

# Úvod

Problematicke závislosti se věnuji několik let, publikačně, ale zejména terapeuticky z pozice klinického psychologa v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži a soukromé ordinace klinické psychologie v Moravské Třebové.

Výzkum je zaměřen na pacienty se závislostí na alkoholu, která je řazena jako druhá nejčastější diagnóza při přijetí do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Během své desetileté praxe v tomto zařízení, jsem se každodenně setkávala a pracovala nejprve s pacienty s chronickou závislostí na alkoholu, kde z mého pohledu, bylo nejvíce důležité pro pacienta zajistit chráněné, tzn. „čisté, bez alkoholu“ prostředí. Pacienti navštěvovali různé terapeutické dílny, v rámci skupin se nejvíce prováděla edukace o závislostním chování. Na toxirehabilitačních odděleních, pro pacienty se závislostí na alkoholu, kteří byli poprvé nebo opakovaně hospitalizováni, byl nastaven komplexnější přístup, dle modelu bio-psycho-sociálně spirituálního. Na toxirehabilitačních odděleních byla možná pouze střednědobá protialkoholní léčba.

Cílem studie je zmapovat závažnost závislosti na alkoholu na psychiku člověka. Zaměřujeme se zejména na psychologické, emočně-osobnostní aspekty hospitalizovaných pacientů se závislostí na alkoholu, tj. na míru úzkostného a depresivního prožívání a popis osobnostních profilů či poruch osobnosti.

Na základě vyvíjejícího se a osamostatňujícího se oboru Adiktologie kriticky zjišťujeme, že v České republice stále máme nedostatek výzkumných studií s touto cílovou skupinou, proto jsem se rozhodla věnovat tématu závislosti na alkoholu v kontextu s jejich úzkostným a depresivním prožíváním, osobnostním profilem/poruchou osobnosti v disertační práci. V České republice tak vznikla Klinika adiktologie, jde o odborné pracoviště 1. LF UK a VFN v Praze (Běláčková, 2012).

V zahraničí se jedná o tematiku více výzkumně i publikačně zmapovanou, u nás jde z tohoto pohledu o ojedinělý výzkum. Práce byla také zaměřená na popis léčených pacientů se závislostí na alkoholu z hlediska jejich četnosti i možnosti kontaktů s léčebnými zařízeními, proto byli pacienti do výzkumu rozděleni do tří skupin:

1. skupina: Pacienti se závislostí na alkoholu, kteří byli hospitalizováni poprvé.

2. skupina: Pacienti se závislostí na alkoholu, kteří byli hospitalizováni opakovaně.

3. skupina: Pacienti s chronickou závislostí na alkoholu.

Pokusila jsem se u těchto skupin zjistit a popsat míru úzkostného a depresivního prožívání a jejich osobnostní charakteristiky. Tyto koncepty se nesnažím odlišovat, ale propojovat.

Předložená práce má dvě části. V teoretické části se věnuji problematice závislosti na alkoholu a propojení s úzkostným a depresivním prožíváním prohlubujícím se do úzkostných a depresivních poruch, dále propojení s osobnostními charakteristikami až k poruchám osobnosti. Věnuji se i možným komorbiditám u vybraných poruch. Ve výzkumné části popisují realizaci výzkumu, cíle výzkumu, jeho výsledky a závěry.

# TEORETICKÁ ČÁST

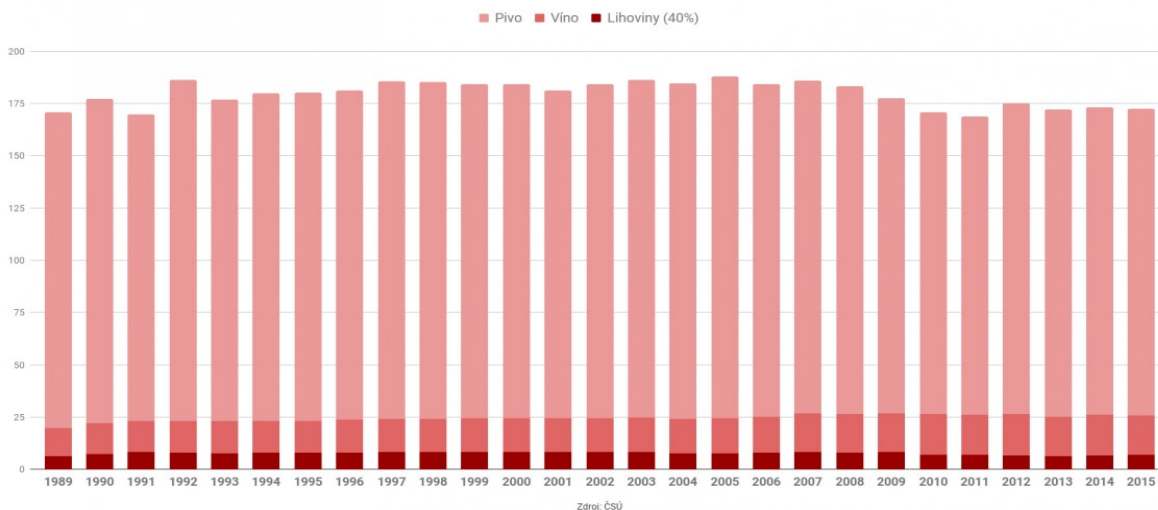
## 1. Závislost na alkoholu

Alkohol na lidský organismus působí sedativně. Jeho účinek je však složitější, tlumí úzkost, mírní depresivní prožívání, euforizuje a tlumí i některé nepříjemné tělesné příznaky. Při vyšších dávkách může vést naopak k lítostivosti. Negativní dopady alkoholu nejcitlivěji zasahují mozkovou kůru, retikulární systém mozkového kmene a míšní motorické neurony. Alkohol působí významně i na činnost kardiovaskulárního systému, ovlivňuje metabolismus některých látek (např. tuků), ovlivňuje endokrinní systém, trávicí ústrojí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litrů 100 % alkoholu na osobu a rok a má tendenci se zvyšovat. Podobně nepříznivě se zvyšovaly i ukazatele týkající se spotřeby alkoholu a výskytu opilosti u dětí a dospívajících. Tento trend kontrastuje s vývojem v západoevropských zemích. Nadměrný konzum alkoholu má kromě sociálních důsledků vliv na riziko úrazů, na některé druhy zhoubného bujení a výskyt nervových a dalších nemocí. Spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších 15 let by měla být nulová dle Zdraví 21, cíl 12 (Státní zdravotní ústav, nedat.).

Graf. č. 1. Spotřeba alkoholických nápojů v ČR (Český statistický úřad, nedat.)

**Spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v České republice (v litrech)**



## 1.1. Psychologická diagnostika závislosti na alkoholu

Nejcennější diagnostickou metodou k rozpoznání závislosti na alkoholu je pozorování a rozhovor. Patří mezi klinické metody, které tvoří nedílnou součást každé psychologické testové baterie.

Při **diagnostickém rozhovoru** zjišťujeme, zda pacient užívá alkohol, drogy. Zaznamenáváme buď ojedinělá, víkendová či pravidelná užití. Cigarety, léky (projímadla, analgetika, zajímavé mohou být i některé potravinové doplňky, eventuálně jejich nadužívání). Zajímáme se o to, v jakém množství, jak často, jakým způsobem si látky aplikuje, ptáme se, zda se objevily odvykací příznaky, popř. carving (bažení). Zjišťujeme, zda se v souvislosti s užíváním návykových látek objevily společenské či zdravotní komplikace. Zajímáme se, jaká je spojitost užívání alkoholu, drog s hraním na automatech.

Při exploraci abúzu je třeba pamatovat na to, že pacienti mají často tendenci otázku užívání návykových látek zlehčovat, zpravidla udávají nižší než reálné množství, je třeba se jich po chvíli ptát na stejnou otázku a často jsou odpovědi různé, můžeme se tak dostat k dávkám, které se blíží realitě. Při dotazování na pití alkoholu je třeba se i konkrétně zeptat na pivo, protože mnoho lidí pivo nepovažuje za alkohol (Ticháčková, Praško, Látalová, Stárková, 2011).

Z testových metod se nejvíce používají dotazníky. Dotazník nejen v primární prevenci slouží ke zjišťování informací od cílové skupiny. V adiktologii se pro cílovou skupinu dospělých používají tyto nástroje: Dotazník DAST (Screeningový nástroj k určení míry zneužívání návykových látek), Dotazník MAST (Michiganský test alkoholismu), Evropský index závažnosti návykového chování (EuropASI), Screeningový dotazník CAGE, Škála závažnosti závislosti, Škála závislosti na alkoholu, Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT) atd., (Nevoralová, 2012).

Test CBQ, který zjišťuje přesvědčení o carvingu a Inventář - IDS 100, který se zaměřuje na seznam situací, při kterých osoba obvykle pije (Gregorová, 2010).

**Test Audit**, který slouží pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu, je krátký screeningový dotazník zaměřující se na včasnou detekci osob s rizikovou

konzumací alkoholu. Autory dotazníku jsou Babor, de la Fuente, Saunders, Grant a WHO (1989, in Mladá, 2011).

Hlavním cílem dotazníku je rychlé rozpoznání osob s nebezpečnou a škodlivou konzumací alkoholu, popřípadě se závislostí na alkoholu.

Dotazník obsahuje 10 položek – první tři se týkají rizikového (nebezpečného) pití alkoholu. Další tři otázky zjišťují výskyt možných příznaků závislosti a poslední čtyři se ptají na indikátory škodlivého pití alkoholu.

Výhodou je, že dotazník je konzistentní s definicemi škodlivého pití a závislosti na alkoholu dle ICD-10 (Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí). Nevýhodou je, že dotazník není standardizovaný na českou populaci.

**Screeningový dotazník CAGE** byl původně vyvinutý pro lékaře ke screeningovému zjištění problémů s alkoholem. Název dotazníku byl vytvořen z počátečních písmen anglicky dotazovaných oblastí: C (Cut) – pocit potřeby omezit pití alkoholu, A (Annoyed) – podráždění okolí z pití alkoholu, G (Guilt) – pocity viny v souvislosti s pitím alkoholu, E (Eye-opener) – pití alkoholu po ránu za účelem uklidnění nebo zbavení kocoviny.

Dotazník obsahuje 4 otázky. Administrace i vyhodnocení dotazníku trvá cca 1 minutu. Autorem dotazníku je Ewing (1984, in Šťastná, 2010).

**Škála závislosti na alkoholu (Alcohol Dependence Scale, ADS)** – tento dotazník byl vyvinut počátkem 80. let Skinnerem a jeho spolupracovníky Hornem, Wanbergem, Fosterem (1982, in Jurystová, 2011) s cílem rychlého vyhodnocení závažnosti na alkoholu (dle diagnostických kritérií DSM-IV). Dotazník obsahuje 25 položek mapujících spektrum alkoholového odvykacího syndromu, narušenou kontrolu nad pitím, uvědomování si nutkání pít, zvýšenou toleranci alkoholu a chování zaměřené na vyhledávání příležitostí napít se.

Výhodou je, že dotazník má testovanou reliabilitu a validitu. Nevýhodou dotazníku je, že není standardizován na českou populaci.

## **2. Provázanost problematiky závislosti na alkoholu a úzkostných, depresivních syndromů a osobnostních charakteristik/ poruch osobnosti**

Depresivní a úzkostné syndromy jsou významnou součástí psychopatologických komplikací u závislých. Depresivní stavy i deprese se sebevraždnými myšlenkami i pokusy pravidelně doprovází závislostní kariéru. V léčbě depresivní symptomy ustupují, zmírňují se tím, že pacient řeší své problémy. Depresivní symptomatika v léčebném procesu často signalizuje kontakt s dosud potlačovanými tématy či osobnostní, vztahové a motivační krize (Kalina, Adameček, Broža, Čablová, Čtrnáctá, Dvořáček, ...Zima, 2015).

Negativní pocity (např. hněv, smutek, osamělost, pocity viny, úzkost atd.) jsou spouštěči, aby se jedinec napil. Často jej doprovází nepříjemný stav tzv. carving (bažení). Tato silná touha, nutkání užít látku je nejvýraznější v situacích, kde je předmět dostupný (bažení jako podmíněný podnět). Nejsilnější je také v začátcích abstinence. Negativní duševní stavy zvyšují intenzitu bažení (Gregorová, 2010).

Papežová (2014) také uvádí, že léčebně nejsložitější komorbiditou bývá závislost na návykových látkách anebo alkoholu u úzkostných poruch. Také komorbidita s depresí je obtížná pro demotivaci pacienta k dalším krokům v léčbě. Komorbidita s poruchou osobnosti může znamenat obtíže a někdy i rezistenci v léčbě.

Nejčastější komorbidní poruchou osobnosti je závislost na psychoaktivních látkách, a to zejména u dissociální a emočně nestabilní poruše osobnosti – hraničního a impulzivního typu (Praško, 2009).

V této souvislosti se můžeme setkat s pojmem duální diagnózy, které jsou v psychiatrické i adiktologické literatuře používány pro souběh poruch z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. V zásadě jde o specifický typ psychiatrické komorbidity, kde se vyskytují dvě a více psychických poruch u jednoho pacienta.

Současně se vyskytující porucha obecně odkazuje na duševní onemocnění a poruchy zneužívání látek, které se vyskytují současně, původně však tento výraz zahrnoval i fyzické postižení. Výraz současně se vyskytující poruchy je dnes častější než duální

poruchy, neboť „duální“ znamená dvojí a je omezující. Výraz současně se vyskytující poruchy se může použít v souvislosti s pacienty s jednou či vícero duševními nemocemi ve spojení s jednou či vícero závislostmi (Fox, Drake, Mueser, Brunette, Becker, McGovern, ... Acquilano, 2011).

Dle Národní instituce pro drogovou závislost (nedat.) znamená komorbidita nebo duální diagnóza souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince. V tomto případě musí porucha z užívání psychoaktivních látek, a zejména závislost, být také definovaná jako duševní porucha, ale neplatí, pokud jde o sociální problém či morální selhání.

Dle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (nedat.) je kombinovaná závislost chápána jako závislost na několika návykových látkách, nejčastěji jde o užívání alkoholu spojené s užíváním nealkoholových psychoaktivních látek zejména v České republice nerozšířenější marihuana (ženy 11, 1 %) x (muži 27, 9 %) a amfetaminy (70 %).

Komorbidita tedy znamená přítomnost jednoho nebo více poruch vyskytujících se současně se základním onemocněním či poruchou. Můžeme se také setkat i s názvy polymorbidita či multimorbidita:

1. Zahrnuje lidi s již preexistující psychickou poruchou, bez ohledu na to, zda porucha byla diagnostikována nebo nebyla. V obou těchto případech mohou duševní obtíže vést k rozvoji užívání, pokud návyková látka přináší i krátkodobou úlevu. Pacienti se takto sami léčí a tak se pomalu a plíživě rozvíjí závislost.
2. Zahrnuje lidi, kteří dlouhodobě a intenzivně užívají návykové látky, si mohou přivodit či vyprovokovat duševní poruchu. Porucha se tak může rozvinout s abúzem jako jeho následek nebo již vlivem poškození neurotoxickou zneužívanou látkou.
3. Zahrnuje lidi se závislostí a psychickou nemocí na jedné základní příčině, např. poruchy osobnosti, stresové poruchy vzniklé traumatizací v dětství (Fox, Drake, Mueser, Brunette, Becker, McGovern, ... Acquilano, 2011).

## **2.1. Úzkostné a depresivní syndromy u závislosti na alkoholu**

Výzkumný tým Johannessen, Andersson, Bjørngaard, Pape (2017) se zaměřili na příznaky deprese a úzkosti ve vztahu k užívání alkoholu u adolescentů na střední škole v Norsku. Zkoumali souvislosti mezi příznaky úzkosti a deprese, chování dospívajících v užívání alkoholu a jaké jsou v tomto směru genderové rozdíly. Výzkumný vzorek byl obsáhlý, skládal se z 6 238 adolescentů ve věku 16 - 18 let. Zjistilo se, že vyšší výskyt příznaků deprese byl spojen s časným nástupem užívání alkoholu, častější spotřebě a intoxikaci. Spojení mezi úzkostnými a depresivními příznaky a časným užíváním alkoholu byl významnější pro dívky než chlapce. Příznaky úzkosti byly významně vyšší ve spojení spotřeby alkoholu u dívek. Závěr výzkumu potvrzuje, že nezdravé vzorce pití mají vliv na depresivní a úzkostnou symptomatiku výrazněji u dívek oproti chlapcům. Preventivní strategie na všech úrovních by mohly profitovat ze společného přístupu k duševnímu zdraví a užívání alkoholu, zejména pro dívky v dospívání.

## **2.2. Osobnostní charakteristiky/ poruchy osobnosti u závislosti na alkoholu**

Mnoho zahraničních výzkumů zaměřených na komorbiditu, např. poruch osobnosti ve spojení s užíváním alkoholu jsou nejčastěji respondenti vybíráni z registru NESARC. Registr NESARC je zaměřen na psychiatrické epidemiologické průzkumy, který shromažďuje podrobná měření užívání alkoholu a drog a souvisejících problémů, byl zdrojem dat pro více než 850 publikací (Nesarc, nedat.)

Výzkumná studie autorů Hasin, Fenton, Skodol, Krueger, Keyes, Geier, ... Grant (2012) byla zaměřená na poruchy osobnosti a poruchy užívání návykových látek (SUD). Údaje o respondentech výzkumu byly získány z již zmíněného registru NESARC, kteří měli závislost na alkoholu (N = 1 172), poruchu užívání konopí (N = 454) nebo závislost na nikotinu (N = 4 017). Výsledkem studie bylo zjištěno trvalé užívání návykových látek u 30, 1 % respondentů se závislostí na alkoholu, 30, 8 % s poruchou užívání konopí a 56, 6 % se závislostí na nikotinu. Antisociální porucha osobnosti byla významně spojena s přetrvávajícími poruchami užívání alkoholu, konopí a nikotinu, stejně jako hraniční porucha osobnosti a schizotypální porucha osobnosti. Narcistické, schizoidní a obsedantně kompulzivní poruchy osobnosti byly méně spojeny s vytrvalostí SUD.



Výzkum (Cresswell, Bachrach, Wright, Pinto, Ansell, 2016) potvrzuje vysokou komorbiditu mezi poruchami osobnosti a užíváním alkoholu. Studie zkoumala, jak se s věkem a generově vytváří vazba mezi patologií osobnosti a problémy s alkoholem. Výsledkem studie byly zhoršující se škodlivé sociální a zdravotní důsledky užívání alkoholu zejména u antisociální poruchy osobnosti a hraniční poruchy osobnosti.

### **3. Nejčastější komorbidity u závislosti na alkoholu s úzkostnými a depresivními stavy a osobnostními rysy**

#### **3.1. Komorbidita závislosti na alkoholu u úzkostných stavů a úzkostných poruch**

Komorbiditu závislosti na alkoholu u úzkostných stavů a úzkostných poruch dokumentoval výzkum autorů Alegria, Hasin, Nunes, Shang-Min Liu, Davies, Grant, Blanco (2010), který popsal významnou souvislost mezi generalizovanou úzkostnou poruchou (GAD) a poruchou užívání návykových látek (SUD). Komorbidita GAD a SUD (GAD-SUD) představuje v klinické oblasti rizika, protože symptomy pacientů jsou často závažnější a často se prodlužují, což činí jejich léčbu složitější ve srovnání s jedinci pouze s GAD. Účelem této studie bylo zjistit, zda se jedinci s GAD-SUD významně liší od jedinců s GAD a bez SUD komorbidity (GAD-NSUD) z hlediska demografických charakteristik, rizikových faktorů, psychiatrické komorbidity. Zjistili, že celoživotní míra prevalence GAD-SUD je asi 2,04 %, zatímco u GAD-NSUD je 2,10 %. Výsledkem bylo, že jedinci s GAD-SUD vykazovali vyšší míru psychiatrické komorbidity než pacienti s GAD-NSUD.

Výzkumná studie (Falk, Hsiao-ve, Hilton, 2008), se zaměřuje na škodlivé užívání alkoholu v souvislosti s poruchami nálady a úzkosti (např. GAD, panika, panika s agorafobií, deprese a dystymie). Období mezi prvotním a dalším rozvojem poruch nálady a úzkosti se obecně pohybovalo v rozmezí 7 – 16 let. Výsledkem bylo, že komorbidní jedinci, kdy jejich závislost na alkoholu se objevila pouze v souvislosti s panickou poruchou s agorafobií a GAD a vykazovali zvýšené riziko pro přetrvávající příznaky závislosti na alkoholu. U ostatních poruch nálady a úzkosti jde o škodlivé užívání alkoholu, nikoli o závislost na alkoholu.

Výzkum autorů (Schneier, Foose, Hasin, Heimberg, Shang-Min Lju, Grant, Blanco, 2010) se zaměřoval na komorbiditu sociální úzkostné poruchy (SAD) a poruchy užívání alkoholu (AUD - zneužívání alkoholu a závislosti na alkoholu) na celostátně

reprezentativním vzorku dospělých ve Spojených státech. Vybranými diagnózami byly poruchy nálady, úzkosti, poruch užívání alkoholu a drog a poruch osobnosti. Výsledkem studie byla komorbidita AUD a SAD v obecné populaci 2, 4 %. SAD byly spojeny s významně zvýšeným výskytem závislosti na alkoholu (OR = 2, 8) a zneužíváním alkoholu (OR = 1, 2). U respondentů se závislostí na alkoholu byl SAD spojen s podstatně více poruchami nálady, úzkosti, psychózami a poruchami osobnosti. Mezi respondenty se SAD byly závislost na alkoholu a zneužívání alkoholu nejsilněji spojeny s více poruchami užívání návykových látek, patologickým hráčstvím a antisociálními poruchami osobnosti. SAD byla přítomná před závislostí na alkoholu v 79, 7 % případů komorbidního onemocnění. Komorbidní SAD byl spojen se zvýšenou závažností závislosti na alkoholu a zneužíváním alkoholu.

Průřezová studie se zaměřovala na vliv citlivosti k úzkosti a tolerance ke stresu na problémy s alkoholem (Allan, Albanese, Norr, Zvolensky, 2015). Autoři studie zjišťovali vztah mezi citlivostí k úzkosti (anxiety sensitivity) a problémy s alkoholem u 523 respondentů závislých na nikotinu. Výsledky potvrdily, že problémy s alkoholem nesouvisí přímo s citlivostí k úzkosti, která se projevuje příznaky generalizované úzkosti nebo deprese. Jedinci, kteří prokazují zvýšené příznaky úzkosti nebo deprese pak mají tendence k abusu alkoholu a to buď proto, že tím snižují nepříjemné příznaky, nebo proto, že tím zvyšují příjemné prožitky ve společnosti s druhými lidmi. Citlivost k úzkosti je pak zpětně posilována samotným abusem alkoholu.

Autoři výzkumu Vesga-López, Schneier, Wang, Heimberg, Shan-Min Liu, Hasin, Blanco (2016) zjišťovali generové rozdíly u generalizované úzkostné poruchy (GAP). Data byla shromážděna v registru NESARC (2001-2002), jednalo se o velký průřezový průzkum reprezentativního vzorku (N = 43 093) populace v USA. Výsledky poukazují, že muži s GAP měli významně vyšší míru komorbidit s poruchami užíváním alkoholu a drog, závislosti na nikotinu a antisociální poruchou osobnosti. Ženy s GAP vykazovaly významně vyšší míru komorbidit s poruchami nálady a úzkostnými poruchami.

Ve výzkumné studii autorů Kamarádová, Praško, Látalová (2015) bylo zjištěno, že hlavním zdravotním rizikem agorafobie je rozvoj depresivních epizod a závislosti na návykových látkách, což obojí výrazně zvyšuje riziko suicidia. Také v pořadí další nejzávažnější komorbiditou je sociální fobie, která zvyšuje riziko suicidality, je závislost na alkoholu či marihuaně. Často i s posttraumatickou stresovou poruchou se pojí i

všeobecná úzkostnost nebo depresivní nálady, či komplikace zneužívání alkoholu nebo jiných návykových látek nebo závislost na nich.

Výzkum (Hasin, Grant, 2015) se zabýval problematikou užívání alkoholu, posttraumatickou stresovou poruchou a deprese. Některé závěry potvrdily vyšší riziko pro užívání návykových látek a osobnosti u mladších respondentů, ale ne však u depresivní nebo úzkostné poruchy.

Panickou poruchu mohou doprovázet další úzkostné poruchy a deprese, ale i druhotně se může rozvinout závislost na alkoholu nebo drogách, pokud postižený podstupuje „sebeléčbu“ (Praško, 2005).

### **3.2 Komorbidita závislosti na alkoholu u depresivních stavů a depresivních poruch**

Deprese a úzkost bývají provázány psychomotorickým útlumem nebo neklidem. Neklid je častější u těch forem depresí, kde je výraznější složka úzkosti. U mladých pacientů a nemocných středního věku převažuje prostá deprese, s věkem přibývá úzkost. Někdy mají nemocní tendenci úzkost lokalizovat do tělesných orgánů a systémů. Preferovanými oblastmi jsou neklidné nohy a ramena (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Obsah myšlení u některých depresivních pacientů je zaměřen na určitou významnou ztrátu. Pacient je přesvědčen, že ztratil něco, co je nezbytné pro jeho štěstí nebo pohodu, předpokládá negativní výsledek jakéhokoli svého úsilí a je o sobě přesvědčen, že je neschopný, nemá žádné kvality, potřebné k dosažení důležitých cílů. Obsahy automatických negativních myšlenek lze popsat v kognitivní triádě: negativní sebepojetí, negativní interpretace životních zážitků a beznadějný pohled na budoucnost (Beck, 2005).

Lidé si často pomáhají alkoholem, aby utlumili svůj neklid. Zneužívání a závislost na alkoholu a jiných návykových látkách představuje nejčastější komorbiditu u pacientů

s bipolární afektivní poruchou. (Praško, Možný, Šlepecký, Espa-Červená, Horáček, Houbová,... Zbytovský, 2007).

Výzkumná studie (Blanco, Vesga-López, Stewart, Shang-Min Liu, Grant, Hasin, 2012) se zaměřila na komorbiditu závislosti na alkoholu s depresivní poruchou. Data byla získána z registru NESARC, v období 2001–2002, z rozsáhlého průřezového průzkumu reprezentativního vzorku (N = 43 093) americké populace, který hodnotil psychiatrické poruchy pomocí rozhovoru o užívání alkoholu a poruch spojených s užíváním alkoholu. Výsledkem byla přítomnost vystupňovaných až atypických příznaků během depresivní epizody a byla spojena s vyšší mírou celoživotní psychiatrické komorbidity, včetně zneužívání alkoholu, drogové závislosti, dystymie, sociální úzkostné poruchy, specifické fobie a některých poruchy osobnosti.

Výzkum autorů Edwards, Heron, Dick, Hickman, Lewis, Macleod (2014) popsali kohortovou populační studii, která hodnotila vliv abusu alkoholu v adolescenci na pozdější vznik deprese. Pacienty zkoumali, co se týče abusu alkoholu ve věku 13 - 15 let a následně potom v 17 letech a 10 měsících a zkoumali, jakou mírou depresivních příznaků trpí. U chlapců se ukázala souvislost mezi závažností abusu alkoholu v prvním hodnocení a závažností deprese v druhém hodnocení, nikoliv však souvislost mezi pitím alkoholu a úzkostí. U dívek souvisel abusus alkoholu mezi 13 - 15 rokem, jak s depresí tak alkoholem.

Autoři Karpyak, Biernacka, Geske, Abulseoud, Brunner, Chauhan, ...Mrazek (2016) se ve svém výzkumu zaměřovali na depresivní a úzkostné poruchy v souvislosti se závislostí na alkoholu. Zaměřovali se na škodlivé užívání alkoholu v negativních emočních stavech, zejména při cravingu. Tento výzkum byl zaměřen genderově, účastnilo se jej celkem 287 mužů a 156 žen ve věku 18 - 80 let závislých na alkoholu. Závěr výzkumu poukazuje na vyšší nárůst „komorbidní“ deprese a úzkostných poruch, stejně jako škodlivé užívání alkoholu v negativních emočních stavech, zejména při cravingu a tím častěji dochází k relapsu u žen ve srovnání s muži.

Ve výzkumu (Lubman, Cheetham, Jorm, Berridge, Wilson, Blee, ...Proimos, 2017) se zaměřovali na to, zda jsou adolescenti vůči svým vrstevníkům schopni rozpoznat příznaky deprese a zneužívání alkoholu, jaké mohou být překážky při hledání pomoci a jak zvládnou povzbudit svého vrstevníka, který pomoc potřebuje. Výzkumu se zúčastnilo 2 456 respondentů. Výsledkem studie bylo zjištění, že zdravotníci byli hlavním zdrojem pomoci při depresivních příznacích. Při problémech s alkoholem a drogami byli hlavním

zdrojem pomoci přátel, potom následovali zdravotníci a rodiče. Závěry výzkumu dále ukázaly, že vrstevníci vykazují větší ochotu přivádět k formálním zdrojům pomoci a jsou schopni zachytit příznaky počínající depresivní poruchy.

Výzkum autorů Thapa, Selya, Jonk (2017) byl zaměřen na rodiče, kteří jsou závislí na alkoholu a jejich děti. Reprezentativní vzorek tvořil 36 057 dospělých. Výsledek výzkumu potvrdil, že alkoholismus rodičů je spojen s vyšším rizikem depresivní poruchy a tím je do budoucna i zvýšené riziko celoživotní deprese u jejich dětí.

Ve starším výzkumu autorů Kubička a Csémy (1997) zjišťovali, jaké jsou psychosociální stresory, které mají statisticky významný vztah k úzkosti a depresi a úzu psychoaktivních látek u žen středního věku. Chronické psychosociální stresory, zátěžové události, jakož i úzus anxiolytik, analgetik, alkoholu a tabáku byly u longitudinálně sledovaného souboru opakovaně zjišťovány strukturovaným rozhovorem a dotazníkovými metodami pro měření úzkosti a depresivní nálady. Reprezentativní vzorek byl 497 pražských žen ve věku 30-59 let. Výsledky ukázaly, že jak úzkost, tak depresivní náladu lépe vysvětlují chronické stresory než specifické události, přičemž depresivní náladu chronické stresory vysvětlují lépe než úzkost. Depresivní nálada u žen nejčastěji souvisela s jejich partnerskými problémy, úzkost s problémy, jež ženy mají se svými dětmi. Úzkost je u žen rizikovým faktorem úzu anxiolytik, analgetik a alkoholu. Depresivní nálada úzus těchto látek nevysvětluje.

### **3.3. Komorbidita u závislosti na alkoholu u osobnostních charakteristik a poruch osobnosti**

Výzkumný tým (Alegria, Petry, Shang-Min Liu, Blanco, Skodol, Grant, Hasin, 2013) se zaměřovali na genderové rozdíly u dospělých v souvislosti s celoživotní psychiatrickou komorbiditou se zaměřením na antisociální poruchu osobnosti (ASPD). Data byla získána z registru NESARC, vzorek zahrnoval 819 mužů a 407 žen s DSM-IV diagnózou ASPD. Výsledky výzkumu zjistily, že ve srovnání s muži, ženy s ASPD uváděly častější emoční zanedbávání v dětství, sexuální zneužívání a užívání návykových látek jejich rodiči. Dále bylo zjištěno, že ačkoliv ženy s ASPD představují méně násilné

antisociální chování, vykazují naopak vyšší míru viktimizace, větší poškození a nižší míru sociální podpory.

Výzkum autorů Brook, Jung Yeon Lee, Rubenstone, Brook, Finch (2014) zkoumali komorbiditu závislosti na nikotinu, alkoholu a marihuany u asociální poruchy osobnosti a generalizované úzkostné poruchy. Vzorek zahrnoval 816 respondentů. Jednalo se o longitudinálně sledovaný soubor, kde opakovaně probíhalo psychosociální šetření ve věku 19, 24, 29 a 32 let. Výsledkem výzkumu bylo zjištění, že kombinace těchto 3 závislostí úzce souvisí se zmíněnými poruchami, tudíž by měly být vytvořeny takové léčebné programy, které se budou zabývat těmito kombinacemi závislostního chování.

Výzkum (Hasin, Fenton, Skodol, Krueger, Keyes, Geier, ... Grant, 2012) se zase zaměřil na vztah mezi poruchami osobnosti a závislostí na návykových látkách. Výzkum trval 3 roky. Data účastníků byla vybrána z registru NESARC, kteří měli závislost na alkoholu, nikotinu či užívali konopné látky. Cílem tedy bylo zjistit, zda některé poruchy osobnosti trvale užívají návykové látky. Výsledky prokázaly, že poruchy osobnosti mají úzkou souvislost s alkoholovou závislostí (30, 1 %), s užíváním konopí (30, 8 %) a nikotinovou závislostí (56, 6 %). Výsledkem také bylo, že trvalejší užívání návykových látek je spojeno více s antisociální poruchou osobnosti, hraniční poruchou osobnosti a schizotypální poruchou osobnosti.

Výzkumníci McCarter, Halpin, Baker, Kay-Lambkin, Lewin, Thornton, ... Kelly (2016) zkoumali vztahy mezi základními profily poruch osobnosti (trsy) a procházejícími změnami u léčených pacientů, kdy dochází ke zneužívání alkoholu a vzniku deprese. Vzorek zahrnoval 290 účastníků, kteří se podrobili strukturovanému rozhovoru pro poruchy osobnosti (dotazník IPDEQ). Z výsledků vyplynulo, že je důležité se v průběhu léčby věnovat konkrétním skupinám poruch osobnosti (dle trsů) a současně i léčbě nadužívání alkoholu a probíhající depresivní epizodě.

Výzkumný tým Roncero, deMiguel, Fumero, Abad, Martin, Bethencourt, ... Daigre (2018) se zaměřil na vztah mezi úzkostí a depresivitou u pacientů závislých na návykových látkách s přidruženou poruchou osobnosti z trsu C. Hlavním cílem studie je nalézt důkazy pro vyšší výskyt úzkosti a prevalence deprese u pacientů s poruchou osobnosti trsu C, rozdílů mezi trsy A a B a pacienty bez diagnostikované poruchy osobnosti. Studii zahrnovalo 822 respondentů závislých na drogách ve věku 18 - 78 let. Pro výzkum byly použity psychodiagnostické metody: Klinický rozhovor pro zjišťování poruchy osobnosti,

Beckův depresivní inventář a inventář úzkostných stavů. Výsledky výzkumu potvrdily, že pacienti s poruchou osobnosti v trsu C mají zaznamenanou vysokou míru úzkosti, dále že pacienti s poruchou osobnosti trsu C vykazují vyšší množství konzumace alkoholu, zneužívání stimulantů a tlumivých látek. Obecně zjištěno, že u všech poruch osobnosti existuje vztah mezi úzkostí a depresí.

Ve výzkumu (Samková, Dolejš, 2014) se zaměřili na zkoumání smyslu života, životní spokojenosti, osobnostních a existenciálních faktorů a vývoje smyslu života v průběhu léčby. Cílem výzkumu bylo zjištění míry prožívání smysluplnosti u mužů léčících se ze závislosti v Psychiatrické léčebně v Bohnicích. Vzorek zahrnoval 21 respondentů ve věkovém průměru 40, 9. Pacienti vyplňovali tyto psychodiagnostické testy: Logo-test, Dotazník životní spokojenosti (DŽS), NEO pěti-faktorový osobnostní inventář a Existenciální škála (ESK). Výsledky z použitých testových baterií ukázaly, že se celkový soubor liší od populačních norem ve všech škálách testové baterie, kromě škál otevřenosti vůči zkušenosti, svědomitosti a sexu. U většiny respondentů závislých pouze na alkoholu vypovídají výsledky z Logo-testu o střední úrovni naplnění smyslu a průměrné duševní stabilitě bez přítomnosti ohrožení. Výsledky z dotazníku smyslu života poukazují na významnost rodiny jako smyslu života. V průběhu léčby se smysl života u respondentů ještě více zaměřil na zlepšení rodinných vztahů a na abstinenci. Výsledky také poukazují na to, že léčba může napomáhat k přehodnocení smyslu života.

Výzkum Smolenová, Heretik a Hajduk (2016) se zaměřoval na analýzu rozdílů v temperamentu charakteru závislých a kontrolní skupině s pomocí sedmifaktorového osobnostního dotazníku (TCI-R), Škále alkoholové závislosti (ADS) a anamnestických dat. Výzkumný soubor tvořilo 30 pacientů aktuálně podstupující léčbu závislosti na alkoholu na Klinice drogových závislostí Psychiatrické nemocnice Philippa Pinela. Výsledky výzkumu poukazovaly, že závislí na alkoholu dosahovali statisticky významně nižší skóre v charakterové dimenzi sebeřízení a vyšší skóre v dimenzích vyhledávání nového, vyhýbání se poškození a sebepřesahu. Skóre ve Škále alkoholové závislosti pozitivně korelovalo s vyhledáváním nového a sebepřesahem.



# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4. Cíle výzkumu

Cílem studie je zmapovat závažnost závislosti na alkoholu na psychice člověka. Zaměřujeme se zejména na psychologické, emočně-osobnostní aspekty samotných pacientů se závislosti na alkoholu, konkrétně na míru úzkostného a depresivního prožívání a popis osobnostních charakteristik/poruch u tří skupin hospitalizovaných pacientů závislých na alkoholu:

1. skupina pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé (1 pobyt v PNKM)
2. skupina pacientů, kteří byli hospitalizováni opakovaně (2-5 pobytů v PNKM)
3. skupina pacientů s chronickou závislostí na alkoholu (nad 5 pobytů v PNKM)

### Cíle výzkumu

1. Popsat a porovnat výběrový soubor hospitalizovaných pacientů dle rozdělení do skupin pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu. Dále popsát a porovnat jednotlivé skupiny z hlediska sociodemografických a klinických problémů vztahujících se k závislostnímu chování.
2. Popsat a porovnat míru úzkostného prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu, na začátku a na konci léčby.
3. Popsat a porovnat míru depresivního prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu, na začátku a na konci léčby.
4. Popsat osobnostní profil/poruchy osobnosti výzkumného vzorku dle standardizovaného inventáře PSSI u všech skupin pacientů závislých na alkoholu.

## 5. Výzkumné otázky a stanovené hypotézy

K cíli 1 nejsou vytvořeny hypotézy, jde o popis souboru a jednotlivých skupin.

K cíli 2 *Popsat a porovnat míru úzkostného prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu a na začátku a na konci léčby.*

H1: Existuje významný rozdíl v závažnosti úzkostného prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu.

H2: Existuje významný rozdíl v úzkostném prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu na začátku a na konci léčby.

H3: Existuje specifická interakce v úzkostném prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu tak i na začátku a na konci léčby.

K cíli 3. *Popsat a porovnat míru depresivního prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu a na začátku a na konci léčby.*

H4: Existuje významný rozdíl v závažnosti depresivního prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu.

H5: Existuje významný rozdíl v depresivním prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu na začátku a na konci léčby.

H6: Existuje specifická interakce v depresivním prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu tak i na začátku a na konci léčby.

K cíli 4. *Popsat osobnostní profil/poruchy osobnosti výzkumného vzorku dle standardizovaného inventáře PSSI u všech skupin pacientů závislých na alkoholu.*

Výzkumná otázka č. 1. Očekáváme, že bude významný rozdíl v profilu dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

H7: Škála depresivity dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

H8: Škála disociálního chování dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

H9: Škála impulzivity dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

Výzkumná otázka č. 2. Očekáváme, že bude významný rozdíl v profilu dotazníku PSSI vůči normě.

H10: Průměr všech léčených na škále depresivita je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu.

H11: Průměr všech léčených na škále disociální chování je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu.

H12: Průměr všech léčených na škále impulzivity je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu.

## 6. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří respondenti Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, kde je zajištěn specializovaný program pro léčbu závislostí na alkoholu. Jedná se o pacienty, kteří byli hospitalizováni z důvodu diagnózy závislosti na alkoholu. Celkový soubor čítá 112 respondentů. Výzkumný soubor tvoří muži i ženy, ve větší míře soubor zastoupen muži (muži = 86 a ženy = 26).

Pro výzkumné účely byl soubor rozdělen do tří skupin hospitalizovaných pacientů:

1. skupina pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé (1 pobyt v PNKM)
2. skupina pacientů, kteří byli hospitalizováni opakovaně (2 - 5 pobytů v PNKM)
3. skupina pacientů s chronickou závislostí na alkoholu (nad 5 pobytů v PNKM)

Frekvence zastoupení respondentů výzkumné studie dle věkových kategorií. Průměrný věk celého souboru je 46, 8 roků. Nejnižší věk respondenta je 18 let, nejvyšší věk respondenta je 72 let. Největší zastoupení mají pacienti ve věku nad 50 let a mezi 36-49 lety.

Průměrný věk u 1. skupiny pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, je 41, 0. Průměrný věk u 2. skupiny pacientů, kteří byli hospitalizováni opakovaně, je 43, 9. Průměrný věk u 3. skupiny pacientů s chronickou závislostí na alkoholu je 44, 4.

Problematika závislosti na alkoholu v populaci se tedy pravděpodobně dotýká všech věkových kategorií, jak již dále z přehledu výzkumné studie vyplývá.

## 7. Design výzkumu

Jednalo se o porovnání závažnosti závislosti, deprese, úzkostnosti a hodnocení osobnostních rysů u tří skupin hospitalizovaných pacientů:

1. skupina pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé (1 pobyt v PNKM)
2. skupina pacientů, kteří byli hospitalizováni opakovaně (2 - 5 pobytů v PNKM)
3. skupina pacientů s chronickou závislostí na alkoholu (nad 5 pobytů v PNKM)

Pacienti po přijetí na oddělení dostávali k vyplnění informovaný souhlas, dotazníkové metody – Dotazník alkoholových zvyklostí, osobnostní dotazník PSSI, Beckovu škálu úzkosti a Beckovu škálu depresivity.

Na konci léčby, která obvykle trvala 3 měsíce, byly pacientům předloženy k vyplnění dotazníkové metody – Beckova škála úzkosti a Beckova škála depresivity.

Skupiny jsou mezi sebou porovnávány na počátku léčby, aby se zjistily případné rozdíly průřezově. Další porovnání je prospektivní. Jde o porovnání velikosti změny skóre v dotaznících po skončení léčby mezi jednotlivými skupinami.

## **8. Metody získávání dat**

Data byla získávána ze zdravotnické dokumentace, zejména základní diagnóza a sociodemografické údaje. Poté byla data získávána z dotazníkových metod - Dotazník alkoholových zvyklostí, osobnostní dotazník PSSI, Beckova škála úzkosti a Beckova škála depresivity.

### **8.1. Popis dotazníkových metod**

#### **1. Dotazník alkoholových zvyklostí**

Dotazník sloužil k popisu celého výběrového souboru a také jsme analyzovali vztah mezi jednotlivými charakteristikami a závažnosti úzkosti, deprese či osobnostními rysy.

Vytvořili jsme okruh otázek s nabízenými možnostmi odpovědi či sami respondenti do kolonky odpovídali, vypisovali své odpovědi.

Administrace dotazníku není náročná a trvá cca 20 minut.

Dotazník se zaměřoval na několik oblastí:

1. Konzumace alkoholu: Zajímalo nás, zda konzumovali v nadměrném množství alkohol rodiče, příbuzní, v kolika letech byl první kontakt s alkoholem, jaký druh alkoholu, množství, četnost. Zajímaly nás psychické a fyzické potíže spojené s nadužíváním alkoholu. Jaký druh léčby podstoupili. Věnovali jsme se i kombinací s jiným závislostním chováním (kouření, drogy, patologické hráčství).
2. Oblast financí: Zajímali jsme se, jaký mají stálý měsíční příjem, kolik utratí za alkohol, zda někomu dluží peníze, zda mají peníze na bydlení nebo se z nich stali bezdomovci.
3. Pracovní uplatnění: Jaké mají nevyšší dosažené vzdělání, zda mají práci nebo jsou nezaměstnaní a jak dlouho, zda pili alkohol v zaměstnání, zda byl alkohol důvodem ukončení zaměstnání.

4. Vztahová oblast: V této oblasti nás zajímal jejich stav, zda mají děti, pokud byli rozvedeni, zda platí výživné, jak často je viděli děti, partner či rodiče opilé, jaké jsou vztahy s dětmi, partnerem či rodiči, jaké jsou nejčastější konflikty s partnerem a zda jim rodina, okolí věří, že zvládnou problémy s alkoholem.

5. Agresivita: Jak se projevují v opilosti, zda jsou výbušní, hádají, zda vyvolávají konflikty, zda v opilosti napadli partnera, zda vztáhli nepřiměřeně ruku na své dítě, zda způsobili v podnapilosti někomu nějaký úraz.

6. Právní oblast: Zda řídili motorové vozidlo v podnapilosti, zda jim byl odebrán řidičský průkaz, zda způsobili pod vlivem alkoholu dopravní nehodu, zda byli odsouzeni k trestu odnětí svobody nebo měli podmíněný trest zaviněný alkoholem.

## 2. Osobnostní dotazník PSSI

Druhou metodou, která byla zařazena do testové baterie, v klinické praxi běžně využívaná, je metoda PSSI – **Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti** (Kuhl&Kazén, 2002). Tento sebeposuzovací inventář kvantifikuje relativní vyhraněnost osobnostních stylů až do poruch osobnosti. Metoda PSSI se opírá o předpoklad, že ke každé z klinických kategorií poruch existuje analogický osobnostní styl. Příslušná porucha skýtá zajímavou heuristickou výchozí základnu pro měření každého stylu: pomáhá identifikovat „jádro konstruktů“ odpovídající nepatologické osobnostní dimenzi. Tato výchozí základna pro konstrukci PSSI se opírá o předpoklad, že patologické vystupňování dává zvláště zřetelně vyniknout podstatným určujícím rysům určitého osobnostního stylu.

Dotazník má 140 položek (výpovědí), které se vztahují k 14 škálám. Respondent má posoudit, nakolik uvedená výpověď souhlasí, jak ho vystihuje nebo nakolik vyjadřuje jeho názor. Respondent odpovídá na Likertově škále 0-3. Administrace trvá 20 minut. K interpretaci profilů PSSI je nutné přihlížet s určitou opatrností, dávat do souvislosti se získanými anamnestickými daty. Extrémně vysoké hodnoty na určité škále (např. T-skór >70) zvyšují určité podezření na poruchu osobnosti, v žádném případě však nestačí pro stanovení takové diagnózy (Kuhl&Kazén, 2002).

Dotazník přeložil Švancara J. a 1. české vydání Testcentrum v Praze 2002.

Následující tabulka poskytuje přehled jednotlivých stylů, názvy odpovídajících poruch a u každé z nich jednu typickou dotazníkovou položku, zkratku a rozdělení dle DSM.

Tab. č. 1. Seznam individuálních stylů odpovídající charakteristice osobnosti a poruchy osobnosti v dotazníku PSSI (Kuhl&Kazén, 2002)

<b>Styl</b>	<b>Charakteristika osobnosti</b>	<b>Porucha</b>	<b>Ukázka položky</b>	<b>Zkratka</b>	<b>Rozdělení dle DSM</b>
Sebejistý	Bezohledný	Disociální	Když se lidé postaví proti mně, dovedu je vyřídít.	DS	Nedefinované
Nedůvěřivý	Svéhlavý	Paranoidní	Je mnoho upřímných a otevřených lidí. (opačný pól).	PN	Excentrické
Rezervovaný	Chladný	Schizoidní	Zachovám si odstup vůči druhým lidem.	SZ	Excentrické
Sebekritický	Pochybovačný	Sebenejistý	Kritika se mě dotýká více než druhých.	SN	Uzkostné
Pečlivý	Přesný/ perfekcionistický	Nutkavý	Stálost a pevné zásady určují můj život.	NT	Uzkostné
Intuitivní	Mýtický	Schizotypní	Věřím na přenos myšlenek.	ST	Excentrické
Optimistický	Příkrášlující	Rapsodický	Kamkoli přijdu, šířím dobrou náladu.	RP	Nedefinované
Ctižadostivý	Sebestředný	Narcistický	Láká mě myšlenka být slavnou osobností.	NR	Dramatizující
Kritický	Umíněný/zatrpklý	Negativistický	V životě mě často provázela smůla.	NG	Pesimistické, depressivní
Loajální	Přichylný	Zavislý	Potřebuji mnoho projevů lásky a přijetí.	ZS	Uzkostné
Impulzivní	Vrtkavý	Bordeline	Mé city se mění často náhle a impulzivně.	BL	Dramatizující



Příjemný	Předvádějící se	Histrionický	Na druhé pohlaví působím obzvláště přitažlivě.	HI	Dramatizující
Klidný	Utlumený	Depresivní	Cítím se často skleslý a slabý.	DP	Pesimistické, depresivní
Ochetný	Obětavý	Obětující se	Zabývám se více starostmi druhých než vlastními potřebami.	OB	Pesimistické, depresivní

Bylo formulováno 400 položek pro zachycení 14 dimenzí. Rozšíření na 140 položek v 9. verzi PSSI je výsledkem osmi zkoumání, každé s počtem 100 – 300 probandů. Za indikátor spolehlivosti měření byla běžně brána vnitřní konzistence jednotlivých škál. Hodnoty vesměs kolem 0,80 Cronbachova standardizovaného koeficientu alfa jsou velmi uspokojivé.

Tab. č. 2. Soupis individuálních stylů zachycených pomocí PSSI, odpovídající poruchy osobnosti, vnitřní konzistence (Cronbachova alfa) a předpokládaná celková reliabilita jednotlivých škál odhadovaná metodou půlení („split-half“), vypočteno Spearmanovým-Brownovým vzorcem (N = 712), (Kuhl&Kazén, 2002)

<b>Styl</b>	<b>Porucha</b>	<b>Zkratka</b>	<b>Cronbachovo alfa</b>	<b>Očekávaná celková reliabilita</b>
Sebejistý	Disociální	DS	0,86	0,86
Nedůvěřivý	Paranoidní	PN	0,79	0,75
Rezervovaný	Schizoidní	SZ	0,81	0,79
Sebekritický	Sebenejistý	SN	0,79	0,82
Pečlivý	Nutkavý	NT	0,84	0,81
Intuitivní	Schizotypní	ST	0,85	0,89
Optimistický	Rapsodický	RP	0,84	0,85
Ctižádnostivý	Narcistický	NR	0,76	0,77
Kritický	Negativistický	NG	0,75	0,77

Loajální	Závislý	ZS	0, 83	0, 82
Impulzivní	Bordeline	BL	0, 85	0, 87
Příjemný	Histriónský	HI	0, 84	0, 86
Klidný	Depresivní	DP	0, 81	0, 85
Ochotný	Obětující se	OB	0, 80	0, 79

### 3. Beckův inventář úzkosti

Další metodou zařazenou do testové baterie byl **Beckův inventář úzkosti (BAI)**. Autorem inventáře úzkosti je Aaron T. Beck a spolu s dalšími pracovníky Epstein, Brown, Steer (1988) inventář validizovali pro klinické využití.

Inventář rozlišuje, zda lidé prožívají úzkostné symptomy nebo jsou bez úzkosti. Celý soubor obsahuje 21 položek, každá z nich je hodnocena podle míry závažnosti na 0 - 3, kdy 0 znamená chybění příznaků, 3 jeho nejvyšší závažnost. Celkový možný skóre úzkostných příznaků může být 63 bodů. Administrace trvá obvykle 5 - 10 minut. Podle standardizace v české populaci (Kamarádová, Praško, Látalová, Panáčková, Švancara, Grambal, ...Vrbova, 2015) skóre v rozmezí 0 - 7 bodů značí minimální úzkost. 8 - 15 bodů indikuje mírnou anxiétu. 16 - 25 bodů znamená střední úzkost. 26 - 63 bodů indikuje silnou anxiétu. Dotazník byl přeložen do českého jazyka autory Praško, Možný a Šlepecký.

### 4. Beckův inventář depresivity

Metoda **Beckův inventář depresivity**, jehož autorem je Aaron T. Beck a se spolupracovníky Wardem, Mendelsonem, Mockem a Erbaughem (1961) vytvořili jeho první verzi, která obsahuje 21 položek. Tento sebeposuzovací inventář měří charakteristické postoje a příznaky deprese. Jednotlivé položky mohou nabývat hodnoty od 0 do 3 podle stupně závažnosti. Administrace trvá 5 - 10 minut. Na základě revize původního inventáře BDI, byl vytvořen novější **Beckův inventář depresivity-II (BDI-II, 2. verze)** – Inventář zahrnuje 21 příznaků deprese, u nichž jedinec vybírá jeden z nejčastěji čtyř stupňů intenzity, který pro něj nejvíce platí poslední dva týdny. Na každé položce lze

dosáhnout 0 až 3 body a maximální skóre je 63 bodů. Skóre 16 bodů by mělo vykazovat nejspokojivější senzitivitu a specifitu k záchytu depresivní poruchy.

Autoři (Ocisková, Praško, Kupka, Maráčková, Látalová, Cinculová, ...Vrbová, 2017) se zabývali psychometrickými vlastnostmi českého překladu BDI-II. a zjistili, že průměrné skóre BDI-II pacientů bylo  $30, 8 \pm 10, 3$  bodu, skóre kontrol činilo  $7, 2 \pm 6, 8$  bodu. V obou skupinách nebyly statisticky významné rozdíly v míře depresivity podle pohlaví, věku, vzdělání a partnerského statusu. V souboru kontrol skórovali výše jedinci nezaměstnaní nebo v invalidním důchodu. V těchto skupinách kontrol však byl nízký počet probandů. Nejistili statisticky významný rozdíl mezi skóry pacientů s různě závažnou depresí, ani mezi skóry pacientů s první epizodou a periodickou depresivní poruchou. Vnitřní konzistence BDI-II byla výborná (ordinální alfa = 0, 90 u pacientů a 0, 93 u kontrol), uspokojivá byla stabilita v čase hodnocená v odstupu dvou týdnů (vnitroskupinový korelační koeficient  $r = 0, 83$  u pacientů a  $0, 77$  u kontrol). Faktorová struktura byla u obou souborů rozdílná. V patientské skupině identifikovali tři faktory představující variace na somatické, kognitivní a emoční příznaky deprese. U kontrolní skupiny zjistili pouze dva faktory zahrnující emoční a kognitivní příznaky deprese.

## 8.2. Průběh získávání dat

Níže charakterizujeme program léčeb na jednotlivých psychiatrických odděleních, se kterými jsme spolupracovali. Každé oddělení má svůj terapeutickým program, který realizuje. Terapeutické programy u těchto tří skupin jsou rozmanité, ale můžeme v nich však nalézt určité podobnosti.

Všechna oslovená oddělení se do výzkumu zapojila. Při oslovování participantů jsme se dále řídili principem totálního výběru všech pacientů, kteří tam v daných obdobích byli. Museli však splňovat následující stanovená kritéria. Výzkumu se mohli účastnit muži i ženy, i když jsme předpokládali nižší zastoupení žen. Muselo se jednat o pacienty v první fázi pobytové léčby a hlavním či primárním důvodem jejich hospitalizace byla závislost na alkoholu. Oslovování probíhalo skupinově, při ranních komunitách. Po oslovení a souhlasu se zapojením do výzkumu proběhlo sepsání informovaného souhlasu. Pracovali jsme s výše popsanou baterií psychodiagnostických dotazníků a metod, jejíž administrace probíhala na individuální bázi v klientově soukromí po podrobném individuálním

vysvětlení a zadání metody. Na vyplnění celé baterie měli respondenti 5 dní. Výzkumník absolvoval opakovanou návštěvu vždy po týdnu na jednotlivých odděleních. Po vyplnění došlo ke kontrole vyplnění všech důležitých položek baterie. Tento postup (zadání metod a 5 dní na vypracování) se osvědčil zejména k zachování jak chodu terapeutického programu na jednotlivých odděleních, tak časové náročnosti vyplňování metod. Sběr dat na začátku a na konci léčby probíhal v období od 1. 6. 2017 do 1. 3. 2018.

### **8.2.1. Psychiatrická nemocnice v Kroměříži**

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži je zdravotnické zařízení se specializací na léčbu všech typů duševních onemocnění a psychických poruch. PNKM je vyhledávanou organizací s etickým přístupem, která prosazuje kvalitu ve všech oblastech své činnosti a co nejmodernější způsoby léčení v souladu s nejnovějšími odbornými poznatky a doporučeními (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, nedat.).

#### **8.2.1.1. Obecná charakteristika psychiatrických oddělení pro pacienty, kteří byli hospitalizováni poprvé a opakovaně**

Na těchto odděleních se léčí pacienti se závislostí na alkoholu, nealkoholových látkách (např. opiáty, psychostimulancia, marihuana a jiné) a zejména s kombinovanou závislostí (závislost na více psychoaktivních látkách).

Pobyt na odděleních podléhá režimovým opatřením. Denní program je strukturovaný a nabízí: Skupinovou a individuální psychoterapii, komunitní setkávání, nácvik sociálních dovedností, neurokognitivní trénink (cvičení paměti, pozornosti atd.), činnostní terapii, osvětovou činnost (aktualizované přednášky týkající se komplexní problematiky závislostí), relaxační a imaginativní psychoterapii, sportovní a volnočasové aktivity (knihovna, posilovna, stolní tenis, fotbal, hřiště atd.).

Tématy skupinové psychoterapie jsou např. analýza spouštěcího mechanismu a rozvoj tzv. bludného kruhu bažení a jak jej zvládat pomocí krizového plánu, co dělat při relapsu (recidivě), jak by měl vypadat krizový plán, práce nad pozitivními a negativními důsledky závislosti, strategické plánování a řešení problémů (osobních, vztahových, sociálně-pracovních atd.), (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, nedat.).

### **8.2.1.2. Obecná charakteristika psychiatrických oddělení pro pacienty, kteří byli hospitalizováni s chronickou závislostí na alkoholu**

Oddělení jsou otevřená a probíhá zde léčba pacientů s chronickými psychotickými poruchami (paranoidní schizofrenie, reziduální schizofrenie, schizoafektivní poruchy), dále lehké dekompenzované mentální retardace a organické poruchy. V současné době na odděleních probíhá zejména léčba pacientů s chronickou závislostí na alkoholu.

Je zaměřené na diagnostiku, léčbu, kognitivní rehabilitaci, nácvik sociálních dovedností a posílení pracovních dovedností. V rámci celonemocničních programů pacienti mohou docházet do dílen centrální činnosti terapie. Na oddělení probíhají ranní komunity, skupinové edukační programy pro pacienty chronicky závislé na alkoholu, podpůrná skupinová i individuální psychoterapie (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, nedat.).

## **8.3. Etika**

Celý výzkumný projekt měl anonymní charakter, respondenti výzkumu byli evidováni pod specifickým anonymním kódem. Čtyřmístný kód se skládal z prvního písmene křestního jména jejich matky, dnem jejich narození a prvním písmenem místa jejich narození. Respondenti byli seznámeni osobně i v informovaném souhlase se svými právy a podmínkami výzkumu při ranních komunitách. Velkou zásluhu na ochotě respondentů se do výzkumu zapojit měli psychologové, adiktologové, lékaři i středně zdravotnický personál, se kterými jsme spolupracovali. Všem za spolupráci tímto děkujeme. Zavázali jsme se k dodržování práv respondentů a k tomu, že nikdo nezneužije získaná data. Respondent i výzkumník realizující sběr dat podepsali informovaný souhlas ve dvou vyhotoveních a každá strana si jeden souhlas nechala. Informovaný souhlas je k nahlédnutí v příloze.

Informovaný souhlas nebylo možné jakkoli obcházet, výzkum byl proveden pouze s osobami, které k účasti na něm tento souhlas udělily. Účast na výzkumu byla přísně dobrovolná. Účastník výzkumu mohl kdykoliv od výzkumu odstoupit. Výzkum byl proveden v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů - zákon č. 101/2000 Sb.

(úřad o ochraně osobních údajů, 2017). Účastníci výzkumu byli před zahájením práce srozumitelně informováni o tom, kdo a za jakým účelem bude mít přístup k získaným informacím (Miovský, 2006).

## **9. Analýza a interpretace výzkumných dat**

### **9.1. Metody analýzy výzkumných dat**

Data z kvalitativního dotazníku alkoholových zvyklostí jsme zpracovali způsobem obsahové analýzy. Nakonec byly výsledky přepsány do tabulkového procesoru MS Excel, kde s nimi bylo dále pracováno pro potřeby třídění pro tento výzkum.

Data z dotazníku PSSI a inventářů byla přetransformována do počítače, kde byla následně čištěna a kontrolována, zda byly všechny položky vyplněny. Souhrnně byla data přepsána do tabulkového procesoru MS Excel, kde byla vytvořena kompletní datová matice. Poté byly výsledky zpracovány pomocí statistických metod v programu Statistica.

Jednalo se v první fázi o deskriptivní statistiky popisující rozložení výsledků jednotlivých proměnných. Byla vytvořena řada grafických znázornění. V další fázi se vzhledem ke stanoveným cílům jednalo o statistiky, pomocí kterých se testovaly stanovené hypotézy a sledovaly se rozdíly mezi skupinami výzkumného souboru pacientů se závislostí na alkoholu na začátku a na konci léčebného pobytu a také možné vztahy mezi sledovanými proměnnými. Konkrétně se jednalo o jednorozměrné testy, Anovu, Manovu a post hoc testy.

### **9.2. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 1.**

Prvním cílem bylo popsat a porovnat výběrový soubor dle vytvořených tří skupin pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu.

Dále popsat a porovnat jednotlivé skupiny z hlediska sociodemografických a jiných problémů vztahujících se k závislostnímu chování. K tomu účelu nám posloužil Dotazník alkoholových zvyklostí.

## Analýza Dotazníku alkoholových zvyklostí

Dotazník byl vytvořen z okruhu otázek s nabízenými možnostmi odpovědí či sami respondenti do kolonky odpovídali, vypisovali své odpovědi. Dotazník se zaměřoval na několik oblastí a přinesl nejen základní informace, ale poskytl i odpovědi z jejich osobního, rodinného i pracovního prostředí.

Tab. č. 3. Porovnání jednotlivých skupin v kategoriích Dotazníku alkoholových zvyklostí (1. Konzumace alkoholu)

<b>Položka</b>	<b>Pacienti hospitalizovaní poprvé v PNKM (n = 39)</b>	<b>Pacienti hospitalizovaní opakovaně (n = 38)</b>	<b>Pacienti s chronickou závislostí (n = 35)</b>
<i>Kategorie podle věku (do 35 let, 36-49 let, nad 50 let)</i>	33 %: 28 %: 39 %	11 %: 55 %: 34 %	11 %: 29 %: 60 %
<i>Rozdělení podle pohlaví: muži: ženy</i>	24: 15	28: 10	34: 1
<i>Krátkodobý kontakt s adiktologickými službami (žádný: záchytka: ambulance: antabus: krátký detox)</i>	51 %: 18 %: 15 %: 9 %: 7%	25 %: 26 %: 20 %: 14 %: 15 %	23 %: 34 %: 22 %: 13 %: 8 %
<i>Dlouhodobé kontakty s adiktologickými službami (PNKM: Opava: Bílá Voda: Jiné zařízení)</i>		68 %: 9 %: 4 %: 19 %	67 %: 4 %: 8 %: 21 %
<i>Užíval v nadměrném množství alkohol někdo z</i>			



<i>Vaší rodiny? Ano: ne</i>	67 %: 31 %	68 %: 29 %	55 %: 42 %
<i>Léčil se u Vás někdo v rodině pro problémy s alkoholem? Ano: ne</i>	27 %: 68 %	19 %: 81 %	19 %: 81 %
<i>Nejdelší abstinence?</i>	10 let	10 let	8 let
<i>Rozdělení podle preferovaného alkoholu: Pivo: Víno: Destiláty</i>	28 %: 30 %: 42 %	28 %: 21 %: 51 %	35 %: 26 %: 39 %
<i>Kombinovaná závilost (Marihuana:Pe rvitin:Léky:Haz ard)</i>	31 %: 31 %: 17 %: 10 %	27 %: 33 %: 20 %: 0 %	36 %: 29 %: 21 %: 14 %

Z tabulky vyplývá, že skupina 1 je relativně rovnoměrně rozložena, u skupiny 2 narůstá věkové rozpětí mezi 36-49 let, u skupiny 3 narůstá věk nad 50 let. Z tabulky znázornění podle pohlaví vyplývá, že zastoupení mužů ve všech skupinách převládá. Ve skupině 3 je zastoupení pouze 1 ženou. Z konzumace nízkoalkoholických nápojů převládají pití piva a vína před položkou tvrdý alkohol. Z tabulky se potvrzuje častá kombinace s jinou návykovou látkou a hazardem, největší % zastoupení má skupina 1. Na předních příčkách v celkovém výzkumném souboru je konkrétně zastoupena marihuana a pervitin.

Tab. č. 4. Porovnání jednotlivých skupin v kategoriích Dotazníku alkoholových zvyklostí  
(2. Oblast financí)

<b>Položka</b>	<b>Pacienti hospitalizování poprvé v PNKM (n = 39)</b>	<b>Pacienti hospitalizování opakovaně (n = 38)</b>	<b>Pacienti s chronickou závislostí (n = 35)</b>
<i>Kolik propijete měsíčně peněz?</i>	500 - 9000 Kč	150 - 8000 Kč	500 - 3000 Kč
<i>Stalo se, že jste zůstal/a úplně bez finančních prostředků? Nikdy: Někdy: Často: Stále</i>	59 %: 20 %: 15 %: 3 %	47 %: 42 %: 8 %: 3 %	17 %: 54 %: 26 %: 3 %
<i>Musíte si půjčovat peníze? Nikdy: Někdy: Často: Stále</i>	44 %: 36 %: 15 %: 0 %	42 %: 55 %: 0 %: 3 %	46 %: 37 %: 11 %: 3 %
<i>Stalo se, že jste neměl/a kde bydlet? Nikdy: Někdy: Často: Stále</i>	77 %: 5 %: 0 %: 3 %	68 %: 24 %: 5 %: 0 %	20 %: 40 %: 23 %: 6 %

Z tabulky vyplývá, že nejvíce propije měsíčně peněz skupina 1. Skupina 3 se setkává s tím, že častěji zůstává bez finančních prostředků. Všechny skupiny mají tendence si peníze nepůjčovat, pokud si půjčí tak nejčastěji od rodiny, přátel, minimálně od instituce.

Tab. č. 5. Porovnání jednotlivých skupin v kategoriích Dotazníku alkoholových zvyklostí  
(3. Pracovní uplatnění)

<b>Položka</b>	<b>Pacienti hospitalizováni poprvé v PNKM (n = 39)</b>	<b>Pacienti hospitalizováni opakovaně (n = 38)</b>	<b>Pacienti s chronickou závislostí (n = 35)</b>
<i>Dosažené vzdělání: ZŠ: SOU: SŠ s maturitou: VŠ</i>	10 %: 59 %: 23 %: 8 %	8 %: 47 %: 34 %: 11 %	23 %: 46 %: 20 %: 11 %
<i>Měl/a jste v práci problémy zaviněné alkoholem? Ano: ne</i>	46 %: 54 %	42 %: 50 %	37 %: 57 %
<i>Ztratil/a jste práci kvůli alkoholu? Ano: ne</i>	31 %: 69 %	29 %: 68 %	34 %: 57 %

Z tabulky vyplývá, že největší zastoupení dosaženého vzdělání v jednotlivých skupinách je vzdělání středoškolské (SOU+SŠ s maturitou). Skupiny připouští problémy v práci zaviněné alkoholem, zejména u poloviny zastoupení skupiny 1. Více jak polovina ze všech skupin nepotvrzuje ztrátu zaměstnání kvůli alkoholu.

Tab. č. 6. Porovnání jednotlivých skupin v kategoriích Dotazníku alkoholových zvyklostí (4. Vztahová oblast)

<b>Položka</b>	<b>Pacienti hospitalizováni poprvé v PNKM (n = 39)</b>	<b>Pacienti hospitalizováni opakovaně (n = 38)</b>	<b>Pacienti s chronickou závislostí (n = 35)</b>
<i>Rodinný stav (svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á, vdovec/vdova)</i>	34 %: 28 %: 33 %: 5 %	26 %: 18 %: 53 %: 3 %	28 %: 3 %: 66 %: 3 %
<i>Máte děti? Ano: ne</i>	74 %: 23 %	74 %: 24 %	60 %: 34 %
<i>Skončil Váš vztah někdy kvůli alkoholu? Ano: ne</i>	33 %: 57 %	42 %: 55 %	31 %: 52 %
<i>Věří Vám rodina, že potíže s alkoholem zvládnete? Ano: ne</i>	77 %: 15 %	53 %: 39 %	40 %: 43 %
<i>Jak často Vás vidí opilého/opilou partner? Nikdy: Někdy: Často: Stále</i>	20 %: 44 %: 8 %: 0 %	21 %: 45 %: 0 %: 8 %	28 %: 29 %: 0 %: 3 %

Z tabulky vyplývá, že nárůst rozvedených je nejvýraznější u skupiny 2 (53 %) a zejména u skupiny 3 (až 66 %). Větší polovina respondentů v jednotlivých skupinách má děti. Rodina věří, že problémy s alkoholem zvládne skupina 1, u ostatních skupin jde o klesající tendenci. Opilosti respondentů jsou jen někdy přítomní jejich partneři.

Tab. č. 7. Porovnání jednotlivých skupin v kategoriích Dotazníku alkoholových zvyklostí (5. Agresivita)

<b>Položka</b>	<b>Pacienti hospitalizování poprvé v PNKM (n = 39)</b>	<b>Pacienti hospitalizování opakovaně (n = 38)</b>	<b>Pacienti s chronickou závislostí (n = 35)</b>
<i>Jste po alkoholu výbušný/á, hádavý/á? Ano: ne</i>	49 %: 51 %	45 %: 55 %	23 %: 74 %
<i>Byl/a jste někdy napaden/a partnerem? Ano: ne</i>	31 %: 67 %	26 %: 74 %	17 %: 80%
<i>Napadl/a jste Vy někdy svého partnera? Ano: ne</i>	23 %: 74 %	13 %: 82 %	11 %: 83 %
<i>Vztáhl/a jste nepřiměřeně ruku na své dítě? Ano: ne</i>	10 %: 85 %	5 %: 90 %	0 %: 97 %
<i>Došlo k tomuto napadení vlivem alkoholu? Ano: ne</i>	13 %: 79 %	8 %: 82 %	6 %: 88 %
<i>Napadají Vás myšlenky nějak si ublížit? Na sebevraždu? Ano: ne</i>	21 %: 79 %	29 %: 68 %	31 %: 63 %

Z tabulky vyplývá, že nárůst agresivity a hádavosti není v jednotlivých skupinách zastoupen, spíše významně klesá u skupiny 3. Skupiny se zamítavě staví k napadení partnerem, napadení partnera a napadení dítěte. Myšlenky na sebevraždu většina respondentů zamítá, někteří měli zkušenost se sebevražedným pokusem nebo sebevraždu plánovali skokem pod vlak, léky, oběšením.

Tab. č. 8. Porovnání jednotlivých skupin v kategoriích Dotazníku alkoholových zvyklostí (6. Právní oblast)

<b>Položka</b>	<b>Pacienti hospitalizování poprvé v PNKM (n = 39)</b>	<b>Pacienti hospitalizování opakovaně (n = 38)</b>	<b>Pacienti s chronickou závislostí (n = 35)</b>
<i>Řídil/a jste v podnapilosti motorové vozidlo? Ano: ne</i>	31 %: 61 %	48 %: 47 %	26 %: 68 %
<i>Zavinil/a jste pod vlivem alkoholu dopravní nehodu? Ano: ne</i>	13 %: 84 %	5 %: 90 %	17 %: 77 %
<i>Byl tento trest zaviněn alkoholem? Ano: ne</i>	10 %: 90 %	26 %: 69 %	23 %: 74 %

Z tabulky vyplývá, že nárůst řízení pod vlivem alkoholu vykazuje skupina 2. Všechny skupiny odpovídají zamítavě pro řízení pod vlivem alkoholu a zavinění dopravní nehody (1/ 84 %, 2/ 90 %, 3/ 77 %).

### 9.3. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 2.

#### Cíl a hypotézy

K cíli 2. Popsat a porovnat míru úzkostného prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu, na začátku a na konci léčby.

H1: Existuje významný rozdíl v závažnosti úzkostného prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu.

H2: Existuje významný rozdíl v úzkostném prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu, na začátku a na konci léčby.

H3: Existuje specifická interakce v úzkostném prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu tak i na začátku a na konci léčby.

Pro zpracování výsledků v Beckově inventáři úzkosti (BAI) byla použita statistická metoda ANOVA jednocestná. Počet respondentů přesahuje  $N > 30$  v každé skupině, jsou normálně rozloženy, a je tak možné provést rovnou parametrickou ANOVU pro závislá měření.

Provádělo se měření při vstupu do léčby (BAI-test) a opakované měření na konci léčby (BAI-retest).

Jako první zvolíme postup, že zjišťujeme rozdíly v míře úzkosti mezi skupinami při vstupu do léčby.

Tab. č. 9. Průměrné hodnoty skupin při vstupu do léčby – BAI-test

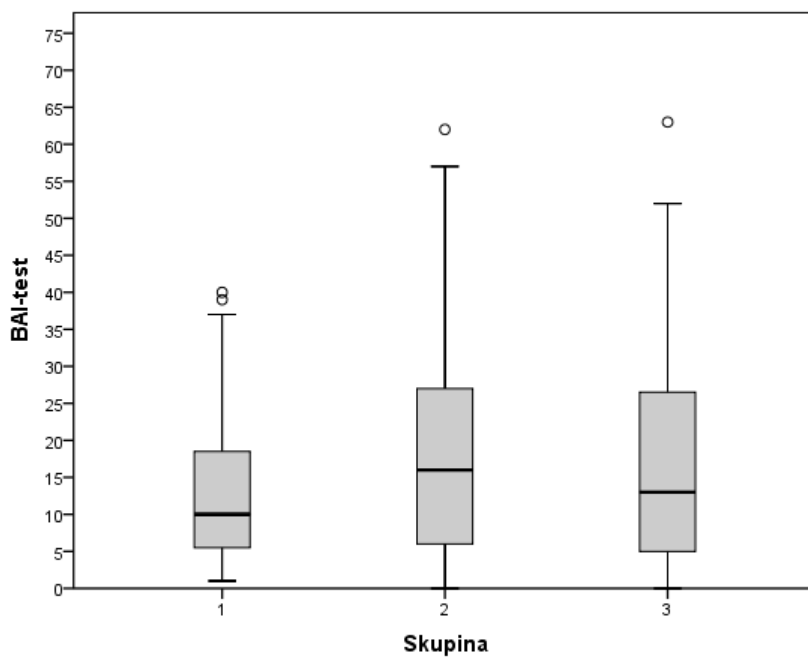
Čís. buňky	Skupiny - Nevážené průměry, Současný efekt: $F(2, 10) = 1,27, p = 0,283$					
	Skupina	BAI-test Průměr	BAI-test Sm. odch.	BAI-test -95,00 %	BAI-test +95,00 %	N
1	1	13,41	2,28	8,88	17,93	39

2	<b>2</b>	18, 18	2, 31	13, 59	22, 77	38
3	<b>3</b>	17, 60	2, 41	12, 82	22, 37	35

Tab. č. 10. Rozdíly mezi skupinami při vstupu do léčby – BAI-test

Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro BAI-test				
	SČ	SV	PČ	F	p
Abs. člen	30052, 75	1	30052, 75	147, 71	0, 000
Skupina	519, 56	2	259, 78	1, 27	0, 283
Chyba	22175, 55	109	203, 45		

Graf. č. 2. Přehled tří skupin z hlediska BAI-test



Z tabulek a grafu vyplývá, že neexistuje významný rozdíl mezi skupinami v BAI-testu při vstupu do léčby.

Celý postup jsme opakovaně provedli s daty mezi skupinami při výstupu z léčby, kde se opět nepotvrdil významný rozdíl.



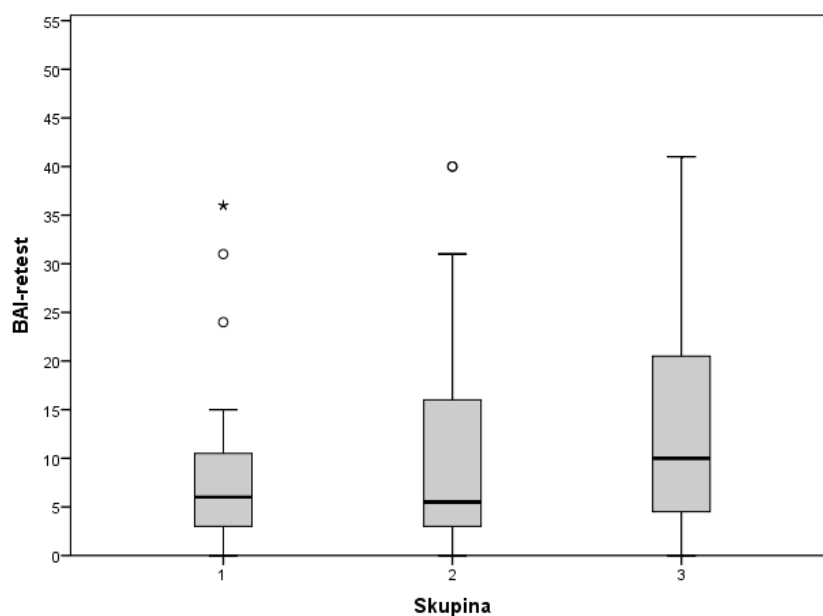
Tab. č. 11. Průměrné hodnoty skupin při výstupu z léčby – BAI-retest

Čís. buňky	Skupiny - Nevážené průměry, Současný efekt: $F(2, 10) = 1,94, p = 0,14$					
	Skupina	BAI-retest Průměr	BAI-retest Sm.odch.	BAI-retest -95,00 %	BAI-retest +95,00 %	N
1	1	8,66	1,68	5,32	12,00	39
2	2	10,36	1,70	6,98	13,75	38
3	3	13,45	1,78	9,92	16,98	35

Tab. č. 12. Rozdíly mezi skupinami při výstupu z léčby – BAI-retest

Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro BAI-retest				
	SČ	SV	PČ	F	Hodnota p
Abs. člen	13110,25	1	13110,25	118,15	0,000
Skupina	431,30	2	215,65	1,94	0,148
Chyba	12094,19	109	110,96		

Graf. č. 3. Přehled tří skupin z hlediska BAI-retest

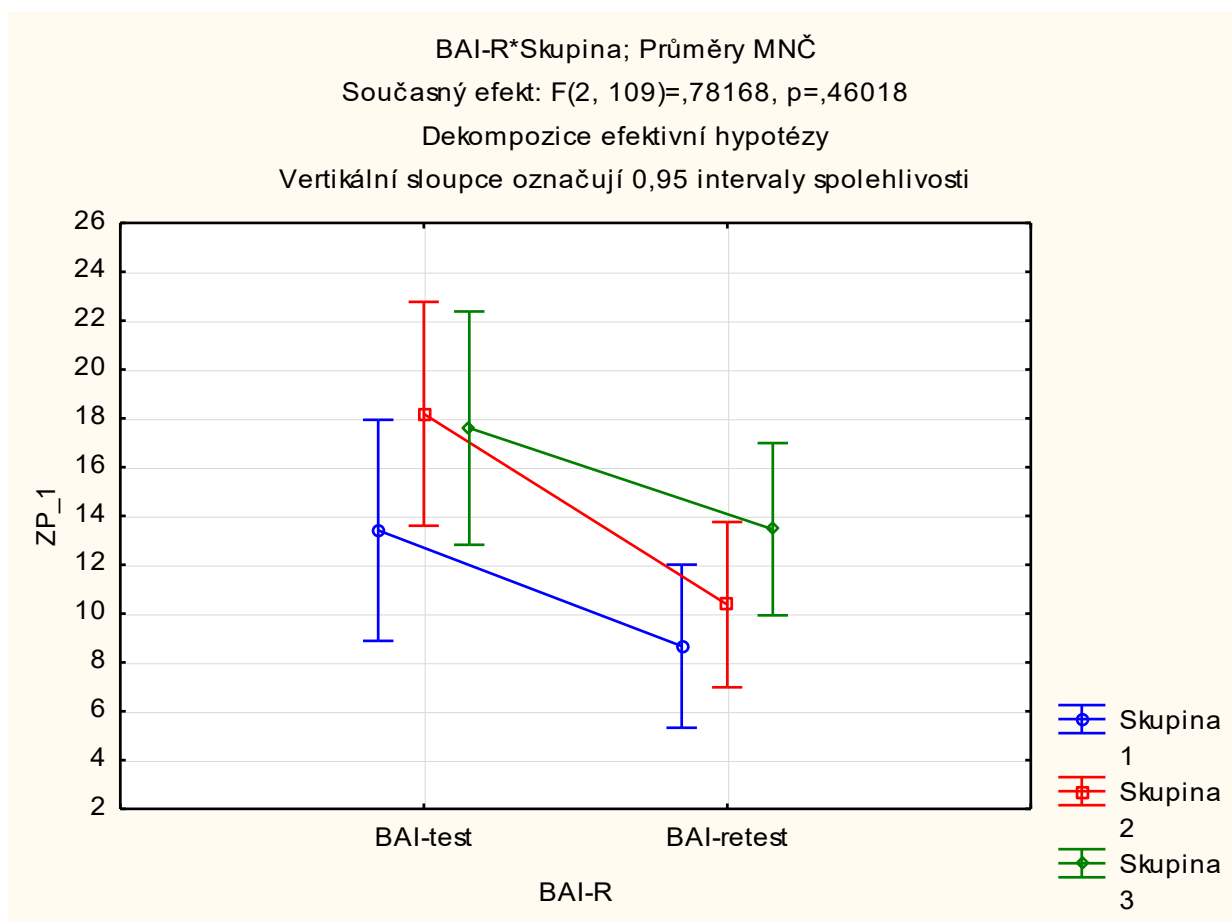


Následně bylo provedeno statistické zpracování dat dvoufaktorovou (2x3) ANOVOU s opakováním na 1 faktoru. Bylo zjištěno, že není významný rozdíl mezi BAI-testem a BAI-retestem u jednotlivých skupin.

Tab. č. 13. Dvoufaktorová ANOVA(2x3) s opakováním na 1 faktoru (skupiny, BAI-test x BAI-retest)

Efekt	ANOVA dvoufaktorová (2x3) s opakováním na 1 faktoru				
	SČ	SV	PČ	F	Hodnota p
Abs. člen	41430,91	1	41430,91	186,77	0,000
Skupina	806,11	2	403,06	1,81	0,167
Chyba	24178,02	109	221,82		
BAI-R	1732,09	1	1732,09	18,70	0,000
BAI-R*Skupina	144,74	2	72,37	0,78	0,460
Chyba	10091,72	109	92,58		

Graf č. 4. Test a retest BAI – grafický přehled



### Zhodnocení hypotéz

K cíli 2. Popsat a porovnat míru úzkostného prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizovaní poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu, na začátku a na konci léčby.

H1: Existuje významný rozdíl v závažnosti úzkostného prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizovaní poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu.

Z výše uvedené analýzy dat zpracované statistickou metodou ANOVA jsme nezjistili významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami, tudíž H1 zamítáme.

H2: Existuje významný rozdíl v úzkostném prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizovaní poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu, na začátku a na konci léčby.

Nezjistili jsme ani významný rozdíl skupin na začátku a na konci léčebného pobytu. Všechny skupiny postupně klesají ve výsledcích v BAI-retest, tj. během a na konci léčby míra úzkostného prožívání se snížila. H2 zamítáme.

H3: Existuje specifická interakce v úzkostném prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu tak i na začátku a na konci léčby.

Z výše uvedené analýzy dat zpracované statistickou metodou ANOVOU jsme nezjistili významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami na začátku a na konci léčby. Specifická interakce v úzkostném prožívání mezi skupinami tedy není významná, tudíž opět H3 zamítáme.

#### **9.4. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 3.**

##### **Cíl a hypotézy**

*K cíli 3. Popsat a porovnat míru depresivního prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu a na začátku a na konci léčby.*

H4: Existuje významný rozdíl v závažnosti depresivního prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu.

H5: Existuje významný rozdíl v depresivním prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu na začátku a na konci léčby.

H6: Existuje specifická interakce v depresivním prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu tak i na začátku a na konci léčby.

K naplnění tohoto výzkumného cíle jsme využili sebehodnotící inventář A. T. Becka, který měří charakteristické postoje a příznaky deprese u psychiatrických pacientů. Dotazník validně vyplnilo celkem 112 respondentů.

Pro zpracování výsledků v Beckově inventáři depresivity (BDI) byla použita statistická metoda ANOVA jednocestná. Počet respondentů přesahuje  $N > 30$  v každé skupině, jsou normálně rozloženy, a je tak možné provést rovnou parametrickou ANOVU pro závislá měření.

Provádělo se měření při vstupu do léčby (BDI-test) a opakované měření na konci léčby (BDI-retest).

V tabulce jsou popsány jednotlivé průměry vytvořených skupin, které potvrzují statistickou významnost. V následující tabulce zjišťujeme rozdíly mezi skupinami při vstupu do léčby. V tomto případě využíváme jednorozměrné testy významnosti konkrétně pro BDI-test.

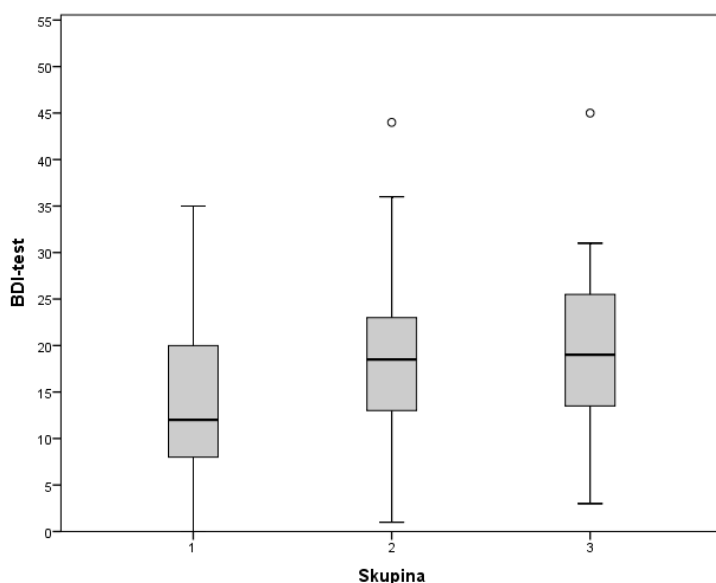
Tab. č. 14. Průměrné hodnoty skupin při vstupu do léčby – BDI-test

Čís. buňky	Skupiny -Nevážené průměry, Současný efekt: $F(2, 10) = 4,39, p = 0,014$					
	Skupina	BDI-test Průměr	BDI-test Sm.odch.	BDI-test -95,00 %	BDI-test +95,00 %	N
1	1	14,17	1,41	11,36	16,98	39
2	2	19,05	1,43	16,20	21,89	38
3	3	19,68	1,49	16,71	22,65	35

Tab. č. 15. Rozdíly mezi skupinami při vstupu do léčby – BDI-test

Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro BDI-test				
	SČ	SV	PČ	F	p
Abs. člen	34774,10	1	34774,10	443,56	0,000
Skupina	688,50	2	344,25	4,39	0,014
Chyba	8545,18	109	78,40		

Graf. č. 5. Přehled tří skupin z hlediska BDI-test



Z tabulek a grafu vyplývá, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami v BDI-testu při vstupu do léčby. V BDI-testu se skupina pacientů hospitalizovaných poprvé významně odlišovala od skupin pacientů hospitalizovaných opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu.

Celý postup jsme opakovaně provedli s daty mezi vytvořenými skupinami při výstupu z léčby, kde se potvrdil statisticky významný rozdíl.

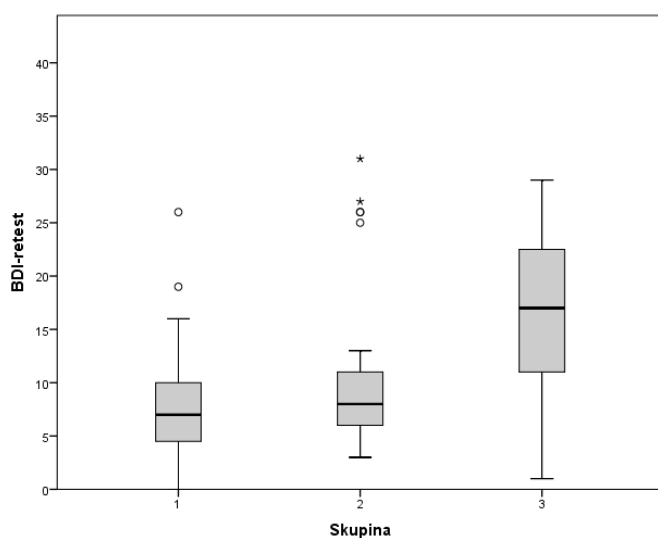
Tab. č. 16. Průměrné hodnoty skupin při výstupu z léčby – BDI-retest

Čís. buňky	Skupiny- Nevážené průměry, Současný efekt: $F(2, 10) = 16,18, p = 0,000$					
	Skupina	BDI-retest Průměr	BDI-retest Sm. odch.	BDI-retest -95,00 %	BDI-retest +95,00 %	N
1	<b>1</b>	7,66	1,07	5,53	9,80	39
2	<b>2</b>	9,89	1,09	7,73	12,05	38
3	<b>3</b>	16,31	1,13	14,05	18,56	35

Tab. č. 17. Rozdíly mezi skupinami při výstupu z léčby – BDI-retest

Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro BDI-retest				
	SČ	SV	PČ	F	Hodnota p
Abs. člen	14250, 43	1	14250, 43	314, 57	0, 000
Skupina	1466, 46	2	733, 23	16, 18	0, 000
Chyba	4937, 79	109	45, 30		

Graf. č. 6. Přehled tří skupin z hlediska BDI-retest



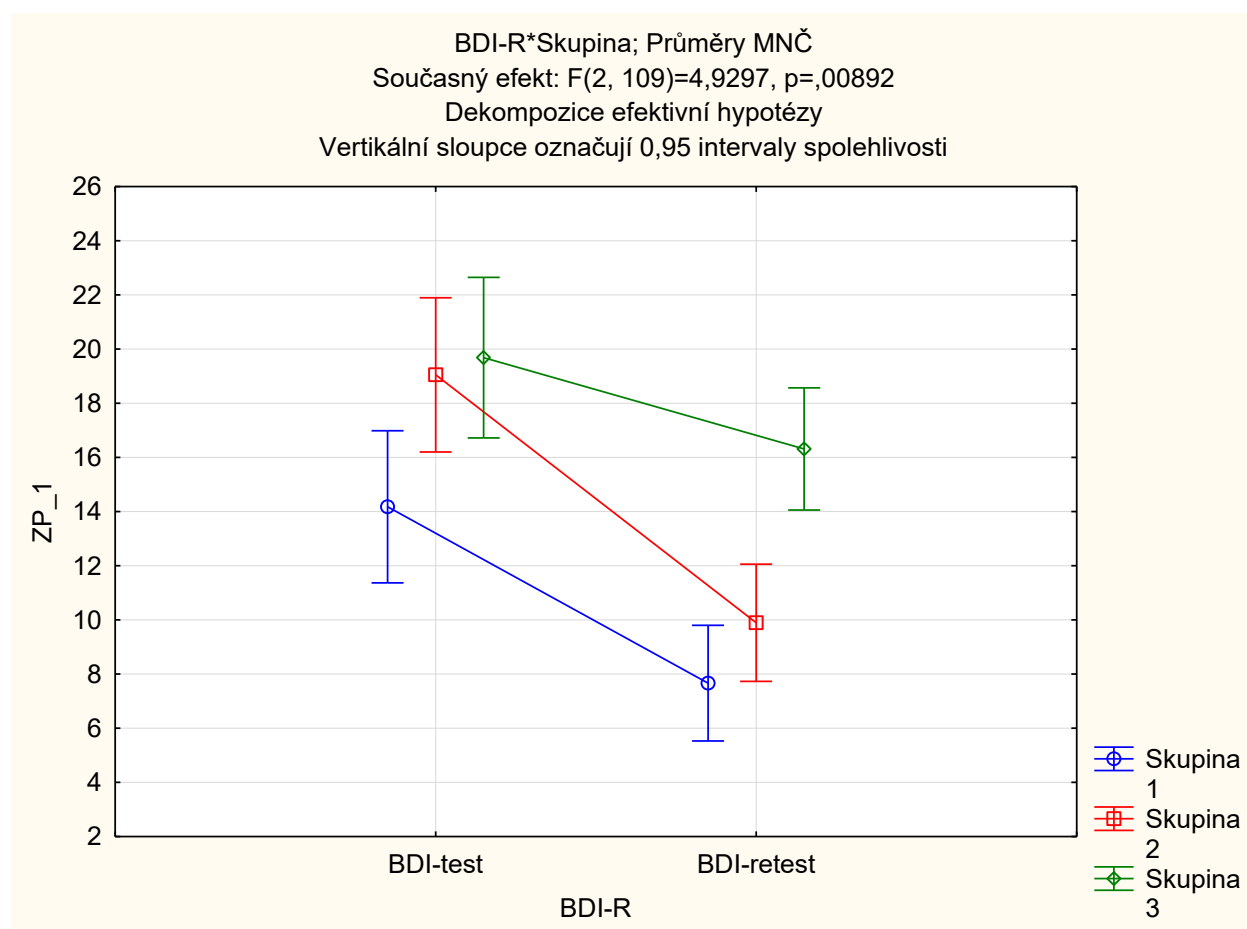
Z tabulek a grafu vyplývá, že je statisticky významný rozdíl mezi skupinami v BDI-retestu při výstupu z léčby. V BDI-retestu se skupina pacientů s chronickou závislostí na alkoholu se významně lišila od skupin pacientů hospitalizovaných poprvé a opakovaně.

Následně bylo provedeno statistické zpracování dat dvoufaktorovou (2x3) ANOVA metodou s opakováním na 1 faktoru. Byly zjištěny významné rozdíly mezi jednotlivými skupinami, BDI-testem a BDI-retestem.

Tab. č. 18. Dvoufaktorová (2x3) ANOVA s opakováním na 1 faktoru (skupiny, BDI-test x BDI-retest)

Efekt	Dvoufaktorová (2x3) ANOVA s opakováním na 1 faktoru				
	SČ	SV	PČ	F	Hodnota p
Abs. člen	46773, 13	1	46773, 13	504, 35	0, 000
Skupina	1849, 73	2	924, 86	9, 97	0, 000
Chyba	10108, 49	109	92, 74		
BDI-R	2251, 40	1	2251, 40	72, 72	0, 000
BDI-R*Skupina	305, 23	2	152, 62	4, 92	0, 008
Chyba	3374, 48	109	30, 96		

Graf. č. 7. Test a retest BDI – grafický přehled





Shrneme-li, že celkové výsledky v BDI-testu jsou pro nás statisticky významné. Tak při prvním statistickém zpracování jsme zjistili, že se vybrané skupiny při vstupu do léčby významně liší, při další podrobnější analýze dat, jsme zjistili, že se na začátku léčby liší skupina pacientů hospitalizovaných poprvé od skupin pacientů hospitalizovaných opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu.

Při opakovaném měření na konci léčby (BDI-retest), se opět potvrdil významný statistický rozdíl mezi skupinami. Při dalším podrobnějším zkoumání jsme zjistili, že skupina pacientů s chronickou závislostí na alkoholu se liší od skupin pacientů hospitalizovaných poprvé a opakovaně.

Napříč skupinami a měřeními na začátku a na konci léčby (BDI-test a BDI-retest), bylo zjištěno, že hodnoty všech pacientů od začátku do konce léčby klesají. Významný statistický rozdíl byl, že skupina pacientů s chronickou závislostí na alkoholu klesá v hodnotách méně než skupiny pacientů hospitalizovaných poprvé a opakovaně.

Tab. č. 19. Porovnání celkových výsledků (skupiny, BDI-test x BDI-retest)

Čís. buňky	<b>HSD při nestejných N; proměnná ZP_1, Přibližné pravděpodobnosti pro post hoc testy Chyba: meziskup.; vnitřní; celkový PČ = 61, 84, sv = 174, 48</b>							
	Skupina	BDI-R	{1} 14, 17	{2} 7, 66	{3} 19, 05	{4} 9, 89	{5} 19, 68	{6} 16, 31
1	<b>1</b>	BDI-test		0, 00	0, 07	0, 16	0, 03	0, 86
2	<b>1</b>	BDI-retest			0, 00	0, 81	0, 00	0, 00
3	<b>2</b>	BDI-test				0, 00	0, 99	0, 69
4	<b>2</b>	BDI-retest					0, 00	0, 00
5	<b>3</b>	BDI-test						0, 12
6	<b>3</b>	BDI-retest						

### Zhodnocení hypotéz

K cíli 3. *Popsat a porovnat míru depresivního prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu a na začátku a na konci léčby.*

H4: Existuje významný rozdíl v závažnosti depresivního prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu.

Z výše uvedené analýzy dat zpracované statistickou metodou ANOVOU jsme zjistili významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami, tudíž H4 přijímáme.

H5: Existuje významný rozdíl v depresivním prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu na začátku a na konci léčby.

Z výše uvedené analýzy dat zpracované statistickou metodou ANOVA jsme zjistili, že existuje významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami na začátku a na konci léčby. První významný rozdíl zaznamenáváme mezi skupinou pacientů hospitalizovaných poprvé a skupinami pacientů hospitalizovaných opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu na začátku léčby. Druhý významný rozdíl zaznamenáváme na konci léčby mezi skupinou pacientů s chronickou závislostí na alkoholu a skupinami pacientů hospitalizovaných poprvé a opakovaně. H5 přijímáme.

H6: Existuje specifická interakce v depresivním prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu tak i na začátku a na konci léčby.

Předpokládali jsme vyšší míru depresivního prožívání u skupiny pacientů s chronickou závislostí na alkoholu oproti skupinám pacientů hospitalizovaných poprvé a opakovaně. Tento předpoklad je v teoretické části výzkumně podložen mnoha studiemi, kdy je potvrzena častá komorbidita depresivní poruchy u lidí s dlouhodobým závislostním chováním. Zjistili, že existuje významný rozdíl u skupiny pacientů s chronickou závislostí na alkoholu oproti skupinám pacientů hospitalizovaných poprvé a opakovaně na začátku a na konci léčby. Při měření na začátku a na konci léčby (BDI-test a BDI-retest) se potvrdil významný rozdíl mezi skupinami. Detailnější analýzou výsledků jsme zjistili, že se skupina pacientů s chronickou závislostí na alkoholu liší od skupin pacientů hospitalizovaných poprvé a opakovaně. Hodnoty všech skupin od začátku až do konce léčby klesají. Statisticky významný rozdíl potvrdil, že skupina pacientů s chronickou závislostí na alkoholu klesá v hodnotách méně než skupiny pacientů hospitalizovaných poprvé a opakovaně. Můžeme hypoteticky předpokládat, že depresivní prožívání u

pacientů s dlouhodobou závislostí na alkoholu je již možnou přidruženou komorbiditou. H6 přijímáme.

## **9.5. Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 4.**

### **9.5.1. Vyhodnocení dotazníku PSSI celého výběrového souboru**

#### **Cíl, výzkumné otázky a hypotézy**

K cíli 4. *Popsat osobnostní profil/poruchy osobnosti výzkumného vzorku dle standardizovaného inventáře PSSI u všech skupin pacientů závislých na alkoholu.*

Výzkumná otázka č. 1. Očekáváme, že bude významný rozdíl v profilu dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

H7: Škála depresivity dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

K hlavním rysům osobnostního stylu zachyceného touto škálou patří spíše pasivní základní rozpoložení, prohloubené prožívání citů vlastních i cizích, utlumené prožívání kladných podnětů a spíše kontemplativní než pragmatický základní postoj. Tento styl se dále vyznačuje častou skleslostí, pocity vlastní méněcennosti a nedostačivosti, jakož i pesimistickou základní orientací. Jedinci s tímto stylem jsou výrazně sebekritičtí, trpí často pocity viny a nejsou s to otevírat se pozitivním emocím (Kuhl&Kazén, 2002).

Hypotézu podporuje mnoho zahraničních i českých výzkumů, kdy je u poruch vyvolané užíváním alkoholu jako častá komorbidita depresivní epizoda a úzkostné poruchy.

Deprese a úzkost jsou často komorbiditou se závislostí na alkoholu a přispívají k bažení (carvingu) a relapsu. Výsledky výzkumu poukazují na vyšší prevalenci „komorbidní“ deprese a úzkostných poruch, stejně jako zvýšené riziko ke škodlivému pití v negativních emočních stavech u žen ve srovnání s muži (Karpyak, Biernacka, Geske, Abulseoud, Brunner, Chauhan, ...Mrazek (2016).

Výsledky českého výzkumu zjistily, že nebyl zjištěn významný rozdíl v míře depresivity mezi muži a ženami. Bylo však zjištěno, že téměř 40 % osob v době výzkumu trpělo depresivními symptomy střední až těžké závažnosti dle Zungovy sebeposuzovací škály deprese, což je možné vnímat jako velké riziko vzniku depresivní poruchy pro osoby závislé na alkoholu (Čarnická, 2010).

H8: Škála disociálního chování dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

K hlavním rysům stylu patří sebejisté až v případě vystupňování do patologické hodnoty bezohledné prosazování vlastních cílů, sebejisté, případně zraňující a ponižující chování vůči druhým. Disociální porucha se vyznačuje nezodpovědným, bezohledným a asociálním chováním, také i chybějící pocity viny při porušování norem. Tito jedinci nejsou s to předvídatě plánovat. Nedovedou se adekvátně přizpůsobovat právním normám společnosti (Kuhl&Kazén, 2002).

Hypotézu podporuje mnoho zahraničních výzkumů, kdy je u poruch vyvolané užíváním alkoholu jako častá komorbidita porucha osobnosti. Výsledky výzkumů potvrdily, že trvalejší užívání návykových látek je spojeno více s antisociální poruchou osobnost, hraniční poruchou osobnosti a schizotypální poruchou osobnosti (Hasin, Fenton, Skodol, Krueger, Keyes, Geier, ... Grant, 2012).

Poruchy vyvolané užíváním alkoholu ve vztahu s poruchou osobnosti zkoumali autoři výzkumu (Cresswell, Bachrach, Wright, Pinto, Ansell, 2016) a zjistili, že se nejvýrazněji zhoršují škodlivé sociální a zdravotní důsledky zejména u antisociální poruchy osobnosti a hraniční poruchy osobnosti.

V českých publikacích např. Nešpora, Kaliny či Praška je rovněž uvedeno, že nejčastější komorbiditou poruch osobnosti je závislost na psychoaktivních látkách, a to zejména u disociální a emočně nestabilní poruše osobnosti – hraničního a impulzivního typu (Praško, 2009).

H9: Škála impulzivity dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

Osobnost se vyznačuje relativně intenzivní emotivitou, která se projevuje schopností spontánně se nadchnout pro kladné vjemy a impulzivním odmítáním věcí nebo osob, spojených s negativní vlastností. V patologickém vystupňování nabývá impulzivnost rysy poruch osobnosti typu borderline: instabilita identity, instabilita nálad, jakož i mezilidských vztahů jsou některé z nápadných symptomů (Kuhl&Kazén, 2002).

Tab. č. 20. Průměrné hodnoty v dotazníku PSSI celého výběrového souboru

Proměnná	Skupina 1 (N = 39)		Skupina 2 (N = 38)		Skupina 3 (N = 35)	
	Průměr	Sm. odch.	Průměr	Sm. odch.	Průměr	Sm. odch.
<b>1 DS</b>	59,38	9,06	60,15	6,48	55,02	11,44
<b>2 PN</b>	56,30	8,48	58,28	8,00	54,34	11,56
<b>3 SZ</b>	54,61	8,87	57,34	8,02	58,11	9,68
<b>4 SN</b>	59,79	7,24	60,73	7,16	60,48	7,62
<b>5 NT</b>	52,87	7,21	55,13	6,76	50,82	10,54
<b>6 ST</b>	58,07	7,94	58,42	6,79	57,31	10,60
<b>7 RP</b>	58,46	8,70	57,86	7,12	53,57	8,97
<b>8 NR</b>	56,20	8,39	56,23	7,51	53,17	9,82
<b>9 NG</b>	63,15	8,49	66,18	7,05	63,14	10,87
<b>10 ZS</b>	60,25	8,09	62,84	7,36	59,42	11,31
<b>11 BL</b>	61,56	9,34	64,02	7,87	64,20	10,06
<b>12 HI</b>	54,76	8,88	55,07	8,02	51,20	10,65
<b>13 DP</b>	59,15	7,34	61,39	7,69	63,94	7,17
<b>14 OB</b>	60,69	8,42	63,10	8,86	58,65	12,99

Tab. č. 21. Rozdíl mezi 14 subškálami dotazníku PSSI vyhodnoceny separátně ANOVOU

Závislá Proměnná	Test PSSI celého modelu										
	R	R2	Upravené R2	SČ Model	SV Model	PČ Model	SČ Rezid.	SV Rezid.	PČ Rezid.	F	p
<b>1 DS</b>	0,23	0,05	0,03	551,60	2	275,80	9131,25	109	83,77	3,29	0,040
<b>2 PN</b>	0,16	0,02	0,01	283,98	2	141,99	9654,01	109	88,56	1,60	0,205
<b>3 SZ</b>	0,16	0,02	0,01	254,66	2	127,33	8567,33	109	78,59	1,62	0,202
<b>4 SN</b>	0,05	0,00	-0,01	18,30	2	9,15	5868,47	109	53,83	0,17	0,843
<b>5 NT</b>	0,20	0,04	0,02	338,32	2	169,16	7449,67	109	68,34	2,47	0,088
<b>6 ST</b>	0,05	0,00	-0,01	23,20	2	11,60	7933,58	109	72,78	0,15	0,852
<b>7 RP</b>	0,25	0,06	0,04	515,35	2	257,67	7494,61	109	68,75	3,74	0,026
<b>8 NR</b>	0,16	0,02	0,00	223,76	2	111,88	8044,20	109	73,80	1,51	0,224
<b>9 NG</b>	0,16	0,02	0,00	231,35	2	115,67	8609,07	109	78,98	1,46	0,235
<b>10 ZS</b>	0,16	0,02	0,00	235,19	2	117,59	8847,06	109	81,16	1,44	0,239
<b>11 BL</b>	0,13	0,01	-0,00	165,25	2	82,62	9058,16	109	83,10	0,99	0,373
<b>12 HI</b>	0,18	0,03	0,01	335,20	2	167,60	9245,29	109	84,81	1,97	0,143
<b>13 DP</b>	0,25	0,06	0,04	423,06	2	211,532	5994,04	109	54,99	3,84	0,024
<b>14 OB</b>	0,17	0,03	0,01	362,47	2	181,23	11341,77	109	104,05	1,74	0,180

Rozdíly mezi jednotlivými subškálami dále analyzujeme a popisujeme v níže uvedených tabulkách. Ke zjišťování rozdílů jsme opět použili tzv. post-hoc test.

Tab. č. 22. Rozdíl mezi subškálou 1 DS (sebejistý – disociální porucha osobnosti) a všemi skupinami

<b>HSD při nestejných N; proměnná 1 DS (PSSI), Přibližné pravděpodobnosti pro post hoc testy, Chyba: Between MSE = 83, 77, sv = 109, 00</b>				
Č. buňky	skupina	{1} 59, 38	{2} 60, 15	{3} 55, 02
1	1		0, 928	0, 119
2	2			0, 054
3	3			

Tab. č. 23. Rozdíl mezi subškálou 11 BL (impulzivní – borderline /hraniční/ porucha osobnosti) a všemi skupinami

<b>HSD při nestejných N; proměnná 11BL (PSSI), Přibližné pravděpodobnosti pro post hoc testy, Chyba: Between MSE = 68, 75, sv = 109, 00</b>				
Č. buňky	skupina	{1} 58, 46	{2} 57, 86	{3} 53, 57
1	1		0, 947	0, 040
2	2			0, 081
3	3			

Tab. č. 24. Rozdíl mezi subškálou 13 DP (klidný – depresivní porucha osobnosti) a všemi skupinami

Č. buňky	<b>HSD při nestejných N; proměnná 13 DP (PSSI), Přibližné pravděpodobnosti pro post hoc testy, Chyba: Between MSE = 54, 99, sv = 109, 00</b>			
	<b>skupina</b>	<b>{1} 59, 15</b>	<b>{2} 61, 39</b>	<b>{3} 63, 94</b>
1	<b>1</b>		0, 388	0, 021
2	<b>2</b>	0, 388		0, 325
3	<b>3</b>	0, 021	0, 325	

### **Zhodnocení hypotéz**

K cíli 4. *Popsat osobnostní profil/poruchy osobnosti výzkumného vzorku dle standardizovaného inventáře PSSI u všech skupin pacientů závislých na alkoholu.*

Výzkumná otázka č. 1. Očekáváme, že bude významný rozdíl v profilu dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

H7: Škála depresivity dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

Z výsledků vyplývá, že u subškály 13 DP (klidný – depresivní porucha osobnosti) není zaznamenán významný rozdíl v celém výběrovém souboru. H7 zamítáme.

H8: Škála disociálního chování dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

Z výsledků vyplývá, že u subškály 1 DS (sebejistý – disociální porucha osobnosti) není zaznamenán významný rozdíl v celém výběrovém souboru. H8 rovněž zamítáme.

H9: Škála impulzivity dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.



Z výsledků vyplývá, že u subškály 11 BL (impulzivní – borderline /hraniční/ porucha osobnosti) není zaznamenán významný rozdíl v celém výběrovém souboru. H9 zamítáme.

## **9.5.2. Vyhodnocení dotazníku PSSI vůči normě**

### **Cíl, výzkumné otázky a hypotézy**

K cíli 4. *Popsat osobnostní profil/poruchy osobnosti výzkumného vzorku dle standardizovaného inventáře PSSI u všech skupin pacientů závislých na alkoholu.*

Výzkumná otázka č. 2. Očekáváme, že bude významný rozdíl v profilu dotazníku PSSI vůči normě.

H10: Průměr všech léčených na škále depresivita je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu.

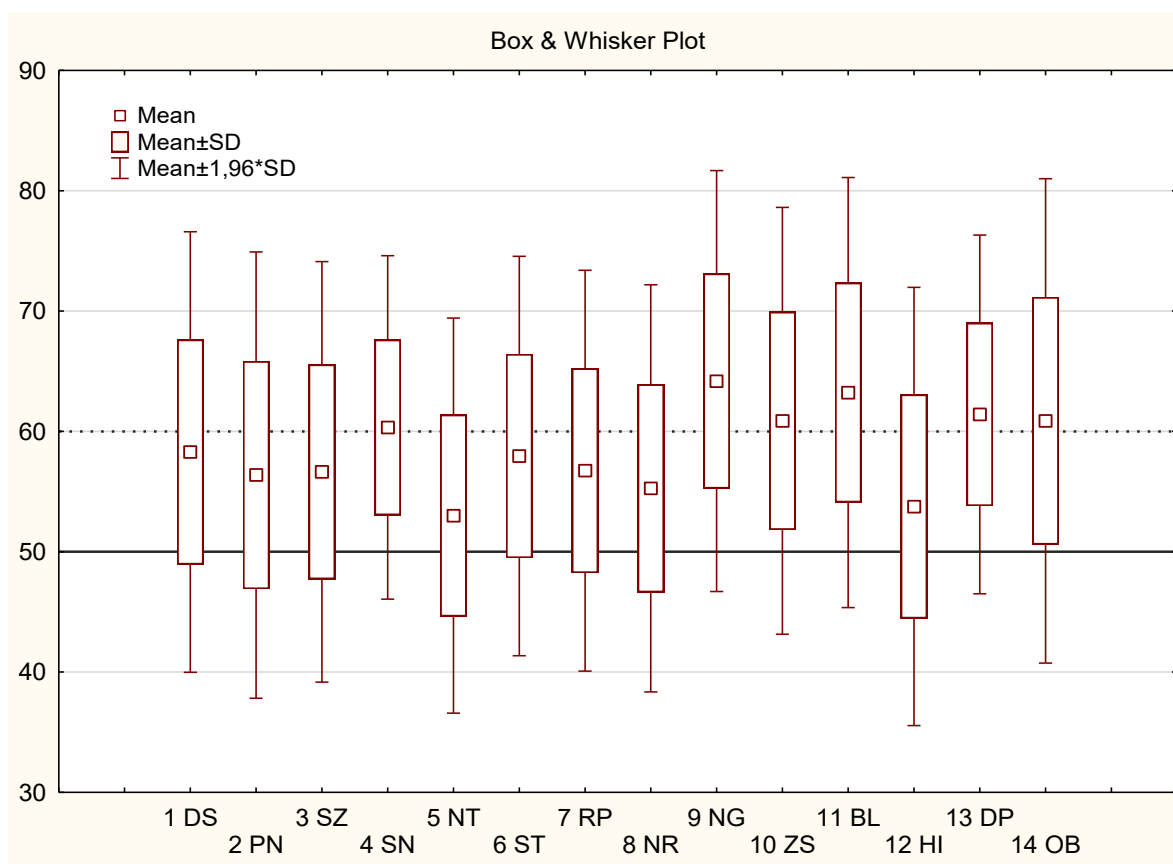
H11: Průměr všech léčených na škále disociální chování je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu.

H12: Průměr všech léčených na škále impulzivity je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu.

Tab. č. 25. Porovnání výsledků dotazníku PSSI u všech skupin vůči normě

<b>Test měřící referenční hodnoty PSSI, (N = 112), p = 0, 000</b>								
<b>Závislá Proměnná</b>								
	<b>Průměr</b>	<b>Sm. odch.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>-95, 00 %</b>	<b>+95, 00 %</b>	<b>T-skór (průměr)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>1 DS</b>	58,29	9,34	0,88	56,5	60,0	50	9,38	0,000
<b>2 PN</b>	56,37	9,46	0,89	54,6	58,1	50	7,12	0,000
<b>3 SZ</b>	56,63	8,92	0,84	55,0	58,3	50	7,87	0,000
<b>4 SN</b>	60,33	7,28	0,69	59,0	61,7	50	15,01	0,000
<b>5 NT</b>	53,00	8,38	0,79	51,4	54,6	50	3,79	0,000
<b>6 ST</b>	57,96	8,47	0,80	56,4	59,5	50	9,94	0,000
<b>7 RP</b>	56,73	8,49	0,80	55,1	58,3	50	8,38	0,000
<b>8 NR</b>	55,27	8,63	0,82	53,7	56,9	50	6,46	0,000
<b>9 NG</b>	64,18	8,92	0,84	62,5	65,8	50	16,81	0,000
<b>10 ZS</b>	60,88	9,05	0,85	59,2	62,6	50	12,72	0,000
<b>11 BL</b>	63,22	9,12	0,86	61,5	64,9	50	15,35	0,000
<b>12 HI</b>	53,76	9,29	0,88	52,0	55,5	50	4,28	0,000
<b>13 DP</b>	61,41	7,60	0,72	60,0	62,8	50	15,88	0,000
<b>14 OB</b>	60,88	10,27	0,97	59,0	62,8	50	11,20	0,000

Graf č. 8. Přehled výsledků dotazníku PSSI u všech skupin vůči normě



### Zhodnocení hypotéz

K cíli 4. *Popsat osobnostní profil/poruchy osobnosti výzkumného vzorku dle standardizovaného inventáře PSSI u všech skupin pacientů závislých na alkoholu.*

Výzkumná otázka č. 2. Očekáváme, že bude významný rozdíl v profilu dotazníku PSSI vůči normě.

H10: Průměr všech léčených na škále depresivita je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu.

Z výsledků vyplývá, že u subškály 13 DP (klidný – depresivní porucha osobnosti) je zaznamenán významný rozdíl vůči normě. H10 přijímáme.

H11: Průměr všech léčených na škále disociální chování je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu.

Z výsledků vyplývá, že u subškály 1 DS (sebejistý – disociální porucha osobnosti) vůči normě je zaznamenán významný rozdíl. H11 rovněž přijímáme.

H12: Průměr všech léčených na škále impulzivity je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu.

Z výsledků vyplývá, že u subškály 11 BL (impulzivní – borderline /hraniční/ porucha osobnosti) vůči normě je opět zaznamenán významný rozdíl. H12 přijímáme.

## 10. Diskuse

V této kapitole se budeme zabývat touto prací více podrobně. V teoretické části věnujeme pozornost tématům, jako je závislost na alkoholu, úzkostné a depresivní prožívání a poruchy osobnosti u problematiky závislosti na alkoholu. Popisujeme nejčastější komorbidity u závislosti na alkoholu s úzkostnými a depresivními stavy a poruchami a s osobnostními rysy a poruchami. Tyto kapitoly se snažíme cíleně propojit s tématem závislosti na alkoholu. Cíle disertační práce byly celkem čtyři. Vzhledem k udržení linie diskusní části ji dělíme dle výzkumných cílů práce. Nad jednotlivými zjištěními se kriticky zamýšlíme.

Metodika, kterou jsme zde použili, znázorňuje možnosti o nalezení vhodných vzorců pro výzkum dané problematiky. Pro získání co nejvíce dat jsme si vybrali standardizované dotazníkové metody v kombinaci s vlastním vytvořeným dotazníkem týkající se alkoholové závislosti. V tomto ohledu se zvolená testová baterie pro tento výzkum zdá být vyhovující.

Cílem studie bylo zmapovat závažnost závislosti na alkoholu na psychice člověka. Zaměřovali jsme se zejména na psychologické, emočně-osobnostní aspekty samotných pacientů se závislosti na alkoholu, konkrétně na míru úzkostného a depresivního prožívání a popis osobnostních charakteristik/poruch u tří skupin hospitalizovaných pacientů závislých na alkoholu: 1. skupina pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé (1 pobyt v PNKM), 2. skupina pacientů, kteří byli hospitalizováni opakovaně (2 - 5 pobytů v PNKM), 3. skupina pacientů s chronickou závislostí na alkoholu (nad 5 pobytů v PNKM).

Prvním cílem disertační práce bylo popsat a porovnat výběrový soubor hospitalizovaných pacientů dle rozdělení do skupin pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu. Dále popsat a porovnat jednotlivé skupiny z hlediska sociodemografických a klinických problémů vztahujících se k závislostnímu chování.

Zajímali nás kontakty s ústavními zařízeními zajišťující adiktologické služby. Bylo zjištěno, že více jak polovina pacientů (skupina 2/ 68 %, skupina 3/ 67 %) využívá nejvíce hospitalizaci v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Při zjištěné četnosti pobytů

v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži jsme dále zjistili, že skupině chronických pacientů se počet navyšuje i nad 10 pobytů v jejich pijácké kariéře.

Také jsme se zaměřovali na popisování jednotlivých skupin z hlediska věku, pohlaví, dosaženého vzdělání, rodinného stavu. Zajímali jsme se u jednotlivých skupin na preferovaný alkohol, zda alkohol kombinují i s jinými návykovými látkami a hazardem. Zajímali jsme se, zda jim alkohol přináší i psychické obtíže. Zjistili jsme, že zvýšená psychická nepohoda převládá ve všech skupinách, zejména nervozita, úzkost, deprese. Míra úzkostného a depresivního prožívání byla dále analyzovaná Beckovými inventáři úzkosti a depresivity.

Věkové rozdělení výzkumného souboru zahrnuje všechny věkové kategorie. Zjistili jsme rozdíly ve věkovém rozdělení mezi skupiny. Skupina 1 byla rovnoměrně rozložena, u skupiny 2 narůstá věkové rozpětí mezi 36 – 49 let a u skupiny 3 narůstá věk nad 50 let. V celém souboru najdeme největší četnost na přechodu střední a starší dospělosti. Najdeme zde dva vrcholy křivky, jeden vrchol nad 50 let (u skupiny 3), druhý od 36 - 49 let (u skupiny 2). Průměrný věk celého výzkumného souboru je 46, 8 roků. I jiné zahraniční výzkumy se zaměřují na všechny věkové kategorie, např. výzkumný soubor ve věkovém rozmezí ve věku 18 - 78 let, studie se zúčastnilo 822 respondentů závislých na drogách (Roncero, deMiguel, Fumero, Abad, Martin, Bethencourt, ...Daigre, 2018).

Ve výzkumné práci jsme pracovali s muži i ženami. V každé skupině převládali muži. Nejmenší počet žen bylo ve skupině chronických pacientů, pouze 1 žena. Malé zastoupení žen závislých na alkoholu popisuje v řadě publikací Nešpor (2011) i to, že ženy konzumují alkohol v návaznosti na alkoholovou závislost partnera. Ženy většinou pijí tajně, samostatně, protože ženám alkoholičkám záleží na tom, jak vypadají a působí na své okolí a konzumace alkoholu je nejčastěji spojena s emočními důvody, jako je nespokojenost s vlastním prožíváním (Luskačová, 2016). I v řadě zahraničních výzkumů zaměřených genderově můžeme vidět větší zastoupení mužů. Také v již zmiňovaném výzkumu, který byl zaměřen i genderově a kterého se účastnilo celkem 287 mužů a 156 žen ve věku 18 - 80 let závislých na alkoholu (Karpyak, Biernacka, Geske, Abulseoud, Brunner, Chauhan, ...Mrazek (2016).

V této souvislosti si uvědomujeme limity celkového výběrového vzorku, kde není rovnoměrné zastoupení mužů a žen v jednotlivých skupinách. Rovněž soubor čítá menší počet respondentů, což může ovlivňovat výsledky výzkumu.

Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů výzkumu, ukázalo se, že největší zastoupení je středoškolské. Vzdělání středoškolské bez maturity (SOU) převládalo ve všech skupinách. Ukázalo se, že se sledovaný výzkumný soubor dle srovnání Českého statistického úřadu (nedat.) dramaticky neliší vzdělanostní struktury v České republice.

Rodinný stav se v jednotlivých skupinách mění, největší nárůst rozvedených lze najít u skupiny 2 a nejvíce u skupiny 3. Rozvodovosti a závislosti na alkoholu se věnovalo mnoho autorů. Nešpor (2004) doporučuje rozvod jako jediné důstojné řešení v situaci, kdy pijící partner vytrvale odmítá nabízenou pomoc a není ochoten změnit chování. Rozvodovost dle Českého statistického úřadu (nedat.) se drží stále vysoko nad hranicí 45 %.

Z preferovaného alkoholu převažovala ve všech skupinách konzumace nízkoalkoholických nápojů od tvrdého alkoholu. Dle Českého statistického úřadu (nedat.) spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v České republice koreluje v porovnání s naším výzkumným souborem.

Jak kombinuje výzkumný soubor jiné návykové látky a hazard a jak to vypadá v jednotlivých skupinách? Největší zastoupení jiné návykové látky, konkrétně převažující marihuana a pervitin, bylo zjištěno u skupiny 1. Potvrzují to také výzkumy a publikace na webových stránkách Nešpora (nedat.), kde uvádí, že v České republice výrazně vzrostla spotřeba alkoholu a jiných nealkoholových drog mezi mladými lidmi. Navíc liberalizace v oblasti hazardních her způsobila těžké problémy řadě osob i jejich rodinám. Relativně časté jsou kombinace více návykových problémů (typicky souběžná závislost na více návykových látkách včetně alkoholu, kombinace patologického hráčství a závislosti na alkoholu nebo patologického hráčství a závislosti na pervitinu).

Zajímalo nás, jaké převažují psychické obtíže u jednotlivých skupin. Z nabízených položek – nervozita, nesoustředěnost, deprese a úzkosti. U všech skupin nejvíce převládala nervozita a úzkosti. Gregorová (2010) ve své výzkumné práci popisuje, že negativní pocity, jako je hněv, ale i smutek osamělost, pocity viny, úzkost, strach, deprese jsou

nejčastějšími spouštěcími mechanismy závislosti na návykových látkách a často doprovází nepříjemný stav tzv. craving (bažení). Rovněž Papežová (2014) také uvádí, že léčebně nejsložitější komorbiditou bývá závislost na návykových látkách anebo alkoholu u úzkostných poruch. Závislost se tak stává základním problémem a měla by být léčena současně.

Druhým výzkumným cílem bylo popsat a porovnat míru úzkostného prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu a na začátku a na konci léčby.

K tomuto výzkumnému cíli byly vytvořeny hypotézy: H1: Existuje významný rozdíl v závažnosti úzkostného prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu. H2: Existuje významný rozdíl v úzkostném prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu na začátku a na konci léčby. H3: Existuje specifická interakce v úzkostném prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu tak i na začátku a na konci léčby.

Pro zpracování výsledků z dotazníku BAI byly použity statistické metody jako jednorozměrné testy a ANOVA pro opakovaná měření. Z analýzy dat jsme nezjistili významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami na začátku a na konci léčebného pobytu. Prvovstupy vykazují nižší míru úzkostného prožívání na začátku léčebného procesu. Všechny tři skupiny postupně klesají ve výsledcích retestování, tj. během a na konci léčebného pobytu míra úzkostného prožívání se snížila. K tomuto cíli jsme si kladli obecné úvahy ohledně skupiny 1. Skupina 1 dle kvalitativních charakteristik je skupina, která nemá žádné osobní zkušenosti s pobytovým zařízením a její strukturou, často nepřijímají délku terapeutického pobytu, tj. střednědobou hospitalizaci (3 měsíce). Z těchto uvedených důvodů jsme předpokládali konkrétněji vyšší míru úzkostného prožívání u pacientů závislých na alkoholu, kteří mají první kontakt s léčebným zařízením oproti opakovaným léčbám a léčbám pacientů s chronickou závislostí.

Výsledky: Z výše uvedené analýzy dat zpracované statistickou metodou ANOVA jsme nezjistili významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami. Nezjistili jsme ani významný rozdíl u skupin na začátku a na konci léčebného pobytu. Všechny skupiny postupně klesají ve výsledcích v BAI-retest, tj. během a na konci léčby míra úzkostného



prožívání se snížila. Nezjistili jsme významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami na začátku a na konci léčby. Specifická interakce nebyla v úzkostném prožívání mezi skupinami významná.

Třetím výzkumným cílem bylo popsat a porovnat míru depresivního prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu a na začátku a na konci léčby.

K tomuto výzkumnému cíli byly vytvořeny hypotézy: H4: Existuje významný rozdíl v závažnosti depresivního prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu. H5: Existuje významný rozdíl v depresivním prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu na začátku a na konci léčby. H6: Existuje specifická interakce v depresivním prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu tak i na začátku a na konci léčby.

Pro zpracování výsledků z dotazníku BDI byly použity statistické metody jako jednorozměrné testy a ANOVA pro opakovaná měření a post hoc testy. Výsledky: Při prvním statistickém zpracování bylo zjištěno, že se vybrané skupiny při vstupu do léčby významně liší, při další podrobnější analýze dat bylo zjištěno, že se na začátku léčby liší skupina 1 od ostatních skupin. Při retestování BDI se potvrdil významný rozdíl mezi skupinami, při dalším podrobnějším zkoumání bylo dále zjištěno, že se vybraná skupina 3 liší od ostatních skupin. Napříč skupinami, testem a retestem v BDI, bylo zjištěno, že hodnoty všech pacientů od začátku do konce léčby klesají. Statisticky významný rozdíl byl, že skupina 3 klesá v hodnotách méně než ostatní vybrané skupiny. Předpokládalo se, že bude vyšší míra depresivního prožívání u skupiny 3 oproti ostatním skupinám. Tento předpoklad je výzkumně podložen mnoha studiemi, kdy je potvrzena častá komorbidita depresivní poruchy u pacientů dlouhodobě závislých na alkoholu. Tudíž můžeme hypoteticky předpokládat, že depresivní prožívání u pacientů dlouhodobě závislých na alkoholu je již možnou přidruženou komorbiditou (Karpayak, Biernacka, Geske, Abulseoud, Brunner, Chauhan, ...Mrazek (2016)).

Depresivní a úzkostné syndromy jsou významnou součástí psychopatologických komplikací u závislých. Depresivní stavy i deprese se sebevražednými myšlenkami i

pokusy pravidelně doprovází závislostní kariéru prakticky bez ohledu na zneužívanou látku (Kalina, Adameček, Broža, Čablová, Čtrnáctá, Dvořáček, ...Zima, 2015).

Posledním čtvrtým výzkumným cílem bylo popsat osobnostní profil/ poruchy osobnosti výzkumného vzorku dle standardizovaného inventáře PSSI u všech skupin pacientů závislých na alkoholu.

K tomuto výzkumnému cíli byly vytvořeny výzkumné otázky a hypotézy: Výzkumná otázka č. 1. Očekáváme, že bude významný rozdíl v profilu dotazníku PSSI ve výběrovém souboru. H7: Škála depresivity dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru. H8: Škála disociálního chování dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru. H9: Škála impulzivity dosahuje vyšších hodnot oproti ostatním škálám v dotazníku PSSI ve výběrovém souboru.

Výzkumná otázka č. 2. Očekáváme, že bude významný rozdíl v profilu dotazníku PSSI vůči normě. H10: Průměr všech léčených na škále depresivita je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu. H11: Průměr všech léčených na škále disociálního chování je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu. H12: Průměr všech léčených na škále impulzivity je vyšší než hodnota běžné populace reprezentované normami testu.

Pro zpracování výsledků z dotazníku PSSI byly použity statistické metody jako MANOVA a post hoc testy. Výsledky rozdílů celého výběrového souboru: Z výsledků vyplynulo, že u subškály 13 DP (klidný – depresivní porucha osobnosti) nebyl zaznamenán významný rozdíl mezi skupinami. U subškály 1 DS (sebejistý – disociální porucha osobnosti) mezi skupinami nebyl zaznamenán významný rozdíl. U subškály 11 BL (impulzivní – borderline /hraniční/ porucha osobnosti) mezi skupinami nebyl zaznamenán významný rozdíl. Výsledky rozdílů vůči normě: Z výsledků vyplývá, že u subškály 13 DP (klidný – depresivní porucha osobnosti) byl zaznamenán významný rozdíl vůči normě. U subškály 1 DS (sebejistý – disociální porucha osobnosti) vůči normě byl zaznamenán významný rozdíl. U subškály 11 BL (impulzivní – borderline /hraniční/ porucha osobnosti) vůči normě byl zaznamenán významný rozdíl.

Mnoho zahraničních výzkumů potvrzuje u poruch vyvolané užíváním alkoholu jako častou komorbiditu poruchy osobnosti. Výsledky výzkumů potvrdily, že trvalejší užívání

návykových látek je spojeno více s antisociální poruchou osobnosti, hraniční poruchou osobnosti a schizotypální poruchou osobnosti (Hasin, Fenton, Skodol, Krueger, Keyes, Geier, ... Grant, 2012) .

Výzkum (Cresswell, Bachrach, Wright, Pinto, Ansell, 2016) potvrzuje vysokou komorbiditu mezi poruchami osobnosti a užíváním alkoholu. Studie zkoumala, jak se s věkem a generově vytváří vazba mezi patologií osobnosti a problémy s alkoholem. Výsledkem studie byly zhoršující se škodlivé sociální a zdravotní důsledky užívání alkoholu zejména u antisociální poruchy osobnosti a hraniční poruchy osobnosti.

V českých publikacích např. Nešpora, Kaliny či Praška je rovněž uvedeno, že nejčastější komorbiditou poruch osobnosti je závislost na psychoaktivních látkách, a to zejména u dissociální a emočně nestabilní poruše osobnosti – hraničního a impulzivního typu (Praško, 2009).

Uvědomujeme si i limitů testových metod. Dotazník alkoholových zvyklostí jsme účelně vytvořili pro tento výzkum. Jiné zvolené dotazníky, které se užívají v adiktologii se nám zdáli neaktualizované. V klinické praxi nejvíce používané Bekovy inventáře úzkosti a depresivity byly vybrány, neboť pracovníci v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži s ním mají dobré zkušenosti. Nebyl vybrán BDI-II., neboť je krátce standardizován pro českou populaci.

Celý výzkum byl testově zaměřen na začátek a konec léčby, zde si uvědomujeme limity, že průběh léčby nebylo možné sledovat a zaznamenávat, dynamika léčebného procesu nám uniká.

Přínosem této výzkumné práce je poukázat, že v klinické oblasti vzniká vážný problém existence komorbidit u závislostí na alkoholu. Úzkostné a depresivní stavy doprovázejí závislostní chování, odborníci by k tomuto měli přistupovat a léčit obě poruchy navzájem. Rovněž poruchy osobnosti u závislosti na alkoholu často komplikují průběh psychoterapie.

## 11. Závěr

V této kapitole shrnujeme nejdůležitější zjištění v pořadí dle výzkumných cílů. Pro větší přehlednost je uvádíme v bodech.

- Nejvyšší dokončené vzdělání respondentů je středoškolské, konkrétně střední odborné učiliště (SOU). Skupina 1 – 59 %, skupina 2 – 47 %, skupina 3 – 46 %.
- Nejvíce respondentů preferuje konzumaci nízkoalkoholických nápojů od lihovin, konkrétně piva a vína. Výsledky korelují se spotřebou alkoholických nápojů na 1 obyvatele v České republice dle Českého statistického úřadu.
- Rozvodovost s pijáckou kariérou narůstá. Rozvodovost ve skupině 1 – 33 %, ve skupině 2 – 53 %, ve skupině 3 – 66 %.
- Největší genderové zastoupení výzkumného souboru mají muži. Žena ve skupině 3 je pouze jedna.
- Průměrný věk celého výzkumného souboru je 46, 8 roků. Největší četnost najdeme na přechodu střední a starší dospělosti. Najdeme zde dva vrcholy křivky, jeden vrchol nad 50 let (u skupiny 3), druhý od 36 - 49 let (u skupiny 2).
- Nejčastější komorbiditou s jinou návykovou látkou je na marihuaně a pervitinu, nejvíce zastoupená u skupiny 1.
- Z psychických obtíží u všech skupin dominovaly úzkosti a nervozita.
- Dle inventáře BAI nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly. Hodnoty v BAI na začátku a na konci léčebného pobytu měly klesající tendenci.
- Dle inventáře BDI byly zjištěny statisticky významné rozdíly. Skupina 3 měla vyšší hodnoty na začátku léčebného pobytu oproti ostatním skupinám. Všechny skupiny během léčebného pobytu klesaly. Skupina 3 na konci léčebného pobytu klesala oproti ostatním skupinám méně.
- Dle dotazníku PSSI nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly celého výběrového souboru. Byly však zjištěny statisticky významné v dotazníku PSSI vůči normě.

## 12. Souhrn

V této kapitole souhrnně popíšeme celý obsah disertační práce, která má název: Míra úzkostného a depresivního prožívání a osobnostní styl/ poruchy osobnosti u pacientů závislých na alkoholu. Hlavním tématem je závislost na alkoholu, kterým se zabýváme z pohledu úzkostného a depresivního prožívání a osobnostního stylu/poruch osobnosti. Závislost na alkoholu v této souvislosti nebyla zatím tolik v České republice zkoumána.

První nejobsáhlejší kapitolu v teoretické části jsme věnovali tématu závislosti na alkoholu. Další kapitoly jsou zaměřeny na úzkostné a depresivní prožívání a poruchy osobnosti u problematiky závislosti na alkoholu. Popisujeme nejčastější komorbidity u závislosti na alkoholu s úzkostnými a depresivními stavy a poruchami a s osobnostními rysy a poruchami. V teoretické části jsou definovány termíny jako duální diagnóza, komorbidita, současně se vyskytující porucha. Kapitoly jsou převážně propojeny výzkumnými pracemi našich i zahraničních autorů s podobnou problematikou.

Výzkumná část vychází z teoretických poznatků. V České republice se jedná z tohoto pohledu zkoumání o ojedinělý výzkum. Více je ukotvena v zahraničních výzkumech. Na zjištěná data lze volně navázat dalšími výzkumy.

Cílem studie bylo zmapovat závažnost závislosti na alkoholu na psychice člověka. Zaměřovali jsme se zejména na psychologické, emočně-osobnostní aspekty samotných pacientů se závislosti na alkoholu, konkrétně na míru úzkostného a depresivního prožívání a popis osobnostních charakteristik/poruch u tří skupin hospitalizovaných pacientů závislých na alkoholu: 1. skupina pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé (1 pobyt v PNKM), 2. skupina pacientů, kteří byli hospitalizováni opakovaně (2 - 5 pobytů v PNKM), 3. skupina pacientů s chronickou závislostí na alkoholu (nad 5 pobytů v PNKM). Disertační práce obsahovala dohromady 4 cíle. Prvním cílem disertační práce bylo popsat a porovnat výběrový soubor hospitalizovaných pacientů dle rozdělení do skupin pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu. Dále popsat a porovnat jednotlivé skupiny z hlediska sociodemografických a klinických problémů vztahujících se k závislostnímu chování. V této souvislosti popsat mezi jednotlivými skupinami preferovaný alkohol a spojené vzniklé psychické obtíže. Zmapovat i kombinaci s jinými návykovými látkami a hazardem.

Druhý cíl byl popsat a porovnat míru úzkostného prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu, na začátku a na konci léčby. Třetí cíl byl popsat a porovnat míru depresivního prožívání mezi skupinami pacientů, kteří byli hospitalizováni poprvé, opakovaně a s chronickou závislostí na alkoholu, na začátku a na konci léčby. Čtvrtý cíl byl popsat osobnostní profil/ poruchy osobnosti výzkumného vzorku dle standardizovaného inventáře PSSI u všech skupin pacientů závislých na alkoholu.

Jednalo se o porovnání závažnosti závislosti, deprese, úzkostnosti a hodnocení osobnostních rysů u tří skupin hospitalizovaných pacientů. Pacienti po přijetí na oddělení dostávali k vyplnění informovaný souhlas, dotazníkové metody – Dotazník alkoholových zvyklostí, osobnostní dotazník PSSI, Beckovu škálu úzkosti a Beckovu škálu depresivity. Na konci léčby, která obvykle trvala 3 měsíce, byly pacientům předloženy k vyplnění dotazníkové metody – Beckova škála úzkosti a Beckova škála depresivity. Skupiny byly mezi sebou porovnávány na počátku léčby, aby se zjistily případné rozdíly průřezově. Další porovnání bylo prospektivní. Jednalo se o porovnání velikosti změny skóre v dotaznících po skončení léčby mezi jednotlivými skupinami.

Výzkumný soubor tvořili respondenti Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, kde je zajištěn specializovaný program pro léčbu závislosti na alkoholu. Jednalo se o pacienty, kteří byli hospitalizováni z důvodu diagnózy závislosti na alkoholu. Celkový soubor čítá 112 respondentů. Výzkumný soubor tvoří muži i ženy, ve větší míře soubor zastoupen muži.

Frekvence zastoupení respondentů výzkumné studie dle věkových kategorií. Průměrný věk celého souboru je 46, 8 roků. Nejnižší věk respondenta je 18 let, nejvyšší věk respondenta je 72 let. Největší zastoupení mají pacienti ve věku nad 50 let a mezi 36 - 49 lety. Problematika závislosti na alkoholu v populaci se tedy pravděpodobně dotýká všech věkových kategorií, jak již dále z přehledu výzkumné studie vyplývá.

Jako výzkumné metody se použili vlastní Dotazník alkoholových zvyklostí, Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti (PSSI), Beckův sebeposuzovací inventář úzkosti (BAI) a Beckův sebeposuzovací inventář deprese (BDI). Analýza dat byla za použití parametrických a neparametrických metod, používali jsme program Statistica a MS Excel. Pro zpracování kvalitativních dat jsme použili srovnávání a deskripci.

Všechny cíle se nám podařilo obsáhnout. Zde stručně popíšeme výsledky. Více jak polovina výzkumného souboru (skupina 2/ 68 %, skupina 3/ 67 %) využívá nejvíce pobyt v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Při zjištěné četnosti pobytů v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži jsme také zjistili, že skupině 3 se počet navyšuje i nad 10 pobytů v jejich pijácké kariéře. Největší četnost najdeme na přechodu střední a starší dospělosti. Najdeme zde dva vrcholy křivky, jeden vrchol nad 50 let (u skupiny 3), druhý od 36 - 49 let (u skupiny 2). Průměrný věk celého výzkumného souboru je 46, 8 roků. Ve výzkumné práci jsme pracovali s muži i ženami. V každé skupině převládali muži. Nejmenší počet žen bylo ve skupině 3, pouze 1 žena. Vzdělání středoškolské bez maturity (SOU) převládalo ve všech skupinách. Rodinný stav se v jednotlivých skupinách mění, největší nárůst rozvedených lze najít u skupiny 2 a nejvíce u skupiny 3. Z preferovaného alkoholu převažovala ve všech skupinách konzumace nízkoalkoholických nápojů od tvrdého alkoholu. Největší zastoupení jiné návykové látky, konkrétně převažující marihuana a pervitin, bylo zjištěno u skupiny 1. U všech skupin nejvíce převládala nervozita: úzkost. (skupina 1/ 36 %: 26 %, skupina 2/ 30 %: 26 %, skupina 3/ 28 %: 33 %). V inventáři BAI jsme nezjistili významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami na začátku a na konci léčebného pobytu. Všechny tři skupiny postupně klesají. V inventáři BDI bylo zjištěno, že hodnoty všech skupin od začátku léčby do konce klesají. Statisticky významný rozdíl byl, že skupina 3 klesá v hodnotách méně než ostatní vybrané skupiny. Skupina 1 se statisticky liší od hodnot skupiny 2 a 3. V dotazníku PSSI jsme zjistili, že neexistuje významný rozdíl vůči celému výběrovému souboru. Naopak jsme zjistili statisticky významný rozdíl v dotazníku PSSI vůči normě.

## Použitá literatura:

- 1) Allan, N. P., Albanese, B., J., Norr, A. M., Zvolensky, M., J. (2015). Effects of anxiety sensitivity on alcohol problems: evaluating chained mediation through generalized anxiety, depression, and drinking motives. *NIH Public Access, Addiction*. 2015 February ; 110(2): 260–268. doi:10.1111/add.12739
- 2) Alegria, A., A., Petry, N., M. , Shang-Min Liu, Blanco C., Skodol, A., E., Grant B., Hasin D. (2013). Sex Differences in Antisocial Personality Disorder: Results From the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Personal Disord*. 2013 Jul; 4(3): 214–222. Published online 2013 April,1. doi: 10.1037/a0031681
- 3) Alegría, A. A., Hasin, D., Nunes, V., Shang-Min Liu, Danies, Grant, B., Blanco, C. (2010). Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder and Substance Use Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2010 September; 71(9): 1187–1195. doi: 10.4088/JCP.09m05328gry
- 4) Běláčková, V. (1. ledna 2012). Homepage. Získáno 1. 5. 2018 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/34/3903/Klinika-adiktologie-1.LF-UK-v-Praze-a-VFN-v-Praze>
- 5) Beck, A., T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R., A. (1988). "An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56 (6): 893–897. doi:10.1037/0022-006x.56.6.893
- 6) Beck, A., T., Ward, C., H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archive sof General Psychiatry*, 4, 561-571
- 7) Beck., A., T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál



- 8) Brook, S., J., Jung Yeon Lee, Rubenstone, E., Brook, D., W., Finch, S., J. (2014). Triple comorbid trajectories of tobacco, alcohol, and marijuana use as predictors of antisocial personality disorder and generalized anxiety disorder among urban adults. *APHA*: 104 (8):1413-1420
- 9) Babor T., F., de la Fuente, J., R., Saunders, J., Grant, M. a Světová zdravotnická organizace (WHO). (1989, in Mladá, K., 3. 3. 2011). Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT). *Homepage*. Získáno 1. 5. 2018 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2693/Test-pro-identifikaci-poruch-pusobenych-uzivanim-alkoholu>
- 10) Blanco, C., Vesga-López, O., Jonathan W., Stewart, Shang-Min Liu, Grant, B., F., Hasin, D., S. (2012). Prevalence, correlates, comorbidity and treatment-seeking among individuals with a lifetime major depressive episode with and without atypical features: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2012 Feb; 73(2): 224–232. Published online 2011 September 6. doi: 10.4088/JCP.10m06227
- 11) Creswell, K., G., Bachrach, R., L., Wright, A., G., C., Pinto, A., Ansell, E. (2016). Predicting problematic alcohol use with the DMS-5 alternative model of personality pathology. *HHS Public Access, Personal Disord*. 2016 January; 7(1): 103–111. doi:10.1037/per0000131
- 12) Čarnická, L. (2010). *Deprese a závislost na alkoholu*. Diplomová práce. Olomouc: Palackého univerzita, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, s. 158, přílohy s. 175
- 13) Český statistický úřad v České republice (nedat.). *Spotřeba alkoholu v ČR*. Získáno (1. 10. 2018) z <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-2017-dsf60agmth#13>
- 14) Český statistický úřad v České republice (nedat.). *Vzdělávání*. Získáno (1. 10. 2018) z <https://www.czso.cz/csu/czso/1-vzdelavani>

- 15) Český statistický úřad v České republice (nedat.). *Rozvodovost*. Získáno (1. 10. 2018) z <https://www.czso.cz/csu/czso/uhrnna-rozvodovost-v-letech-1950-2016>
- 16) Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing
- 17) Edwards A., C., Heron, J., D., Hickman, M., Lewis, G., Macleod, J., Kendler, K.S. (2014). Adolescent alcohol use is positively associated with later depression in a population-based U. K. cohort. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014 September;75(5):758-65.
- 18) Ewing, J. (1984, in Šťastná, L., 4. 11. 2010). Screeningový dotazník CAGE. *Homepage*. Získáno 1. 5. 2018 z [http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2005/Sc\\_Screeningovy-dotaznik-CAGE](http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2005/Sc_Screeningovy-dotaznik-CAGE)
- 19) Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (nedat.). *Pojem kombinovaná závislost*. Získáno (1. 5. 2018) z [http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/czech-republic\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/czech-republic_en)
- 20) Fox, L., Drake R., E., Mueser, K. T., Brunette, M., F., Becker, D., R., McGovern M., R., ... Acquilano, S., C. (2011). *Integrovaná léčba duálních poruch*. Praha: Cross Channel
- 21) Falk, D., F., Hsiao-ye Y., Hilton, M., E. (2008). Age of Onset and Temporal Sequencing of Lifetime DSM-IV Alcohol Use Disorders Relative to Comorbid Mood and Anxiety Disorders. *Drug Alcohol Depend*. 94(1-3): 234–245. Published online 2008 January 22. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.11.022
- 22) Gregorová, M. (2010). *KBT alkoholismu*. Závěrečná práce do výcviku v KBT, ABC Slovenský inštitút, Liptovský Mikuláš
- 23) Hasin D., Fenton, M., C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., ... Grant, B. (2012). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use

- disorders. *NIH Public Access, Arch Gen Psychiatry, PMC 2012*, November 19, 68(11): 1158–1167. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.136
- 24) Hasin, D., S., F. Grant, B., F. (2015). The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: Review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 November; 50(11): 1609–1640. Published online 2015 Jul 26. doi: 10.1007/s00127-015-1088-0
- 25) Hasin, D., Fenton, M., C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Blanco, C., Grant, B. (2011). Personality Disorders and the 3-Year Course of Alcohol, Drug, and Nicotine Use Disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2011 November; 68(11): 1158–1167. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.136
- 26) Johannessen, E., L., Andersson, H. W., Bjørngaard, J., H., Pape, K. (2017). Anxiety and depression symptoms and alcohol use among adolescents – a cross sectional study of Norwegian secondary school students. *BMC Public Health*, 1-9, DOI: 10.1186/s12889-017-4389-2
- 27) Kamarádová, D., Praško, J., Látalová, K. (2015). Sebevražednost a úzkostné poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie.* 111 (3): 155-160
- 28) Kamarádová, D, Praško J, Látalová K, Panáčková L., Švancara, J., Grambal, A., ...Vrbova, K. (2015). Psychometric properties of the Czech version of the Beck Anxiety Inventory – Comparison between diagnostic groups. *Neuroendocrinol Lett* 2015; 36 (7): 706-712
- 29) Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Dvořáček, J., Dobiášová, D. Frouzová, M., ...Zábranský, T. (2008). *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada Publishing
- 30) Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnáctá, Š., Dvořáček, J., ...Zima, T. (2015). *Klinická adiktologie.* Praha: Grada Publishing
- 31) Karpyak, V., M., Biernacka, J., M., Geske, J. R., Abulseoud, O., A., Brunner, M., D., Chauhan, M., ...Mrazek, D. A. (2016). Gender-specific effects of comorbid depression

and anxiety on the propensity to drink in negative emotional states. *SSA, Addiction*, 111, 1366-1375, doi:10.1111/add.13386

- 32) Kubička, L., Csémy, L. (1997). *Psychosociální stresory, úzkost, deprese a úzus psychoaktivních látek v populaci pražských žen středního věku*. Tato studie vznikla na základě projektu, podpořeného grantem 4015-3 IGA MZ ČR. Psychiatrické centrum Praha, 1-11
- 33) Kuhl J., Kazén M. (2002). *PSSI- Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti*. Praha: Testcentrum
- 34) Lubman, D., I., Cheetham, A., Jorm, A. F., Berridge, B., J., Wilson, C., Blee, F., ...Proimos J. (2017). Australian adolescents' beliefs and help-seeking intentions towards peers experiencing symptom of depression and alcohol misuse. *BMC Public Health*, 1-12, 17:658, DOI: 10.1186/s12889-017-4655-3
- 35) Luskačová, M. (2016). *Život se závislostí. Ze života žen závislých na alkoholu*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Ústav pedagogických věd, s. 76, přílohy s. 82
- 36) McCarter, K., L., Halpin, S., A., Baker, A., L., Kay-Lambkin, F., J., Lewin, T., J., Thornton, L., K. ...Kelly, B., J. (2016). Associations between personality disorder characteristics and treatment outcomes in people with co-occurring alcohol misuse and depression. *BMC Psychiatry*. 16:210, DOI: 10.1186/s12888-016-0937-z
- 37) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing
- 38) Národní instituce pro užívání alkoholu a alkoholismus (nedat.) *NESARC data*. Získáno (26. 6. 2018) z <https://www.niaaa.nih.gov/research/nesarc-iii/nesarc-iii-data-access>
- 39) Národní instituce pro drogovou závislost (nedat.). *Pojem komorbidita nebo duální diagnóza*. Získáno (26. 6. 2018) z <https://www.drugabuse.gov/>

- 40) Nešpor, K. (2004). *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR
- 41) Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál
- 42) Webové stránky Dr. Nešpora (nedat.). *Propojení hazardu, marihuany nebo pervitinu u alkoholových závislostí*. Získáno (26. 6. 2018) z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- 43) Nevoralová, M. (11. 10. 2012). *Homepage*. Získáno 1. 5. 2018 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/379/3885/Prehled-evaluacnich-nastroju>
- 44) Ocisková, M., Praško, J., Kupka, M., Maráčková, M., Látalová, K., Cinculová, A., ... Vrbová, K. (2017). *BDI-II u pacientů s depresí a zdravých kontrol. Psychometrické vlastnosti českého překladu Beckova inventáře deprese-II*. Olomouc: Klinika psychiatrie a Katedra psychologie
- 45) Papežová, H. a kol. (2014). *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf Jessenius
- 46) Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál
- 47) Praško, J. a kol. (2009). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál
- 48) Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M., Espa-Červená, K., Horáček, J., Houbová, P., ... Zbytovský, J. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton

- 49) Psychiatrická nemocnice v Kroměříži (nedat.). *Informace o psychiatrické nemocnici*. Získáno (1. 5. 2018) z <http://www.pnkm.cz/cs/nase-lecebna/vize--poslani-a-motto-pn-kromeriz>
- 50) Psychiatrická nemocnice v Kroměříži (nedat.). *Oddělení psychiatrické nemocnici*. Získáno (1. 5. 2018) z <http://www.pnkm.cz/cs/oddeleni-lecebny>
- 51) Roncero, C., deMiguel, A., Fumero, A., Abad, A., C., Martin R., Bethencourt, J., M., ...Daigre, C. (2018). Anxiety and depression in drug-dependent patients with cluster C personality disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-8, doi: 10.3389/fpsyt.2018.00019
- 52) Skinner, H., A., Horn, J., L., Wanberg, K., Foster, F., M. (1982, in Jurystová, 12. 7. 2011). Škála závislosti na alkoholu (Alcohol dependence scale, ADS). *Homepage*. Získáno 1. 5. 2018 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2971/Skala-zavislosti-na-alkoholu>
- 53) Samkova, D., Dolejš, M. (2014). Smysl života u závislých na alkoholu a jejich osobnostní charakteristiky. *Adiktologie*, 14(2), Praha: 158–166
- 54) Smolejova, E., Heretik ml., A., Hajduk, M. (2016). Špecifika temperamentu a charakteru pacientov závislych od alkoholu. *Adiktologie*, 16(1), 8–17
- 55) Schneier, F., R., Foose, T., E., Hasin, D., E., Heimberg, R., G., Shang-Min Liu, Grant, B., F., Blanco, C. (2010). Social Anxiety Disorder and Alcohol Use Disorder Comorbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Med.* 2010 Jun; 40(6): 977–988. doi: 10.1017/S0033291709991231
- 56) Státní zdravotnický ústav v Praze (nedat.). *Zdraví 21*. Získáno (26. 6. 2018) z <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/alkohol>

57) Thapa, S., Selya, A., S., Jonk, Y. (2017). Time-varying effects of parentel alcoholism on depression. *Preventing chronic disease. Prev. Chronic Dis.* 2017, 14:170100. DOI: <http://doi.org/10.5888/pcd14.170100>

58) Ticháčková, A., Praško, J., Látalová K., Stárková, L. (2011). *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigris

59) Úřad pro ochranu osobních údajů (1. 7. 2017). *Zákon č. 101/2000 Sb.* Získáno (26. 6. 2018) z <https://www.uoou.cz/zakon-c-101-2000-sb-o-ochrane-osobnich-udaju-a-o-zmene-nekterych-zakonu-ve-zneni-ucinnem-od-1-cervence-2017/ds-3109/p1=3109>

60) Vesga-López, O., Schneier, F., Wang, S., Heimberg, R., Shan-Min Liu, Hasin, D, S., Blanco, C. (2016). Gender differences in generalized anxiety disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *HH Public Access, J Clin Psychiatry*. 2008 October ; 69(10): 1606–1616

# Seznam příloh

Příloha č. 1. Anotace disertační práce

Příloha č. 2. Seznam tabulek

Příloha č. 3. Seznam grafů

Příloha č. 4. Informovaný souhlas