nevalidity a neinterpretovatelnosti jednoho inventáře. Počet osob účastnících se výzkumu je tedy 31, avšak jeden inventář byl z výzkumu vyřazen.

2.3. Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal za pomoci inventáře MMPI – II, který byl osobám předkládán v písemné podobě. Každý pacient byl náležitě poučen o způsobu zaznamenávání odpovědí na otázky a tvrzení do odpovědního archu, který umožňuje zaznamenat odpověď souhlasnou, nesouhlasnou a umožňuje také odpověď vynechat. Inventář MMPI – II je obsáhlý a protialkoholní léčba je režimová. Tyto skutečnosti vedly k tomu, že tento inventář pacienti nevyplňovali v určité předem stanovené době, ale svém volném čase. Nedošlo tedy k narušení průběhu jejich léčení. Vyplněné odpovědní archy mi byly pacienty předávány ke kontrole a dalšímu zpracování.

Časový rámec sběru dat je od května 2012 do naplnění souboru 30ti validních a interpretovatelných záznamových archů. Díky ochotě všech ke spolupráci nebyl čas sběru dat nijak protahovaný a kompletní soubor odpovědních archů byl v nejkratším možném termínu naplněn.

2.4. Metodologický rámec

Díky nasbíraným datům inventáře, který je obsáhlý, bylo získáno dostatečné množství informací ze 30ti interpretovatelných protokolů. K jejich vyhodnocení byl zvolen kvalitativní přístup umožňující zjistit míru výskytu symptomů závislého člověka na alkoholu a míru depresivity u léčených ve srovnání s průměrnou populací.

2.4.1. Použité metody a jejich popis

Každá osoba z předem vybraného výzkumného vzorku byla oslovena s žádostí o spolupráci a všichni souhlasili. Ke sběru dat byla použita písemná metoda. Byl předkládán inventář MMPI – II se záznamovým archem. Inventář na své přední straně obsahuje krátký návod na vyplňování záznamového archu. Aby se předešlo nepochopení a špatnému vyplnění, byl tento návod osobám ještě vysvětlen metodou ústní. Odpovědi z odevzdaných vyplněných záznamových archů byly zadány do počítačové verze inventáře, který na základě vstupních dat provedl vyhodnocení protokolu.

U vyhodnocených protokolů byla zjišťována jejich validita a interpretovatelnost získaných dat. Při zjištění nevalidního a neinterpretovatelného protokolu museli být protokol a zkoumaná osoba z výzkumu vyřazeni.

2.4.2. Inventář MMPI – II

Jedná se o Minnesotský multifázový osobnostní inventář (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI - II) – druhá revize. Tento širokospektrý inventář byl Hathawayem a McKinleym předkládán od 30. let 20. století dobrovolníkům z řad

psychiatrických pacientů, jejich doprovodu a personálu klinického zařízení Minnesotské univerzity. Jeho původní název byl Minnesota Personality Schedule. (Netík, 2002)

Takto bylo empirické šetření provedeno u 800 psychiatrických pacientů a 700 normálních osob. MMPI inventář byl poprvé uveřejněn v roce 1940 a o tři roky později byl vydán manuál. Od té doby patří k nejrozšířenějším inventářům, slouží ke zjišťování psychických poruch a důležitých vlastností osobnosti. Původních více než 1000 položek bylo redukováno a nyní jich zůstalo 550 a z důvodu usnadnění počítačového zpracování bylo přidáno dalších 17 položek, takže konečný počet je nyní 567. Vzhledem ke skutečnosti, že byla data léta shromažďována, po uveřejnění byl inventář poměrně často používán, přibývalo různých odborných článků, inventář na rozdíl od zamýšleného použití v klinických podmínkách byl užíván i mimo klinická zařízení, pro personální potřeby, při přijímání řízení, v armádních i policejních složkách. Postupně jej bylo nutno revidovat, byly provedeny diferenční a kontrolní validizační studie McKinleyem a Hathawayem, bylo nutno inventář i jazykově přepracovat a vytvořit současné normy, restandardizovat jej. K tomu bylo vyšetřeno a do souboru zahrnuto na 2600 přijatelných protokolů. Hrubé skóry jsou převáděny na T skóry dle standardního vzorce $T = 50 + (10(X - M))/SD$, kde X je hrubý skór, M je průměr a SD je směrodatná odchylka a ty pak byly užívány jako lineární T skóry a uniformní T skóry .

Česká verze inventáře MMPI – II byla vyvinuta v elektronické verzi, která umožňuje kompletní zpracování na počítači a nabízí tím časovou úsporu. Česká verze vznikala za překladu dvou jazykových odborníků a psychologa. Poté byla vydavatelem připomínkována a nakonec vznikla finální verze. Americký vydavatel při jednání o české verzi doporučil standardizační soubor 500 osob, nakonec se podařilo tento soubor rozšířit až na 865 osob, z nichž bylo vybráno na základě splnění kritérií přijatelnosti protokolů 650 osob, díky nimž byly vytvořeny české normy (Svoboda, 1999).

.

Inventář obsahuje 4 validizační a 9 klinických škál, 15 obsahových škál a 27 komponent obsahových škál. Dále obsahuje 10 Wiener – Harmonových subškál odrážejících intenzitu příznaku (výrazná x lehká), 5 škál psychopatologie osobnosti, 4 škály poruchy regulace chování, 7 doplňkových škál – osobnostní charakteristiky a Kossovy – Butcherovy kritické

položky. Jedná se o širokospektrý inventář, který slouží ke zjišťování důležitých vlastností osobnosti a k odhalení psychických poruch (Netík, 2002). Jedná se o „nástroj k multidimenzionálnímu měření osobnosti pomocí profilů jednotlivých škál. Ukazuje na normální, resp. patologickou orientaci vývoje jednotlivých složek osobnosti a lze určit i nozologický charakter alterace“ (Svoboda, 1999, s. 271)

2.5. Výsledky výzkumu

Z validních a interpretovatelných protokolů byly vybrány škály a subškály týkající se depresivity a závislosti na alkoholu, jejich hrubé skóry a T skóry byly následně hodnoceny.

2.5.1. Vyhodnocení protokolů MMPI – II

Počítačovou verzí inventáře byly odpovědi zaznamenané v záznamových arších spočítány v hrubých skórech a T skórech a vyhodnoceny do protokolů. U nich byla poté zjišťována validita a v její návaznosti interpretovatelnost, tedy přijatelnost protokolů MMPI – II. Tato část hodnocení protokolů se opírala o analýzu výsledků standardních validizačních škál ? škály („nemohu říci“), L škály, F škály a K škály a jejich konfigurací a o analýzu výsledků doplňkových validizačních škál VRIN, TRIN, S, Fp a Fb.

? škála analyzuje vynechané odpovědi, hodnota této škály je součtem nezodpovězených otázek. Pokud jich osoba vynechá více než 30 v prvních 370ti položkách, je pravděpodobně inventář nevalidní. Pokud jsou vynechány položky v závěru, neměly by být interpretovány doplňkové a obsahové škály, protože jejich skóry budou pravděpodobně sníženy. Při počtu nezodpovězených otázek nad 11 je nutné zjistit, jestli tvoří jejich podíl u některé ze škál více než 10 %, pak by tato škála neměla být interpretována.

L škála zahrnuje položky, které posuzují určité postoje, které jsou společensky a kulturně očekávané, avšak jejich důsledné plnění se stává skutečností pouze u velmi malé skupiny nejsvědomitějších osob. Nesouhlasné odpovědi na položky L škály jsou neadekvátní a mohou odrážet tendenci klamat, pravděpodobnost zkreslení protokolu. O nevalidní protokol se jedná při T skóru vyšším než 80 a zároveň při T skóru TRIN vyšším než 79 N,

pak je neinterpretovatelný. Existuje ještě více možných variant, že bude protokol pravděpodobně nevalidní.

F škála je tvořena položkami, které jsou velmi zřídka zodpovězeny kladně normálními lidmi. T skór této škály roste také při agravaci nebo simulaci zkoumané osoby, nebo u individualistů a nezávislých osob. Někteří autoři se domnívají, že tato škála spíše zjišťuje psychickou poruchu. (Svoboda, 1999) F škála slouží ke zjištění neobvyklých a atypických odpovědí jako bizarní pocity a prožitky, podivné myšlenky, pocity izolace a odcizení, nepravděpodobné názory o sobě. Vysoké T skóry nad 110 zpravidla naznačují neinterpretovatelný profil. Určité vysoké T skóry jsou získány z protokolů získávaných v léčbách a je ještě více možností indikace nevalidního protokolu. Určitě je nevalidní a neinterpretovatelný protokol v případě, že skóru nad 100 u hospitalizovaných pacientů a nad 80 u ambulantních pacientů a zároveň je T skór na škále TRIN a VRIN nad 79 (Netík, 2002).

F_B škála zahrnuje položky druhé části inventáře a stejně jako škála F zjišťuje agravaci reakcemi na určité položky. Pokud je T skór škály F_B vyšší než 100, pak agravuje psychopatologii, snaží se být poruchovější, než skutečně je. (Netík, 2002) F_p škála jako indikátor málo frekventovaných odpovědí odhaluje zvýšení T skóru na F škále a diferencuje, zda se jedná o psychopatologii nebo snahu o agravaci. Pokud je T skór rovný či vyšší než 100 a současně T skór na škále VRIN nebo TRIN vyšší než 79, pak se jedná o protokol nevalidní a neinterpretovatelný.

F_p škála je indikátorem málo frekventovaných odpovědí, odhalující méně citlivě závažnou psychopatologii, než škála F, může tak pomoci odhalit zda se u zkoumané osoby jedná o závažnou psychopatologii, nebo o snahu o agravaci. T skór vyšší než 100 naznačuje nevalidní protokol, pokud je zároveň T skór škály TRIN nebo VRIN vyšší než 79, je protokol nevalidní a neinterpretovatelný (Netík, 2002)

K škála zkoumá míru defenzivity zkoumané osoby a jaký to může mít vliv na ostatní klinické škály. Osoby s nízkým T skórem (mezi 35 a 40) „pravděpodobně prožívají distres, budou mít slabší sebepojetí a slabé sociální dovednosti. Je-li současně výšen TRIN

skóru nad 79 S bude protokol nevalidní a neinterpretovatelný následkem sklonu zásadně reagovat souhlasem“ (Netík, 2002, s. 28).

S škála se zaměřuje na defenzivitu zkoumané osoby, avšak není zaměřena ani na začátek, ani na konec inventáře. T skór rovný nebo vyšší než 70 znamená, že se pacient snaží jevit lepším, než ve skutečnosti je, případně se může jednat o sklon reagovat na položky zásadně nesouhlasně. Je-li T skór TRIN vyšší než 79 N, pak se jedná o protokol nevalidní a neinterpretovatelný následkem sklonu reagovat zásadně nesouhlasem. (Netík, 2002)

TRIN škála (nekonzistence souhlasných odpovědí) se zabývá nesrovnalostmi v odpovědích na páry položek, na které by se mělo odpovídat konzistentním působem. T skór 80 a výše naznačuje nekonzistentní odpovědi a protokol bude pravděpodobně nevalidní. Může se objevit tendence reagovat souhlasným způsobem, což naznačuje TRIN skór 80S a nebo nesouhlasným způsobem naznačuje TRIN skór 80N. Tyto obecné tendence jsou pravděpodobnější zároveň při T skóru škály F nad 65.

VRIN škála (nekonzistence variabilních odpovědí) se zabývá konfiguracemi souhlasu či nesouhlasu na pár odpovědí zjišťujících to samé, pak se zjišťuje, zda na dva různě položené dotazy zjišťující stejnou věc odpovídá konzistentně. T skór na škále VRIN nad 80 naznačuje nekonzistentní odpovědi a bude se jednat o nevalidní protokol (Netík, 2002).

2.5.2. Škála MAC – R

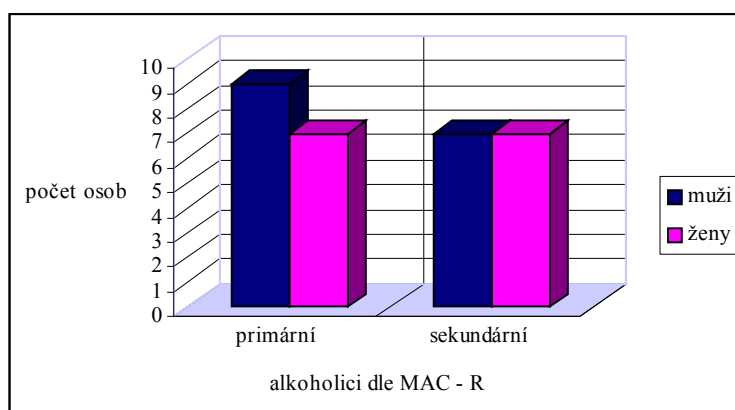
Jedná se o MacAndrewovu škálu alkoholismu, která byla původně vyvinuta pro muže, ale brzy bylo její užití rozšířeno na ženy. Při vývoji byla MAC škála upravena vypuštěním některých položek a zařazením jiných, díky nimž se i v jejím názvu uvádí R, protože je revidovanou verzí. Její interpretace je založena na hrubých skórech. (Netík, 2002) Autor Schwartz a Graham (2002, in Netík, 2002, s. 89) zjistili, že škála postihuje některé samostatné dimenze osobnosti a chování, a to impulzivitu, vysokou úroveň energie, interpersonální povrchnost, obecnou psychickou maladjustaci, ale nikoli obecnou antisocialitu.

Dle výzkumů vyplývá, že se nejedná o škálu hodnotící alkoholismus, ale je obecnější mírou zneužívání návykových látek, tedy alkoholu i jiných drog. V průběhu delších časových intervalů se zjistilo, že zvýšené skóry v této škále jsou časově hodně stálé, zůstávají i po léčení. Osoby s vysokými skóry budou pravděpodobněji zneužívat alkohol i jiné drogy, avšak nejsou předurčeny k jejich zneužívání. Dle MacAndrewa mohou návykové látky zneužívat jak skupiny s vysokým skórem, tak s nízkým skórem. Tyto skupiny označil za primární alkoholiky a sekundární alkoholiky. (Netík, 2002)

Tab. 3: Rozložení výzkumného vzorku mužů a žen na primární a sekundární alkoholiky dle MAC - R

Škála MAC - R	primární	sekundární	Celkem
Muži	9	7	16
Ženy	7	7	14
Celkem	16	14	30

Obr. 3: Rozložení výzkumného vzorku mužů a žen na primární a sekundární alkoholiky dle MAC - R



Dle MAC – R je 16 osob z našeho výzkumného vzorku řazeno mezi primární alkoholiky, mající větší pravděpodobnost zneužívat návykové látky, což je z hlediska relativní četnosti 53,3 %.

2.5.3. Škála AAS

Weed a kolektiv vyvinuli tuto škálu AAS, tedy škálu manifestního návykového chování z položek inventáře MMPI -II, která přímo hodnotí užívání a zneužívání alkoholu a dalších drog. Osoby s vysokým T skórem nad 60 otevřeně připouštějí problémy s alkoholem a

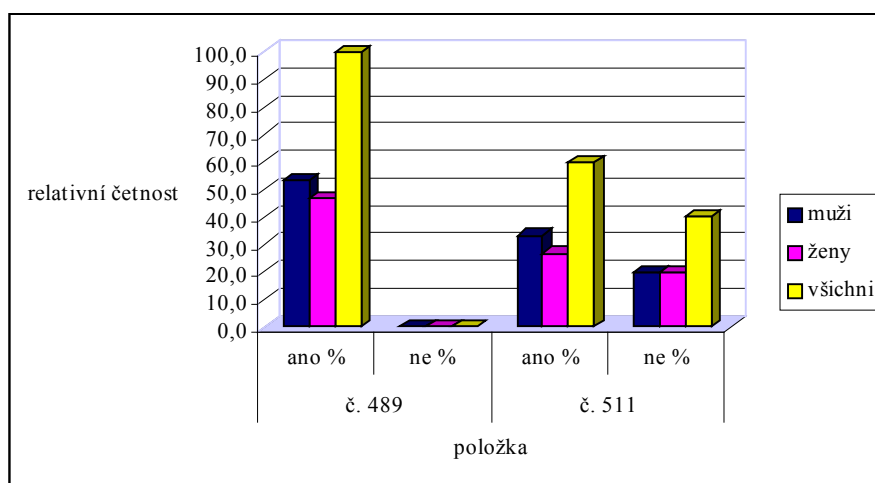
drogami a tyto skóry potvrzují nadužívání a zneužívání návykových látek, toto podporují i navazující výzkumy. Z tohoto hlediska je škála AAS vhodnější k identifikaci zneužívání návykových látek lépe, než MacAndrewova škála alkoholismu revidovaná (MAC – R) a Škála manifestního návykového potenciálu (APS).

Je vhodné se při zkoumání škály AAS jednotlivě zaměřit na odpovědi na dvě položky. Jedná se o položku 489 (Mám problémy s alkoholem či s drogou.) a dále o položku 511 (Přinejmenším jednou do týdne jsem opilý-á nebo zfetovaný-á.) Kladné odpovědi na tyto položky značí, že problémy s alkoholem či drogami jsou aktuální. (Netík, 2002)

Tab. 4: Absolutní a relativní četnost odpovědí na položku inventáře č. 489 a č. 511

Položky	č. 489		č. 489		č. 511		č. 511	
	ano	ne	ano %	ne %	ano	ne	ano %	ne %
Muži	16	0	53,3	0,0	10	6	33,3	20,0
Ženy	14	0	46,7	0,0	8	6	26,7	20,0
Celkem	30	0	100,0	0,0	18	12	60,0	40,0

Obr. 4: Relativní četnost odpovědí na položku inventáře č. 489 a č. 511



V našem výzkumném vzorku bylo všech 16 mužů a 14 žen přesvědčeno, že v současnosti mají problém s alkoholem či drogou, prokázali to kladnou odpovědí na položku č. 489, jedná se tedy o všechny výzkumné osoby, z hlediska relativní četnosti tedy 100%. Frekvenci svých problémů specifikovali kladnou odpovědí na dotaz 511. Z celkového počtu 30 osob se celkem 18 osob, 10 mužů a 8 žen, zařadilo mezi osoby, které mají velké

problémy s alkoholem či drogou nejméně každý týden. Z hlediska relativní četnosti se jedná celkem o 60 % osob v součtu 33,3 % mužů a 26,7% žen. Jen 12 osob, ve stejném složení mužů i žen, nepotvrdilo, že má s alkoholem či drogou problém minimálně jednou týdně.

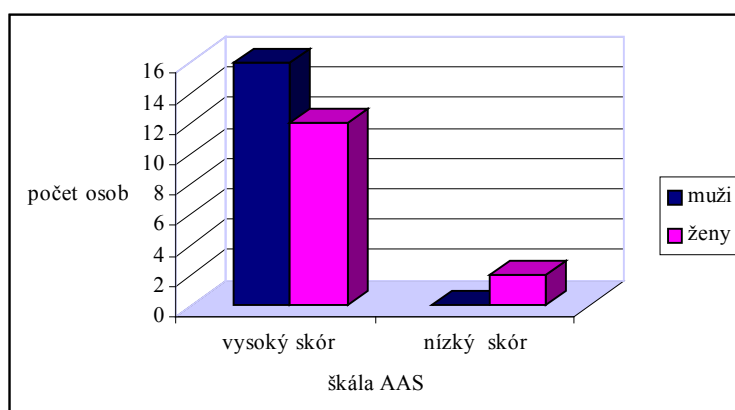
Tab. 5: Rozložení výzkumného vzorku mužů a žen dle vysokého a nízkého skóru škály

AAS

Škála AAS	vysoký skór	nízký skór	Celkem
Muži	16	0	16
Ženy	12	2	14
Celkem	28	2	30

Obr. 5: Rozložení výzkumného vzorku mužů a žen dle vysokého a nízkého skóru škály

AAS



Vysoké T skóry škály AAS znamenají, že 28 osob z 30 (v relativním počtu tedy 93,3 %) osob z výzkumného vzorku otevřeně připouští problémy s alkoholem a drogami . Tyto skóry potvrzují nadužívání a zneužívání návykových látek, v našem případě potvrzují zneužívání alkoholu.

2.5.4. Škála APS

Weed a kolektiv dále vyvinuli Škálu návykového potenciálu (APS) na základě rozdílů, které zjistili v odpovědích tří zkoumaných skupin – pacienty psychiatrickými, pacienty v protidrogovém programu a normativním souborem. Jedná se o 180 položek, které

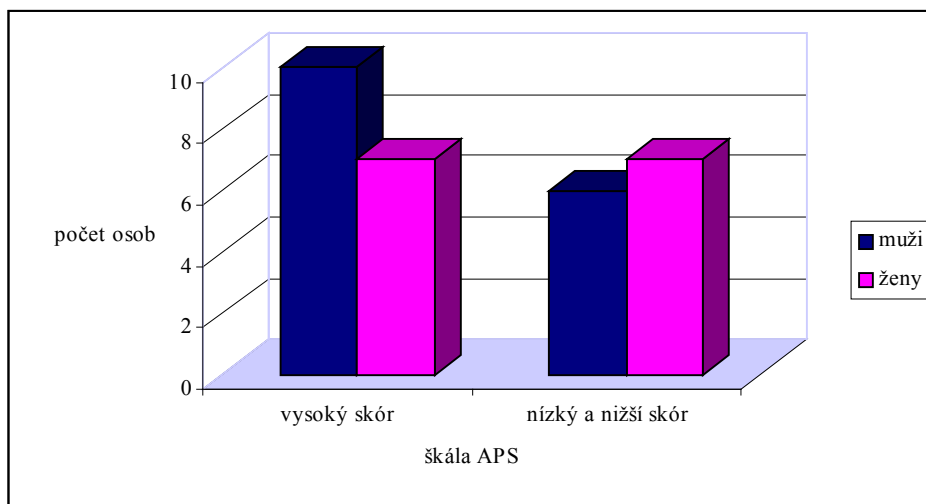
drogově závislí pacienti označovali častěji, než ostatní. Postupně bylo toto množství redukováno až na dnešní počet 39 položek.

Škála APS se zdá být přesnější v rozlišení pacientů zneužívajících návykové látky a psychiatrických pacientů než MacAndrewova škála alkoholismu revidovaná (MAC – R). Vyšší T skór nad 60 charakterizuje osoby, které připouštějí problémy s abúzem drog a antisociální chování, jsou vynervovaní, rozrušení. Zabývají se názory jiných o své osobě, charakterizují sami sebe negativně. Osoby s nižším T skóru pod 45 se charakterizují celkem pozitivně, nejsou vynervovaní a rozčilení. Mají-li zkušenosti s návykovými látkami, nevypovídají o nich negativně. (Netík, 2002)

Tab. 6: Rozložení výzkumného vzorku mužů a žen dle vysokého, nižšího a nízkého skóru škály APS

Škála APS	vysoký skór	nízký a nižší skór	Celkem
Muži	10	6	16
Ženy	7	7	14
Celkem	17	13	30

Obr. 6: Rozložení výzkumného vzorku mužů a žen dle vysokého, nižšího a nízkého skóru škály APS



Vysoký T skór škály APS značí, že 17 osob z výzkumného souboru (z hlediska relativní četnosti 56,7 % osob v členění na 33,4 % mužů a 23,3 % žen) připouští problémy s abúzem drog a antisociální chování, mají sklony ke zneužívání návykových látek.

2.5.4. Škály depresivity

D škála (deprese)

Škála deprese je druhou klinickou škálou inventáře MMPI – II. Při jejím vývoji byly jako základ brány odpovědi pacientů diagnostikovaných jako endogenně nebo reaktivně depresivní, tedy může být centrální poruchou, nebo vzniká jako doprovod jiných osobnostních problémů. (Svoboda, 1999) Tato škála zjišťuje symptomatickou depresi, což představuje obecný postoj charakterizovaný nedostatkem vitality, nedostatečnou vírou v budoucnost, obecně neuspokojením vlastním stavem. Osoba je charakterizována nezájmem o aktivity, apatií, různými somatickými symptomy jako poruchami spánku, výživy, gastrointestinálními poruchami, nechutenstvím, špatnou sociabilitou, přecitlivělostí, typická je u nich sociální izolace. Osoby se zvýšeným skórem D škály nemusí být diagnostikovány jako depresivní, avšak se depresivně cítí, cítí subjektivní distres způsobený úzkostí či depresivním stavem, přestože tyto symptomy neodrážejí navenek. Předpokládá se, že škála 2 Deprese měří spíše exogenní či reaktivní depresi než endogenní či neurotickou depresi. Na skóry budou mít vliv nálady zkoumané osoby a sebehodnocení. (Netík, 2002)

Vysoký skór D škály je charakterizovaný emocionální rozladou, pocity méněcennosti, pesimistického náhledu do budoucnosti, nedostatečnou sebedůvěrou, tyto osoby jsou introvertně zaměřené, s úzkými zájmy, s přehnaným postojem ke starostem. Účinně na ně působí psychoterapie, avšak často u nich dochází k recidivě. Tito jedinci jsou popisováni jako utrápení, upřímní, emotivní, sentimentální. Pokud nejsou vysoké T skóry u D škály doprovázeny jinými klinickými příznaky, pak se může jednat o tzv. usmívající se depresi, jejíž příznaky jsou pacientem disimulovány, tím se zvyšuje riziko suicida.

Osoby s nízkým T skórem u D škály jsou popisovány jako osoby milé, laskavé, sebevědomé, přirozené, spolupracující, ochotné. Jsou to osoby bez depresivních nálad, spíše se sklony k veselosti. U psychiatrických pacientů se vyskytují nízké skóry zřídka.

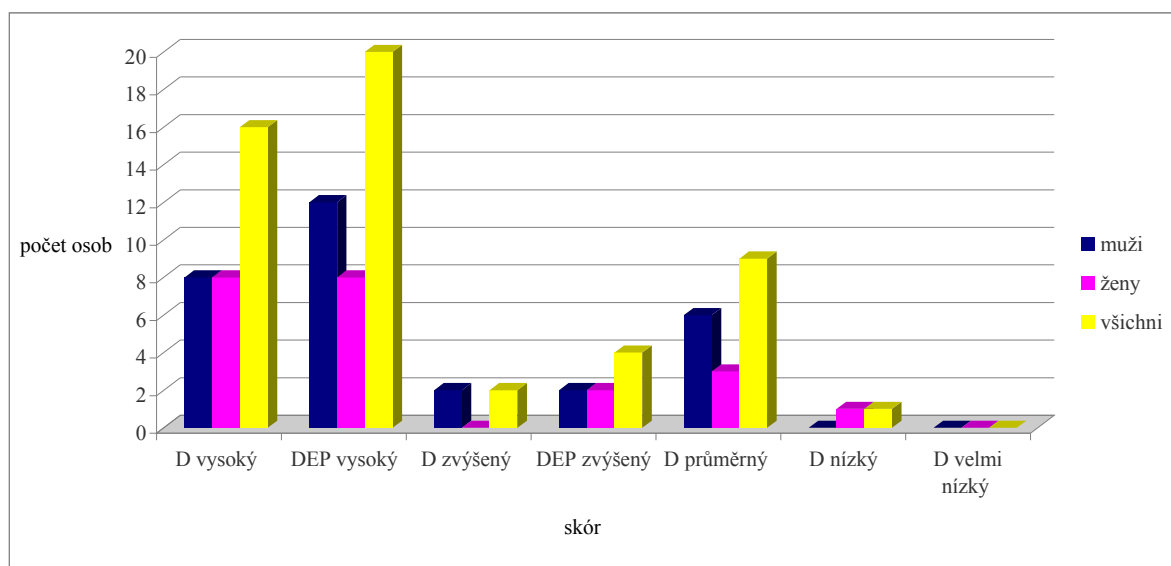
DEP

Škála DEP patří mezi obsahové škály. 13 obsahových škál které bylo vyvinuto Wiggensem, na něj navázali Butcher, Graham, Wiliamsová a Ben-Porath, kteří je upravili při tvorbě 2. revize na 15 obsahových škál v MMPI – II. (Netík, 2002)

Tab. 7: Hodnocení škály D a DEP mužů a žen výzkumného vzorku

Skór	D vysoký	DEP vysoký	D zvýšený	DEP zvýšený	D průměrný	D nízký	D velmi nízký
Muži	8	12	2	2	6	0	0
Ženy	8	8	0	2	3	1	0
Celkem	16	20	2	4	9	1	0

Obr. 7: Hodnocení škály D a DEP mužů a žen výzkumného vzorku



Vysoký skór škály D vykazuje 16 osob, což činí 53,3 % v relativním počtu, v součtu se jedná o 26,7 % mužů a 26,6% žen, je to nadpoloviční většina. Vezmeme-li v úvahu zvlášť muže a ženy, pak se u mužů jedná o relativní počet 50 % z celkového počtu mužů a u žen se jedná o relativní počet 57,1 % z celkového počtu žen.

Vysoký skór škály DEP vykazuje 20 osob, což činí 66,7 % v relativním počtu, v součtu se jedná o 40 % mužů a 26,7 % žen, je to nadpoloviční většina. Vezmeme-li v úvahu zvlášť muže a ženy, pak se u mužů jedná o relativní počet 75 % z celkového počtu mužů a u žen se jedná o relativní počet 57,1 % z celkového počtu žen.

Vzhledem ke skutečnosti, že se klinická deprese vyskytne alespoň jednou za život u 20% populace a každoročně klinickou depresí onemocní na 5% obyvatelstva (Praško, 2009), pak je depresivita u osob ve výzkumném vzorku významně vyšší.

2.5.5. Subškály depresivity

Harrisovy – Lingesovy subškály vznikly subjektivním seskupením obsahově analogických položek škály 2. Jedná se o subškály:

D1 = *subjektivní deprese* – vysoký T skór nad 70 se vyskytuje u osob pesimistických, s nízkou sebeúctou, nedostatkem energie k běžným činnostem a potěšení z různých aktivit, tyto osoby jsou nešťastné, bez zájmu o okolní dění, v sociálních situacích stísněné,

D2 = *psychomotorická retardace* – osoby s vysokými T skóry si drží odstup v sociálních vztazích, jsou emocionálně stažení; nenávistné a agresivní impulzy a aktivity popírají,

D3 = *tělesné dysfunkce* – osoby s vysokými T skóry jsou typičtí somatickými stesky, nadměrně se zabývají sami sebou,

D4 = *mentální tupost* - osoby s vysokými T skóry jsou v napětí, mají obtíže s pozorností, koncentrací, pamětí, nedůvěřují si, špatně reagují, trpí méněcenností,

D5 = *hloubání*- osoby s vysokými T skóry se nadměrně zabývají nutkavými myšlenkami, jsou podrážděné, jsou do budoucna pesimističtí, běžné problémy je nadměrně zatěžují, nemají sílu a nevidí důvod proč je řešit, často lakrimují, cítí, že nemají nad svými myšlenkovými pochody kontrolu. (Netík, 2002)

Komponenty obsahových škál byly vyvinuty Ben Porathem a Sherwoodem pro usnadnění interpretace obsahových škál, měly by být interpretovány za předpokladu T skóru mateřské obsahové škály alespoň 60. Interpretace obsahových škál může být ovlivněna tlakem na vyšetřovanou osobu, což pak nemusí poskytnout pravdivý obraz jejích případných problémů. To musí mít na mysli například soudní znalci při soudně znalecké práci za pomoci inventáře MMPI-II.

T skór v rozpětí 60-64 znamená, že zkoumaná osoba sděluje tyto symptomy u těchto subškál:

u DEP1= *nedostatek puzení* - pacient nemá zájem o nic, není motivován, nemůže se rozhýbat,

u DEP2 = *dysforie* - smutek, cítí se depresivně, má problémy se s těmito symptomy vyrovnat,

DEP3 = *sebeznehodnocování* – negativní sebepojetí, vlastní zbytečnost a bezmoc, vinu a bezcennost, sebehodnocení má nereálně negativní,

DEP4 = *suicidální myšlenky* – aktuální nebo nedávné suiciální myšlenky a projevy.

(Netík, 2002)

Wiener – Harmonovy subškály odrážející intenzitu příznaku (výrazná x lehká)

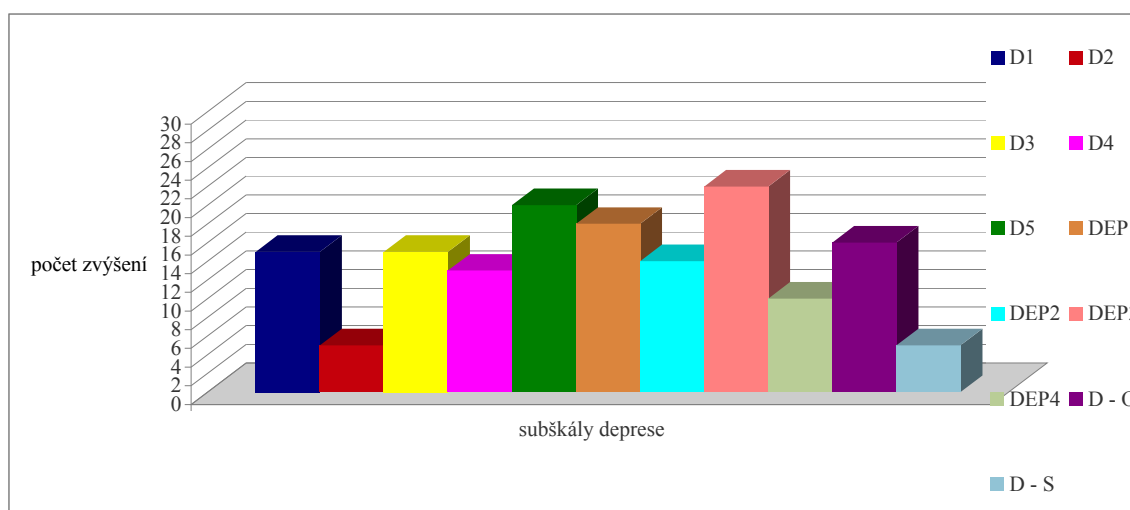
D –O = intenzita výrazná

D – S = intenzita lehká

Tab. 8: Vysoké T skóry mužů a žen u subškál deprese

Subškála	D1	D2	D3	D4	D5	DEP1	DEP2	DEP3	DEP4	D-O	D-S
Muži	9	3	9	7	12	11	9	14	8	9	3
Ženy	6	2	6	6	8	7	5	8	2	7	2
Celkem	15	5	15	13	20	18	14	22	10	16	5

Obr. 8: Vysoké skóry mužů a žen u subškál deprese



Subškály deprese nám odhalují podrobněji, které symptomy se nejvíce na hlavních škálách deprese podílejí. Subškála DEP4 může být v počtu zvýšení snížena, protože u jedné osoby nemohla být interpretována a vykazovala zároveň nižší skór, její výsledek tedy nemohl ovlivnit počet zvýšených subškál u DEP4.

2.5.6. Vztah škály AAS, D a DEP

V následující tabulce a grafu se zaměříme na škálu AAS (manifestní návykové chování), škály deprese D a DEP. Nastalo několik variant vztahů:

AAS+D+DEP+ = zvýšený T skór škály AAS, D i DEP,

AAS+D+DEP- = zvýšený T skór škály AAS, D a nezvýšený T skór na škále DEP

AAS+ D-DEP+ = zvýšený T skór škály AAS, DEP a nezvýšený T skór na škále D

AAS+D-DEP- = zvýšený T skór škály AAS a nezvýšené T skóry škály D a DEP

AAS-D+DEP+ = nezvýšený T skór škály AAS a zvýšené T skóry škály D i DEP,

AAS-D+DEP- = nezvýšený T skór škály AAS a DEP a zvýšený T skór na škále D,

AAS-D-DEP+ = nezvýšený T skór škály AAS a D a zvýšený T skór na škále DEP,

AAS-D-DEP- = nezvýšený T skór škály AAS, D a DEP.

Tab. 9: Vztahy mezi AAS, D a DEP

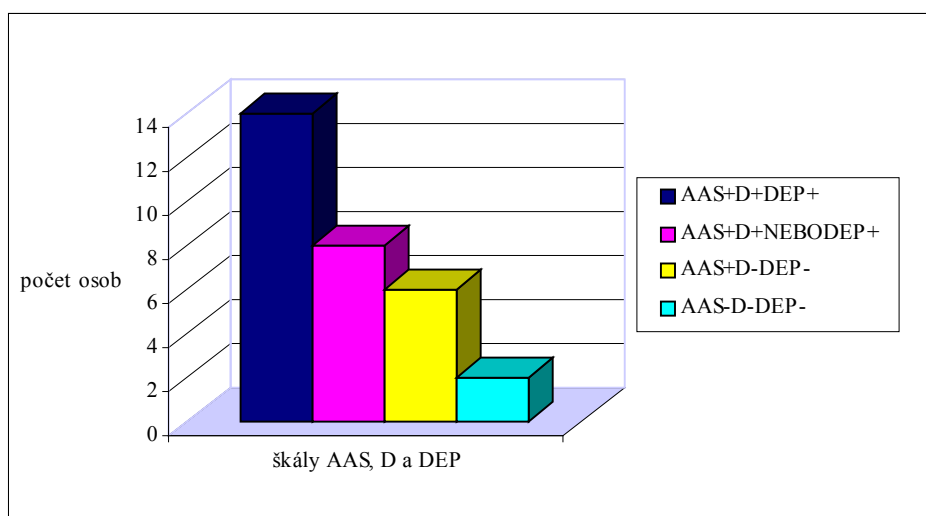
Subškály	AAS+D+DEP+	AAS+D+DEP-	AAS+D- DEP+	AAS+D- DEP-	AAS- D+DEP+	AAS- D+DEP-	AAS-D- DEP+	AAS-D-DEP-	Celkem
Muži	7	1	5	3	0	0	0	0	16
Ženy	7	1	1	3	0	0	0	2	14
Celkem	14	2	6	6	0	0	0	2	30

V našem výzkumném vzorku se vyskytuje 14 osob, u kterých se vyskytuje zvýšený skór zároveň na škále AAS, D i DEP toto množství v relativním počtu činí 46,7 %, tedy bezmála polovinu.

Tab. 10: Nenulové vztahy mezi AAS, D a DEP

Subškály	AAS+D+DEP+	AAS+D+NEBODEP+	AAS+D-DEP-	AAS-D-DEP-	Celkem
Muži	7	6	3	0	16
Ženy	7	2	3	2	14
Celkem	14	8	6	2	30

Obr. 9: Nenulové vztahy mezi AAS, D a DEP

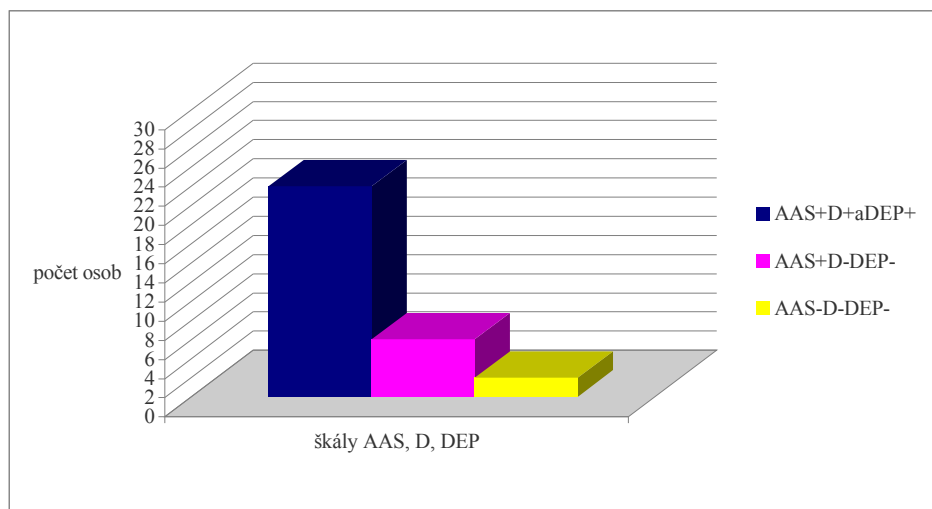


Všechny zkoumané osoby přiznaly svůj sklon k návykovému chování a škála AAS potvrdila svými vysokými skóry u 93,3 % osob z výzkumného vzorku nadužívání a zneužívání návykových látek, v našem případě potvrzují zneužívání alkoholu. Zajímalo nás, zda se u závislých osob také vyskytuje depresivní chování.

Tab. 11: Vztahy AAS s pozitivním výskytem deprese, s negativním výskytem deprese a negativní výskyt AAS i deprese

Subškály	AAS+D+aDEP+	AAS+D-DEP-	AAS-D-DEP-	Celkem
Muži	13	3	0	16
Ženy	9	3	2	14
Celkem	22	6	2	30

Obr. 10: Vztahy AAS s pozitivním výskytem deprese, s negativním výskytem deprese a negativní výskyt AAS i deprese



V relativním počtu 93 % osob výzkumného vzorku nadužívá a zneužívá návykové látky, v této skupině se jedná hlavně o alkohol. Zároveň 53,3 % osob v relativním počtu u škály D a 66,7 % osob v relativním počtu u škály DEP z výzkumného vzorku vykazuje známky deprese, depresivní myšlení, jednání, chování. Dáme-li do souvislosti škálu AAS, pak známky depresivity v rámci škály D nebo DEP vykazuje 22 osob, v relativním počtu se jedná o 73,3 % osob z výzkumného vzorku. Kolektiv autorů spolu s Kesslerem zastává názor, že „až u čtvrtiny pacientů s diagnózou depresivní poruchy je ve stejnou dobu diagnostikováno škodlivé užívání alkoholu. 15,4 % pacientů s depresí splňuje diagnostická kritéria pro závislost na alkoholu“ (in Racková, 2008, s. 126)

2.5.7. Zhodnocení hypotéz

V rámci výzkumu byla získána potřebná data ke zhodnocení hypotéz. Dle MAC – R je 53,3 % osob zařazeno mezi primární alkoholiky mající vysoké T skóry. Dle škály AAS 93,3 % osob připouští problémy s alkoholem, zneužívání návykových látek, v našem případě alkoholu. Dle škály APS 56,7 % osob připouští problémy s abúzem drog, má sklon ke zneužívání návykových látek. Tyto výsledky potvrzují, že dle výzkumných škál byl výzkumný vzorek složen z osob, které mají sklon ke zneužívání a zneužívají návykové látky, první hypotézu tedy přijímáme.

Přímá odpověď na položku 489 kladně znamená, že celých 100 % osob se cítí být osobami majícími problémy s alkoholem, svou závislost připouští a uvědomují si ji. Druhou hypotézu tedy přijímáme.

Vysoké T skóry škály D ve výši 53,3 % a škály DEP ve výši 66,7 % upozorňují na depresivní ladění, myšlenky, chování a jednání nadpolovičního počtu osob výzkumného vzorku ve významně vyšší míře oproti 20 % osob z populace, které někdy za život onemocní depresí a pásmu průměru norem MMPI – II. Třetí hypotézu tedy přijímáme.

Vysoké T skóry škály AAR v relativním počtu 93,3 % osob a s nimi související vysoké T skóry na škále D nebo DEP, nebo dokonce obou zároveň značí, že z osob zneužívajících návykové látky ve výzkumném vzorku má problém s depresí 73,3 % osob v relativním počtu. Depresivita s abúzem alkoholu ve zkoumaném vzorku signifikantně souvisí. Čtvrtou hypotézu tedy přijímáme.

2. Diskuse

Ve výzkumu bylo použito účelového výběru pro získání výzkumného vzorku. Kritériem byla diagnostikovaná závislost na alkoholu. U výzkumného vzorku pacientů, kteří právě podstupují dobrovolnou tříměsíční protialkoholní léčbu bylo inventářem MMP – II potvrzeno, že mají silné sklony ke zneužívání návykových látek, všichni jsou o sobě přesvědčeni, že se zneužíváním návykových látek mají problém. Výzkumný vzorek byl složený z většího počtu žen, než v léčbách dle statistik bývá (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013), to může být způsobeno specifikem vybraného léčebného pracoviště. Skupina léčených je menší, nastavený režim je přijatelnější na rozdíl od ostatních přísnějších polovojenských režimů, léčí se zde najednou muži i ženy...

Po kontrole validity a interpretovatelnosti protokolů MMPI - II byl v průběhu výzkumu jeden vyřazen pro zřejmou agravaci psychopatologie a nahrazen novým.

Dále bylo potvrzeno, že se závislost na alkoholu komorbidně vyskytuje s depresí, ať již s depresí jako primárním nebo sekundárním onemocněním. Tato skutečnost významně ovlivňuje průběh terapie, protože depresivní ladění, myšlenky, jednání a chování ovlivňují

možnost a schopnost spolupráce léčených osob. Depresivita se mezi pacienty v léčbě vykytuje výnamně více, proto je nutné protialkoholní léčbu řešit dvojkolejně a léčit zároveň depresi. V průběhu výzkumu byl jeden protokol MMPI – II vyřazen a nahrazen novým

5. Závěry

Výzkum přinesl výsledky škál týkajících se návykového chování a potenciálu a alkoholu a škál týkajících se deprese. Co se týče alkoholu, bylo zjištěno, že 53,3 % osob má větší pravděpodobnost zneužívat návykové látky, všechny osoby si o sobě myslí, že mají problém s drogou, 93,3 % osob otevřeně připouští problémy s alkoholem a drogami, jejich nadužívání a zneužívání a dle další škály 56,7 % osob připouští problémy s abúzem drog. Ve výzkumném vzorku bylo 73,3 % osob, které vykazují známky depresivního myšlení, jednání, chování, i když nemusí mít depresi diagnostikovanou. Závislost na alkoholu významně souvisí s depresivitou osob v protialkoholní léčbě.

6. Souhrn

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda závislé osoby trpí vyšší mírou depresivity, než normální osoby v populaci. Výzkum byl zaměřen na protialkoholní stanici psychiatrického oddělení Krajské nemocnice v Liberci. Výzkumný vzorek byl vybrán ze souboru pacientů absolvujících protialkoholní léčbu ve vybraném zařízení. Kritérii pro výběr byla diagnostikovaná závislost na alkoholu, nástup na komplexní tříměsíční protialkoholní léčbu do tohoto zařízení, předpokládaná ochota spolupracovat a posledním kritériem bylo naplnění výzkumného vzorku 30 osobami. Původním záměrem bylo získat srovnávací data od vzorku 30 normálních osob, ale při studiu literatury a zjištění velikosti standardizovaného a restandardizovaného souboru osob inventáře MMPI – II od toho bylo upuštěno a byly využity ke srovnání normy standardizovaného inventáře MMPI – II.

Výzkumnému vzorku byl předkládán inventář MMPI – II, k písemnému vyplnění a způsob vyplnění si přečetli na první straně archu s položkami a zároveň jim byl tento způsob vysvětlen ústní metodou. Získaná data zadána do počítačového programu a díky tomu

byly protokoly vyhodnoceny elektronicky. V další fázi je bylo nutno zkontrolovat z hlediska validity a interpretovatelnosti. Díky tomu byl zjištěn jeden protokol jako nevalidní a neinterpretovatelný a proto byla zkoumaná osoba její protokol z výzkumu vyřazeny a výzkumný vzorek byl doplněn dalším členem vzorku, absolutní četnost 30 osob byla zachována.

Podrobněji jsme nahlédli na složení výzkumného vzorku, četnost žena a mužů, dále nás zajímalo věkové složení. Ve srovnání s dalšími studii bylo zjištěno, že se ve výzkumném vzorku vyskytoval a četnost mužů a žen s nevýznamným rozdílem, přestože statistické studie z lůžkových zařízení uvádějí dvojnásobnou četnost mužů v protialkoholní léčbě než žen. Tento rozdíl mohl být způsoben rehospitalizacemi, dále specifiky lůžkové protialkoholní léčby a režimu nastavenému na protialkoholní stanici v Liberci, který je snad mírnější, nebo lépe zvládnutelný na rozdíl od jiných režimových léčeb. Věkové zastoupení osob v léčbě je mírně odlišné od četnosti statistické

V další fázi výzkumu byly zkoumány vyhodnocené protokoly, zajímaly nás škály týkající se návykového chování, závislosti na alkoholu a deprese, depresivity. Škály orientující se na alkohol a návykové chování. Škála MAC – R zhodnotila vzorek na 53,3% primárních alkoholiků majících vět větší pravděpodobnost k užívání návykových látek. Škála AAS vzorek vyhodnotila osoby na 93,3 % osob, které připouštějí problémy s alkoholem a drogami a potvrzují zneužívání návykových látek, tedy i alkoholu. Po zhodnocení jedné otázky škály AAS bylo zjištěno, že 100 % osob připouští, že má problém s alkoholem. Vysoký T skór u škály APS má 56,7% osob, připouštějí tedy problémy s abúzem drog, mají sklony ke zneužívání návykových látek.

Vysoké skóry škály D a škály DEP jednotlivě, nebo u obou zároveň značí, že 73,3 % osob vykazuje známky deprese, depresivního myšlení, jednání a chování.

Významně vysoké skóry škál hodnotících návykové chování, zneužívání návykových látek zejména dle hodnocení T skórů škály AAS 93,3 % osob výzkumného vzorku připouští zneužívání návykových látek (alkoholu), zároveň tyto osoby vykazují vysoké skóry škály D a DEP ve výši 73,3 %, z čehož vyplývá, že depresivita s abúzem alkoholu ve

zkoumaném vzorku signifikantně souvisí. Na základě zjištěných informací byly
zhodnoceny hypotézy a výsledkem byla skutečnost, že všechny byly přijaty.

7. Seznam literatury

- 1) *Alkoholismus*. (nedat.). In Wikipedia. Získáno 7. prosince 2013 z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Alkoholismus>
- 2) Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál
- 3) Cohen, R., M. (2000). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál
- 4) Český statistický úřad. (2011). *Česká republika od roku 1989 v číslech*. Získáno 5.května 2013 z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989
- 5) *Ethanol*. (nedat.). In Wikipedia. Získáno 15. dubna 2013 z <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ethanol>
- 6) Herman, E., Praško, J., Seifertová, D. (2007). *Konziliární psychiatrie*. Praha: Galén
- 7) Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris
- 8) Chval, J. (2007). Delirium tremens. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 254.
- 9) Kalina, K., Adameček, D., Bartošíková, I., Bayer, D., Bém, P., (2003). *Drogy a drogové závislosti I*. Praha: Úřad vlády České republiky
- 10) Kalina, K., Adameček, J., Broža, J., Dvořáček, J., Dobiášová, D., Frouzová, M. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada
- 11) Kalužany, J., Sigmundová, K., Nosál'ová, P., Podaný, P. (2006). Ťažké delirium tremens komplikované rbdomyolýzou s akutným renálnym zlyhaním. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 179.
- 12) Laňková, J., Raboch, J. (2013). *Deprese – doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
- 13) Maršálek, M. (2012). Cirkadiánní rytmy a deprese. *Psychiatrie pro praxi*, 2,53.
- 14) Mlčoch, Z. (2013). *Jak působí alkohol na orgány a mozek*. Získáno 20. dubna 2013 z http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/telo_a_alkohol_jak_pusobi_alkohol_na_organy_a_mozek.html
- 15) Netík, K. (2002). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2. Příručka*. Praha: Testcentrum
- 16) Pacák, J., Čípera, J. (1990). *Chemie pro II.ročník gymnázií*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství

- 17) Pergl, V. (2012). *Na alkoholu je v Česku závislých až 700 tisíc lidí*. Získáno 14. února z <http://www.novinky.cz/domaci/266155-na-alkoholu-je-v-cesku-zavislych-az-700-tisic-lidi.html>
- 18) Popov, P. (2003). Závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 29-31.
- 19) Praško, J., Buliková, B., Sigmundová, Z. (2009). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén
- 20) Praško, J., Horáček, J., Kosová, J., Mohr, P., Motlová, L., Španiel, F. (2003a). *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium
- 21) Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. (2003b). *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál
- 22) Právo. (2008). *Více než půl miliónu Čechů je závislých na alkoholu*. Získáno 14. února 2014 z <http://www.novinky.cz/domaci/139340-vice-nez-pul-milionu-cechu-je-zavislych-na-alkoholu.html>
- 23) Proxim. (18.ledna 2006). *Bezpečnostní list líh syntetický technický*. Získáno 15. dubna 2013 z http://www.ped.muni.cz/wchem/sm/hc/labtech/pdf/bezp_listy/ethanol.pdf
- 24) Racková, S., Janů, L. (2008). Antidepresiva, deprese a závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi*, 9, 126 - 129
- 25) Skála, J. (1988). *... až na dno!?* Praha: Avicenum
- 26) Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál
- 27) Trenckmann, U., Bandelow, B. (2001). *Psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Portál
- 28) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Bomton agency
- 29) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2. října 2013). *Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2012*. Získáno 12. února 2014 z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2012>
- 30) Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál
- 31) Vargová, O. (2010). *Posouzení osobnosti ve vztahu k druhu patologické závislosti*. Magisterská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, Česká republika.

8. Seznam příloh

- 1) Zadání diplomové práce
- 2) Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce
- 3) Vyhodnocený protokol MMPI – II

Příloha č. 1:

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
PAŠTIKOVÁ Michaela	Matušova 37/3, Rumburk-Rumburk 1	I10276

TÉMA ČESKY:

Depresivita pacientů s abúzem alkoholu.

NÁZEV ANGLICKY:

Depression in patients with alcohol abuse.

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Radko Obereignerů, Ph. D. – PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- 1; Studium literatury z oblasti klinické psychologie, psychologie osobnosti, adiktologie, psychopatologie. Zpracování současných výzkumů týkajících se dané problematiky.
- 2; Formulovat projekt práce od základního problému a výchozí hypotézy ke stanovení orientační osnovy práce, metodiky a cíle práce.
- 3; Pravděpodobný cíl práce: Zpracování výsledků se zaměřením na rozdíly depresivity mezi vybranými zkoumanými skupinami. Jejich interpretace s přihlédnutím k současným teoretickým poznatkům.
- 4; Zkoumaný soubor: skupina 30ti pacientů absolvujících kompletní protialkoholní léčbu a skupina 30ti jedinců nezávislých na alkoholu.
- 5; Parametry práce: V souladu s metodickými pokyny katedry.
- 6; Statistické zpracování: test MMPI-2, korelace.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Čarnická, L. (2010). Deprese a závislost na alkoholu. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci
- Nešpor, K. (2003). Návykové chování a závislost. Praha: Portál
- Popov, P. (2003). Závislost na alkoholu. Psychiatrie pro praxi, 1, 29-32
- Váchová, E., P. a kol. (2009). Patogeneze závislosti. Psychiatrie pro praxi, 10, 257-259
- Vargová, O. (2010). Posouzení osobnosti ve vztahu k druhu patologické závislosti. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci
- Zahradník, P. (2007). Poznámky k psychodynamickým aspektům alkoholové závislosti. Psychiatrie pro praxi, 8, 226-228

Podpis studenta:.....

Datum:.....

Podpis vedoucího práce: :.....

Datum:.....

Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Depresivita u pacientů s abúzem alkoholu

Autor práce: Michaela Paštiková

Vedoucí práce: PhDr. Radko Obereignerů, PhD.

Počet stran a znaků: 56 stran, 93 156 znaků

Počet příloh. 3

Počet titulů použité literatury: 31

Abstrakt (800 – 1200 zn.):

Úkolem diplomové práce je potvrdit či vyvrátit hypotézy: „1. Významně zvýšené hodnoty T skóru škál AAS, APS a MAC-R až do pásma signalizující patologie potvrzují, že výzkumném vzorku jsou osoby zneužívající návykové látky, 2. Existuje významně větší skupina osob, která si uvědomuje a připouští svou závislost v léčbě, než skupina osob, která si ji nepřipouští, 3. Hodnoty T skóru škál týkajících se deprese jsou signifikantně zvýšené ve srovnání s hodnotami v pásmu průměru norem standardizovaného inventáře MMPI-II v naší populaci, 4. Hodnoty T skóru škály AAR v pásmu signalizujícím patologii u výzkumného vzorku signifikantně souvisí se zvýšenými a vysokými hodnotami T skóru škál týkajících se deprese.“ Byla nastudována literatura o alkoholu a závislosti na něm a o depresi. Výzkumný vzorek byl vybrán účelovým výběrem a k získávání dat byl použit inventář MMPI – II. Škály vyhodnocených inventářů byly využity ke zhodnocení. Všechny hypotézy byly přijaty, a vyplývá z nich, že vysoký výskyt depresivity signifikantně souvisí s abúzem alkoholu.

Klíčová slova: alkohol, deprese, MMPI –II, komorbidita, duální diagnóza

DIPLOMA THESIS ABSTRACT

Name: Depression in patients with alcohol abuse

The author: Michaela Paštiková

Supervisor: Mgr. Radko Obereignerů, PhD.

Pages and characters: 56 pages, 93 156 characters

Number of attachments: 3

Number of titles of literature: 31

Abstract (800 - 1200 marks):

The task of the thesis is to prove or disprove the hypothesis: "1 Significantly elevated T-scores of the AAS, APS and MAC-R to the band signaling pathology confirm that the survey sample persons are substance abusers, 2nd There is a significantly larger group of people who realize and admit their addiction during the treatment than the group of people who do not, 3rd The values of T-scores rating depression are significantly increased in comparison with the values in the the diameter standards zone standardized in the MMPI-II inventory of our population, 4th The values of T scores of the AAR in the band signaling pathology of the research sample was significantly associated with increased and high values of the T-scores on the depression scales." The literature of alcohol, an alcohol dependence, and the depression was studied. The research sample was selected by purposeful selection, and the MMPI - II inventory was used for the data acquisition. The scales of the evaluated inventories were used for the evaluation. All hypotheses were accepted, and they show that the high incidence of depressivity is significantly related to an alcohol abuse.

Keywords: alcohol, depression, MMPI-II, comorbidity, dual diagnosis

Příloha č. 3

MMPI-2

Jméno :
Narozen(a) :
Věk :33

Příjmení :
Datum vyšetření :

Welshův kód **702"86'4+-153/9** F-K index **8**
Goldbergův index **52**

Klienti s kódovým typem 1-7/7-1 prezentují široké rozpětí tělesných steskům jež odrážejí konstantní tenzi a úzkost, stejně jako obecnou bolest a nepohodu. Jejich somatizační rysy jsou odolné vůči intervenci či změně. Zcela běžně se vyskytuje intelektualizace. Často se cítí nejistí, inhibovaní, méněcenní a vinní. Jsou obtěžováni obsedantními myšlenkami a jsou znepokojeni tím, že by se mohli zbláznit. Také manifestují depresivní rysy a mohou sdělovat poruchy spánku. V interpersonálních vztazích jsou ostýchaví, introvertní a drží se v ústraní. Mají obavy o své interpersonální dovednosti.

Standard Validity and Clinical Scales

?	Nemohu říci	1	1 X
L	Lži škála	3	41
F	F škála	19	84 X
K	K škála	11	34
Hs	Hypochondrie	11	56
D	Deprese	36	85 X
Hy	Konverzní hysterie	22	51
Pd	Psychopatie	28	69 X
Mf	Maskulinita - Femininita	26	53
Pa	Paranoia	17	72 X
Pt	Psychastenie	34	88 X
Sc	Schizofrenie	34	78 X
Ma	Hypomanie	12	39
Si	Sociální introverze	56	87 X

Harris - Lingoes Subscales

D1	Subjektivní deprese	22	90 X
D2	Psychomotorická retardace	10	75 X
D3	Tělesné dysfunkce	7	85 X
D4	Mentální tupost	7	76 X
D5	Hloubání	7	81 X
Hy1	Popření sociální úzkosti	0	23 X
Hy2	Potřeba náklonnosti	2	33
Hy3	Apatie - zneklidněnost	9	78 X
Hy4	Somatické stesky	6	65 X
Hy5	Inhibice agrese	2	37
Pd1	Rodinný nesoulad	3	65 X
Pd2	Problémy s autoritou	3	50
Pd3	Sociální nevzrušitelnost	0	20 X
Pd4	Sociální odcizení	8	70 X
Pd5	Sebeodcizení	10	83 X

Translated and Adapted by Permission. Copyright © 1942, 1943 (renewed 1970), 1989 by the Regents of the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Strana : 1
Copyright of the Czech edition by Testcentrum 2002.

Pa1	Persekuční myšlenky	4	59
Pa2	Přecitlivělost	7	85 X
Pa3	Naivita	4	48
Sc1	Sociální odcizení	11	90 X
Sc2	Emocionální odcizení	4	69 X
Sc3	Nedostatek ego kontroly, kognitivní	5	76 X
Sc4	Nedostatek ego kontroly, konativní	7	80 X
Sc5	Nedostatek ego kontroly, defektní inhibice	5	78 X
Sc6	Bizarní senzorické zážitky	5	58
Ma1	Amorálnost	2	47
Ma2	Psychomotorické zrychlení	4	53
Ma3	Nevzrušitelnost	1	26 X
Ma4	Rozpínání ega	1	41

Wiener - Harmon Subtle - Obvious Subscales

D-O	Deprese, výrazná	22	84 X
D-S	Deprese, lehká	14	63
Hy-O	Hysterie, výrazná	14	72 X
Hy-S	Hysterie, lehká	8	29 X
Pd-O	Psychopatie, výrazná	17	83 X
Pd-S	Psychopatie, lehká	11	49
Pa-O	Paranoia, výrazná	7	65 X
Pa-S	Paranoia, lehká	10	62
Ma-O	Hypomanie, výrazná	8	61
Ma-S	Hypomanie, lehká	4	25 X

Si Subscales

Si1	Ostýchavost / sebevědomí	14	86 X
Si2	Sociální vyhýbavost	8	70 X
Si3	Odcizení sobě a druhým	12	74 X

Supplementary Scales

A	Úzkost	33	88 X
R	Potlačení	22	57
Es	Síla Ego	21	22 X
MACR	MacAndrewova škála alkoholismu revidovaná	22	58
Fb	F škála - závěr testu	13	90 X
VRIN	Inkonsistence variabilních odpovědí	9	62
TRIN	Inkonsistence souhlasných odpovědí	9	58
O-H	Nadměrná kontrola hostility	12	43
Do	Dominance	11	27 X
Re	Sociální odpovědnost	18	37
Mt	Vysokoškolská maladjustace	30	85 X
GM	Maskulinní role	25	27 X
GF	Femininní role	23	42
PK	Posttraumatická stresová porucha - Keane	30	85 X
PS	Posttraumatická stresová porucha - Schlenger	43	91 X

Content Scales

the

Translated and Adapted by Permission. Copyright © 1942, 1943 (renewed 1970), 1989 by the Regents of Strana : 2
University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright of the Czech edition by Testcentrum 2002.

ANX	Úzkost	19	87 X
FRS	Strachy	6	59
OBS	Nutkavost	9	70 X
DEP	Deprese	25	83 X
HEA	Zájem o vlastní zdraví	8	58
BIZ	Bizarní psychické aktivity	5	55
ANG	Zloba	9	80 X
CYN	Cynismus	15	60
ASP	Antisociální chování	12	65 X
TPA	Chování typu A	12	69 X
LSE	Nízká sebeúcta	21	99 X
SOD	Sociální nepohoda	22	92 X
FAM	Problémy v rodině	6	61
WRK	Poruchy pracovního výkonu	24	86 X
TRT	Negativní postoje k terapii	18	83 X

Content Component Scales

FRS1	Generalizovaná bázlivost	3	68 X
FRS2	Mnohočetné obavy	3	54
DEP1	Nedostatek puzení	10	98 X
DEP2	Dysforie	5	80 X
DEP3	Sebeznehodnocování	6	90 X
DEP4	Suicidální myšlenky	2	91 X
HEA1	Gastrointestinální symptomy	1	57
HEA2	Neurologické symptomy	2	53
HEA3	Obecný zájem o zdraví	3	67 X
BIZ1	Psychotická symptomatika	1	50
BIZ2	Schizotypální charakteristiky	4	64
ANG1	Explozivní chování	2	54
ANG2	Iritabilita	6	77 X
CYN1	Misanthropické přesvědčení	11	61
CYN2	Nedůvěřivost	4	54
ASP1	Antisociální postoje	9	60
ASP2	Antisociální chování	3	78 X
TPA1	Netrpělivost	6	78 X
TPA2	Soupeřivost	2	47
LSE1	Sebepochybnosti	10	92 X
LSE2	Submisivita	6	88 X
SOD1	Introverze	15	82 X
SOD2	Plachost	7	86 X
FAM1	Rodinný nesoulad	5	72 X
FAM2	Odcizení rodině	0	44
TRT1	Nízká motivace	7	77 X
TRT2	Nesdílnost	5	80 X
AGGR	Agresivita	1	32
PSYC	Psychoticismus	8	56
DISC	Nedostatečná sebekontrola	19	69 X

NEGE	Negativní emocionalita/neuroticismus	24	83 X
INTR	Introverze/nízká pozitivní emocionalita	29	87 X

the Translated and Adapted by Permission. Copyright © 1942, 1943 (renewed 1970), 1989 by the Regents of Strana : 3

University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright of the Czech edition by Testcentrum 2002.

MDS	Škála distresu v manželství	8	81 X
Ho	Hostilita	31	67 X
AAS	Škála manifestního návykového chování	8	103 X
APS	Škála návykového potenciálu	27	70 XT

University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
Copyright of the Czech edition by Testcentrum 2002.