

Univerzita Palackého v Olomouci

Filosofická fakulta

Katedra psychologie

**VZTAH MÍSTA KONTROLY K VNÍMÁNÍ ČASU A DEPRESIVITĚ  
U KLIENTŮ LÉČÍCÍCH SE S DIAGNÓZOU F10**

RELATIONSHIP LOCUS OF CONTROL TO TIME PERCEPTION AND DEPRESSIVE  
BEHAVIOR IN CLIENTS UNDERGOING TREATMENT  
WITH THE DIAGNOSIS OF F10



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Petra Divíšková

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

Olomouc

**2015**

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Vztah místa kontroly k vnímání času a depresivně u klientů léčících se s diagnózou F10“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne .....

Podpis .....

## **Poděkování**

Ráda bych zde poděkovala PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, jeho hbité a vyčerpávající odpovědi a drahocenné rady. Dále bych chtěla poděkovat Psychiatrické léčebně v Opavě a Psychiatrické nemocnici v Kroměříži a jejich pacientům, kteří mi umožnili zrealizovat svůj výzkum. A na konec své rodině, partnerovi a přátelům, kteří mi byli vždy oporou.

# Obsah

Úvod .....	7
------------	---

## TEORETICKÁ ČÁST

<b>1. Závislost na alkoholu.....</b>	<b>9</b>
--------------------------------------	----------

1.1. Historie a základní pojmy .....	9
--------------------------------------	---

1.2. Alkohol a komplexní vliv na člověka .....	13
--	----

1.3. Diagnostika závislosti na alkoholu dle MKN-10 .....	14
--	----

1.4. Léčba.....	17
-----------------	----

<b>2. Locus of Control.....</b>	<b>21</b>
---------------------------------	-----------

<b>3. Časová perspektiva.....</b>	<b>24</b>
-----------------------------------	-----------

3.1. Historie časové perspektivy .....	24
--	----

3.2. Zimbardův koncept časové perspektivy.....	27
--	----

<b>4. Deprese.....</b>	<b>29</b>
------------------------	-----------

4.1. Druhy deprese.....	29
-------------------------	----

4.2. Diagnostika deprese podle MKN-10 .....	32
---	----

4.3. Léčba.....	33
-----------------	----

<b>5. Výzkumy spojené s alkoholismem .....</b>	<b>36</b>
--	-----------

5.1. Výzkumy spojené s Rotterovým Locus of Control (LOC).....	36
---	----

5.2. Výzkumy spojené se Zimbardovou časovou perspektivou (ZTPI) .....	37
---	----

5.3. Výzkumy spojené s Beckovou sebesuzovací škálou depresivity pro dospělé (BDI-II).....	38
---	----

## EMPIRICKÁ ČÁST

<b>6. Výzkumná otázka, cíle práce a hypotézy .....</b>	<b>40</b>
--	-----------

6.1. Výzkumné cíle.....	40
-------------------------	----

6.2. Hypotézy .....	40
---------------------	----

<b>7. Popis zvoleného metodologického rámce a metod .....</b>	<b>42</b>
7.2. Metoda výběru respondentů .....	46
<b>8. Výzkumný a kontrolní soubor .....</b>	<b>47</b>
<b>9. Popis a interpretace výsledků .....</b>	<b>55</b>
9.1. Demografické údaje .....	55
9.2. Locus of Control (LOC).....	58
9.3. Zimbardova časová perspektiva (ZTPI).....	59
9.4. Beckova depresivita (BDI-II).....	65
9.5. Vztahy mezi jednotlivými testy.....	67
9.6. Vyjádření k platnosti hypotéz.....	69
<b>Diskuse .....</b>	<b>71</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>74</b>
<b>Souhrn.....</b>	<b>75</b>

## PŘÍLOHY

**Příloha č. 1:** Zadání bakalářské diplomové práce

**Příloha č. 2:** Abstrakt bakalářské práce

**Příloha č. 3:** Dotazníková baterie pro pacienty léčící se s diagnózou F10

**Příloha č. 4:** Dotazníková baterie pro běžnou populaci

**Příloha č. 5:** Seznam tabulek

**Příloha č. 6:** Seznam grafů

## Literatura

## Úvod

Závislost na alkoholu, alkoholismus, tíží lidskou rasu od nepaměti. Zpočátku přináší uvolnění, dobrou náladu a častokrát zábavu ve společnosti. Později však ukáže svou opravdovou tvář a začne ovládat, pobízet až se závislosti zcela podlehne. Toto téma je aktuální, vzhledem k snadné dostupnosti látky a toleranci společnosti vůči ní, i když je to droga jako každá jiná.

Člověk řídí svůj život podle několika atributů. Tato práce se bude zabývat několika z nich, přesně mírou kontroly, časovou perspektivou a depresivitou. Ačkoli byla tato problematika zkoumána v zahraničních studiích (u každého faktoru zvlášť), v České republice ještě nebyla prezentována studie, která by se zabývala těmito třemi faktory u mužů nad třicet let s diagnostikovanou závislostí na alkoholu.

Hlavním cílem této výzkumné studie je ověřit, zda pacienti s diagnostikovanou závislostí na alkoholu mají jiný osobnostní profil než běžná populace. Na základě stanovení profilu, bude možné testovat běžnou populaci a předem odhalit sklony k závislosti na alkoholu.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1. Závislost na alkoholu

Alkohol, pojem, který zná úplně každý. Někomu chutná jeho chuť, jiný ho nemůže ani cítit a další si v něm hoví – hledá na dně vypité skleničky euforii, uvolnění, zapomenutí na špatné okamžiky a způsob řešení, který je však pouze dočasný. Česká republika je v žebříčku spotřeby alkoholu na jednom z nejvyšších míst v Evropě. V roce 2012 Český statistický úřad (2012) zjistil, že spotřeba alkoholických nápojů na jednoho obyvatele České republiky činí 176,2 litrů alkoholu za rok. Do tohoto čísla je započítáno 148,8 litrů piva, 19,8 litrů vína a 6,7 litrů lihovin. Podle analýzy jednotlivých let, je to zdaleka nejvyšší číslo v historii naší země. V roce 2012 bylo hospitalizováno 1918 osob s poruchami způsobenými závislostí na alkoholu (Český statistický úřad, 2012).

Mezi populaci patří **abstinenti**, kteří se této látce úmyslně vyhýbají. Může se za ně považovat každý člověk, který nepozře alkohol minimálně tři roky. Další skupinou jsou **konzumenti**, tedy osoby, které popíjí s mírou a kromě výjimečných situací nevědí, jaký vliv má alkohol na nervovou soustavu. Poté následují **pijani**, kteří vyžadují stav euforie, jenž v organismu vytváří etanol. Nakonec řadíme **závislé** na alkoholu, kteří neumí své pití korigovat. Alkohol se stává jejich nedůvěrným a často i jediným společníkem (Skála, 1988).

## 1.1. Historie a základní pojmy

Slovo **adiktologie** je u nás poměrně nové slovo. Původně pochází z latiny. *Addictus* znamená závislá osoba, *logia* je věda. Takže je to složenina slov Ad(d)ico a logia, tedy věda o závislostech. Zabývá se příčinami, souvislostmi a následky vzniku závislosti a rozvojem návykového chování. Hledá motivaci k danému chování (Řehan, 2007).

Člověk již od pradávna vyhledával opojné látky, které mu změny vnímání. Nejdříve využíval přírodně zkvašeného medu, javorové mízy a podobně. Užíval si pocit, že do něj vstoupil někdo jiný. Postupem času se však naučil zkvasit objevené plody a dokonce i obilí (Řehan, 2007). Číňané kvasili rýži (Panýrek, 192–). Zprvu nápoj využívali k rituálním účelům – pro změnu vnímání myslí, později se však stal součástí běžného života a lidé si začali uvědomovat i jeho negativní vliv na život (Řehan, 2007).



**Řehan (2007) uvádí další pojmy, které souvisí s návykovým chováním při užívání alkoholu:**

**Úzus** – neboli zvyklost je přiměřené užívání látek (Hartl & Hartlová, 2010). Přiměřené pití alkoholu nepřesahující 0,6 ‰ v krvi. Tedy stav, který neovlivní smýšlení ani náladu. U devadesátikilového muže jsou to zhruba dva půllitry piva, nebo tři deci vína, nebo dva kalíšky lihoviny. U nižších váhových kategorií a u žen je to o něco méně. Je nutné brát v potaz i rychlost spalování, obsah žaludku a další vlivy.

**Misúzus** – užívání alkoholu v zakázaném období. Například v nezletilosti, během těhotenství, před a během jízdy motorovým vozidlem a další.

**Abúzus** – vyjadřuje nadužívání toxických nápojů bez návyku (Hartl, 1993). Což platí pro situaci, kdy etanol ovlivňuje lidskou mysl a emoce, uvádí se hodnota nad 0,6 ‰. Rozlišujeme **občasný abúzus**, který je spojen s oslavami narozenin, výročí, hromadných slavností, kde je popíjení sociálně žádoucí. **Periodický abúzus** je spojován s ustálenými zvyky (sobotní dýchánek v hospodě s přáteli). **Systematický abúzus** může mít více podob – od každodenního pití po periodické popíjení s občasnými výkyvy střízlivosti a pití ve velkém množství. Je spojován s životními změnami pijana (Řehan, 2007).

**Alkoholismus** – je již zastaralý termín závislosti na alkoholu (Řehan, 2007). Jellinek (1960) rozděluje alkoholismus do tří částí: nemoc jako koncept alkoholismu, alkoholismus jako symptom a alkoholismus jako koncept nemoci. Ke každému dílu uvádí mnoho příkladů definic alkoholismu od různých osob. V první části cituje Querida (1954, in Jellinek, 1960), že touha po alkoholu nebo neschopnost kontrolovat pití jako takové, samo o sobě může být nemocí. Ve druhém cituje Walla (1953, in Jellinek, 1960), který říká, že pití alkoholu je jen část problému osobnosti. A v poslední části uvádí například Giscarda a Giraudona (1951, in Jellinek, 1960), kteří praví, že alkoholismus je pouze známkou slabé povahy. A léčba alkoholismu by měla být spojena s represivním opatřením.

**Závislost na alkoholu** – je onemocnění způsobené poruchou rizikového chování, vypovídá o přístupu člověka k životu, jakým závislý řeší obtížné situace. Závislost na alkoholu vykazuje určité znaky, podle kterých lze diagnózu stanovit („Terminologický slovník“, 2000). Tento termín zpřesňuje MKN-10 a Jullinkova diagnostika. K těmto klasifikacím je více pozornosti věnováno v kapitole 1.3.

**Craving** – neboli bažení. Tímto pojmem se vyznačuje silná touha, v tomto případě po napití se alkoholu. Jedná se o stav, kdy dotyčný nedokáže myslet na nic jiného, než na shánění si drogy („Terminologický slovník“, 2000). Dle Isbella (1955, in Nešpor, 2011) se dělí carving na tělesné a psychické bažení. Později se zjistilo, že fyzický carving se projevuje po vyprchání látky z krve, zatímco psychický carving se může objevit až po delší abstinenci (Nešpor, 2011). Doprovázející jsou fyziologické projevy – zvýšení tepové frekvence (Weinstein a kol., 1997, in Nešpor, 2011), aktivace určitých center v mozku (Roy a kol., 1996, in Němec, 2011), snížení kožního odporu a pocení (Greeley a kol., 1993, in Nešpor, 2011), oslabení paměti a další.

**Tolerance** – latinsky *tolerantia* znamená trpělivost, snášenlivost (Geist, 2000). Jedná se o individuální, komplexní biologickou funkci odbourávání alkoholu. Způsob, jakým se tělo vyrovnává s alkoholem a jakou rychlostí je tělo schopno odbourávat etanol. Ke stejnému účinku drogy, jí musí každý jedinec pozřít jiné množství („Terminologický slovník“, 2000).

**Racionalizace** – je obranný mechanismus Já. Osoba se snaží ospravedlnit své chování, i když nezná skutečnou příčinu (Sillamy, 2001). Závislý se snaží si své pití zdůvodňovat logickými argumenty. Využívá například příčiny a následku: „Kdybych nepil, tato situace by byla neúnosná.“ (Řehan, 2007).

**Bagatelizace** (*belittlement*) – zlehčování (Hartl & Hartlová, 2000). Je též obranným mechanismem Já, tentokrát nevědomým. Zlehčují závažnou situaci, při níž se dopouštějí i lži: „Proč tak vyvádíš, měl jsem jen dva panáky!“ přitom na platebním lístku má panáků sedm (Řehan, 2007).

**Kontrola pití** – je komplexní mechanismus, který zdravému jedinci nedovoluje překročit určitou hranici alkoholu v krvi („Terminologický slovník“, 2000). Jedná se o bio-psycho-sociální přístup, který je naprosto individuální, a existují v něm velké rozdíly (Řehan, 2007).

**Narušení kontroly pití** – je počáteční stádium závislosti na alkoholu, kdy se člověk přestává kontrolovat a nedokáže odhadnout rozumnou míru pití. Dochází k větší opilosti a „opileckým okénkům“, při kterých si nepamatuje včerejší večer („Terminologický slovník“, 2000).

**Abstinenční příznaky** – jedná se opět o zastaralejší terminologii, nyní se častěji používá pojem somatický odvykací stav (Řehan, 2007). Vytváří nepříjemné psychické i fyzické pocity, které se u závislých dostávají při poklesu hladiny alkoholu v krvi. Typický je neklid, pocení, třes rukou, křeče, poruchy spánku, nesoustředěnost, žaludeční nevolnost a další (Sillamy, 2001). Odvykací stav se rozlišuje na podmíněný a protraňovaný. Podmíněný se váže na bývalé zvyky, protraňovaný na nynější přítomnost abstinčních příznaků („Terminologický slovník“, 2000).

**Ranní doušek** – pokus o zmírnění ranních abstinčních příznaků dodáním dávky etanolu do krevního oběhu (Řehan, 2007).

**Pití v tazích** – několikadenní koloběh pití alkoholu bez vystřízlivění – po večerní akci, ranní abstinční příznaky, ranní doušek, s následným popíjením. Další ze znaků závislosti (Řehan, 2007).

**Embrieta** – alkoholická opilost (Řehan, 2007).

**Palimpsest** – neboli „alkoholické okénko“, amnézie. Dochází ke snížení funkce paměti. Dotyčný si není schopen vybavit, co se dělo v předešlý den ve stavu opilosti. Existují různé délky „okének“ („Terminologický slovník“, 2000).

**Alkoholická toxikománie** – zastaralejší termín osamělého pití alkoholu, kdy se objeví „vnitřní“ potřeba. Dochází ke slibům abstinence a opětným návratům k popíjení ve větším množství (Řehan, 2007).

**Relaps** – je návrat k požívání alkoholu po dlouhodobějším abstinování. Rozlišuje se relaps, neboli návrat, a lapsus – příležitostné požití („Terminologický slovník“, 2000).

**Tato část kapitoly pojednává o historickém přístupu ke kvašeným nápojům. Nabízí náhled do pojmů, jež se s alkoholismem pojí. Definuje druhy užívání alkoholických látek, popisuje stavy, v nichž se podnapilá osoba vyskytuje a vysvětluje důvody konzumace této látky. V neposlední řadě upozorňuje na nejčastější obranné mechanismy a důvody pití.**

## 1.2. Alkohol a komplexní vliv na člověka

Alkohol neboli etanol ( $C_2H_5OH$ ) vzniká kvašením cukrů. Díky svým psychotropním látkám patří ve farmakologii mezi hypno-sedativa, i když jsou jeho účinky nejslabší (1g na kilogram látky). Etanol dokáže pokrýt až polovinu energické hodnoty pro fungování člověka s mírnou zátěží (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).

Je to čirá tekutina, která má bod varu již při 78,2 °C, je jí tedy možné oddělit destilací od vody. Alkoholické nápoje mají odlišnou koncentraci alkoholu. Asi nejnižší hodnotu má pivo, a to 30–50 gramů na litr, víno obsahuje 90–110 gramů na litr, výjimkou je desertní víno, které má až 130 gramů na litr. U destilátů je to složitější, jelikož mají velmi různorodou hladinu etanolu, ale většina se pohybuje okolo 350–500 gramů na litr (Řehan, 2007).

Alkohol narušuje bazální činnost všech nervových subsystémů, především centrálního nervstva, příčně pruhovaného kosterního a srdečního svalstva. Přičemž nižší hodnoty ho stabilizují, vyšší destabilizují. Mění se duševní stav podnapilého, samozřejmě intenzita změny závisí na množství požití látky. Při 1,5 % ovlivňuje už i svalovou souhru, okolo 2 % se projevuje klasická opilost s tlumivými, nebo naopak budivými a dezorientujícími stavy. Při více než 3 % dokonce hrozí smrt, utlumuje střední mozek a oběhovou soustavu (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).

Alkohol se velmi snadno vstřebává do krve, a to po celou dobu, co je v zažívacím traktu. V mozku se nachází především v šedé kůře mozkové s tím, že hladina v mozku a krvi se vyrovná do jedné minuty. Pomaleji se etanol vstřebává do svalů a tukové tkáně. Jeho vstřebávání je urychleno oxidem uhelnatým a bikarbonáty. Přímý kontakt s trávicí trubicí způsobuje zánět sliznice žaludeční (Řehan, 2007).

Vylučování etanolu je naopak velice pomalý a zdlouhavý proces. Rychlost zpracování závisí především na funkci jater. Pokud zdravý člověk přijme 1 gram etanolu na 1 kg své váhy, tělo odbourá 0,1 gramu etanolu za hodinu. To tedy znamená, že toto množství odbourá za deset hodin. Celý proces má však na tělo negativní vliv jako zvýšení kyseliny mléčné v krvi, vznik metabolické acidózy, zpomalení oxidace lipidů, ztukování jater, snížení či zvýšení cukru v krvi a mnohé další (Řehan, 2007).

Etanol způsobuje dobrou náladu, což je nejspíš důvod, proč člověk pije. Jeho toxické účinky však způsobí, že jedinec přestane pít místo toho, aby se udržoval stále v podnapilém stavu. Vyvolává pocity nevolnosti, zvracení, zrychlení pulzu, pokles krevního tlaku a de-

hydrataci. Snižuje schopnost propojování sluchového a zrakového vnímání, souhru očí a pohybů celkově. Zhoršuje schopnost verbálního vyjadřování a zvyšuje agresivitu. Při spánku oddaluje REM (snovou fázi) a jednotlivé NREM fáze zkracuje (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).

Dlouhodobé užívání způsobuje srdeční problémy, urychluje stárnutí a degeneruje funkci mozečku (Řehan, 2007). Snižuje se intelekt a negativně působí i na spánek. Při závislosti zcela vymizí fáze REM spánku. Ebrahim, Shapiro, Williams a Fenwick (2014) proklamovali, že alkohol způsobuje snížení latence před usnutím, upevňuje první polovinu spánku a zvyšuje narušení v druhé polovině. Podle výzkumu Voinescu a Orafana (2014) jsou poruchy spánku třikrát častější u lidí závislých na alkoholu. Dále alkohol narušuje minerální systém, způsobuje řídnutí kostí a celkovou svalovou ochablost. Etanol obsahuje protikladnou kyselinu kyseliny listové a vitamínu B<sub>6</sub>. Dále usnadňuje rozvoj různých infekcí a snižuje funkci bílých krvinek (Řehan, 2007). Fiske, Hamilton a Stout (2008) potvrdili, že při pravidelném užívání alkoholu se zvyšuje výskyt tuberkulózy.

**V této části kapitoly jsou popsány fyziologické změny při užívání alkoholu. Co je etanol, jaké má výhody a nevýhody a jak působí na lidské tělo. Jaký vliv má na spánek, na kognitivní procesy a jak tělo tuto látku zpracovává. Jaké změny způsobuje jeho dlouhodobé užívání.**

### **1.3. Diagnostika závislosti na alkoholu dle MKN-10**

Problémy spojené s alkoholem jsou řazeny pod zdravotnictví, proto se jimi zabývá Světová zdravotnická organizace. V České republice tyto problémy řeší Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Státy se snaží dlouhodobě snižovat spotřebu alkoholu, každoročně však její konzumace stoupá (Šedivý & Válková, 1988).

Od 20. století je závislost na alkoholu považována za nemoc v celistvém bio-psycho-socio-spirituálním přístupu (Procházka, 2011). Mezi nejstarší možnosti diagnostiky závislosti na alkoholu lze zařadit rozdělení abúzu dle vnitřních souvislostí podle Jellinka (1960). Popisuje pět základních typů: Alfa, Beta, Gama, Delta a Epsilon. U Alfy až Gamy se popisují tatáž stádia: počáteční, varovné, rozhodné a konečné.

**Alfa typ** – je nejmírnější stádium závislosti. Projevuje se u lidí, kteří řeší vnitřní konflikt či u lidí s nevyváženou psychikou. Pokud se problém vyřeší, odezní i abúzus. Navrací se až při dalším období plném napětí. Většinou negraduje do dalšího stupně pijáctví. Skála (1986) upozorňuje na riziko úrazu, zvyšující se toleranci vůči etanolu a sklony k trestní činnosti. Typ Alfa se překrývá se stádiem počátečním.

**Beta typ** – se většinou váže na prosociální chování. Jedinec touží patřit ke skupině osob, které pravidelně popíjí, a proto začne pít také. Souvisí to s bažením a tak vzniká psychická závislost ovlivnění společností. Sám potřebu konzumovat alkohol nemá, a proto je nižší pravděpodobnost než u Alfy, že se závislost na etanolu projeví. Objevují se problémy s polyneuropatií, cirhózou jater a záněty žaludku (Jellinek, 1960). Nejčastější následky hřešení se projevují v dopravě a řízení pod vlivem alkoholu, vzniká značná tolerance vůči alkoholu. Typ Beta je kongruentní se stádiem varovným (Skála, 1986). Marhounová a Nešpor (1995) upozorňují, že v průměru každé čtvrté pozření alkoholu u mladých mužů končí opilostí.

**Gama typ** – tento typ abúzu přesahuje Betu. Pijan má zvýšenou tkáňovou toleranci vůči alkoholu, adaptovaný metabolismus a psychickou i fyzickou závislost. Často graduje v závislost na alkoholu (Jellinek, 1946, in Jellinek, 1960). Typ Gama se shoduje se stádiem rozhodným (Skála, 1986).

**Delta typ** – Jedná se o samotářské pití, při kterém si jedinec užívá následky drogy a postupuje do průběžné intoxikace kvůli neustálému doplňování. Přestává mít konzumaci pod kontrolou. Díky utajování a osamocenímu požívání je tento stav dlouho neregistrován a mohou poté vznikat psychické i somatické obtíže (Jellinek, 1960). Typ delta je v souladu se stádiem konečným (Skála, 1986).

**Epsilon typ** – jedná se o periodický způsob popíjení a může trvat dvacet nebo dvacet pět let v různých pseudoperiodických opakováních. Závislý své pití nedokáže ovládat, pro ukončení tohoto typu je nutná léčba (Jellinek, 1960). Dochází k zadlužení, neomluveným absencím v práci a vzdálení se od rodiny a blízkých. Tento stav je podobný stavu hypomaniickému (Řehan, 2007).

Manuál desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2013) rozděluje choroby do skupin podle typu problému. Poruchy duševní a chování mají statistický kód F00 – F99 s tím, že závislosti na psychoaktivních látkách (předepsaných lékařem i bez předpisu, volně prodá-

vaných) patří do F10–F19. Závislost na alkoholu se kóduje F10. Rozlišuje se syndrom akutní intoxikace, syndrom škodlivého užívání a syndrom závislosti.

- **Syndrom akutní intoxikace** – značí se F1x.0 (místo x je doplněna látka – u závislosti na alkoholu tedy F10.1). Jedná se o aktuální stav změněný vlivem drogy (poruchy vnímání, soustředění, jiných psychofyzických funkcí a reakcí). Po zpracování látky v těle se veškerý pozměněný stav vrací do normálu.
- **Škodlivé použití** – se značí F1x.1. Toto užívání vede k poškození, ať už somatickému (například cirhóza) nebo psychickému (například deprese).
- **Syndrom závislosti** – se značí F1x.2. Nešpor (2011, 9) uvádí, že: „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.*“ Pokud během jednoho roku dojde ke třem a více z těchto znaků (carving, potíže s ovládním užívání dané látky, tělesný odvykací stav, tolerance vůči droze, zanedbávání svých zájmů kvůli užívání a pokračování užívání, i přes existenci zdravotních potíží), je možné potvrdit závislost (Nešpor, 2011).

U závislých na alkohol se projevují různá psychiatrická onemocnění. Příčný důvod není znám, ale předpokládá se, že primárním spouštěčem je osobnost se sklony k psychózám. A dlouhodobějším působením alkoholu vznikají duševní poruchy. Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2013) definuje psychotické poruchy vzniklé užíváním psychoaktivních látek do kategorie F1x.5 (u alkoholu je to označení F10.5). Popisuje poruchy, které nejsou následkem akutní intoxikace nebo odvykacího stavu. Nejvýznamnější z nich jsou:

**Delirium tremens** – je nejčastější alkoholovou psychózou. Projevuje se změněnou úrovní vědomí. Sníží se lucidita a bdělost kolísá, změní se kognitivní funkce (paměť, dezorientace, řeč), vnímání času (Ambler a kol., 2008). Další projevy jsou pocení, neklid, třes, halucinace sluchové a zrakové. Nejčastější je delirium zaměstnanosti, kdy dotyčná osoba dělá neexistující činnost (například trhá polštář a myslí si, že opravuje auto) (Orel a kol., 2012). Často je nemocný dehydratován a má málo hořčíku a draslíku v krvi. Je třeba neustálý dohled a nasazení farmakologické léčby (Nešpor & Csémy, 1996). Akutní stav trvá dva až pět dní, poté zdánlivě odezní a vrací se po dnu až dvou znovu. Při opakovaných deliriích není výjimkou, že se objeví Korsakovy psychózy (Řehan, 2007).

**Alkoholická halucinóza** – je abstinenční syndrom podobný v projevech deliriu tremens. Akutní stav trvá dva až čtyři dny. Jedinec vnímá sluchové přeludy a velké výčitky spojené

s alkoholem (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985). Je nebezpečná pro své pokusy o sebevraždu, proto je potřeba neustálý dohled (Nešpor & Csémy, 1996). V chronickém stavu se často stává schizofrenií (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).

**Alkoholická paranoia** – je vzácné onemocnění. Vyskytuje se u jedinců, kteří nebyli schopní navázat hlubší citový vztah. Mají blud žárlivosti, vztahovačnosti a nedůvěřivosti (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).

**Alkoholická epilepsie** – působení alkoholu způsobí poškození mozku, změny jsou patrné na EEG. U malého poškození je při úplné abstinenci možnost reverzibilního stavu, u zbylých případů se epilepsie stává trvalým důsledkem (Řehan, 2007). Nutná je farmakologická léčba (Nešpor & Csémy, 1996).

**Alkoholická myelopatie** – je předčasné stárnutí důsledkem alkoholu. Alkoholici se dožívají v průměru až o šestnáct let méně než nealkoholici (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).

**Alkoholická slepota** – se vyskytuje u alkoholiků, kteří hodně kouří a málo jedí. Mají ochablé svalstvo, jsou hubení a ztrácí zrakovou ostrost. Pozitivní dopad má vitamín B<sub>1</sub> a A<sub>12</sub> (Kvapilík, Svobodová a kol., 1985).

**V této části kapitoly je závislosti na alkoholu diagnostikována. Základní dělení abúzus podle Jellinka (1960) na typy: Alfa, Beta, Gama, Delta a Epsilon a stádia: počáteční, varovná, rozhodující a konečná. Dále je zmiňována diagnostika podle MKN desáté revize a následné onemocnění vycházející z alkoholismu.**

#### **1.4. Léčba**

Pokud se nemocný rozhodne léčit ze závislosti na alkoholu, má několik možností. Nejefektivnější je v počátečním stádiu skupinová psychoterapie v komunitě. V kombinaci s podporou rodiny, či rodinnou psychoterapií. Pokud nemocný nastoupí do komunity, v průběhu léčby se dělají programy pro příbuzné, kde se seznamují se závislostí a instrukcemi, co by blízkému pomohlo.

Terapeutická komunita je seskupení osob (různého věku, pohlaví, vzdělání), v němž pacienti podstupují intenzivní skupinovou psychoterapii. Žijí spolu a podstupují skupinová sezení, různé druhy terapií (arteterapie, biblioterapie, pracovní terapie a další), sdílejí spolu



společný program a dodržují stejná pravidla. Dává klientům možnost zpětné vazby na jejich osobu a chování (Kratochvíl, 1979).

Pro skupinu není vhodný každý pacient. Musí být tělesně a především duševně schopný komunitu zvládnout. Nepostradatelné je i dostatečné rodinné a sociální zázemí. Ti, co jsou ochotní dlouhodobou léčbu podstoupit a setrvat v ní dostatečně dlouho, musí dodržovat daná pravidla (Nešpor, 2007). Kratochvíl (2005) rozlišuje terapeutickou skupinu v užším smyslu a širším smyslu:

- **Terapeutická skupina v užším smyslu** – je psychoterapeutická metoda, kde si klienti zakouší modelové situace, při kterých získávají zpětnou vazbu, jaký vliv mají na danou situaci. Mohou se také učit novým způsobům chování.
- **Terapeutická skupina v širším smyslu** – je oddělení, na kterém se o rozhodování podílejí všichni členové komunity. Nastavují si pravidla, kterými se pak musí všichni řídit. Je zde otevřená komunikace. Ráno jsou ranní komunity, což jsou schůzky pacientů a lékařského personálu, kde si oboustranně sdělují své námítky, problémy, pochvaly (vše, co se týká komunity). Snahou komunity je naučit pacienty novým zvykům a životnímu stylu, důležitý bod je změna jako taková.

Každá komunita má svá pravidla, která musí pro bezpečí klientů dodržovat (nevynášení informací, právo říct „ne“, svolání mimořádné schůzky s personálem). Zakázány jsou sexuální vztahy. Všichni mají povinnost řídit se časovým harmonogramem a účastnit se všech terapií, aktivit a musí dodržovat místní zvyky. U závislostí jsou ještě speciální kardinální pravidla – zákaz požití alkoholu, fyzického násilí a jiných nebezpečných aktivit. Při jejich porušení následuje předčasné ukončení léčby (Kalina, 2008).

V terapeutické skupině se částečně popírá fenomén pacienta a lékaře – profesionála. Obě strany se od sebe učí a personál přijímá výzvy či kritiku od klientů. Odborník by neměl být pouze profesionálem ve svém oboru, ale také osobnostní kvalitou a příkladem (Kalina, 2008). Pokud to dokáže a vytvoří si s nemocným důvěrný a otevřený vztah, pacient bude mnohem lépe spolupracovat (Pačesová, 2004).

Jednou z nejdůležitějších složek léčby je strukturovaný denní program, pravidla a řád. Řád vyžaduje změnu klientova chování. Je vnucená, proto se ze začátku nemocní brání a vytváří se u nich úzkost. Pravidla však utváří zakotvení, učí je smyslu pro strukturu a obsahuje socializační prvky. Velký vliv má podpora, porozumění a sounáležitost (Kalina, 2008).

Nešpor a Csémy (1996) zmiňují, že podstatnou součástí komunity jsou terapie (včetně skupinové terapie popsané na začátku kapitoly). **Zaměřují se na různá odvětví rozvoje osobnosti, včetně posilování motivace a různých pohybových aktivit (jóga, tanec, míčové hry). Pro příklad zmiňují:**

- **Psychodrama** – se zaměřuje na učení se zvládání obtížných situací pomocí modelových příkladů, výměny rolí a praktického nácviku.
- **Muzikoterapie** – rozděluje se na aktivní a receptivní. Při aktivní muzikoterapii klienti sami pracují se svým hlasem, zpěvem a s jednoduchými nástroji. Při receptivní muzikoterapii jde převážně o poslech hudby, s kterou může klientova nálada souznít.
- **Arteterapie** – spočívá ve vytvoření kresby, která se nehodnotí vizuálně, ale má být projevem emocí, vnitřního rozvoje a sebepoznání.
- **Pracovní terapie** – navrácí nemocného do kontaktu se skutečností v povolání. Cílem je resocializační proces a utváření nových návyků. Předpokládá se, že pracovní aktivita léčí, protože v dané chvíli ruší duševní nemoc (Sillamy, 2001).
- **Poeterapie** – jde o hlubší porozumění emocí a uvědomění si sebe pomocí básní. Nejde o kvalitu napsané básně, ale o obsah a pozdější rozbor autorova nitra (Nešpor, 1997).
- **Biblioterapie** – způsob duševního léčení skrze vybranou literaturu (Černocký, 1947).

Když alkoholici ukončí skupinovou terapii, vrací se běžného prostředí. Velice důležitá je práce rodiny. Sám návrat je pro něho obtížný, vrací se mu vzpomínky na návyky, carving, již ho nikdo nehlídá, řád na který si navykl, v reálném životě nefunguje. V rodině jsou nutná zavést opatření, která mu návrat ulehčí. Je třeba posílit sounáležitost, podporu, pomoci při pocitech selhání, studu a dalších. Možná je i rodinná terapie jako taková, při níž se scházejí všichni členové rodiny a terapeut se věnuje každému z nich. Pomáhá jim se stmelit a dát si společné cíle (Kalina, 2008).

Vždy, i po úspěšné léčbě hrozí recidiva, tedy opětovné začátky pití. Alkoholik musí brát v potaz, že pokud byl někdy závislý, tyto sklony bude mít celý život. Nesmí se nechat ukonejšit, že po jednom napití k závislosti nevrátí. Recidivě je lepší předcházet, ale je to vzácná zkušenost. K přerušení závislosti je nezbytné uvědomění si negativních dopadů. Přemoci recidivu sám, je velice obtížné, proto je dobré vyhledat spojence, což může být

profesionální terapeut či skupina Anonymních alkoholiků. Ovšem při halucinacích a třesu je rozhodně lepší vyhledat lékařskou pomoc (Nešpor, 1999).

**Anonymní alkoholici** (2014) je skupina, kterou pojí touha přestat pít. Vzájemně si sdílejí své zkušenosti, sílu a naději v uzdravení. Součástí členství je účast na setkání skupin Anonymních alkoholiků, dvanáct kroků, dvanáct tradic a práce ve službě pro společenství. Svá setkání dělí na otevřená (i pro nealkoholicky, ale bez práva mluvit) a uzavřená (pouze pro členy). Kroky jsou základem uzdravení podle zkušeností prvních členů, například:

- Přiznat si svou bezmocnost vůči alkoholu.
- Rozhodnutí, že víra může dovést k duševnímu zdraví.
- Rozhodnutí, že vůle a život patří Bohu.
- Důkladné sebezpytování.

Tradice popisuje způsob, jak zachovat jednotu Anonymních alkoholiků a jak formovat vztahy. Pár příkladů:

- Podmínkou je přestat pít.
- Hlavním účelem je předávat poselství alkoholikům, kteří s alkoholem ještě bojují.
- Měli by být neprofesionální, ale společenství může zaměstnávat kvalifikované pracovníky.
- Anonymita je duchovním základem.

**Tato část kapitoly o závislosti na alkoholu pojednává o léčbě této nemoci. Jak vypadá terapeutická komunita, co pacienti musí podstoupit a co je pro léčbu důležité. Popisuje, jaké terapie se v ní využívají a jak je důležitá spolupráce a podpora rodiny. Upozorňuje na skupinu Anonymních alkoholiků a její podstatu a pravidla.**

## 2. Locus of Control

Lidé mají subjektivní představu o tom, jak ovládají svůj život. Jaký vliv mají na rozhodování o důležitých faktorech vlastního bytí (zdraví, vztahy, finance, osobní štěstí a další). Někteří mají pocit, že jsou vláčení osudem, jiní jsou bojovníky a věří, že jejich aktivita ovlivní výsledek (Rotter, 1990). V sociální psychologii je pro toto mínění zaveden termín „osobní kontrola“ (Cakirpaloglu, 2012).

Slezáčková (2012) se domnívá, že se dá odhadovat, jak se který jedinec zachová a jakým způsobem bude řešit problém. Důvodem je sociální zkušenost, kdy si osoba vytváří sebevědomí a učí se, v jakých situacích obstojí a ve kterých ne (Nakonečný, 1997).

Rotter díky své teorii sociálního učení vyvinul pojem „Locus of Control“ v roce 1954. Výrost (1989) uvádí, že se tento koncept stal velice populárním a to především v USA. Byl natolik populární, že se Rotter stal osmnáctým nejcitovanějším autorem v oboru psychologie ve dvacátém století (Haggbloom a kol., 2002). Výrost (1989) to odhaduje na dva tisíce citací.

Locus of Control má v českém jazyce mnoho synonym: místo kontroly (Řehulková, 2007), ohnisko řízení kontroly (Křivohlavý, 2001), lokalizace kontroly (Kebza & Šolcová, 2008), umístění vlivu (Baštěcká, 2009) a místo řízení (Plháková, 2008). Balcar (1996) ho popisuje jako příčinné přisuzování, což je proces vedoucí k typickému chování pro daného jedince.

Rotterova teorie učení vysvětluje interakci mezi prostředím a chováním jednotlivce. Vyzdvihuje individualitu situací a popisuje komplex motivací a kognitivních proměnných (Hall a kol., 1997). i když byl Rotter behaviorista, nemohl si odpuště kritiku vůči přehlížení schopnosti předvídat a myslet. Kritizoval také nepřipravenost řešení problémů v klinické praxi (Sollárová, 2008).

Rotter využíval termín Locus of Control pro dvě dimenze (stálost a stabilita, což jsou konstantní faktory), které ještě rozdělil nestabilními faktory. **Ovlivňuje je především hodnocení a očekávání individua. Díky tomu lze popsat čtyři atribuce:**

- stabilní vnitřní (schopnost jedince),
- stabilní vnější (náročnost),
- variabilní vnitřní (nepředvídatelnost),
- variabilní vnější (snaha) (Výrost & Slaměník, 2001).

Lze rozlišovat vnitřní (interní) a vnější (externí) místo kontroly. **Internalisté** se domnívají, že každý jejich čin, má nějaký důsledek. Mohou jít za svými sny a ovlivňují svět. Mají vysokou sebedůvěru (Svoboda, 1999). Mají vysokou motivaci a nevěří na osud. Lépe se přizpůsobují životním okolnostem. Pokud však přijdou do problému, který nejsou schopni vyřešit, nastává u nich frustrace až deprese (Rotter, 1975). V dnešním světě jsou tito lidé žádanější, ale neznamená to, že jsou spokojenější.

**Externalisté** nevěří ve vlastní schopnosti. Jsou přesvědčení, že za jejich štěstí jsou zodpovědní ostatní lidé, podmínky prostředí, Bůh, vláda a další. Jsou pasivními hráči svého života (Plháková, 2008). Je možné, že se tímto chováním chrání před neúspěchem a frustrací. Znamená to však, že nikdy nebudou kariérně tak úspěšní jako internacionalisté. Mohou mít finanční nedostatek, který bude jejím stresorem (Cakirpaloglu, 2012).

Toto rozlišení se v průběhu života může změnit vlivem vnějších podmínek. Internacionalistu zasáhne dlouhodobější nejistota či extrémní stres, tím pádem se může více posunout do externacionality. Naopak po externacionalistovi bude žádána pracovní zodpovědnost nebo bude pod vlivem velké autority a také se může posunout opačným směrem, než byl jeho normální stav lokalizace kontroly (Hans, 2000). Aby Rotter toto mohl rozlišovat, vyvinul **I-E škálu** s níž se místo kontroly dá měřit (více v kapitole 7).

Rotter nebyl jediný, kdo se tímto tématem zabýval. Hanna Levenson (1981) vytvořila multidimensionální dotazník místa kontroly. Vycházela z Rottera, ale externacionalitu rozdělila na řízení světa náhodou a řízení světa vlivnými lidmi (Levenson, 1973). Halpert a Hill (2011) upřesnili, že se nemusí jednat pouze o lidi, jako jsou rodiče, političtí vůdci, ale i o skupinu (senát) či Boha. Levenson (1973) nazvala tuto škálu IPC (internal, powerful others, chance).

Třífaktorovou I-E škálu vytvořili Reid a Ware (1974, in Halpert, Hill, 2011), která obsahovala čtyřicet pět položek. Tři faktory se skládaly ze sociálního systému, osudu a sebekontroly. Další z mnoha je Multidimensional-Multiattributonal Causality Scale, vytvořena Lefcourtem. Podle atribuční kauzality zkoumá afiliaci a výkon jedince (Lefcourt, 1981, in Halpert & Hill, 2011).

Dále byly vytvořeny specializované dotazníky na locus of control, například: Multidimensional Health Locus of Control, zabývající se zdravím (Wallston, Wallston & De Velis 1978); Depression Locus of Control Scale (Whiteman, Desmond & Price, 1987) pro

osoby trpící depreze; Weight Locus of Control Scale (Saltzer, 1982) pro ovládání váhy; Dieting Beliefs Scale (Stotland & Zuroff, 1990) pro víru. A dokonce pro uživatele alkoholu – Drinking Locus of Control Scale (Halpert, Hill, 2011).

**V této kapitole byla rozebrána osobní a místní kontrola. Dále vliv Rottera, který vytvořil teorii učení. Český jazyk má bohatou slovní zásobu, dokonce i překlad Locus of Control má mnoho verzí, například: místo kontroly, ohnisko řízení kontroly, lokalizace kontroly, umístění vlivu a místo řízení. Jsou zde rozepsány čtyři atributy a dva styly vnímání světa podle Rottera. Navíc kapitola obsahuje soupis jiných škál na vypočítání Locus od Control.**

### 3. Časová perspektiva

Čas je fyzikální veličina, podle níž si lidstvo organizuje život. Díky němu je možné si domluvit schůzku a dát životu řád. Pokud se však neberou v potaz hodiny, ciferník, který odtikává sekundy, minuty, hodiny a dny, je čas subjektivní. Někdy utíká, jindy se vleče. Důležitý je způsob prožívání daného okamžiku.

Fraisse (1981, in Pavelková, 1990) udává, že čas lze chápat pomocí biologické informace, informace z prostředí a údajů na hodinách. Lidské tělo je vybaveno svými vnitřními cyklickými hodinami s periodou zhruba dvacet čtyři hodin. Díky nim vydává signál o zvycích a potřebách (jídlo, spánek). Prostor informuje o ročních obdobích a cyklu dne a noci. Pomocí těchto vlivů se člověk orientuje v čase. A pokud si člověk svůj postoj uvědomí, může ho proměnit ve výhodu.

Časová perspektiva odráží orientaci v čase. Jak se kdo zabývá určitým časovým rozpětím, zpracovává zkušenosti a do jakých kategorií a časových zón je umisťuje. Je to osobnostní nevědomý rys, který dodává životu smysl a logiku (Zimbardo & Boyd, 1999). Touto problematikou se zabývalo již ve čtyřicátých letech dvacátého století (Jiránek, 1974). A v roce 1986 bylo sepsáno více jak dvě stě jedenáct definic o časové perspektivě. Nyní jich je mnohem více (McGrath a Kelly, 1986 In Boniwell a Zimbardo, 2004).

#### 3.1. Historie časové perspektivy

První, kdo se zabýval časovou perspektivou, byl Lewin. Důležitost vnímal ve vývoji vnímání, kdy se dítě od čistě přítomného okamžiku posouvá do pochopení budoucnosti. Zde pomáhá autonomně konstruktivní činnost dítěte. Lewin (1942, in Pavelková, 2002) tvrdil, že nelze žít pouze přítomností, že lidstvo vždy ovlivňuje vzpomínky a přání do budoucnosti.

Od druhé poloviny dvacátého století se v časové perspektivě dává hlavní důraz na výkonnou motivaci. Jedním z významných autorů byl Raynor, který rozlišil **dva druhy důvodů vedoucí k činnosti**:

- Cíl činnosti jako takový (například: vítězství v závodě – dobrý pocit).
- Cíl sloužící jako prostředek k získání něčeho v budoucnu (například: získání titulu na vysoké škole – větší možnost sehnat lepší práci a více peněz) (Raynor, 1969).

Raynor upozorňuje na vliv kontingenční a nekontingenční cesty. Pokud úspěch, či neúspěch rozhoduje o postupu k budoucímu cíli, tak se motivace zvyšuje. Pokud však nerozhoduje o budoucím průběhu, tak na úspěšnost v úkolu nemá vliv. Kontingenční cesta, tedy ta, co ovlivňuje budoucnost, je složena z více subcílů, které dotyčného povzbuzují k dokončení cíle. Raynor rozlišuje cesty otevřené a uzavřené (Raynor, 1969).

Na rozdíl od Raynora Heckhansonův model bere více v potaz časovou perspektivu a její vliv na ostatní motivační procesy. **Diferencuje čtyři druhy očekávání:**

- „**Situace – výsledek**“ je subjektivní předpoklad, že i bez jakékoli akce vznikne z aktuální situace očekávaný výsledek.
- „**Aktivita – výsledek**“ je naděje, že pomocí mezivstupu dojde k očekávanému výsledku (vnitřní motivace).
- „**Situace – aktivita**“ je naděje, že očekávaného výsledku bude dosaženo díky následku akce s pomocí vnějších vlivů.
- „**Výsledek – následek**“ znamená si všimnout chování pro různé následky (Heckhausen, 1977).

navíc rozlišuje časové období, kdy k výsledku má dojít. Buď v bezprostřední blízkosti nebo ve vzdálenějším čase pomocí vnitřních či vnějších faktorů (Heckhausen, 1977).

V sedmdesátých letech dvacátého století Gjesme (1976) přišel s názorem, že orientace na budoucnost se stává v dospělosti docela stabilní charakteristikou osobnosti. Říká, že někteří lidé motivuje hodně vzdálený cíl a jiné skoro vůbec a to, i když jsou v blízké budoucnosti. Je přesvědčen o tom, že jsou mezi lidmi rozdíly a velkou roli hraje osobní vnímání času. Působí zde přímá úměra. Čím více se cíl přibližuje, tím víc se zvedá výkonová motivace (Gjesme, 1974; in Pavelková, 2002).

Dalším odborníkem, který vytvořil snad nejucelenější koncepci budoucí časové perspektivy, je Nuttin. Navazuje na svou „vztahovou teorii“. Tvrdí, že budoucí časovou perspektivu nelze hodnotit pouze pomocí lidského chování. Upozorňuje, že souvisí i s prožíváním a je důležitá pro vývoj člověka (Nuttin, 1980).

Na konci dvacátého století přišel se svou koncepcí Zimbardo. Jako první upozornil na kombinaci motivačních, emocionálních, kognitivních a sociálních vlivů. Vyzoroval, že když lidé ukončují důležitou etapu svého života (maturita, atestace), nebo se setkají s konečností života (autonehoda, smrt blízkého) zaměřují se na přítomný okamžik. Na bu-



doucí cíle jakoby zapomínají (Holman & Zimbardo, 2009). Holman a Zimbardo (2009) to popisují jako ohraňčenost a neohraňčenost budoucnosti. Ke změnám vnímání časové perspektivy také může docházet v důsledku finanční či politické nestability. Díky návykovým látkám, kariérním úspěchům či změnou životního stylu (dovolená) (Bonniwell & Zimbardo, 2004).

Lidská rasa je velmi poddajná. Pokud má člověk osobnostní vzor (známý vědec, učitel) často se podle něho mění, a to i ve vztahu k časové perspektivě. Nejčastěji se tento fenomén objevuje u mladé a střední dospělosti. Pokud se člověk vyskytuje ve stabilních podmínkách, žije moderním životem a má vyšší vzdělání, je velice pravděpodobné, že se v časové perspektivě bude klonit do budoucnosti. S vnímáním časové perspektivy se dá pohybovat a přeučit se jí. Sice sklony zůstanou, ale dá se s ní pracovat (Bonniwell & Zimbardo, 2004).

**Časovou perspektivu lze měřit několika způsoby.** Pavelková (1990) rozlišuje dva přístupy, jak ji zjistit:

- Pomocí volných projevů (díky fantazii, výsledky však mohou být zkresleny nedostatkem popisu, či jiným výkladem).
- Pomocí skutečných událostí (jaký význam se jim s odstupem času dává).

Do první skupiny patří Tematicko-apercepční test (TAT), Test ukončených myšlenek (ITT) (Krauss & Ruis, 1967), Technika doplňování příběhů (SCT) (Rychlak, 1972), Test kruhů (Cottle, 1977), Stupnice orientace na budoucnost (Zurchel & kol, 1967) a jiné. V druhé skupině je Personal Future Evens Test (Wallace, 1956), Časový referenční inventář (TRI) (Roos & Albers, 1965), Test čar (Cottle & Pleck, 1969), Nuttinova metoda motivační indukce (MIM) (Nuttin, 1980).

Zimbardo se též věnoval výzkumným způsobům, jak zařadit jedince do časové perspektivy. Vytvořil škálu ZTPI (*Zimbardo Time Perspective Inventory*), která je více popsána v kapitole 7 Pomocí této škály zkoumal i společenské rizikové jevy (závislosti, bezdomovectví), více v 5. kapitole.

### **3.2. Zimbardův koncept časové perspektivy**

Zimbardo a Boyd (1999) rozlišili pět základních druhů časové perspektivy (pozitivní minulost, negativní minulost, hédonistická přítomnost, fatalistická přítomnost, budoucnost), transcendentální budoucnost a speciální přítomnost holistickou.

Nejefektivnější kombinací ve vyváženosti osobnosti v časové perspektivě (pomocí ZTPI) je vysoký skóre pozitivní přítomnosti, středně vysoké hédonistické přítomnosti a budoucnosti. Důležitý je nízký skóre v kategoriích fatalistická přítomnost a negativní minulost (Boniwell & Zimbardo, 2004).

#### **Minulá časová perspektiva**

Existují dva různé druhy minulé časové perspektivy (pozitivní a negativní). Často je spojována se zaměřením na historii, rodinu, dětství, zvyky. Zaměřenost na minulost omezuje hledání nových copingových strategií (Holman & Zimbardo, 2009).

Lidé v pozitivní časové perspektivě jsou většinou nejšťastnější a kreativnější. Váží si sebe sama. Rádi udržují dobré vztahy s rodinou a přáteli, častokrát již z dětství. Mají sklony k závislostem. Někdy oplývají prvky sentimentu a melancholie vůči svému bývalému životu (Boniwell & Zimbardo, 2004). Náladu mívají stabilní. Bývají svědomití, avšak méně opatrní. Úzkost, agrese a deprese zažívají zřídka (Zimbardo & Boyd, 1999).

Osoby s negativní časovou perspektivou mají odmítavý postoj k vlastní minulosti, snadno se jim vybavují špatné zážitky, někdy bývají i zkreslené. Nejedná se o objektivní nepříjemné vzpomínky. Bývá to zkreslené aktuálními traumaty (Holman & Zimbardo, 2009). Za tyto znaky může přílišná opatrnost, odmítavý postoj ke změnám, novým zážitkům a konzervatismus. Tito lidé bývají agresivnější, úzkostnější, depresivnější a náladově nestabilní. Často jsou velmi aktivní, avšak nepřítelští. Bývají neupřímní, impulzivní a málo svědomití. Snadno sklouznou k závislostem na hazardních hrách a častěji se potýkají se zákonem (Zimbardo & Boyd, 1999).

#### **Přítomná časová perspektiva**

Zimbardo a Boyd (1999) rozlišili přítomnost hédonistickou a fatalistickou, popsali i holistickou přítomnou časovou perspektivu. Což je specifická absolutní přítomnost, se kterou se

lze setkat v buddhismu a při meditacích. Meditace umožňuje prožívat přítomný okamžik pomocí minulého a budoucího vnímání.

Děti vnímají svět skrze přítomnou hédonistickou časovou perspektivu. Je to podmíněno biologicky. Velký význam mají stimuly, emoce a sociální vlivy (Boniwell & Zimbardo, 2004). V dospělosti jsou to lidé, kteří si užívají a nepříjemné věci anulují. Jsou impulzivní, aktivní, energičtí, šťastnější, přátelšší a málo konfliktní. Vyhledávají nové zážitky a nedbají následků. Když něco dělají, hlavním motorem je pro ně proces. Většinou nemají větší cíle, žijí okamžikem pro nynější uspokojení. Žijí nebezpečnější život, hrozí jim úrazy. Mají sklony k závislostem, hazardu a potyčkám se zákonem. V zaměstnání jsou málo spolehliví (Zimbardo & Boyd, 1999).

Pokud člověk žije fatalistickou přítomností, má pocit, že je svět řízen vnějšími silami (státní zřízení, náboženství), a on ho nezmění (Boniwell & Zimbardo, 2004). Častěji se potýká s ambivalentní náladou, depresí, úzkostí a agresí. Je ostýchavý, méně svědomitý a upřímný. Nevěří si a má horší prospěch ve škole. Tento typ baží po zážitcích, je impulzivní, ale vůči společnosti je uzavřený (Zimbardo & Boyd, 1999).

### **Budoucí časová perspektiva**

U této časové perspektivy jde především o odložení nynějšího uspokojení kvůli cílům, kterých chce jedinec dosáhnout. Individuum nežije přítomností. Celým život ho provází naděje, tužby, plány a očekávání. Žije ve svém vlastním světě. Jeho cílevědomost ho pohání kupředu a dodává mu energii. Tento člověk je spolehlivý, vytrvalý a nikdy se nevzdává. Jeho motorem je odměna. Ve škole dosahuje lepších výsledků, je pilný, kreativní a impulzivní. Není moc společenský, nevěnuje čas svým koníčkům, častokrát se stává workoholikem (Zimbardo & Boyd, 1999).

**Tato kapitola odráží vývoj zkoumání časové perspektivy, který započal již ve čtyřicátých letech dvacátého století. Zaznamenává, co působí na časovou perspektivu, jak se v průběhu života mění, a co ji ovlivňuje. Dále je popsáno několik způsobů, jak ji lze měřit (Pavelková, 1990). Je zde soupis rozdělení časové perspektivy dle Zimbarda a Boyd (1999) na pozitivní a negativní minulost, holistickou a fatalistickou přítomnost, budoucnost, a popis vlastností lidí s jednotlivým vnímáním časové perspektivy.**

## 4. Deprese

Smutek je běžnou reakcí na stresovou situaci či negativní zdravotní situaci. Je přirozenou součástí života. Dokáže, aby se mysl soustředila na vyřešení daného problému. Pokud je však hlubší než běžné smutnění a trvá delší dobu, může se jednat o depresi (Nešpor, 2013). Což je onemocnění, které postihuje v celosvětovém žebříčku pět až deset procent populace. S tím, že sedmdesáti procentům z nich se objeví opakovaně a deset procent zůstane nemocných napořád (Hartl & Hartlová, 2010). Častěji onemocní ženy (Malečková, 1996)

Deprese je nemoc a není možné ji přemoci vůlí. Je třeba určitá doba na léčbu a poté nějaký čas na návrat do běžného života. Není omezena věkem, může jí onemocnět každý a v jakémkoli věku. Většinou se deprese objevuje ve středním věku a přímou úměrou s věkem ji přibývá. Avšak ani děti nejsou ušetřeny depresivních stavů. Příznaky se projevují ztrátou zájmu o hry, okolí a spolužáky. Depresivní fáze se většinou střídá s poruchami chování a hyperaktivitou. Projevují se somatické obtíže, školní prospěch upadá a neodpovídá intelektu dítěte. Kolem čtrnácti let se objevují první sklony k suicidálnímu chování (Honzák, 1999).

Pokud se objeví sebevražedné sklony, nikdy a to v jakémkoli věku, bychom je neměli podceňovat. Pokud je již nějaký sebevražedný pokus objevil, neznamená to, že se o to dotýčný nepokusí znovu. Právě naopak, procentuálně se riziko zvyšuje (Honzák, 1999).

### 4.1. Druhy deprese

Již ve starověkém Egyptě byly rozpoznány patologie nálady, nyní patří mezi nejčastější onemocnění. Do konce devatenáctého století byl používán termín melancholie místo deprese, později se tímto termínem označovala těžká deprese. Dříve se deprese rozdělovala na endogenní a exogenní (Smolík, 2002).

**Endogenní deprese** – těžší projevy, příčiny vnitřní, ale neznámé. Není vysvětlená jako následek situace. Od tohoto pojmenování se opouští.

**Exogenní deprese** – je to též již více méně nepoužívaný termín. Tato deprese má vnější příčiny jako smrt v rodině, ztráta povolání a další (Hartl & Hartlová, 2010).

Depresi vyvolávají také biologické (genetika, zátěž v biologické oblasti, vývoj) a psychologické vlivy. Dědí se nestabilita plasticity neuronů a špatná chronobiologická adaptace,

popřípadě oslabení serotoninového systému. Nemoci, které zasahují do systému hormonů, způsobující nedostatek noradrenalinu a serotoninu a zvyšují pravděpodobnost propuknutí deprese. Proto je důležité podávání léků. Více informací v kapitole 4.3. (Praško, 1998).

Dalším možným spouštěčem je „naučená bezmocnost“. Jedinec se dopracovává do velmi nepříjemných situací a nemá šanci z nich uniknout. Toto zkoumal svými pokusy Seligman (1990) na svých psech. Bylo zjištěno, že „naučené bezmocnosti“ propadnou pouze dva psi ze tří.

Lidé, kteří mají sklony k depresím, jsou častokrát osoby s vyšší citovou zranitelností (souťživí, starostliví, bázlivi, aby druhému neublížili, a vykazují vysokou etickou morálku). Šírá je černé svědomí, zažili těžkou životní situaci, jsou osamocení, zažívají existenciální prázdnotu. Udržují špatné mezilidské vztahy, žijí v nejistotě a jsou sobečtí (Křivohlavý, 2003).

Dnes se deprese rozděluje mnohem podrobněji, podle odlišných forem, příznaků, situačních příčin a dalších. Zde je soupis různých druhů deprese:

- **Depresivní epizoda** – je jistý časový úsek, při němž osoba ztratí chuť k radostem, má depresivní nálady, nechut' k jídlu, trpí pocity bezcennosti. Není schopna se soustředit, pociťuje únavu a má poruchy spánku. Může se objevit jednou i vícekrát za život. Většinou se projeví po stresujícím životním období, ale není to podmínkou. Dvakrát častěji postihuje ženy (Praško, Prašková & Prašková, 2003).
- **Rekutivní depresivní porucha** – je charakteristická opakovanými epizodami. Po depresivní náladě následuje povznesené období. Příznaky se blíží bipolární poruše, ale objevuje se později, kolem padesátého roku věku. Jednotlivé fáze trvají čtvrt roku až rok, ve stáří se rozvíjí v trvalou depresi. Doporučuje se celoživotní léčba antidepresivy (Praško, Prašková & Prašková, 2003).
- **Dystymie** – je méně závažný stupeň deprese. Začíná plíživě, kdy nemocný kličkuje mezi mírnou depresí a normálním stavem. Obvykle je schopný vykonávat každodenní práci. Trvá roky, u některých celý život. Hlavním ukazatelem je neschopnost se skutečně radovat. Omezuje člověka v prožívání pozitivních skutečností (Praško, Prašková & Prašková, 2003).
- **Bipolární porucha** – neboli maniodepresivní porucha. Vyskytuje se asi u desetiny lidí trpících depresí. Typická je střídáním depresivních a manických fází. Přejod může být postupný, ale i rychlý (třeba pouze přes noc). V průběhu manické nálady

je nemocný nadšený, nepotřebuje spát, cítí se plný energie. Často se chlubí a mívá povrchní nápady a zrychlenou řeč. Je podrážděný a nereaguje sociálně přiměřeně. Při léčbě výše zmíněné příznaky odezní rychle. V mezidobí se nemocný cítí bez potíží (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

- **Sezónní afektivní porucha** – projevuje se úbytkem energie a tloustnutím. Většinou se vyskytuje „zimní deprese“, na začátku zimy se projeví a začátkem jara samovolně zmizí. Důvody jsou viděny v úbytku světla, proto pomáhá léčba fototerapií (Praško, Prašková & Prašková, 2003).
- **Reaktivní porucha nálady** – je deprese způsobená přímým následkem těžké akutní stresové zátěže. Začíná ihned, maximálně do měsíce, po události. Nejtypičtější je to u ztrát a úmrtí blízkých osob (Praško, Prašková & Prašková, 2003).
- **Smíšená úzkostně-depresivní porucha** – je často podceňovanou poruchou. Nenažívá dostatečně závažné množství příznaků ani u deprese, a ani u úzkosti. Přesto je pro člověka tato porucha velice zatěžující (Praško, Prašková & Prašková, 2003).
- **Krátká rekurentní depresivní porucha** – v diagnostice je vzácná, jelikož snadno ujde pozornosti odborníků. Projevuje se jako silná deprese, ovšem trvající pouze dva až tři dny v měsíci a nesouvisí s ženským cyklem. Postižení většinou sáhnou po alkoholu, který ovšem zvyšuje suicidální tendence (Praško, Prašková & Prašková, 2003).
- **Poporodní deprese** – vzniká třetí až čtvrtý den po porodu u padesáti až osmdesáti procent rodiček, nejčastěji u prvorodiček. Projevuje se výčitkami, že necítí k dítěti dostatečnou lásku, vyčerpaností, úzkostí, smutkem, podrážděností. U deseti až patnácti procent se objevují i další stupně poporodní deprese. Dělíme je na mateřské „blues“, poporodní depresi a poporodní psychózu.
- **Poporodní „blues“** – jsou již výše zmíněné příznaky, kdy vyvrcholí pátý až sedmý den a zcela vymizí den dvanáctý. Pokud deprese trvá déle než čtrnáct dní, hrozí vážnější stupeň poporodní deprese.
- **Poporodní deprese** – se obvykle projevuje po šesti až dvanácti týdnech po porodu. Objevují se pocity selhání a úzkosti, strach, ztráta zájmu o dítě. Rodičky mají pocit, že jejich dítě je nechtěné. Cítí se totálně vyčerpané, schopnost postarat se o dítě značně klesá.
- **Poporodní psychóza** – projeví se již od prvních čtyřiceti osmi hodin nebo až po několika týdnech po porodu. Matka cítí neklid, je podrážděná, nemůže spát. Je dez-

orientovaná, ztrácí kontakt s realitou, objevují se bludy a halucinace. Nutná hospitalizace, dítě je ohroženo na životě (Praško, Prašková & Prašková, 2003).

- **Deprese v menopauze** – se projevuje nejčastěji u žen v důsledky biologických, psychologických a sociálních změn. V těchto případech se nejprve využívá hormonální léčby, pokud však nepomáhá, je zapotřebí přidat antidepresiva (Praško, Prašková & Prašková, 2003).
- **Larvovaná deprese** – vychází z latinského slova „larva“, tedy maskovaná, skrytá. Většinou se neprojevuje. Nebo jen atypicky, často somaticky (bolestmi břicha, končetin, páteře a dalšími příznaky) (Hartl & Hartlová, 2010). Přezdívá se jí také „deprese bez deprese“ (Praško, Prašková & Prašková, 2003).
- **Deprese v pozdním věku** – je často skryta za depresí kvůli zdravotním potížím. Spouštěčem bývá úmrtí partnera, sociální izolace, konflikty ve vztazích, učení se nové role (důchodce). Způsobuje vyšší riziko úmrtí a tělesného onemocnění. Důležitá je léčba antidepresivy a psychoterapie (Ondrušová, 2011).
- **Deprese při tělesném onemocnění** – zhoršuje veškeré projevy a vážnost nemoci. Může spustit vysoký tlak, mozkovou příhodu, Parkinsonovu nemoc, revmatismus a další (Ondrušová, 2011).

**V této části kapitole jsou popsány různé druhy depresí. Od vnitřních a vnějších spouštěčů, přes retikulární, bipolární až k situačním. Také se věnuje krátkému historickému náznaku a příčinám depresí.**

## **4.2. Diagnostika deprese podle MKN-10**

Dle manuálu desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2013) se deprese řadí mezi afektivní poruchy, tedy mezi poruchy nálad, které jsou značeny F30–F39. V této části nemocí se většinou nemění pouze nálada, ale i celková aktivita nemocného. Spouštěčem je většinou nějaká větší stresová situace a často dochází k recidivám. V roce 2012 Český statistický úřad (2012) zjistil, že bylo ambulantně hospitalizováno 107 273 osob s afektivními poruchami.

Depresivní fáze je číslována F32. Nemocný cítí úbytek energie a má chmurné myšlenky, které nepolevují, spíše gradují. Ztrácí zájem o své koníčky, neraduje se, nedokáže se kon-

centrovat, nevnímá okolní změny. Je často unavený, i když nic nedělá, znavuje ho pouhé bytí. Má narušený spánek (probouzí se o několik hodin dříve, nemůže usnout), nemá chuť k jídlu a má snížené libido. Je značně snižená psychomotorika. Deprese jsou nejhorší po ránu. Rozlišuje se lehká depresivní fáze, středně těžká depresivní fáze a těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků.

- **Lehká depresivní fáze** – se značí F32.0. Obvykle se objevují dva až tři zmíněné příznaky. Nemocný je smutný, ale zvládá většinu běžných denních aktivit.
- **Středně těžká depresivní fáze** – se značí F32.1. Obvykle se objevují čtyři a více zmíněných příznaků. Pacient má snížené sebehodnocení, je sklíčený, pocíťuje beznaděj. Pocíťuje somatické příznaky a zamýšlí se nad sebevraždou.
- **Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků** – se značí F32.2. U tohoto stupně se vyskytují halucinace a bludy. Obvykle jsou tak těžké, že běžné fungování není možné. Život nemocného je ohrožen sebevraždou, vyhladověním, dehydratací.

**Tato kapitola se věnovala definici deprese podle Mezinárodní klasifikace nemocí, která řadí depresi do onemocnění s poruchou nálad a rozlišuje tři základní typy: lehkou, střední a těžkou depresivní fázi.**

### **4.3. Léčba**

Jednou z diagnostických metod, jak zjistit depresi, je využití Beckova dotazníku deprese (více informací v kapitole 7). Dalšími možnostmi jsou geriatrické škály deprese nebo Hamiltonova škála deprese (Křivohlavý, 1997). Samozřejmě je poté důležitý rozhovor a pozorování. Pokud psychiatr ustanoví diagnózu F32, může využít léčbu antidepresivy, psychoterapií, fototerapií nebo elektrokonvulzivní léčbu. Nejeftektivnější je kombinace antidepresiv s terapií (Praško, Kyrálová, Minaříková & Prašková, 1997).

Antidepresiva jsou léky, které vytváří neurohormonální rovnováhu. Efekt pomoci se dostaví až po třech až šesti týdnech, až si tělo zvykne. Nežádoucí účinky mohou být zpočátku mnohem výraznější než pomoc, kterou antidepresiva podávají. Je třeba je užívat dlouhodobě. Někdy trvá delší dobu, než lékař objeví správnou kombinaci pro daného nemocného. Až osmdesát procentům se depresivní epizoda vrátí (Praško a kol., 1997). Především díky



dlouhodobému působení špatných rodinných vztahů a špatnému užívání psychofarmak (Herman & Doubek, 2008).

Praško a kolektiv (1998) uvádí, že se vyrábí různé druhy antidepresiv. Liší se působením na neurotransmiterový systém. Někdy se přidávají léky na snížení úzkosti jako je Diazepam, ale na samotnou léčbu deprese to nestačí. Antidepresiva se dělí na tricyklická antidepresiva, antidepresiva druhé a třetí generace, inhibitory monoaminoxidázy a reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy:

- **Tricyklická antidepresiva** (například: Analfranin, Ipiramin, Amitriptylin) – jsou velmi účinná, snadno dostupná. Dávkují se různými způsoby. Účinnost se projeví po třech až čtyřech týdnech. Zabraňují opakovanému zachytávání neurotransmiterů na synapsích.
- **Antidepresiva druhé generace** (například: Noveril, Ludiomil) – nejsou tak účinná, mají menší vedlejší účinky než tricyklická antidepresiva a pacienti si za ně připlácí.
- **Antidepresiva třetí generace** (například: Fevarin, Deprex, Seropram a další) – jsou novější skupinou antidepresiv s minimálními vedlejšími účinky. Bohužel se nacházejí ve vyšší cenové relaci.
- **Antidepresiva čtvrté generace** (například: Bupropion, Venlafaxin, Nefazodon a Mirtazapin) – nebo také duální antidepresiva. Je zde nízká pravděpodobnost rizika intoxikace a vedlejších účinků. Mají rychlejší nástup účinků (Plevová & Boleloucký, 2000).
- **Inhibitory monoaminoxidázy** (například: Tranlycypromin) – používají se, pokud nezabírají bicyklická antidepresiva, především u osob s různými strachy, hypochondrií a hysterickými projevy (Praško, 1998).
- **Reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy** (například: Auroxin) – jsou alternativní antidepresiva, využívají se ve stáří a u „atypických depresí“ (Praško, 1998).

Vedlejší účinky se dostaví během prvního týdne užívání, jejich intenzita však slábne. Nejčastěji se vyskytuje zácpa, sucho v ústech, sexuální problémy, závratě, únava, nesoustředěnost a problémy s močením (Plevová & Boleloucký, 2000).

Každý pacient potřebuje individuální přístup terapie, některým vyhovuje párová terapie, jiným skupinová kognitivně-bahaviorální terapie depresí. Při terapii je důležité vypátrat, co bylo spouštěčem nemoci. Pokud se jednalo o vnější situaci, je třeba si uvědomit, že vážnou

životní situaci nelze odstranit a zapomenout na ni. Neexistuje žádný nástroj na to, jak ji lze odčinit. Rozhodující je přístup k ní, kde může pomoci partner (Jonesová & Asen, 2000). Pokud se však jedná o vnitřní spouštěč, je lepší kognitivně-behaviorální skupinová terapie, při níž členové komunity dávají zpětnou vazbu. U depresivních pacientů je velmi důležitý výběr pacientů, aby byl kompatibilní (nejlépe obě pohlaví podobného věkového rozpětí bez příbuzenských a partnerských vztahů). Velmi častá je kombinace deprese a závislosti, s tím, že spouštěčem může být oboje (Praško a kol., 1998).

Důležitou součástí léčení je psychohygienu. Do ní patří dostatek pohybu, což je minimálně čtyřikrát týdně svižná dlouhá procházka, při které se uvolňují endorfiny, což jsou hormony štěstí. Působící tedy antidepresivně. Dále se doporučuje strava obsahující živiny (listová zelenina, celozrnné obilniny, ryby, krůta), velké množství vitamínu B, železa a vápníku. Je třeba omezit tuky a cukry, které depresi ještě podporují. Důležitou složkou psychohygieny je dlouhý, kvalitní spánek a dobré sociální vztahy (Maloney & Kranzová, 1996).

**Tato kapitola se věnuje léčbě deprese, především psychofarmakům. Jsou zde zmíněny kategorie antidepresiv, jejich charakteristika a vedlejší účinky. Dále se věnuje psychohygieně a ve zkratce i psychoterapiím (kognitivně behaviorální terapii a párové).**

## 5. Výzkumy spojené s alkoholismem

Výzkumů s alkoholem je mnoho, dává se do spojitosti s kde čím. Jelikož má vliv na život závislého i na jeho okolí. Příkladem je výzkum Robinsona a Goodpastera (1991), kteří zkoumali vliv závislých rodičů na místo kontroly dětí, s kontrolní skupinou nezávislých. Mezi těmito skupinami vyšel signifikantní rozdíl, děti závislých rodičů mají tendence k externálnímu místu kontroly. Nyní následuje přehled výzkumů s použitými metodami LOC, ZTPI a BDI-II.

### 5.1. Výzkumy spojené s Rotterovým Locus of Control (LOC)

Výzkumy s LOC mají velkou tradici v různých odvětvích, například zdravotnictví, kariéra, závislosti, životní styl, vzdělání. Avšak výsledky bývají často nejednoznačné. Zdraví je důležitá proměnná v ohledu místa kontroly, čím lepší zdravotní stav (fyzický i psychický), tím vyšší internální LOC (Waiss & Larsen, 1990, in Norman & Bennett).

Whyte (1977) realizoval výzkum na vysokoškolácích. Ti, kteří měli větší sklon k tvrdé práci a tak i k lepšímu hodnocení, měli internálnější místo kontroly. U hazardních her je Rotter (1975) opatrnější, pokud se jedná o malé až střední sázky, upřednostňuje externální osobnosti, u velkých však internální.

Kahoe (1974) udává, že vnitřní náboženská orientace koreluje s vnitřním místem kontroly, vnější naopak (pasivní věřící). V politice vnitřní místo kontroly koreluje s opatrností (Laverghetta, 2014). Ryckman a Malikosi (1975, in Schultz & Schultz, 2005) tvrdí, že vnitřní místo kontroly se zvyšuje do středního věku a pak opět klesá, i když někdy minimálně. Roddenberry a Renk (2010) uvádí, že lidé s externálnějším přístupem mají více psychologických problémů a jsou citlivější na okolí a dokáží se lépe vyrovnat se stresem.

Milles (1991) ve svém výzkumu zkoumal obézní muže a závislé na alkoholu. Alkoholici měli externální výsledek 11,05 a  $SD \pm 3,73$ , a u obézních mužů internální 7,15 a  $SD \pm 3,77$ . Závislý na alkoholu uváděli, že nemají pocit, že by měli kontrolu nad svým pitím, ale dokonce nad celým svým životem.

Yeh (2008) dělal výzkum na sto šedesáti mužích, které rozdělil podle intenzity závislosti na alkoholu. Z průzkumu mu vyšlo, že čím vyšší byla míra závislosti, tím více skórovali muži ve vnějším místě kontroly.

Pektaş, Mirsal, Kalyoncu, Tan a Beyazyürek (2003) ve svém výzkumu zjistili, že na místo kontroly u závislých na alkoholu mají demografické údaje a to především u žen s vnějším místem kontroly. Vnější místo kontroly zvyšuje pravděpodobnost relapsů, oproti tomu vnitřní místo kontroly období remise prodlužuje.

Errico, King a Parsons (1991) upozorňují, že by se při každém zkoumání Locus of Control měla zkoumat i depresivita, jelikož vyšší skóre v depresivitě zkresluje výsledky LOC z externálně laděných alkoholiků na internální.

## **5.2. Výzkumy spojené se Zimbardovou časovou perspektivou (ZTPI)**

Zimbardův koncept má široké uplatnění v medicínském i společenskovedním výzkumu. Významné vztahy byly nalezeny u časové perspektivy a například: užívání drog (Keough a kol., 1999; Apostolidis a kol., 2006a; Apostolidis a kol., 2006b), gamblerství (Hodgins & Engel, 2002), sebevražedných sklonů (Laghi a kol., 2009a), prokrastinace (Ferrari a kol., 2007; Díaz-Morales a kol., 2008), péči o vlastní zdraví (Daugherty & Brase, 2010), rizikovému chování (Zimbardo a kol., 1997), osobní pohodě (Drake a kol., 2008; Boniwell a kol., 2010), rodinným vztahům (Holman & Zimbardo, 2009), attachmentu (Laghi a kol., 2009b), socio-ekonomickému statusu (Guthrie a kol., 2009), dokonce i u úspěšnosti studia (Phan, 2009; Worrell & Mello, 2007), trávení dovolené (Shores & Scott, 2007) a jiné (Lukavská a kol., 2011).

Hulbert a Lens (1988) ve své studii prokázaly, že závislí na alkoholu se více orientují na přítomnou časovou perspektivu a méně na budoucí než kontrolní skupina. Dokonce i Fieulaine a Martinez (2010, in Dolejš, Skopal, Suchá & kol., 2014) vyzdvihly pozitivní vztah mezi budoucí časovou perspektivou a menší spotřebou alkoholu. Keoughová (1999) na rozsáhlém vzorku (N = 2627 osob) zjistila, že vnímání časové perspektivy má vliv i pohlaví. Muži se více orientují na přítomnost a ženy na budoucnost.

V roce 2012 Bazínková zjišťovala, zda lidé s diagnostikovanou závislostí na alkoholu též dosahují vyšších skóre v hédonistické a fatalistické přítomné časové perspektivě. Výzkumný soubor tvořilo 35 osob (18 mužů a 17 žen) a kontrolní skupinu stejný počet. Kontrolní skupině byl zadáván test ADS pro vyloučení závislosti. Výzkumný soubor dosahoval statisticky vyšších skóre v přítomné i minulé časové perspektivě a nižší skóre v budoucí. Nebyl prokázán vliv věku na výsledné hodnoty. Je tedy možné, že přítomná časová perspektiva může být jednou z příčin vzniku závislosti na alkoholu (Bazínková, 2012).

### **5.3. Výzkumy spojené s Beckovou sebeposuzovací škálou depresivity pro dospělé (BDI-II)**

Depresivita je zkoumána především na psychiatrických pacientech, jelikož se BDI-II používá především jako klinický nástroj. Beck, Steer a Brown (1996) vytvořili normy na jednotlivá onemocnění, diagnostikována podle MKN-10 nebo DSM-IV. Při úzkostných poruchách je průměrná hodnota 17, 29 (počet osob ve výzkumu (dále už jen N) 88, SD = ±11, 46). U periodické depresivní poruchy je 29, 45 (N = 103 osob, SD = ±11,74), a u depresivní fáze 28, 05 (N = 62, SD = ±11,75). U celkově ambulantních psychiatrických pacientů je hodnota 22, 45 (N = 500, SD = ±12,75). U pacientů po cévní mozkové příhodě byla naměřena hodnota 16,00 (N = 28, SD = ±9,70) (Preiss & Sekot, 1993).

Výzkumy jsou i na běžnou populaci, třeba na univerzitních studentech, jejichž průměrná depresivní hodnota je podle Becka a kol. (1996) 12,56 (N = 120, SD = ±9,93). U mladých českých mužů (asi čtrnáct dní po nástupu na vojnu) skórovali v průměru 10, 26 (N = 60, SD = ±7,02). Beck a kol. (1999) upozornili, že je důležité sledovat, v jaké otázce jsou skóry vyšší. U těchto mužů je to v šestnácté otázce, ve spánku.

Výzkumy však zkoumají depresi s nejrůznějšími faktory, například s poruchami spánku a alkoholismem. Studie Zhabenka, Krentzmana, Robinsona a Browera (2013) dokazuje, že tento vztah existuje a jsou si navzájem příčinné.

**V této kapitole byly zmíněné výzkumy spojené s Rotterovým Locus of Control (LOC), Zimbardovou časovou perspektivou (ZTPI) a Beckovou sebeposuzovací škálou depresivity pro dospělé (BDI-II) především v kombinaci se závislostí na alkoholu. Kapitola byla věnována těmto testům z důvodu, že se jimi bude zabývat výzkum této bakalářské práce.**

## **EMPIRICKÁ ČÁST**

## 6. Výzkumná otázka, cíle práce a hypotézy

Ve výzkumu této bakalářské práce se autorka zabývá mírou osobnostních rysů pacientů léčících se na diagnózu závislosti na alkoholu a jejich rozdílem vůči míře rysů u běžné populace. Výzkum se především zajímá o způsob vnímání života. Zda se pacienti nechávají řídit více osudem než běžná populace, či jsou přesvědčeni, že jejich snažení má smysl.

Další otázkou výzkumu je zjištění vztahu k časové perspektivě. Zda léčící neustále vrací do minulosti, vybavuje si špatné zážitky a vzpomíná. Nebo se dívá do budoucnosti, je motivovaný, ambiciózní a o přítomný okamžik se nezajímá. Může ho též sužovat druhý extrém, že si užívá jen přítomnosti a nic jiného ho nezajímá.

Poslední část, kterou tato práce vyzdvihuje je aktuální depresivní stav. Autorka se totiž domnívá, že deprese ovlivňuje všechny osobnostní rysy, proto je důležité i tento aspekt ve studii prozkoumat.

### 6.1. Výzkumné cíle

Hlavním sledovaným cílem je ověření domněnky, že pacienti léčící se na závislost na alkoholu mají jiný přístup k životu než běžná populace. Cílem je potvrzení sklonů k perspektivě přítomné časové a minulé negativní. A naopak menší sklony k perspektivě budoucí a minulé pozitivní. Dále si v této práci dala autorka za cíl ověřit svou hypotézu, zda alkoholičtí opravdu trpí vyšší depresivitou než běžná populace, a že jsou více externální.

Dílčím cílem je ověření vztahů mezi jednotlivými výzkumnými metodami. Zda depresivita ovlivňuje časovou perspektivu a místo kontroly. Jestli přítomná časová perspektiva koreluje s externálním přístupem k životu a naopak internální s budoucí časovou perspektivou, a depresivita s negativní minulostí a přítomností.

### 6.2. Hypotézy

Na základě předpokladů, teoretických poznatků a dosavadních výzkumů vzniklo sedm hypotéz:

- $H_{A(1)}$ : *Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších hodnot v externálním místě kontroly než kontrolní soubor z běžné populace.*

- $H_{A(2)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších výsledků v minulé negativní časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.
- $H_{A(3)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších výsledků v přítomné hédonistické časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.
- $H_{A(4)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně nižších výsledků v budoucí časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.
- $H_{A(5)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně nižších výsledků v minulé pozitivní časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.
- $H_{A(6)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších výsledků v přítomné fatalistické časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.
- $H_{A(7)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 statisticky významně skórují v průměru výše v testu depresivity než kontrolní soubor z běžné populace.



## 7. Popis zvoleného metodologického rámce a metod

Výzkumná data byla sesbírána dotazníkovým šetřením. Dotazníková baterie se skládala z dotazníku s demografickými údaji, *Zimbardova inventáře časové perspektivy* – dále jen ZTPI (Zimbardo, 1985), *E-I škály Locus of Control* – dále jen LOC (Rotter, 1966) a *Beckovy posuzovací škály depresivity pro dospělé* – dále jen BDI-II (Beck, 1961). Dotazníková baterie pro pacienty léčící se s diagnózou F10 je v příloze č. 3 a pro běžnou populaci v příloze č. 4.

Každý z těchto dotazníků je subjektivní sebesuzovací. Může tedy docházet ke zkreslování skutečnosti, díky tendencím hodnotit obecné vlastnosti lépe či hůře (Svoboda, 1999).

V této studii byly využity dvě skupiny probandů. Testovací soubor pacientů léčících se s diagnózou F10.2 a kontrolní soubor vybrána z běžné populace s podobnými demografickými údaji. Výzkumnému souboru a kontrolní skupině byla administrována testová baterie individuálně nebo po menších skupinkách.

Důvodem mezisubjektového výzkumného designu je, že nejsou oficiální české verze E-I škály Locus of Control a Zimbardova inventáře časové perspektivy, které by byly plnohodnotně standardizovány. Mezisubjektový výzkumný design spočívá v porovnání hrubých skóre u testovací skupiny s hrubými skóre u kontrolní skupiny, v jednotlivých dotaznících.

### **Dotazník s demografickými údaji**

Dotazník s demografickými údaji byl vypracován kvůli potřebě nalézt kontrolní skupinu k testovací skupině. Zajistit tak, aby se jejich základní vlastnosti signifikantně nelišily. Dotazník obsahuje osm stejných otázek pro obě skupiny, týkající se: věku, rodinného stavu, vzdělání, příjmu, bydliště, kouření cigaret a jejich množství, přičemž za dominantní byly považovány první tři (věk, stav a vzdělání). Testovaná soubor má navíc šest doplňujících otázek týkajících se jejich léčby. Kontrolní soubor obsahuje otázku pro vyloučení diagnostikované závislosti na alkoholu, kvůli vyloučení skrytého alkoholika – toho, co se již se závislostí na alkoholu léčil.

## **Rotterův Locus of Control**

V roce 1966 Rotter vytvořil I-E škálu, která byla unidimenzionální. Poslední faktorová studie zjistila, že se nejedná o bipolární škálu, ale o multidimenzionální (Svoboda, 2013). Je to kvůli tomu, že není zaměřena na jeden okruh (například: zdraví, vzdělání, kuřáctví), ale že má slabou predikci (alfa spolehlivosti je 0,57) ve všech směrech (Rotter, 1966).

Byla tvořena z dvaceti devíti párů tvrzení. Z toho bylo dvacet tři výzkumných (skórují se jedničkou při interních odpovědích, při externích nulou) a šest doplňujících (skórujících se nulou). Při vyplňování si participant musí vybrat pouze a právě jednu odpověď (Rotter, 1966). I-E škála rozlišuje vnitřní a vnější místo kontroly, tedy jestli jsou lidé více externalističtí či internalističtí. V dotazníku je možné získat žádný bod až dvacet tři bodů na škále internality. Čím vyšší skóre, tím vyšší internalismus.

Do českého překladu se dostalo pouze dvacet tři otázek. Tři jsou zaměřeny na vzdělání, pět na politickou situaci a patnáct zcela obecných, což byl důvod kritiky Rottera – výroky jsou příliš obecné (Cherling & Bourque, 1974). LOC v českém jazyce není standardizován. Překlad byl získán z Kabinetu diagnostických metod na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity Brno.

## **Zimbardův inventář časové perspektivy**

Dvacet let Zimbardo uceloval teorii časové perspektivy (Gonzales & Zimbardo, 1985). V roce 1985 byl poprvé publikován dotazník ZTPI, který do dnešní doby prošel několika revizemi. Nejnovější verze z roku 1999 splňuje vnitřní konzistenci, reliabilitu a validitu. Tentýž test, rovněž validizovaný, má překlad v několika jazycích (španělština, italština, francouzština, ruština a další) (Zimbardo & Boyd, 1999).

Dotazník obsahuje padesát šest položek. Zimbardo je sepsal do oznamovacích vět v první osobě. Participant vybere odpověď na pětibodové Likertově škále (rozhodně nesouhlasím; spíše nesouhlasím; ani nesouhlasím, ani souhlasím; spíše souhlasím; rozhodně souhlasím). Při vyhodnocování se ZTPI rozdělí do pěti kategorií časové perspektivy (pozitivní minulost, negativní minulost, hédonistická přítomnost, fatalistická přítomnost a budoucnost). Kategorie na sobě nejsou závislé, každá se vyhodnocuje zvlášť. Při zkoumání časové perspektivy však dochází v jednotlivých profilech osobnosti k ustáleným vzorcům (Keough, Zimbardo & Boyd, 1999).

Českou standardizační studii vedla Lukavská. Výzkumný soubor tvořilo 2030 osob, z toho 992 mužů a 1038 žen ve věku od patnácti do osmdesáti devíti let (průměr = 44,03 let, SD = 17,06). Tato studie dokázala, že je tento dotazník lehce převeditelný z americké verze do české, má vnitřní konzistenci, konstruktovou validitu a test-retestovou reliabilitu. (Lukavská, Klicperová-Baker, Lukavský & Zimbardo, 2011).

Skopal (2014, in Dolejš, Skopal, Suchá a kol., 2014) ve svém výzkumu na adolescentech objevil vztah mezi negativní minulostí ZTPI a úzkostností (0,48), citovou nestálostí (-0,30), sebeponižováním (0,37), pasivní komunikací (0,36), hostilitou (0,36) a neuroticismem (0,48). Hédonistická přítomnost ZTPI pozitivně koreluje na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  s impulzivitou (0,41), vyhledáváním vzrušení (0,44) a nadšeností/sklíčeností (0,40). Budoucí časová perspektiva negativně koreluje s impulzivitou (-0,50) a pozitivně s perseverancí (0,51) a rozvážností (0,48). Pozitivní minulost negativně koreluje s úzkostí (-0,33), negativním myšlením (-0,35), depresivitou (-0,38), a pozitivně koreluje se sebehodnocením (0,27), nadšeností (0,38) a sebeúctou (0,26).

### **Beckova posuzovací škála depresivity pro dospělé**

Bekovu depresivní škálu vytvořil Beck v roce 1961, kvůli nedostatku nástrojů na měření hloubky deprese. Dříve se používalo MMPI (Hathaway & McKinley, 1940) a Jasperův dotazník depresivity (Jasper, 1930). BDI mělo dvacet jedna otázek (symptomů deprese) a každá z nich byla charakterizována čtyřmi stupni závažnosti diskutovaného prvku (Beck a kol., 1961).

V roce 1987 byla vytvořená revize tohoto dotazníku, jmenovala se BDI-IA, která ovšem splňovala jen šest z devíti kritérií DSM-IV (smutná nálada během většiny dne, nezájem o příjemné věci, změna chuti k jídlu, narušený spánek, neklid nebo zpomalenost při činnosti, únava, pocity viny a bezmoci, neschopnost soustředit se, sebevražedné sklony) (DMS-IV, 2005).

Nyní se využívá druhá revize BDI-II, která vznikla roku 1996. Obsahuje též dvacet jedna okruhů a čtyři tvrzení, které se bodují od nuly po tři body dle závažnosti. Funguje zde přímo úměra. Čím vyšší skóre, tím hlubší depresivita. Beck skóry rozdělil na nedepresivní ( $\leq 10,9$  bodů, SD = 8,1), mírně depresivní ( $\leq 18,7$  bodů, SD = 10,2), středně depresivní ( $\leq 25,4$ , SD = 9,6) a těžce depresivní ( $\geq 30$  bodů, 10,6) (Beck, Steer & Brown, 1999).

Dotazník je určen pro osoby starší třinácti let. Neposuzuje osobnostní charakter, ale nynější stav (14 dní včetně dne, který je participant dotazován) (Steer a kol., 1986, in Beck, Steer & Brown, 1999). Richter a kol. (1998) udává, že právě krátkodobý interval je důvod nedostatku reprezentativních norem a nestabilních výsledků. Nedokáže odlišit druhy deprese (endogenní, exogenní). Primárně neměří výskyt deprese, ale k měření hloubky (Steer a kol., 1987, in Beck, Steer & Brown, 1999). U výzkumného souboru je předpokládána depresivita. Může ovlivnit výsledky ZTPI a Locus of Control, proto byl tento test použit.

Česká verze byla přeložena Preisem a Vacířem. BDI-II je vhodné pro českou klinickou a psychiatrickou praxi. Pro běžnou populaci je nedostatečná, jelikož může být zkreslující (především otázky: 2, 9, 16, 18). Běžná populace by měla minimálně skórovat dvěma, či třemi body. Do normálních hodnot se počítá nula a jednička.

Lidé se syndromem závislosti na alkoholu nemají svou vlastní standardizaci, počítají se v ambulantních psychiatrických pacientech mezi jiné poruchy ( $N = 68$ ,  $M = 16,50$  a  $SD = \pm 11,61$ ) (Beck, Steer & Brown, 1999). Spreen a Strause (1991) vytvořili normy, které mají větší směrodatnou odchylku a díky tomu jsou vhodné i pro běžnou populaci. Nula až devět bodů je norma. Deset až patnáct bodů získají lidé s minimálními známkami deprese (směrodatná odchylka, dále SD, je rovna  $\pm 8,1$ ). Šestnáct až devatenáct bodů je mírná až střední deprese (SD je  $\pm 10,2$ ). Střední až těžká má hodnotu dvacet až dvacet devět bodů (s SD  $\pm 9,6$ ). Těžká deprese je od třiceti bodů výše (SD =  $\pm 10,4$ ).

Dolejš a kol. (2014) ve svém výzkumu na adolescentech použili zkrácenou verzi dotazníku BDI-II. Vybrali vždy třetí odpověď na otázku a respondenti vybírali jednu ze čtyř možností: rozhodně souhlasím, souhlasím, nesouhlasím, rozhodně nesouhlasím. Za „rozhodně souhlasím“ dávali čtyři body, za „rozhodně nesouhlasím“ žádný bod. Poté zkoumali korelace s jinými faktory. Upravená BDI-II silně pozitivně korelovala s úzkostí (0,75), středně s hněvivostí (0,68), sebesnižováním (0,68) a neuroticismem (0,66) a negativní minulostí ZTPI (0,41). Středně negativně korelovala se sebeúctou (-0,52), sebehodnocením (-0,68), sebedůvěrou (-0,35) a pozitivní minulostí ZTPI (-0,38), to vše na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ . Malečková (1996) upozorňuje na pozitivní korelaci s geriatrickou škálou deprese.

## **7.2. Metoda výběru respondentů**

Výzkumné studie se zúčastnilo celkem 176 osob. 75 z nich bylo v testovací skupině a 101 patří do skupiny kontrolní.

Výzkumný soubor byl shromážděn pomocí záměrné, neboli účelové metody výběru. Způsob této metody spočívá ve vhodnosti potencionálního respondenta pro účel výzkumu a jeho souhlasu na účasti (Miovský, 2006). Předpokladem vhodnosti byla podmínka, že se jedná o muže staršího třiceti let včetně, aktivně se léčícího se na diagnózu syndromu závislosti na alkoholu. Výzkumný soubor mužů nad třicet let byl vybrán na základě předpokladu, že v této době mají muži stabilizovaný život a vědí, co od života chtějí. Mají však jiné priority než ženy a proto bylo do výzkumu zařazeno pouze jedno pohlaví.

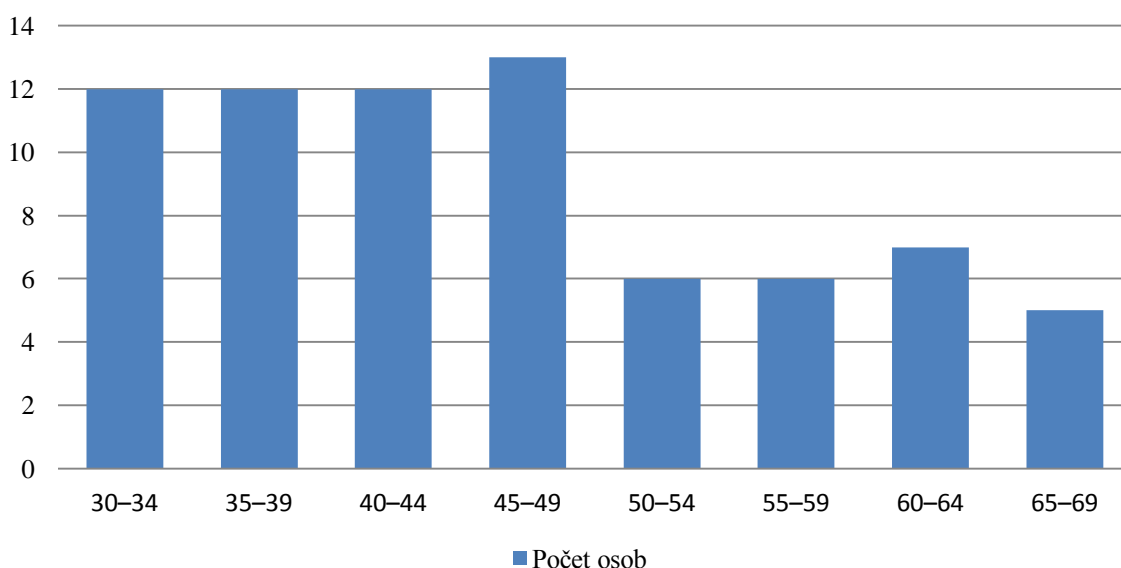
Jednalo se o metodu, díky níž bylo umožněno sesbírat množství účastníků, kteří splňují výše uvedená kritéria. Dále byla výhodná i ekonomicky a časově.

Kontrolní soubor byl vybírán též pomocí záměrného, náhodného výběru a metodou sněhové koule. Snow-ball je metoda, při níž respondenti doporučují své kontakty, s nimiž se výzkumník později setká, a ti poté vyzvou další své známé. Celý proces se opakuje, dokud se kruh neuzavře (nebudou doporučováni lidé, kteří se již výzkumu účastnili).

## 8. Výzkumný a kontrolní soubor

Výzkumný soubor tvořili pacienti na odděleních závislostí v Psychiatrické léčebně Opava (oddělení 18A), Psychiatrická nemocnice v Kroměříži (oddělení 8B, 10A a 17A). Celkem bylo shromážděno 75 respondentů, mužů léčících se na diagnózu F10.2 (syndrom závislosti na alkoholu), kteří jsou starší třiceti let (včetně třiceti let). Z celé testové baterie byli vyřazeni 2 pro neúplné výsledky a v částech Zimbardovi časové perspektivy a Beckovi depresivity ještě jeden. Průměrný věk výzkumného souboru je 45,92 let, přičemž nejmladšímu bylo 30 let a nejstaršímu 69 let. Soubor je zobrazen v grafu č. 1. Medián je 44 let a směrodatná odchylka (SD) je od věkového průměru rovna  $\pm 11,11$ .

**Graf č. 1:** Věkové rozložení výzkumného souboru



Další kategorií pro specifikaci výzkumného souboru byla otázka rodinného stavu. Nejvíce probandů – 32 osob, tedy 43,84 % uvedlo, že jsou ženatí. Pouze 1 člověk, tedy 1,37 % uvedl, že je vdovcem, více informací v tabulce č. 1.

**Tabulka č. 1: Rodinný stav u výzkumného souboru**

Rodinný stav	Počet osob	Procenta <sup>1</sup>
Svobodný	12	16,44
Ženatý	32	43,84
Rozvedený	28	38,36
Vdovec	1	1,37

Probandi též odpovídali na otázku dosaženého vzdělání. Všichni úspěšně dokončili základní školu a 8 lidí, tedy 10,96 % má vysokoškolský titul. Nejvíce probandů z výzkumného souboru – 30 z nich, tedy 41,10 % uvedlo, že mají výuční list ze středního odborného učiliště, více v tabulce č. 2.

**Tabulka č. 2: Dosažené vzdělání u výzkumného souboru**

Dosažené vzdělání	Počet osob	Procenta <sup>1</sup>
Neukončená základní škola	0	0
Ukončená základní škola	5	6,85
Střední odborné učiliště (výuční list)	30	41,10
Střední škola (maturita)	25	34,25
Vyšší odborná škola	5	6,85
Vysoká škola	8	10,96

Nejčastější odpověď v otázce průměrného příjmu v hrubé mzdě byla odpověď, že vydělávají 13 000–17 999 Kč měsíčně. Takto odpovědělo 29 probandů, tedy 39,73 %. Pouze 5 lidí, tedy 6,85 % odpovědělo, že dosahují vyšší výplaty než 25 000 Kč. Více informací v tabulce č. 3.

**Tabulka č. 3: Průměrný příjem v hrubé mzdě u výzkumného souboru**

Trvalé bydliště	Počet osob	Procenta
Méně než 2 999 obyvatel	16	21,92
3 000–24 999 obyvatel	29	39,72
25 000–79 999 obyvatel	20	27,40
Více než 80 000 obyvatel	8	10,96

<sup>1</sup> U procentuálního zastoupení může dojít k mírné chybě na hodnotě 0,01 kvůli zaokrouhlení na dvě desetinná místa.

Lidé z výzkumného souboru nejčastěji bydlí ve městech – 29 osob, tedy 39,72 %, které mají 3 000–24 999 obyvatel. Nejméně 8 z nich, tedy 10,96 % bydlí ve větších městech s více než 80 000 obyvateli, podrobnější informace v tabulce č. 4.

**Tabulka č. 4:** Počet obyvatel obce trvalého bydliště u výzkumného souboru

Trvalé bydliště	Počet osob	Procenta
Méně než 2 999 obyvatel	16	21,92
3 000–24 999 obyvatel	29	39,72
25 000–79 999 obyvatel	20	27,40
Více než 80 000 obyvatel	8	10,96

Ve výzkumném souboru je 50 lidí uživateli tabákových výrobků, tedy 68,49 %. Pouze 21 osob, tedy 31,51 % jsou nekuřáci. 27 lidí, tedy 37,00 % vykouří pravidelně 11–20 cigaret denně, což je také nejčastější odpověď. Podrobnější informace jsou v tabulce č. 5.

**Tabulka č. 5:** Množství vykouřených cigaret u výzkumného souboru

Množství vykouřených cigaret	Počet osob	Procenta
0 cigaret	23	31,51
1–10 cigaret denně	17	23,30
11–20 cigaret denně	27	37,00
Více než 21 cigaret denně	6	8,22

Mezi speciální otázky, které dostali pouze pacienti léčící se na F10, patří specifikace léčebného procesu a jeho prospěch. Nejvíce osob – 43, tedy 58,90 % bylo na své první léčbě se závislostí na alkoholu. Ovšem 17 ze 73, tedy 23,29 % bylo na léčbě třetí a vícenásobné. Přehled je v tabulce č. 6.

**Tabulka č. 6:** Počet léčení proti alkoholismu u výzkumného souboru

Počet léčení	Počet osob	Procenta
První pobytová léčba	43	58,90
Druhá pobytová léčba	13	17,81
Třetí a více pobytových léčení	17	23,29



Dotazníky byly rozdány nejčastěji v období druhého měsíce abstinence. To uvedlo 28 osob, tedy 38,36 %. 78 pacientů, tedy 79,46 % abstinovalo týden až tři měsíce, více informací v následující tabulce č. 7.

**Tabulka č. 7:** Počet dní abstinence u výzkumného souboru

Počet dní abstinence	Počet osob	Procenta
Méně než 7 dní	7	9,59
8–30 dní	20	27,40
31–61 dní	28	38,36
62–92 dní	10	13,70
93 a více dní	8	10,96

39 osob, tedy 53,42 % uvedlo, že pocítilo změny na své osobnosti z 37–63 %, na svém chování a vnímání v důsledku závislosti. Pouze 1 člověk, tedy 1,37 % nepocítil žádnou změnu, více v tabulce č. 8.

**Tabulka č. 8:** Míra změny osobnosti díky závislosti na alkoholu u výzkumného souboru

Míra změny osobnosti díky závislosti	Počet osob	Procenta
Vůbec (0%)	1	1,37
Minimálně (1–10 %)	2	2,74
Změny jsem pocítil, ale nijak rapidní (11–36 %)	6	8,22
Změny jsem pocítil (37–63 %)	39	53,42
Změnil jsem se hodně (64–89 %)	19	26,03
Zcela jsem se změnil (90–100 %)	6	8,22

Většina probandů – 63 osob, tedy 63,30 % si myslí, že jim je jejich léčba prospěšná. 9 osob, tedy 12,33 % zatím prospěch nepocítili a 1 člověk, tedy 1,37 % v prospěšnost nevěří.

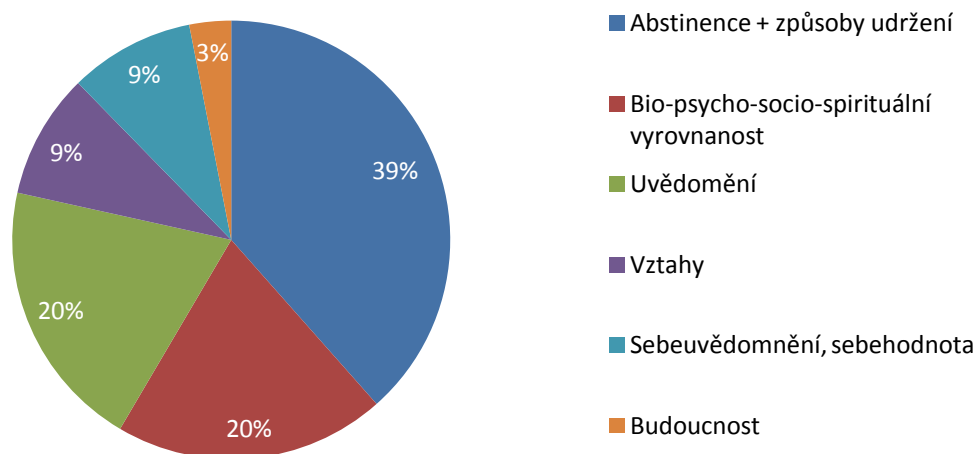
Poslední otázkou v části dotazníku s demografickými údaji bylo, v čem přesně jim léčba pomáhá. 39 % osob z výzkumného souboru zdůrazňovalo pomoc při přestávání užívání alkoholu, psychickou i fyzickou podporu personálu, výhody léčebného řádu a jehož dodržování. 20 % uvedlo, že díky abstinenci se jim zlepšuje zdravotní a psychický stav. Uvědomují si závislosti jako problému a získávají nadhled. Ujasňují si životní priority

a získávají vůli ke zlepšení svého života. 9 % probandů vyzdvihovalo zlepšování vztahů se svými blízkými a uvědomování si své vlastní hodnoty. 3 % osob se již zaměřuje na budoucnost a přímé jednání do budoucnosti. Grafické znázornění je v grafu č. 2.

Příklady v čem mi léčba pomáhá?

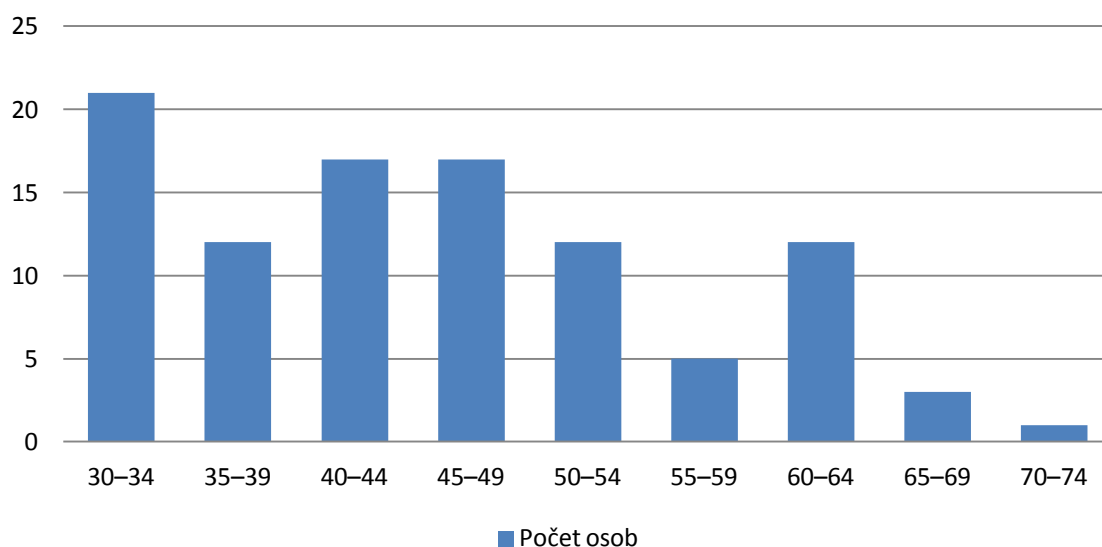
- „Léčba mě učí návykům a zvyklostem, které sem pitím ztratil. Učím se znovu vnitřní disciplíně, učím se vyjadřovat před lidmi bez alkoholu a sdělovat emoce a názory.“
- „Uvědomovat si sám sebe, odměnit se jiným způsobem než alkoholem a vlastně odměnit se vůbec, naučit se mít rád sám sebe.“
- „Ztrácí se celkový a permanentní smutek, snad stabilizovaná deprese. Těší mě, že se dám do pořádku. Moc mě těší pomoc ode všech, až tady v léčbě začínám mít i pozitivní pocity a optimismus.“
- „Mám zde čas pro sebe, kdy si mohu se střízlivou hlavou ujasnit co a komu jsem v životě svým pitím způsobil. Jsem zde v chráněném prostředí bez alkoholu, restaurací a podobně, lepší se můj zdravotní stav (tlak krve, játra).“

**Graf č. 2:** Procentuální zastoupení bodů, v čem lidem se závislostí pomáhá léčba



Kontrolní soubor z běžné populace tvoří 101 probandů, z toho 1 musel být vyloučen kvůli skrytému alkoholismu a 1 z inventáře Zimbardovi časové perspektivy a Beckovi depresivity pro neúplné výsledky. Průměrný věk kontrolní skupiny je 45,45 let. Přičemž nejmladšímu je 30 let a nejstaršímu 71 let. Přesné věkové rozložení je v grafu č. 3. Směrodatná odchylka od průměrného věku je rovna  $\pm 10,69$ .

**Graf č. 3:** Věkové rozložení u kontrolního souboru



V demografických údajích kontrolního souboru se pracuje se 100 osobami, proto je procentuální zastoupení shoduje s číslem počtu osob. Dále zde bude zmiňováno pouze procentuální zastoupení. Na otázku rodinného stavu nejčastěji odpovídali probandi – 45 %, že jsou ženatí. Pouze 1 % z kontrolního souboru je vdovec, více v tabulce č. 9.

**Tabulka č. 9:** Rodinný stav u kontrolního souboru

Rodinný stav	Počet osob	Procenta
Svobodný	16	16,00
Ženatý	45	45,00
Rozvedený	38	38,00
Vdovec	1	1,00

Nejčastější uvedené dosažené vzdělání byl výuční list na středním odborném učilišti. To sdělilo 41 % osob z kontrolního souboru. Podrobnější informací lze nalézt v tabulce č. 10.

**Tabulka č. 10: Dosažené vzdělání u kontrolního souboru**

Dosažené vzdělání	Počet osob	Procenta
Neukončená základní škola	0	0
Ukončená základní škola	7	7,00
Střední odborné učiliště (výuční list)	41	41,00
Střední škola (maturita)	34	34,00
Vyšší odborná škola	7	7,00
Vysoká škola	11	11,00

Z výsledků průměrného měsíčního příjmu v hrubé mzdě vyšlo, že 43 % lidí z kontrolního souboru dosahuje na více než 25 000 Kč. Nejméně osob – 14 % zaškrtnulo možnost 13 000–17 999 Kč, více v tabulce č. 11.

**Tabulka č. 11: Průměrný příjem v hrubé mzdě u kontrolního souboru**

Průměrný příjem v hrubé mzdě	Počet osob	Procenta
Bez příjmu až 12 999 Kč	15	15,00
13 000–17 999 Kč	14	14,00
18 000–24 999 Kč	28	28,00
Více než 25 000 Kč	43	43,00

37 % probandů v kontrolním souboru zapsalo, že bydlí v městě o velikosti 3 000–24 999 obyvatel. A pouze 9 % se vyjádřilo, že bydlí v městě s více než 80 000 obyvateli, více v tabulce č. 12.

**Tabulka č. 12: Počet obyvatel obce trvalého bydliště u kontrolního souboru**

Trvalé bydliště	Počet osob	Procenta
Méně než 2 999 obyvatel	25	25,00
3 000–24 999 obyvatel	37	37,00
25 000–79 999 obyvatel	29	29,00
Více než 80 000 obyvatel	9	9,00

V kontrolním souboru se objevilo 78,00 % nekuřáků cigaret a 22,00 % kuřáků. Z kuřáků potom 45,45 % kouří po jedné až deseti a 45,45 % po deseti až dvaceti cigaretách denně.

Pouze 9,01 % kouří více jak dvacet jedna cigaret denně. Výzkum Berga, Wena, Cummingse, Ahluwaliae a Drusse (2013) dokazuje, že závislí kouří cigarety statisticky významně více než běžná populace.

Nyní bude následovat porovnání výzkumného a kontrolního souboru, zda mezi nimi není signifikantní rozdíl. Dále interpretace výsledkům kde se potvrdí, či zamítnou hypotézy a korelace všech testů a jejich faktorů (LOC, ZTPI, DBI-II).

## 9. Popis a interpretace výsledků

Ke zpracování dat byly použity programy Microsoft Excel a Statistica 12. K vyhodnocování byly použity tyto metody: Studentovy T-testy pro nezávislé výběry s rovností rozptylů, více polní Chí-Kvadrát, Mann-Whitneyův U test, korelace a popisná statistika.

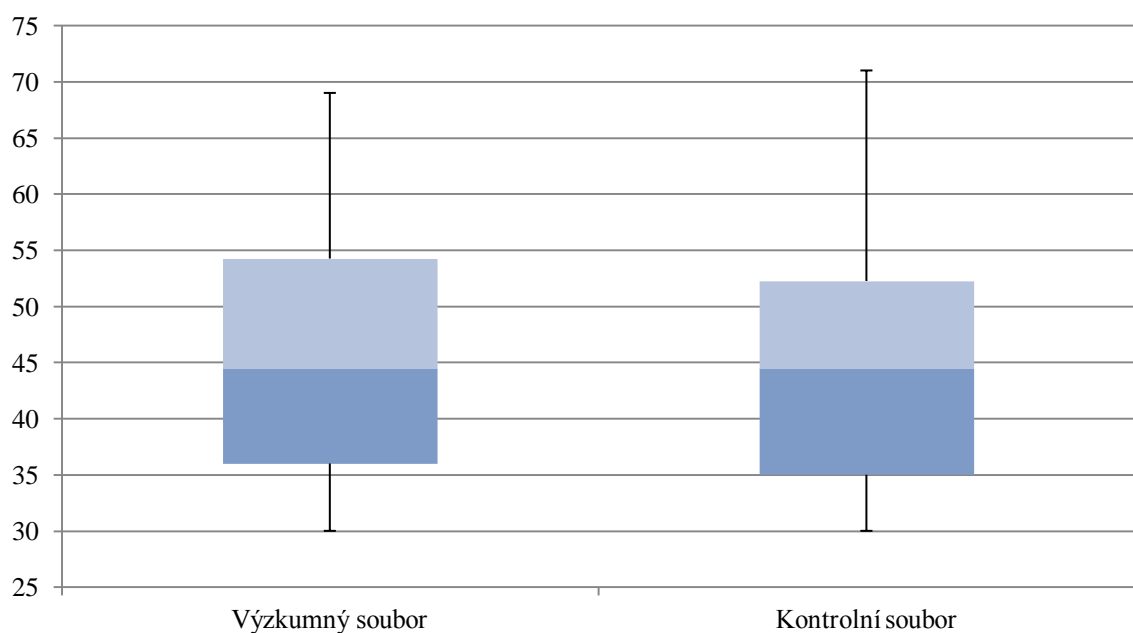
### 9.1. Demografické údaje

Nejprve bylo zapotřebí zjistit, zda výzkumný a kontrolní soubor jsou homogenní a není mezi soubory rozdíl. Nyní bude následovat výčet kategorií v demografických údajích obou souborů. K porovnání byl použit Mann-Whitneyův U test kvůli neobvyklému rozložení věku ve výzkumném souboru a Chí-Kvadrát u zbylých kategorií.

#### Věk

Pomocí Mann-Whitneyova U testu vyšlo, že výzkumný a kontrolní soubor mezi sebou nemají rozdíl, jsou nesignifikantní (U hodnota = 3574,50 a p-hodnota 0,82 > 0,05). Medián výzkumného souboru nabývá hodnoty 44 a medián kontrolního souboru je 44,5. Přehlednější informace jsou v grafu č. 4.

**Graf č. 4:** Krabicový graf podle souborů (věk)



## Rodinný stav

Pro porovnání rodinného stavu bylo zapotřebí použít Chí-Kvadrát, kvůli kategorickému rozložení obou souborů. Chí-Kvadrát se rovná 0,07 a p-hodnota je rovna 0,99, z toho vychází, že mezi soubory není signifikantní rozdíl, více v tabulce č. 13.

**Tabulka č. 13:** Procentuální rozložení výzkumného a kontrolního souboru dle rodinného stavu

Rodinný stav	Výzkumný soubor v procentech	Kontrolní soubor v procentech
Svobodný	16,44	16,00
Ženatý	43,84	45,00
Rozvedený	38,36	38,00
Vdovec	1,37	1,00

## Dosažené vzdělání

Pro porovnání kategorií dosaženého vzdělání obou souborů bylo zapotřebí použít též Chí-Kvadrát. Po jeho výpočtu (Chí-Kvadrát = 0,01, p = 0,99) vyšlo, že soubory jsou nesignifikantní, tedy není mezi nimi statisticky významný rozdíl.

**Tabulka č. 14:** Procentuální rozložení výzkumného a kontrolního souboru dle dosaženého vzdělání

Dosažené vzdělání	Výzkumný soubor v procentech	Kontrolní soubor v procentech
Neukončená základní škola	0,00	0,00
Ukončená základní škola	6,85	7,00
Střední odborné učiliště (výuční list)	41,10	41,00
Střední škola (maturita)	34,25	34,00
Vyšší odborná škola	6,85	7,00
Vysoká škola	10,96	11,00

## Průměrný příjem v hrubé mzdě

V této kategorii byl předpokládán rozdíl mezi soubory, kvůli finančnímu zadlužení způsobenému závislostí, nezaměstnaností či obtížím v zaměstnání (více v diskusi). Procentu-

ální rozložení obou souborů je v tabulce č. 15. Pro porovnání byl použit Chí-Kvadrát. Hodnota Chí-Kvadrátu vyšla 35,13 s p-hodnotou < 0,001. Mezi soubory vyšel statisticky významný rozdíl.

**Tabulka č. 15:** Procentuální rozložení výzkumného a kontrolního souboru dle průměrného příjmu v hrubé mzdě

Průměrný příjem v hrubé mzdě	Výzkumný soubor v procentech	Kontrolní soubor v procentech
Bez příjmu až 12 999 Kč	28,77	15,00
13 000–17 999 Kč	39,73	14,00
18 000–24 999 Kč	24,65	28,00
Více než 25 000 Kč	6,85	43,00

### Počet obyvatel v místě trvalého bydliště

Nyní byl použit též Chí-Kvadrát na procentuální zastoupení výzkumného a kontrolního souboru v tabulce č. 16. Chí-Kvadrát vyšel 0,45 a p-hodnota 0,93, je tedy větší než 0,05. Rozdíl mezi kontrolním a výzkumným souborem není.

**Tabulka č. 16:** Procentuální rozložení výzkumného a kontrolního souboru dle počtu obyvatel v místě trvalého bydliště

Trvalé bydliště	Výzkumný soubor v procentech	Kontrolní soubor v procentech
Méně než 2 999 obyvatel	21,92	25,00
3 000–24 999 obyvatel	39,72	37,00
25 000–79 999 obyvatel	27,40	29,00
Více než 80 000 obyvatel	10,96	9,00

### Kouření cigaret

U této kategorie analýza relativních četností napovídá, že budou soubory rozdílné (viz tabulka č. 17). Za použití Chí-Kvadrátu hodnota vyšla 37,54 a p-hodnota je menší než 0,001. Mezi soubory je tedy signifikantní rozdíl. Zamyšlení nad důvodem této rozdílnosti je v kapitole č. 10.



**Tabulka č. 17:** Procentuální rozložení výzkumného a kontrolního souboru dle kouření cigaret

Kouření cigaret	Výzkumný soubor v procentech	Kontrolní soubor v procentech
Ano	68,50	22,00
Ne	31,50	78,00

V kategorii demografických údajů vyšlo, že soubory nejsou signifikantně rozdílné, to znamená, že je možné porovnávat výsledky v kategoriích Locus of Control, Zimbardova časová perspektiva a Beckova depresivita. Jediné, kde byl prokázán rozdíl mezi výzkumným a kontrolním souborem, je finanční stránka a kouření cigaret. V diskusi je o tomto rozdílu více informací.

## 9.2. Locus of Control (LOC)

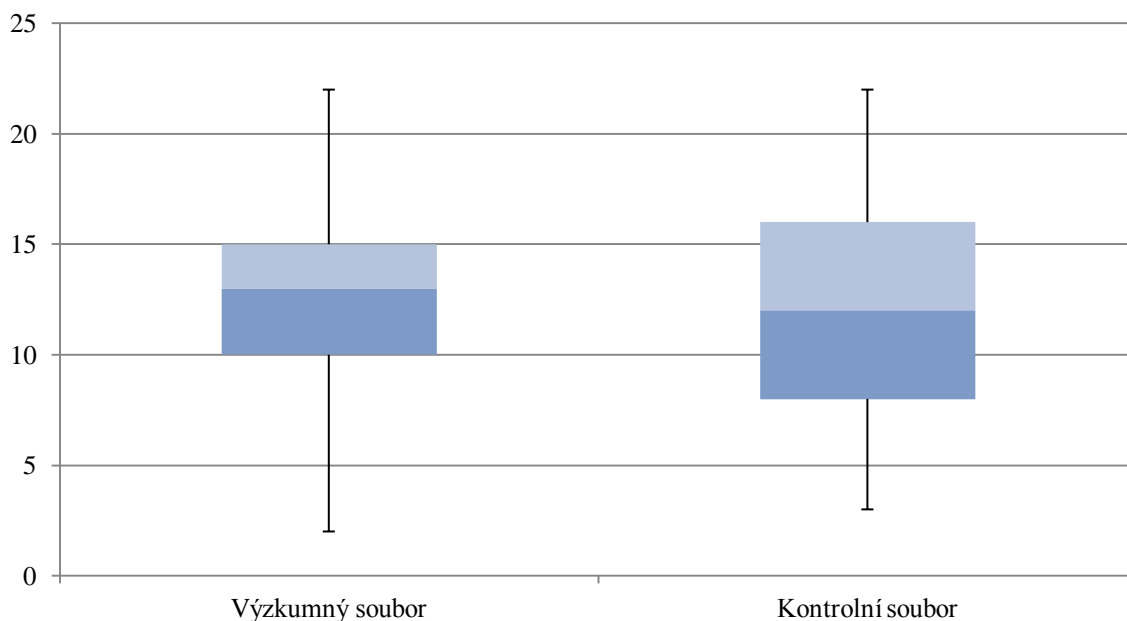
Ke zjištění statisticky významného rozdílu mezi výzkumným a kontrolním souborem v kategorii Locus of Control byl použit neparametrický U test Mann–Whitney. V tabulce č. 18 je základní popisná statistika výsledků Locus of Control.

**Tabulka č. 18:** Základní popisná statistika LOC

Locus of Control	Výzkumný soubor	Kontrolní soubor
Průměr	12,44	12,16
Modus	vícenásobný	vícenásobný
Medián	13,00	12,00
Směrodatná odchylka	±4,03	±4,67

Průměrné hodnoty se pohybují na středu stupnice s mírným sklonem k internalismu v obou souborech. Kontrolní soubor je o 0,28 bodu blíže k externalismu. V Mann–Whitneově U testu vyšlo, že výzkumný a kontrolní soubor mezi sebou nemají statisticky významný rozdíl (U hodnota = 3407,00 a p-hodnota 0,46 > 0,05). Medián výzkumného souboru je 13,00 a kontrolní souboru 12,00.

**Graf č. 5: Krabicový graf LOC**



V graf č. 5 jsou názorně vyobrazeny mediány, percentily a extrémní hodnoty. Minimální nabytá hodnota u výzkumného souboru jsou 2,00 a maximální 22,00. Percentil 0,25 je 10,00 a percentil 0,75 je 15,00. Kontrolní soubor v kategorii LOC má minimální hodnotu 3,00 a maximální 22,00. Percentil 0,25 je roven 8,00 a percentil 0,75 je 16,00.

*$H_{A(1)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších hodnot v externálním místě kontroly než kontrolní soubor z běžné populace.*

- Hypotéza  $H_{A(1)}$  je zamítnuta na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

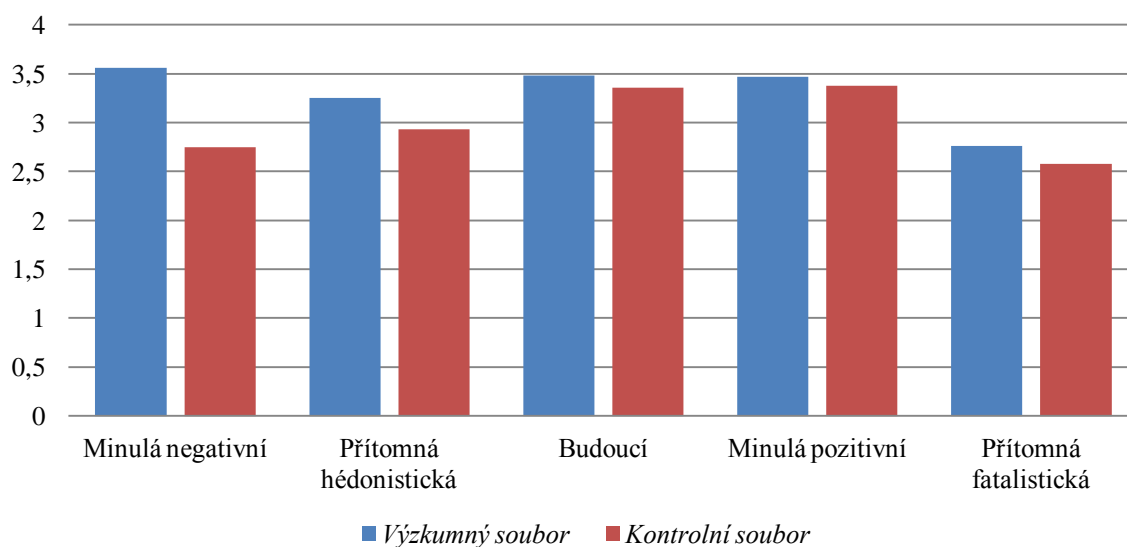
### 9.3. Zimbardova časová perspektiva (ZTPI)

Ke zjištění statisticky významného rozdílu mezi jednotlivými typy časové perspektivy u výzkumného a kontrolního souboru byly použity Studentovy T-testy pro nezávislé výběry s rovností rozptylů a Mann-Whitneyův U test, podle rozložení. Základní popisné statistiky hrubých skóre u jednotlivých druhů časové perspektivy ZTPI jsou zaznamenány v následující tabulce č. 19 a graficky znázorněny v grafu č. 6.

Tabulka č. 19: Základní popisné statistiky ZTPI (průměrné hrubé skóry)

ZTPI	Minulá negativní	Přítomná hédonistická	Budoucí	Minulá pozitivní	Přítomná fatalistická
<b>VÝZKUMNÝ SOUBOR</b>					
Průměr	3,56	3,25	3,48	3,47	2,76
Modus	3,60	3,33	3,62	3,56	2,89
Medián	3,60	3,33	3,46	3,56	2,67
Směrodatná odchylka	±0,58	±0,57	±0,46	±0,54	±0,76
<b>KONTROLNÍ SOUBOR</b>					
Průměr	2,75	2,93	3,36	3,38	2,58
Modus	3,00	2,53	3,38	3,33	2,89
Medián	2,80	2,93	3,38	3,33	2,67
Směrodatná odchylka	±0,53	±0,47	±0,41	±0,53	±0,69

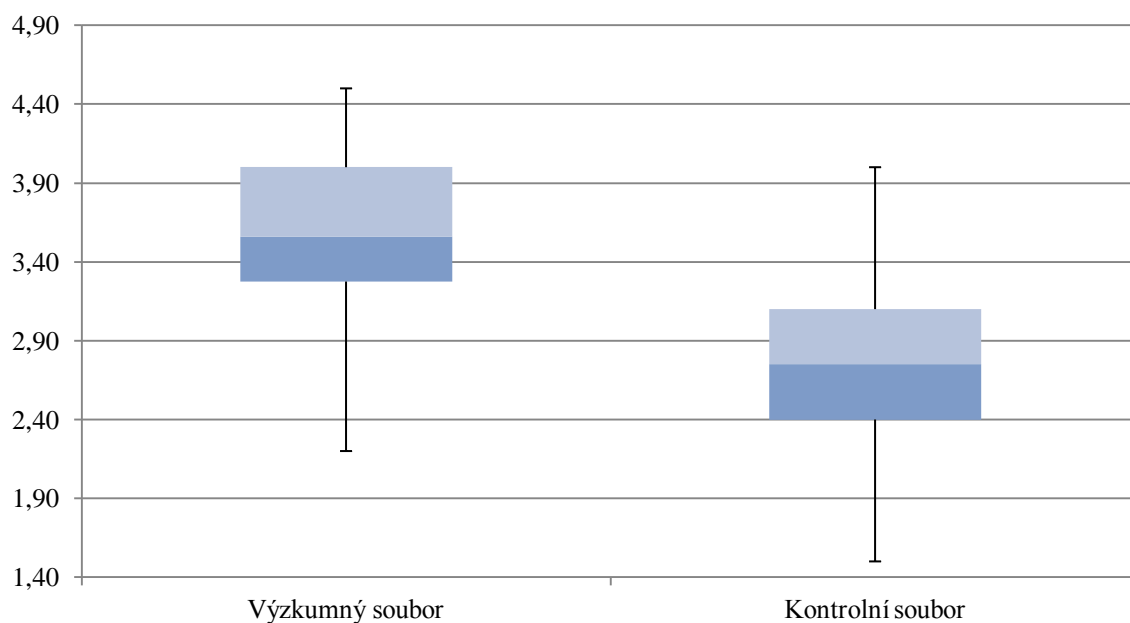
Graf č. 6: ZTPI průměrné hodnoty u výzkumného a kontrolního souboru



### Minulá negativní časová perspektiva

K porovnání minulé negativní časové perspektivy u výzkumného a kontrolního souboru byl použit dvouvýběrový Studentův T-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů (p rozptylu je rovna 0,41). T hodnota byla rovna 9,51 a p-hodnota je menší 0,001. V orientaci na negativní minulost se soubory statisticky významně liší, je mezi nimi vysoce signifikantní rozdíl, ten je znázorněn v grafu č. 7.

**Graf č. 7: Krabicový graf ZTPI negativní minulost**



Průměr a směrodatná odchylka výzkumného souboru v přítomné hédonistické časové perspektivě jsou zaznamenány v tabulce č. 19. Minimální hodnota je 2,20 a maximální hodnota je 4,50. Průměr a směrodatná odchylka kontrolního souboru je též uvedena v tabulce č. 19. Maximální hodnota je 4,00 a minimální 1,50.

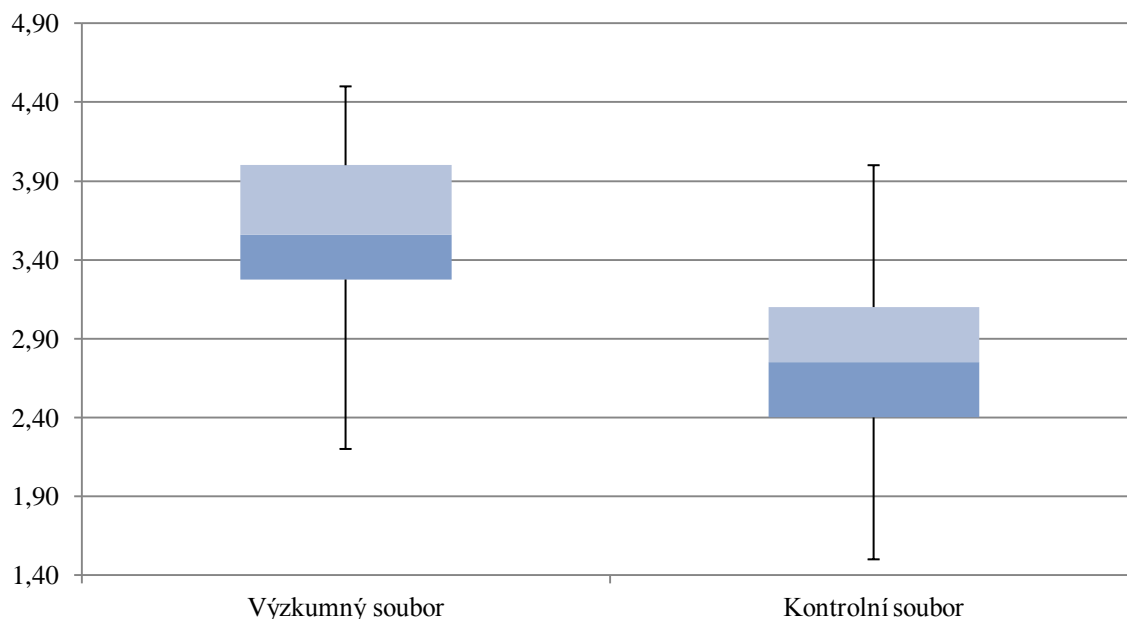
*H<sub>A(2)</sub>: Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších výsledků v minulé negativní časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.*

- Hypotéza **H<sub>A(2)</sub>** je přijata na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .

### **Přítomnost hédonistické časové perspektivy**

K porovnání přítomné hédonistické časové perspektivy byl použit dvouvýběrový Studentův T-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů (p rozptylu se rovná 0,08). T hodnota vyšla 3,99, p-hodnota je menší než 0,001. Mezi výzkumným a kontrolním souborem je signifikantní rozdíl. Rozdíl lze pozorovat v grafu č. 8.

**Graf č. 8:** Krabicový graf ZTPI *hédonistická přítomnost*



Průměrná hodnota výzkumného souboru v přítomné *hédonistické časové perspektivě* je 3,25 a směrodatná odchylka  $\pm 0,57$  (viz tabulka č. 19). Minimální hodnota je 1,47 a maximální je 4,73. Průměrná hodnota kontrolního souboru je 2,93 a směrodatná odchylka  $\pm 0,47$  (viz tabulka č. 19). Minimální hodnota u kontrolního souboru v přítomné *hédonistické časové perspektivě* je 1,73 a maximální 3,87.

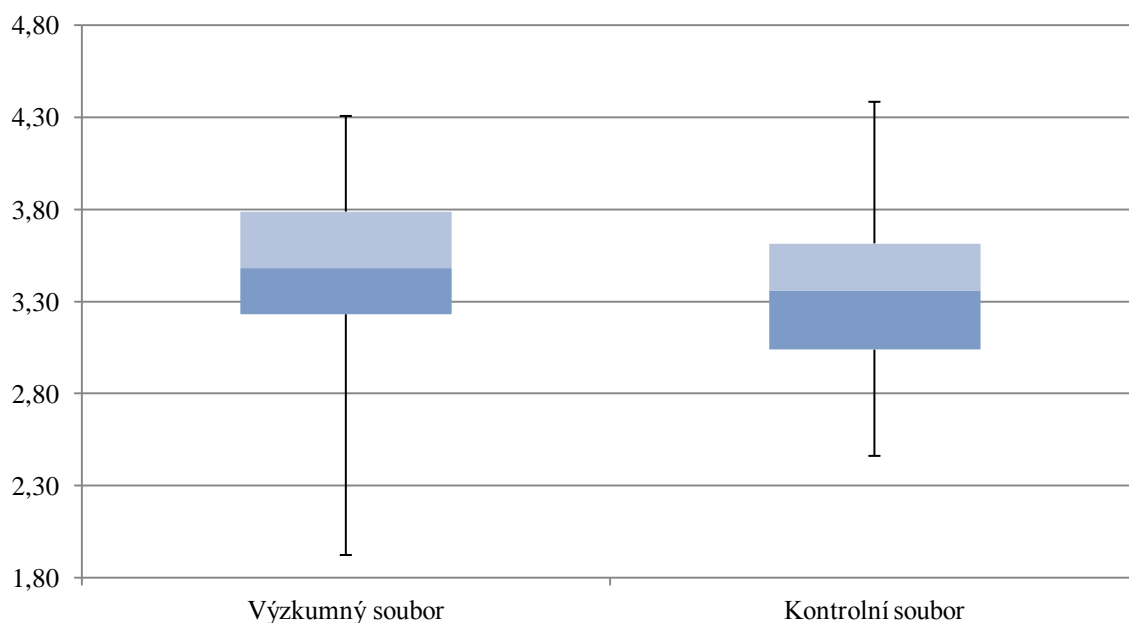
*H<sub>A(3)</sub>: Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších výsledků v přítomné *hédonistické časové perspektivě* než kontrolní soubor z běžné populace.*

- Hypotéza **H<sub>A(3)</sub>** je přijata na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .

### **Budoucí časová perspektiva**

K porovnání výzkumného a kontrolního souboru v kategorii budoucí časová perspektiva byl použit Studentův T-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylu (p rozptylu je rovno 0,31). T hodnota vyšla 1,73 a p hodnota 0,08, tedy větší než 0,05. Mezi soubory není signifikantní rozdíl.

**Graf č. 9:** Krabicový graf ZTPI budoucí



Průměrné hodnoty a směrodatné odchylky obou souborů, jež se vyskytují v grafu č. 9, lze nalézt v tabulce č. 19. Minimální hodnota výzkumného souboru je 1,92 a maximální 4,31. Minimální hodnota u kontrolního souboru v kategorii budoucí časové perspektivy je rovna 2,46 a maximální 4,39.

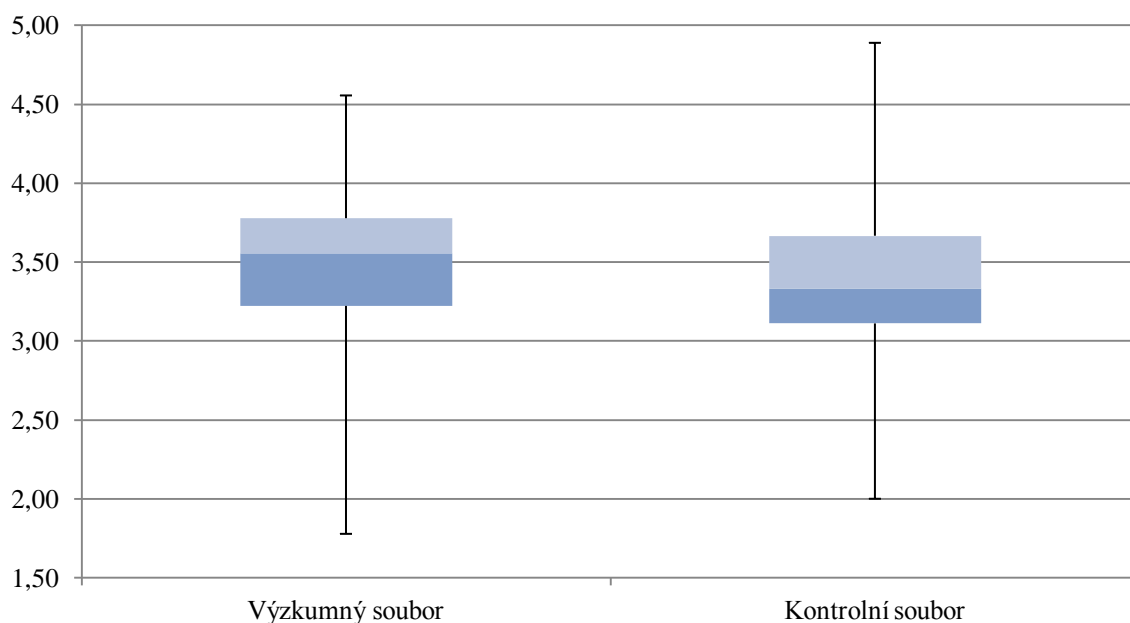
*H<sub>A(4)</sub>: Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně nižších výsledků v budoucí časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.*

- Hypotéza **H<sub>A(4)</sub>** je **zamítnuta** na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

### **Minulá pozitivní časová perspektiva**

K porovnání výzkumného a kontrolního souboru v minulé časové perspektivě byl využit Mann-Whitneyův U test. U hodnota vyšla 3081,00 a p-hodnota 0,10. Medián výzkumného souboru je 3,56 a kontrolního souboru 3,33. Mezi soubory nebyl nalezen signifikantní rozdíl. Graficky zpracováno v grafu č. 10.

**Graf č. 10:** Krabicový graf ZTPI pozitivní minulost



V grafu č. 10 jsou zaznamenány mediány výzkumného (3,56) a kontrolního souboru (3,33). Percentil 0,25 u výzkumného souboru je 3,22 a percentil 0,75 je 3,78. Percentil 0,25 u kontrolního souboru je 3,11 a percentil 0,75 je 3,67.

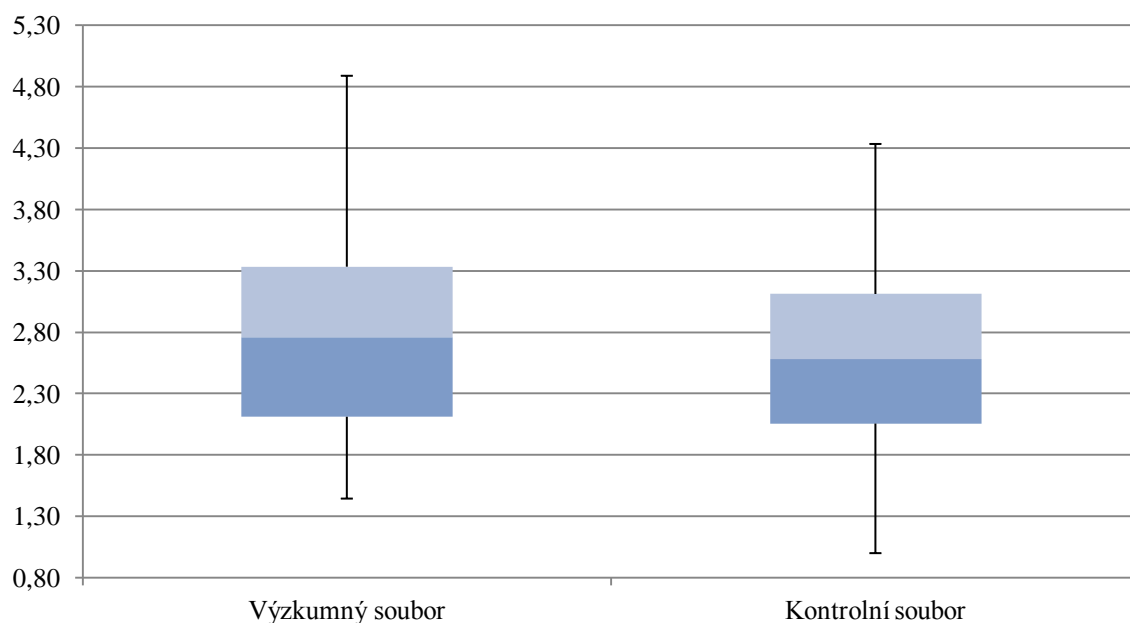
*H<sub>A(5)</sub>: Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně nižších výsledků v minulé pozitivní časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.*

- Hypotéza **H<sub>A(5)</sub>** je zamítnuta na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

### **Přítomnost fatalistické časové perspektivy**

Při porovnávání výzkumného a kontrolního souboru byl použit Studentův T-test pro nezávislé výběry s rovností rozptylů (p rozptylu se rovná 0,40). Hodnota t je rovna 1,59 a p-hodnota 0,11. Mezi soubory není signifikantní rozdíl.

**Graf č. 11:** Krabicový graf ZTPI fatalistická přítomnost



V grafu č. 11 jsou znázorněny průměry a směrodatné odchylky obou souborů, jejichž hodnoty lze nalézt v tabulce č. 19. Dále zobrazuje u výzkumného souboru minimální hodnotu (1,44) a maximální (4,89). U kontrolního souboru též. Minimální hodnota je 1,00 a maximální 4,33.

$H_{A(6)}$ : *Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších výsledků v přítomné fatalistické časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.*

- Hypotéza  $H_{A(6)}$  je zamítnuta na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

#### 9.4. Beckova depresivita (BDI-II)

Pro porovnání hodnot výzkumného a kontrolního souboru na škále BDI-II byl použit Mann-Whitneyho U test. Hodnoty obou souborů jsou uvedeny v tabulce č. 20.

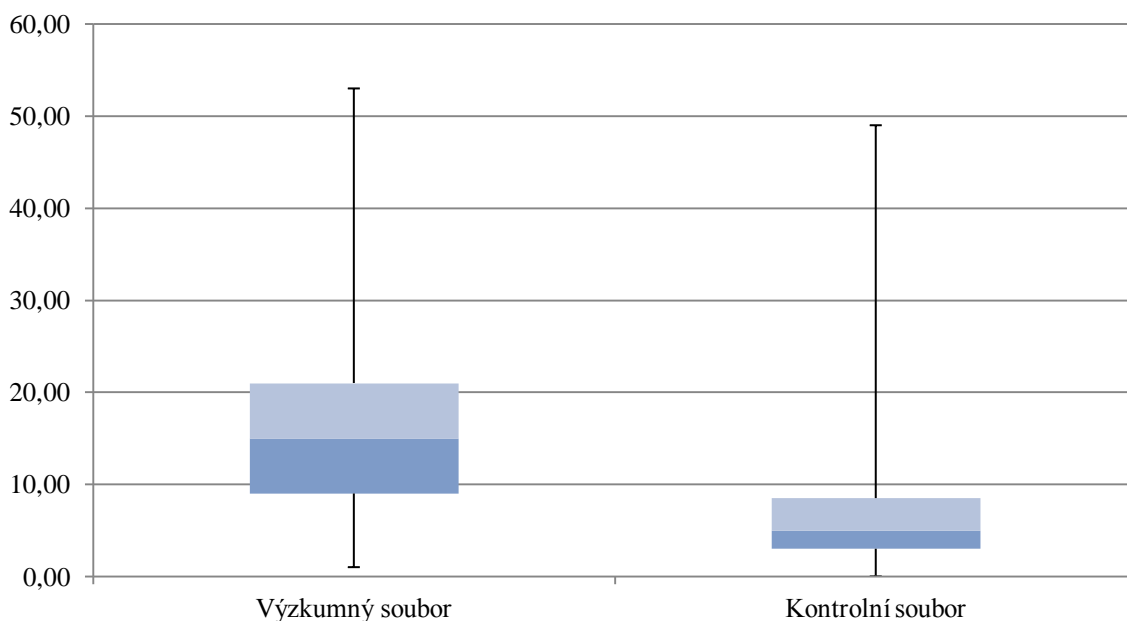
**Tabulka č. 20:** Základní popisná statistika BDI-II

BDI-II	Výzkumný soubor	Kontrolní soubor
Průměr	16,59	7,12
Modus	15,00	1,00
Medián	15,00	5,00
Směrodatná odchylka	$\pm 10,22$	$\pm 7,36$



Výsledná hodnota U je rovna 1276,00 a p-hodnota je menší než 0,001, což znamená, že mezi soubory je signifikantně významný rozdíl. Medián výzkumného souboru je 15,00 a kontrolní souboru je medián roven 5,00. Názorné zobrazení je v grafu č. 12.

**Graf č. 12:** Krabicový graf BDI-II



V grafu č. 12 jsou zaznamenány mediány výzkumného a kontrolního souboru. Percentil 0,25 u výzkumného souboru je 9,00 a percentil 0,75 je 21. Percentil 0,25 u kontrolního souboru je 3,00 a percentil 0,75 je 8,50. Zajímavé jsou maximální a minimální hodnoty. U výzkumného souboru je minimální hodnota 1,00 a maximální 53,00. U Kontrolního souboru je minimální hodnota 0,00 a maximální 49,00.

*$H_{1(7)}$  Pacienti léčící se s diagnózou F10 statisticky významně skórují v průměru výše v testu depresivity než kontrolní soubor z běžné populace.*

- Hypotéza  $H_{A(7)}$  je přijata na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .

Výzkumný souboru, díky své průměrné hodnotě 16,59 (viz tabulka č. 20) dosahuje střední deprese. Podle výzkumu Spreena a Strause (1991) pouze v mírné až střední depresi. A kontrolní soubor spadá s průměrnou hodnotou 7,12 (viz tabulka č. 20) podle Becka a kol. (1999) do nedeprativní kategorie.

## 9.5. Vztahy mezi jednotlivými testy

Pro porovnání vztahů mezi jednotlivými testy byly použity korelace na hladině  $\alpha$  menší než 0,05. Výsledné hodnoty pro výzkumný vzorek je v tabulce č.21.

**Tabulka č. 21:** Korelace jednotlivých faktorů u testů LOC, ZTPI a BDI-II u výzkumného souboru

VÝZKUMNÝ SOUBOR	LOC	Minulá negativní ZTPI	Přítomná hédonistická ZTPI	Budoucí ZTPI	Minulá pozitivní ZTPI	Přítomná fatalistická ZTPI	BDI-II
LOC	1,00	0,04	0,06	-0,16	-0,04	-0,08	-0,10
Minulá negativní ZTPI	0,04	1,00	0,17	0,06	0,20	<b>0,26*</b>	<b>0,47***</b>
Přítomná hédonistická ZTPI	0,06	0,17	1,00	0,15	0,16	<b>0,35**</b>	0,01
Budoucí ZTPI	-0,16	0,06	0,15	1,00	<b>0,24*</b>	<b>-0,24*</b>	-0,01
Minulá pozitivní ZTPI	-0,04	0,20	0,16	<b>0,24*</b>	1,00	-0,07	0,00
Přítomná fatalistická ZTPI	-0,08	<b>0,26*</b>	<b>0,35**</b>	<b>-0,24*</b>	-0,07	1,00	0,20
BDI-II	-0,10	<b>0,47***</b>	0,01	-0,01	0,00	0,20	1,00

\* korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$

\*\* korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$

\*\*\* korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$

Při korelaci testů a jejich faktorů použitých v této studii na výzkumném souboru byly zjištěny tyto vztahy:

- **Střední pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  u testu BDI-II a ZTPI u faktoru minulá negativní časová perspektiva ( $r = 0,47$ ).
- **Střední pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  u testu ZTPI u faktorů přítomná hédonistická a fatalistická časová perspektiva ( $r = 0,35$ ).
- **Slabá pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  u testu ZTPI u faktorů přítomná fatalistická a minulá negativní časová perspektiva ( $r = 0,26$ ).
- **Slabá pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  u testu ZTPI u faktorů budoucí a minulá pozitivní časová perspektiva ( $r = 0,24$ ).
- **Slabá negativní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  u testu ZTPI u faktorů přítomná fatalistická a budoucí časová perspektiva ( $r = -0,24$ ).

Pro porovnání vztahů u kontrolního souboru mezi jednotlivými testy byly použity korelace na hladině  $\alpha$  menší než 0,05. Výsledné hodnoty jsou v tabulce č. 22.

**Tabulka č. 22:** Korelace jednotlivých faktorů u testů LOC, ZTPI a BDI-II u kontrolního souboru

KONTROLNÍ SOUBOR	LOC	Minulá negativní ZTPI	Přítomná hédonistická ZTPI	Budoucí ZTPI	Minulá pozitivní ZTPI	Přítomná fatalistická ZTPI	BDI-II
LOC	1,00	0,07	0,02	<b>0,22*</b>	0,12	0,07	-0,01
Minulá negativní ZTPI	0,07	1,00	<b>0,30**</b>	-0,07	-0,04	<b>0,66***</b>	<b>0,33**</b>
Přítomná hédonistická ZTPI	0,02	<b>0,30**</b>	1,00	<b>-0,21*</b>	<b>0,32**</b>	<b>0,53***</b>	0,04
Budoucí ZTPI	<b>0,22*</b>	-0,07	<b>-0,21*</b>	1,00	<b>0,29***</b>	<b>-0,36***</b>	-0,12
Minulá pozitivní ZTPI	0,12	-0,04	<b>0,32**</b>	<b>0,29**</b>	1,00	-0,09	-0,11
Přítomná fatalistická ZTPI	0,07	<b>0,66***</b>	<b>0,53***</b>	<b>-0,36***</b>	-0,09	1,00	<b>0,20*</b>
BDI-II	-0,01	<b>0,33**</b>	0,04	-0,12	-0,11	<b>0,20*</b>	1,00

\* korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$

\*\* korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$

\*\*\* korelace na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$

Při korelaci testů a jejich faktorů použitých v této studii na kontrolním souboru byly zjištěny tyto vztahy:

- **Střední pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  u testu ZTPI u faktorů minulá negativní a přítomná fatalistická časové perspektivy ( $r = 0,66$ ).
- **Střední pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  u testu ZTPI u faktorů přítomná hédonistická a přítomná fatalistická časové perspektivy ( $r = 0,53$ ).
- **Střední negativní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  u testu ZTPI u faktorů přítomná fatalistická budoucí časová perspektiva ( $r = -0,36$ ).
- **Střední pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  u testů BDI-II a ZTPI u faktoru minulá negativní časová perspektiva ( $r = 0,33$ ).
- **Střední pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  u testu ZTPI u faktorů přítomná hédonistická a minulá pozitivní časová perspektiva ( $r = 0,32$ ).
- **Střední pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  u testu ZTPI u faktorů přítomná hédonistická a minulá negativní časová perspektiva ( $r = 0,30$ ).

- **Slabá pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  u testu ZTPI u faktorů budoucí a minulé pozitivní časová perspektiva ( $r = 0,29$ ).
- **Slabá pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  u testů LOC a ZTPI u faktoru budoucí časová perspektiva ( $r = 0,22$ ).
- **Slabá negativní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  u testu ZTPI u faktorů přítomná hédonistická a budoucí časová perspektiva ( $r = -0,21$ ).
- **Slabá pozitivní korelace** na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  u testů BDI-II a ZTPI u faktoru přítomná fatalistická časová perspektiva ( $r = 0,20$ ).

Všechny pozitivní slabé, střední a slabé negativní korelace u výzkumného souboru korelují pozitivně slabě, středně či slabě negativně korelují i v kontrolním souboru. Síla korelace není stejná, ale existuje u stejných proměnných. V kontrolním souboru je možno nalézt i jiné střední a slabé korelace. O důvodech, proč jich je ve výzkumném souboru více bude autorka vysvětlovat v diskusi.

## 9.6. Vyjádření k platnosti hypotéz

Ze sedmi hypotéz tohoto výzkumu byly tři přijaty a čtyři zamítnuty. Zamyšlení nad tím, proč byly zamítnuty, se nachází v diskusi. Hlavní důvody nachází autorka v terapeutických důsledcích léčby v psychiatrických léčebnách. Zde je seznam hypotéz a výsledků:

*$H_{A(1)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších hodnot v externím místě kontroly než kontrolní soubor z běžné populace.*

- Hypotéza  **$H_{A(1)}$  je zamítnuta** na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

*$H_{A(2)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších výsledků v minulé negativní časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.*

- Hypotéza  **$H_{A(2)}$  je přijata** na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .

*$H_{A(3)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších výsledků v přítomné hédonistické časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.*

- Hypotéza  **$H_{A(3)}$  je přijata** na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .

$H_{A(4)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně nižších výsledků v budoucí časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.

- Hypotéza  $H_{A(4)}$  je zamítnuta na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

$H_{A(5)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně nižších výsledků v minulé pozitivní časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.

- Hypotéza  $H_{A(5)}$  je zamítnuta na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

$H_{A(6)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 dosahují statisticky významně vyšších výsledků v přítomné fatalistické časové perspektivě než kontrolní soubor z běžné populace.

- Hypotéza  $H_{A(6)}$  je zamítnuta na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

$H_{A(7)}$ : Pacienti léčící se s diagnózou F10 statisticky významně skórují v průměru výše v testu depresivity než kontrolní soubor z běžné populace.

- Hypotéza  $H_{A(7)}$  je přijata na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .

Výzkumem bylo zjištěno, že osoby se závislostí na alkoholu dosahují statisticky významně vyšších skóre od kontrolního souboru v minulé negativní a přítomné hedonistické časové perspektivě a také v depresivitě. Což potvrzuje, že jejich životní nastavení je jiné než u běžné populace.

## Diskuse

Výzkumná studie se zabývala pacienty s diagnózou závislosti na alkoholu a jejich přístupem k časové perspektivě, vnitřní kontrole a akutním psychickým stavem, zda je tíží deprese, či nikoli. Byly využity tři psychologické testy LOC, ZTPI, BDI-II. Jelikož se jedná o nestandardizované testy, bylo potřeba sehnat kontrolní soubor, který by měl stejné socio-demografické údaje.

Výzkumný soubor tvořilo 73 mužů starších třiceti let s diagnózou F10, kteří byli právě léčeni, a kontrolní soubor obsahoval 100 mužů starších třiceti let včetně. Po porovnání těchto dvou souborů bylo zjištěno, že nejsou signifikantně rozdílné ve faktorech: věk, vzdělání, rodinný stav a bydliště (počet obyvatel). Statisticky významně se však liší v měsíčním hrubém příjmu a kouření cigaret, což byly i kategorie, u nichž se s tím počítalo.

Závislí často ztratí práci, nejsou spolehliví, nezvládají vyšší pozice, a proto jim zaměstnavatel tolik neplatí. Někteří z nich mohou mít i dluhy, a díky závislosti nejsou schopni pracovat a proto jsou odkázáni na pomoc druhých. Co se týče kouření, jde o životní styl. Závislí na alkoholu se objevují v místech, kde se kouří (hospodách, non stopch a dalších). Setkávají se s lidmi, kteří mají tento zvyk. Navíc závislost přitahuje závislost. Berg, Wen, Cummings, Ahluwalia a Druss (2013) zkoumali souvislosti mezi kouřením, depresí a závislostí na alkoholu. Závislí statisticky významně častěji kouří a mají deprese, na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ .

Po zjištění podobnosti souborů, následovalo porovnání výzkumného a kontrolního souboru v testu LOC. **První hypotéza,  $H_{A(1)}$  byla zamítnuta.** Nejen že vyšlo, že jsou oba soubory lehce internální, ale závislí byli internální o trošku více. V terapiích v léčebnách se zvyšuje internální místo kontroly (Amram & Benbenishty, 2014). Většina pacientů z výzkumného souboru byla v léčbě více jak týden. Proto je možné, že to výsledek zkreslilo. Bylo by zajímavé udělat výzkum na nastupujících pacientech, kteří nejsou terapií ovlivněni, a přesto jsou diagnostikováni na závislost na alkoholu.

Dalším zkoumavým dotazníkem bylo ZTPI. **Druhá hypotéza,  $H_{A(2)}$  byla přijata.** Závislí na alkoholu dosahují statisticky významně vyšších výsledků v negativní minulosti. Může to být zapříčiněno špatnými zkušenostmi z dětství. Miler a And (1990) zjistili, že ženy, které byly v dětství týrané, nebo měly špatný vztah s jedním z rodičů, statisticky významně

častěji propadají závislosti na alkoholu. Tuto hypotézu potvrdila i Bazínková (2012) ve svém výzkumu s pacienty s diagnózou F10, ovšem na výzkumném souboru složeném z mužů i žen.

**Třetí hypotéza,  $H_{A(3)}$  byla přijata.** Závislí na alkoholu dosahují statisticky významně vyšších výsledků v přítomné hédonistické časové perspektivě. Tito lidé si užívají a nehledí na následky svého chování, nemají větší cíle a nejsou v práci spolehliví, často se objevují ve finanční krizi (Zimbardo & Boyd, 1999). Toto zjištění koresponduje s výzkumem Bazínkové (2012) i s výzkumem Hulberta a Lense (1988) a Fieulaina a Martineze (2010, in Dolejš a kol., 2014) o časové perspektivě a závislosti na alkoholu.

**Čtvrtá hypotéza,  $H_{A(4)}$  byla zamítnuta.** Závislí na alkoholu nedosahují statisticky významně nižších výsledků v budoucí časové perspektivě. Což odporuje výzkumu Bazínkové (2012) a Hulberta a Lense (1988), který byl ovšem děláný na nedignostikovaných závislých na alkoholu. Opět je možný vliv léčebny, terapeutických skupin a volného času na přemýšlení.

Autorka výzkumu pacientům léčícím se na závislost na alkoholu dala doplňující otázky týkající se délky abstinence, spokojeností s léčbou. A také se doptala na otázku, v čem jim léčba pomáhá. Nejčastější odpovědí byla abstinence a návod, jak si to udržet, ovšem velký důraz kladli také sebeuvědomování si své hodnoty, zlepšení bio-psycho-socio-spirituální vyrovnanosti, zlepšení vztahů a také na plány do budoucnosti. Že už ví a předtím nevěděli, co se životem, kam ho směřovat, co chtějí dokázat.

**Pátá hypotéza,  $H_{A(5)}$  byla zamítnuta.** Pacienti léčící se na diagnózu F10 nedosahují statisticky významně nižších výsledků v minulé pozitivní časové perspektivě. Opět může mít vliv terapie směřovaná do KBT, kdy se terapeuti snaží z negativních vzpomínek vytvořit pozitivní nebo aspoň neutrální. Nebo je předpoklad, že začali pít, protože měli těžké období, chybný. Mohli se stát závislými kvůli kolektivu, který neustále popíjel. A oni si závislost vypěstovali skrze dlouhodobé užívání alkoholu.

**Šestá hypotéza,  $H_{A(6)}$  byla též zamítnuta.** Pacienti léčící se s diagnózou závislosti na alkoholu statisticky významně nedosahují vyšších výsledků v přítomné fatalistické časové perspektivě než kontrolní soubor. Toto zjištění odporuje prozatímním výzkumům Hulber & Lens, 1988; Fieulain & Martinez, 2010, in Dolejš a kol., 2014) na toto téma. Možný je opět vliv léčby, nebo jakýkoli jiný důvod, který není znám.

**Sedmá hypotéza,  $H_{A(7)}$  byla přijata.** Pacienti léčící se s diagnózou F10 statisticky významně skórují v průměru výše na škále depresivity než kontrolní soubor z běžné populace. Toto zjištění podporuje i výsledek výzkumu Berga, Wena, Cummingse, Ahluwalia a Drusse (2013) a dalších.

Zajímavým doplňkem této práce byly vzájemné korelace u jednotlivých testů a faktorů u výzkumného a kontrolního souboru zvláště. Zvláštností bylo, že u kontrolního souboru se objevuje větší množství korelací než u výzkumného souboru. Ve výzkumném souboru se objevily pozitivní korelace mezi BDI-II a minulou negativní ZTPI; minulou negativní a přítomnou fatalistickou ZTPI; přítomnou hédonistickou a fatalistickou ZTPI a také u budoucí a minulé pozitivní ZTPI. Dále byly odhaleny negativní korelace mezi ZTPI přítomnou fatalistickou a budoucí časovou perspektivou.

V kontrolním souboru byly nalezeny tytéž, i když pozitivní korelace mezi ZTPI negativní a přítomnou fatalistickou přítomností mnohem silnější. Ale navíc přibyly pozitivní korelace mezi ZTPI přítomnou hédonistickou a minulou pozitivní; přítomnou hédonistickou a minulou negativní a u testu LOC a budoucí ZTPI.

Výsledky mohou být zkresleny mnoha proměnnými, i když byla snaha kontrolovat (pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav a počet obyvatel v trvalém bydlišti) a vyvážit soubory. Přesto však životní zkušenost, terapie, pobyt v léčebně, finance, závislost na kouření cigaret a mnohé další mohly být determinující.

**Veškeré metody byly sebeposuzující.** Participant u nich mohl chtěně i nechtěně ovlivnit výsledek. Dále se jedná o nestandardizované metody, kromě BDI-II, který však nemá standardizaci na soubor, který byl použit v tomto výzkumu. K výběru výzkumného souboru byly použity nepravděpodobnostní metody, nelze tedy tyto výsledky zobecnit na celou populaci.

Cílem studie bylo zjistit, zda je osobnostní profil pacienta léčícího se na závislost na alkoholu odlišný od běžné populace. Dle této studie vyšlo, že mají některé faktory odlišné (minulou negativní a přítomnou hédonistickou časovou perspektivu a vlohy k depresivitě).



## Závěr

Tato výzkumná studie přinesla základní poznatky o závislosti na alkoholu (rozvoj, průběh, zařazení), časové perspektivě (historii rozvoje, různé přístupy a dělení podle Zimbarda), místě kontroly (historie a dělení) a depresivitě (její rozvoj, zařazení, průběh a druhy). A také výzkumy využívající dotazníky LOC, ZTPI a BDI-II.

Na základě statistického zpracování u výzkumného souboru (pacienti léčící se na diagnózu závislosti na alkoholu) a kontrolního souboru (lidé z běžné populace se stejnými demografickými údaji) bylo zjištěno, že výzkumný soubor dosahuje statisticky vyšších výsledků v minulé negativní (t hodnota je rovna 9,51, p-hodnota je menší 0,001) a přítomné hédonistické časové perspektivě (t hodnota je 3,99, p-hodnota je menší než 0,001) a také v depresivně (U hodnota je rovna 1276,00, p-hodnota je menší než 0,001).

Domněnku, že dosahují vyšších skóre v externalitě, přítomné fatalistické časové perspektivě, a průměrně nižších výsledků v minulé pozitivní a budoucí časové perspektivě se nepodařilo statisticky významně potvrdit.

U obou souborů byla prokázána pozitivní korelace u minulé negativní časové perspektivy a metody BDI-II; přítomné hédonistické a fatalistické časové perspektivy, minulé negativní a přítomné fatalistické časové perspektivy; minulé pozitivní a budoucí perspektivy. Dále negativní korelace u přítomné fatalistické a budoucí časové perspektivy. U kontrolního souboru byla nalezena navíc pozitivní korelace u přítomné hédonistické a minulé pozitivní časové perspektivy, přítomné hédonistické a minulé negativní časové perspektivy a u metody LOC a budoucí časové perspektivy.

## Souhrn

V České republice se ročně vypije mnoho litrů etanolu. Proto není žádným překvapením, že závislost na alkoholu je u nás častou nemocí zaznamenanou v MKN-10. Její rozvoj je pozvolný a nenápadný, u každého jedince specifický. Alkohol má komplexní vliv na člověka. Mění myšlení, vnímání a koordinaci. Zezačátku bývá dobrým přítelem, později hroživým tyranem.

Jellinek (1960) rozlišil pět stádií závislosti: Alfa, Beta, Gama, Delta a Epsilon. Přičemž Alfa je nejmírnější, Beta se váže na prosociální chování, Gama je rozhodné stádium, zda se sklouzne k závislosti, či nikoli. V Deltě stádiu se pijan pije sám, a v Epsilonu se jedná o periodické pití trávající několik dnů až týdnů.

Závislost na alkoholu vyvolává další poruchy jako je delirium tremens, alkoholickou halucinózu, alkoholickou paranoiu, alkoholickou epilepsii, alkoholickou myelopatii a alkoholickou slepotu. Závislost na alkoholu se nejefektivněji léčí skupinovou psychoterapií v komunitě, která dává závislému pravidla, řád a množství informací, které mu od nemoci pomohou.

Každý člověk má jedinečný názor na to, jak může ovládat svůj vlastní život nebo svět. První, kdo se tímto jevem začal zabývat, byl Rotter (1966), který ho nazval Locus of Control. Rozlišil dva póly: internální a externální. Pokud má někdo externální místo kontroly, domnívá se, že je pouhou figurkou. Jeho úspěchy a neúspěchy ovládá osud, výše postavení lidí, či Bůh. Internální člověk věří, že pravidla svého života řídí sám a jde si za svými cíli. Tímto fenoménem se zabývalo včetně Rottra několik psychologů, kteří vyvinuli dotazníkové škály, jak místo kontroly měřit.

Časová perspektiva je pojem, který odráží způsob, jakým si lidé uspořádávají svůj život, jejich orientaci v čase. Jedná se o vcelku stabilní nevědomý osobnostní rys, který životu dodává logiku a systém. V průběhu let se časovou perspektivou zabývalo mnoho psychologů, a však v posledních letech byl nejvíce rozvíjen koncept Zimbarda.

Rozlišil tři druhy časové perspektivy: minulou, přítomnou a budoucí. Minulou rozdělil na pozitivní a negativní a přítomnou na hédonistickou a fatalistickou. Lidé s minulou negativní časovou perspektivou vyzdvihují především špatné zážitky a nedokáží se od nich odpou-

tat. Naopak s minulou pozitivní mají kladný, až nostalgický pohled na minulost. Přítomná hédonistická časová perspektiva vyzdvihuje labužnictví a lehkovážný přístup k životu. Oproti tomu lidé s přítomnou fatalistickou se cítí bezmoc, a že si s nimi pohrávají vnější síly. Budoucí časová perspektiva je zaměřená především na vysněné cíle, nedbá přítomného okamžiku, vše orientuje na budoucnost. Ideální je mít tyto faktory v rovnováze.

Špatnou náladu zná však každý. Pokud je však hlubší než obvykle a trvá delší dobu, je nasnadě popřemýšlet o depresi. O nemoci, kterou nelze přemoci vůlí a je popsána v MKN-10. Důvody vzniku mohou být různé, vnitřní i vnější. Rozlišuje se depresivní epizoda, rekutivní depresivní porucha, dystimie, bipolární porucha, sezónní afektivní porucha, reaktivní porucha nálady, smíšená úzkostně-depresivní porucha, krátká rekurentní depresivní porucha, poporodní deprese, deprese v menopauze, larvovaná deprese, deprese v pozdním věku a deprese při tělesném onemocnění. Při léčbě tohoto onemocnění má hlavní roli psychiatr, který naordinuje antidepresiva, individuální terapii a psychohygienu.

Každým z těchto faktorů se zabývá mnoho výzkumů. Tato bakalářská práce je však sjednocuje do jednoho a pokouší se vytvořit profil pacienta s diagnózou závislosti na alkoholu, který je odlišný od běžné populace.

V empirické části byli srovnáváni pacienti (muži nad třicet let včetně) léčící se s diagnózou F10 z oddělení závislostí v psychiatrické léčebně Opava a Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, s kontrolním souborem tvořeným z běžné populace, vybraným podle podobných demografických údajů (pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, hrubý měsíční příjem, velikost města trvalého bydliště podle množství obyvatel a kouření cigaret). Hlavním cílem studie bylo zjistit, zda se výzkumný soubor statisticky významně liší od kontrolního v místě kontroly, časové perspektivě a míře depresivity. K ověření hypotéz byl použit Rotterův Locus of Control (LOC), Zimbardův inventář časové perspektivy (ZTPI) a Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé (BDI-II).

Na základě statistického zpracování získaných dat bylo zjištěno, že výzkumný soubor dosahuje statisticky vyšších výsledků v minulé negativní časové perspektivě (t hodnota je rovna 9,51, p-hodnota je menší 0,001) a přítomné hédonistické časové perspektivě (t hodnota je 3,99, p-hodnota je menší než 0,001) a také v depresivitě (U hodnota je rovna 1276,00, p-hodnota je menší než 0,001).

Domněnku, že dosahují vyšších skóre v externalitě ( $U = 3407,00$ ;  $p$ -hodnota = 0,46), přítomné fatalistické časové perspektivě ( $t$  hodnota = 1,59;  $p$ -hodnota = 0,11), a průměrně nižších výsledků v minulé pozitivní časové perspektivě ( $U$  hodnota = 3081,00;  $p$ -hodnota = 0,10) a budoucí časové perspektivě ( $t$  hodnota = 1,73;  $p$ -hodnota = 0,08) se nepodařilo statisticky významně potvrdit.

U výzkumného souboru byla prokázána pozitivní korelace u ZTPI minulé negativní a metody BDI-II; ZTPI přítomné hédonistické a fatalistické; ZTPI minulé negativní a přítomné fatalistické; ZTPI minulé pozitivní a budoucí. Dále negativní korelace u ZTPI přítomné fatalistické a budoucí. U kontrolního souboru byly nalezeny ty samé a navíc pozitivní korelace u ZTPI přítomné hédonistické a minulé pozitivní; ZTPI přítomné hédonistické a minulé negativní a u metody LOC a ZTPI budoucí.

# PŘÍLOHY

**Příloha č. 1:** Zadání bakalářské diplomové práce

**Příloha č. 2:** Abstrakt bakalářské práce

**Příloha č. 3:** Dotazníková baterie pro pacienty léčící se s diagnózou F10

**Příloha č. 4:** Dotazníková baterie pro běžnou populaci

**Příloha č. 5:** Seznam tabulek

**Příloha č. 6:** Seznam grafů

# Příloha č. 1: Zadání bakalářské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

## Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
DIVÍŠKOVÁ Petra	Horní Libchavy 210, Libchavy - Horní Libchavy	F12572

### TÉMA ČESKY:

Vztah místa kontroly k vnímání času a depresivně u klientů léčících se s diagnózou F10

### NÁZEV ANGLICKY:

Relationship Locus of Control to Time Perception and Depressive Behavior in Clients Undergoing Treatment with The Diagnosis of F10

### VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Martin Dolejš, Ph.D. - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Rešerše a studium odborné literatury z oblasti.
2. Formulace výzkumných cílů a hypotéz.
3. Určení výzkumného vzorku.
4. Příprava kvantitativních metod sběru dat.
5. Realizace sběru dat dle vypracovaného výzkumného plánu za dodržení etických zásad výzkumu.
6. Statistické zpracování výsledků.
7. Sepsání teoretické části práce s ohledem na zásady citování odborných zdrojů a za využití nejnovějších poznatků.
8. Kritická diskuse teoretických východisek, použitých metod a výsledků výzkumu.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. Břichcín, M. (1999). Vůle a sebekontrola. Praha: Karolinum.
2. Fioulaine, N., & Martinez, F. (2010). Time under control: Time perspective and desire for control in substance use [Electronic version]. Addictive behaviors, 35, 799-802.
3. Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). Psychologický slovník. Praha: Portál.
4. Holman, E. A., & Zimbardo, P. G. (2009). The Social Language of Time: The Time Perspective - Social Network Connection [Electronic version]. Basic and applied social psychology, 31, 136-147.
5. Křivohlavý, J. (2001). Psychologie zdraví. Praha: Portál.
6. Kuhl, J., & Kazén, M. (2002). PSSI Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti. Praha: Testcentrum.
7. Nakonečný, M. (1999). Sociální psychologie. Praha: Academia.
8. Nešpor, K. (2007). Návykové chování a závislost. Praha: Portál.
9. Nociar, A. (1991). Alkohol a osobnost. Bratislava: Veda.
10. Popov, P. (2003). Závislost na alkoholu. Psychiatrie pro praxi, 1, 29-32.
11. Skála, J. (1987). Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum.
12. Zimbardo, P., G. (2005). Moc a zlo: sociálně-psychologický pohled na svět. Břeclav: Moraviapress.
13. Zimbardo, P. G., Plous, S., & Lestik, M. (1999, Dec.). The Stanford Prison Experiment Web Site: www.prisonexp.org.
14. Zimbardo, P. G. (1999). Recollections of a Social psychologist's career: An interview with Dr. Philip Zimbardo [Electronic version]. Journal of Social Behavior and Personality, 14, 1-22.
15. Zimbardo, P.G., & Boyd, J. (2009). Die neue Psychologie der Zeit und wie sie Ihr Leben verändern wird. Heidelberg: Spektrum.
16. Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable Individual-differences metric [Electronic version]. Journal of Personality and Social Psychology, 77, 1271-1288.

## **Příloha č. 2: Abstrakt bakalářské práce**

### **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vztah místa kontroly k vnímání času a depresivně u klientů léčících se s diagnózou F10

**Autor práce:** Petra Divíšková

**Vedoucí práce:** PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 77 stran /120 470 znaků

**Počet příloh:** 6 příloh

**Počet titulů použité literatury:** 115 zdrojů

#### **Abstrakt:**

Tato výzkumná studie přinesla základní poznatky o závislosti na alkoholu (rozvoj, průběh, zařazení), časové perspektivě (historie, přístupy a dělení podle Zimbarda), místě kontroly (historie, dělení) a depresivitě (rozvoj, zařazení, průběh a druhy). Dále výzkumy na LOC, ZTPI a BDI-II.

Na základě statistického zpracování u výzkumného souboru (pacienti léčící se na diagnózu F10) a kontrolního souboru (lidé z běžné populace se stejnými demografickými údaji) bylo zjištěno, že výzkumný soubor dosahuje statisticky vyšších výsledků v minulé negativní a přítomné hédonistické časové perspektivě a také v depresivitě.

U obou souborů byla prokázána pozitivní korelace u minulé negativní časové perspektivy a metody BDI-II; přítomné hédonistické a fatalistické časové perspektivy, minulé negativní a přítomné fatalistické časové perspektivy; minulé pozitivní a budoucí perspektivy. Dále negativní korelace u přítomné fatalistické a budoucí časové perspektivy. U kontrolního souboru byla nalezena pozitivní korelace u přítomné hédonistické a minulé pozitivní časové perspektivy; přítomné hédonistické a minulé negativní časové perspektivy a u metody LOC a budoucí časové perspektivy.

**Klíčová slova:** závislost na alkoholu, místo kontroly, časová perspektiva, deprese, LOC, ZTPI, BDI-II

## ABSTRACT OF THESIS

**Title:** Relationship Locus of Control to Time Perception and Depressive Behavior in Clients Undergoing Treatment with The Diagnosis of F10

**Author:** Petra Divíšková

**Supervisor:** PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 77 pages/ 120 470 characters

**Number of appendices:** 6 appendices

**Number of references:** 115 references

**Abstract:**

This research provided basic knowledge of alcohol dependence (development, process, inclusion) time perspective (history, approaches and dividing by Zimbardo) Locus of Control (history, division) and depression (development, inclusion, progress and species). There are also studies on the LOC, ZTPI and BDI-II.

There are two groups: a research group (patients diagnosed with F10) and a control group (people from the general population with the same demographic data). Statistical analysis showed higher results in ZTPI Past negative, ZTPI Present hedonic and BDI-II in the research group.

In both groups there is a positive correlation of ZTPI Past negative and BDI-II; ZTPI Present hedonistic and fatalistic; ZTPI Past negative and Present fatalistic; ZTPI Past positive and negative correlation with ZTPI Present fatalistic and Future. In the control group there is a positive correlation of ZTPI Present hedonistic and Past positive; ZTPI Present hedonistic and Past negative and ZTPI Future and LOC.

**Key words:** Alcohol Dependence, Locus of Control, Time Perspective, Depression, LOC, ZTPI, BDI-II



**Příloha č. 3: Dotazníková baterie pro pacienty léčící se s diagnózou F10**

**DOTAZNÍKOVÝ VÝZKUM**  
O VNITŘNÍ KONTROLE,  
ČASOVÉ PERSPEKTIVĚ A DEPRESIVITĚ

Olomouc 2014

**Dotazník pro muže nad 30 let v léčbě s diagnózou F10**

Dobrý den,

**než začnete, přečtěte si prosím následující informace.**

Tento výzkum je součástí bakalářské práce „Vnitřní kontrola, časová perspektiva a depresivita u klientů léčících se s diagnózou F10.“ na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Provádí se na klientech protialkoholních léčen a na kontrolním souboru lidí, se stejnými demografickými údaji. Dotazník se skládá ze 114 otázek, které jsou rozděleny do čtyř částí.

Dotazník je zcela anonymní – nebude obsahovat Vaše jméno ani žádné informace, které by Vás mohly individuálně identifikovat. Na dotazník nepišť své jméno. Po vyplnění vložte dotazník do obálky, kterou má u sebe výzkumný asistent.

Má-li být tato studie úspěšná, je důležité, abyste odpovídal uvážlivě a upřímně. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné. Účast na výzkumu je dobrovolná. Pokuste se prosím vyplnit všechny otázky. Narazíte-li však na otázku, na kterou z nějakého důvodu nechcete odpovídat, nechte ji nevyplněnou.

Nejde o žádný test. Neexistují zde špatné a ani správné odpovědi. U většiny jsou předznačené odpovědi. Pokud mezi nimi nenajdete odpověď, která by vystihovala Váš názor přesně, označte odpověď, která je významem nejbližší. Na otázky odpovídejte tak, že začerníte příslušné kolečko či čtvereček (takto ●, ■). Pokud změníte názor, kolečko viditelně přeškrtněte a začerněte jiné.

Doufáme, že Vás práce na dotazníku zaujme. Pokud byste měl nejasnosti, přivolejte asistentku, která přijde k Vám a podá Vám vysvětlení.

**Děkujeme Vám předem za Vaši účast.**

Výzkum je realizován Petrou Divíškovou a PhDr. Martinem Dolejšem, Ph.D.

# 1. DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Tato část s demografickými údaji je zaměřena na základní údaje o každém respondentovi. Dotazník je anonymní. Otázky, prosím, vyplňte pravdivě.

**1. Jaké je Vaše pohlaví?** (vyberte jednu z možností)

- 1  Muž
- 2  Žena

**2. Kolik je Vám let?** (vyplňte číslo na řádek)

---

**3. Rodinný stav?** (vyberte jednu z možností)

- 1  Svobodný
- 2  Ženatý
- 3  Rozvedený
- 4  Vdovec

**4. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?** (zaškrtněte jednu z možností)

- 1  Neukončená základní škola
- 2  Ukončená základní škola
- 3  Střední odborné učiliště (výuční list)
- 4  Střední škola (maturita)
- 5  Vyšší odborná škola
- 6  Vysoká škola

**5. Jaký je váš průměrný příjem v hrubé mzdě?** (zaškrtněte jednu z možností)

- 1  Bez příjmu až 12 999Kč
- 2  13 000–17 999 Kč
- 3  18 000–24 999
- 4  Více než 25000 Kč

**6. Kolik obyvatel má Vaše obec, v níž máte trvalé bydliště?** (zaškrtněte jednu z možností)

- 1  Méně než 2 999
- 2  3 000–24 999
- 3  25 000–79 999
- 4  Více než 80 000

**7. Z jakého důvodu jste v léčení?** (zaškrtněte jednu variantu)

- 1  Problém s alkoholem
- 2  Problém s alkoholem a jinými návykovými látkami (opiáty, kanabinoidy, léky, kokain, halucinogeny, prchavá rozpouštědla, drogy)
- 3  Problémy s jinými návykovými látkami než je alkohol
- 4  Jiné důvody (vypište) \_\_\_\_\_

**8. Kolikátou léčbu nyní podstupujete?** (zaškrtněte jednu z možností)

- 1  První
- 2  Druhou
- 3  Třetí a více

**9. Jak dlouho již abstinujete?** (zaškrtněte jednu z možností)

- 1  Méně než 7 dní
- 2  8–30 dní
- 3  31–61 dní
- 4  62–92 dní
- 5  93 a více dní

**10. Do jaké míry Vás ovlivnila Vaše závislost?** (zaškrtněte jednu z možností)

- 1  Vůbec (0%)
- 2  Minimálně (1–10 %)
- 3  Změny jsem pocítil, ale nijak rapidní (11–36 %)
- 4  Změny jsem pocítil (37–63 %)
- 5  Změnil jsem se hodně (64–89 %)
- 6  Zcela jsem se změnil (90–100 %)

**11. Domníváte se, že Vám léčba pomáhá?** (zaškrtněte jednu z možností)

- 1  Ano
- 2  Zatím ne
- 3  Ne

Pokračujte, prosím, na další straně.

**12. Pokud Vám léčba pomáhá, v čem přesně?** (vypište odpověď na řádky pod otázkou)

---

---

---

**13. Kouříte cigarety?** (vyberte jednu z možností)

1  Ano

2  Ne

**14. Pokud ano, jaké množství vykouříte v průměru za den?** (zaškrtněte jednu z možností)

1  0 cigaret

2  1–10 cigaret denně

3  11–20 cigaret denně

4  Více než 21 cigaret denně

## 2. MÍSTO KONTROLY (Julian Rotter)

Tento dotazník se věnuje zkoumání přístupu lidí k těžkostem. Na této stránce jsou uvedeny dvojice tvrzení. Z každé dvojice si vyberte to tvrzení, které Vám více vyhovuje, které lépe vyjadřuje Váš osobní názor. Svou odpověď vyznačte začerněním kroužku s písmenem A nebo B. Neexistují zde správné nebo chybné odpovědi – správná je každá odpověď, která pravdivě vyjadřuje Váš vlastní názor.

1.	<input type="radio"/> A Lidé se dostávají do neštěstí kvůli chybám, kterých se dopouštějí.
	<input type="radio"/> B Smůla bývá příčinou mnoha nešťastných příhod v životě člověka.
2.	<input type="radio"/> A Jedním z nejvýznamnějších důvodů, proč dochází k válkám, je nedostatečný zájem lidí o politiku.
	<input type="radio"/> B Války budou vždy, bez ohledu na to, jak hodně se jim budou lidé snažit zabránit.
3.	<input type="radio"/> A Konec konců, lidem se dostává takové úcty, jakou si zasluhují.
	<input type="radio"/> B Žel, lidská hodnota zůstává často nepoznaná, ať se člověk jakkoli snaží.
4.	<input type="radio"/> A Názor, že učitelé jsou ke studentům nespravedliví, je většinou nesmyslný.
	<input type="radio"/> B Většina studentů si neuvědomuje, do jaké míry jsou jejich známky ovlivněny náhodou.

5.	(A) Schopní lidé, kteří se nestali vedoucími, nevyužili dostatečně své příležitosti.
	(B) Bez opravdového štěstí se nikdo nemůže stát úspěšným vedoucím.
6.	(A) Lidé, kteří nedokáží, aby je ostatní měli rádi, neumějí jednat s lidmi.
	(B) I když se velmi snažíte, někteří lidé vás stejně nemají rádi.
7.	(A) Slepá víra v osud mi nikdy nepřinesla takový úspěch jako rozhodnutí pro určitý způsob chování.
	(B) Často jsem zjistil, že se stane, co se má stát.
8.	(A) Když je student dobře připraven, zřídka se stane, že zkouška nedopadne dobře.
	(B) Průběh zkoušky je velmi ovlivněn náladou zkoušejícího.
9.	(A) Úspěch je výsledkem usilovné práce, štěstí s ním souvisí jen velmi málo nebo vůbec ne.
	(B) Člověk může získat dobré zaměstnání, když ví, na koho se má obrátit.
10.	(A) Průměrný občan může ovlivnit jednání úřadů.
	(B) Tento svět ovládají někteří mocní a obyčejný člověk tomu může sotva zabránit.
11.	(A) Když dělám plány, jsem si téměř jistý, že je dovedu uskutečnit.
	(B) Není vždy rozumné plánovat daleko dopředu, protože většinou mnohé věci závisí na vnějších okolnostech.
12.	(A) Pro mne platí, že když dosáhnu toho, co jsem si umínil, souvisí to se štěstím velmi málo nebo vůbec ne.
	(B) Často se rozhodujeme náhodně asi tak, jako když si někdo hodí mincí.
13.	(A) To, zda se někdo stane vedoucím, závisí na šikovnosti a schopnosti.
	(B) To, zda se někdo stane vedoucím, závisí často na tom, zda byl ve správnou chvíli na správném místě.
14.	(A) Aktivní účastí na politických a společenských událostech mohou lidé kontrolovat světové dění.
	(B) Co se týče světových událostí, většina z nás je obětí sil, které nemůžeme poznat ani ovládnout.
15.	(A) Ve skutečnosti neexistuje nic takového jako „štěstí“.
	(B) Většina lidí si neuvědomuje, nakolik jsou jejich životy ovlivňovány náhodnými událostmi.
16.	(A) Počet vašich přátel závisí na tom, zda jste dobrý člověk.
	(B) Je těžké poznat, zda vás někdo má nebo nemá rád.
17.	(A) Neustálým úsilím se dá odstranit „protekciónářství“.
	(B) Obyčejní lidé mohou těžko kontrolovat věci, které se dějí „za dveřmi“ úřadů.

18.	(A) Znamky, které člověk dostává ve škole, závisí většinou na jeho pílí.
	(B) Někdy se dá těžko pochopit, podle čeho učitelé známkují.
19.	(A) Nechce se mi věřit, že by náhoda nebo štěstí hrály významnou úlohu v mém životě.
	(B) Často si myslím, že mám malý vliv na to, co se mi stane.
20.	(A) Lidé jsou osamoceni, protože se nesnaží být přátelští.
	(B) Je dosti zbytečné pokoušet se zavděčit lidem, kteří vás nemají v oblibě.
21.	(A) To, co se mi stane, závisí na tom, co dělám.
	(B) Někdy nemám dostatečný vliv na směr, kterým se ubírá můj život.
22.	(A) Většinu neštěstí způsobuje nedostatek schopností, nevědomost, lenost, popřípadě všechny.
	(B) V konečném důsledku všechno zlé, co se nám přihodí, je vyvážené dobrým.
23.	(A) Konec konců zlé vedení si lidé způsobují sami.
	(B) Většinou nemohu pochopit, proč se nadřizení chovají tak, jak se chovají.

### 3. ČASOVÁ PERSPEKTIVA (Philip G. Zimbardo)

Tato část dotazníku se zaměřuje na vnímání času, které výrazně ovlivňuje každodenní rozhodování a utváření struktury volného i pracovního času. Dotazník je anonymní a neexistují správné ani špatné odpovědi. Vyberte si, u každé otázky jedno z tvrzení a začerněte kolečko s písmenem. Prosím, vyplňujte pravdivě.

**Nakolik souhlasíte s následujícími výroky?**

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Rozhodně nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Ani nesouhlasím, ani souhlasím	Spíše souhlasím	Rozhodně souhlasím

1.	Věřím, že scházení se s přáteli na večírcích a oslavách patří k důležitým životním radostem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Pohledy, zvuky a vůně důvěrně známé z dětství ve mně často vyvolávají spoustu nádherných vzpomínek.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Mnohé v mém životě určuje osud.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Často myslím na to, co jsem měl v životě udělat jinak.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

5.	Má rozhodnutí jsou většinou ovlivněna lidmi a věcmi v mém okolí.	1	2	3	4	5
6.	Věřím, že člověk by si měl každé ráno předem naplánovat svůj nastávající den.	1	2	3	4	5
7.	Moc rád vzpomínám na svou minulost.	1	2	3	4	5
8.	Jednám impulsivně – tj. dělávám věci, které mne právě napadnou.	1	2	3	4	5
9.	Nedělám si starosti, když se věci neudělají včas.	1	2	3	4	5
10.	Když chci něčeho dosáhnout, vytyčím si své cíle a rozmyslím si, jakými konkrétními prostředky k nim dospět.	1	2	3	4	5
11.	Zvážím-li svou minulost, vybavuje se mi mnohem víc dobrého než toho špatného.	1	2	3	4	5
12.	Při poslouhání své oblíbené hudby často úplně ztratím pojem o čase.	1	2	3	4	5
13.	Řídím se pravidlem „nejdřív práce a potom zábava“.	1	2	3	4	5
14.	Vzhledem k tomu, že co se má stát se stejně stane, nesejde vlastně na tom, co udělám já.	1	2	3	4	5
15.	Mám rád povídání o tom, jaké to bylo za „starých dobrých časů“.	1	2	3	4	5
16.	V mysli se mi opakují staré bolestné prožitky.	1	2	3	4	5
17.	Pokouším se žít svůj život den za dnem (bez velkého přemýšlení o budoucnosti) a naplno.	1	2	3	4	5
18.	Zneklidňuje mne, když jdu někam pozdě.	1	2	3	4	5
19.	Nejraději bych žil každý den, jako by to byl můj den poslední.	1	2	3	4	5
20.	Snadno mi mysl zaplaví vzpomínky na šťastné chvíle.	1	2	3	4	5
21.	Své závazky vůči přátelům a úřadům plním včas.	1	2	3	4	5
22.	V minulosti jsem si prožil svůj díl příkoří.	1	2	3	4	5
23.	Rozhoduji se bez přemýšlení, pod vlivem okamžiku.	1	2	3	4	5
24.	Beru každý den tak, jak přichází, místo abych se pokoušel ho naplánovat.	1	2	3	4	5
25.	Minulost je spojena s příliš mnoha nepříjemnými vzpomínkami, na které raději nemyslím.	1	2	3	4	5
26.	Pokládám za důležité vnést do svého života vzrušení.	1	2	3	4	5
27.	Přál bych si, aby bylo možné napravit chyby, které jsem udělal	1	2	3	4	5
28.	Připadá mi, že je důležitější mít radost z toho, co člověk dělá, než dokončit danou práci včas.	1	2	3	4	5
29.	S nostalgií vzpomínám na své dětství (jako by se mi po dětství stýskalo).	1	2	3	4	5
30.	Než se k něčemu rozhodnu, zvažuji, zda se vynaložený čas a námaha vyplatí.	1	2	3	4	5
31.	Riskování chrání můj život před nudou.	1	2	3	4	5

32.	Pro mne je důležitější si cestu životem užít než soustředit se jen na cíl.	1	2	3	4	5
33.	Věci málo kdy dopadly tak, jak jsem čekal.	1	2	3	4	5
34.	Je pro mne těžké zapomenout na nepříjemnosti z mého mládí.	1	2	3	4	5
35.	Živelné potěšení z toho, co dělám, mizí, když musím myslet na cíle a důsledky své činnosti.	1	2	3	4	5
36.	I když se zrovna těším z přítomnosti, nutí mne to srovnávat s podobnými zážitky z minulosti.	1	2	3	4	5
37.	Život je samá změna, a tak člověk může sotva plánovat budoucnost.	1	2	3	4	5
38.	Má životní cesta je řízena silami, na které nemám vliv.	1	2	3	4	5
39.	Nemá smysl si dělat starosti s budoucností, protože ji stejně nemohu nijak ovlivnit.	1	2	3	4	5
40.	Díky soustavné práci plním úkoly včas.	1	2	3	4	5
41.	Často se přistihnu, že prostě „vypnu“ pozornost, když někdo z rodiny mluví o tom, jak se věci měly dříve.	1	2	3	4	5
42.	Riskuji, abych dodal svému životu vzrušení.	1	2	3	4	5
43.	Dělávám si seznamy toho, co mám udělat.	1	2	3	4	5
44.	Často spíše poslechnu hlas svého srdce než rozumu.	1	2	3	4	5
45.	Když vím, že je třeba udělat nějakou práci, jsem schopen odolat pokušením.	1	2	3	4	5
46.	Nechávám se strhnout okamžitým vzrušením.	1	2	3	4	5
47.	Dnešní život je příliš složitý, dal bych přednost jednoduššímu životu, jako byl dříve.	1	2	3	4	5
48.	Mám raději přátele, kteří jsou spontánní (nenuceně přirození) než ty, jejichž chování lze předvídat.	1	2	3	4	5
49.	Mám rád rodinné tradice a pravidelně opakované rituály.	1	2	3	4	5
50.	Myslívám na ošklivé věci, které se mi přihodily v minulosti.	1	2	3	4	5
51.	Pracuji i na obtížných, nezajímavých úkolech, když mi dopomohou k úspěchu.	1	2	3	4	5
52.	Je lepší utratit to, co vydělám, za současné radosti než šetřit na zajištění budoucnosti.	1	2	3	4	5
53.	Šťastná náhoda často přinese lepší výsledek než tvrdá práce.	1	2	3	4	5
54.	Myslím na příležitosti, o které jsem v životě přišel.	1	2	3	4	5
55.	Mám rád, když jsou mé důvěrné vztahy naplněny silným vřelostí.	1	2	3	4	5
56.	Vždycky se najde čas na to, abych v práci dohonil, co jsem zameškal.	1	2	3	4	5

Pokračujte, prosím, na další straně.



#### 4. Dotazník o depresivitě (Aaron T. Beck)

Tento dotazník se skládá z 21 skupin tvrzení. Přečtěte si, prosím, každou skupinu pečlivě. **Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok**, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů, včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

1.	0	Nejsem smutný.
	1	Většinou jsem smutný.
	2	Pořád jsme smutný.
	3	Jsem tak smutný, že se to nedá vydržet.
2.	0	O svou budoucnost nemám obavy.
	1	O svou budoucnost se obávám více než dříve.
	2	Myslím, že se mi nebude dařit.
	3	Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.
3.	0	Nemám dojem, že selhávám.
	1	Selhal jsem častěji, než bych měl.
	2	Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.
	3	Jako člověk jsem úplně selhal.
4.	0	Raduji se stejně jako dříve.
	1	Neraduji se stejně jako dříve.
	2	Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.
	3	Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.
5.	0	Nemívám nijak zvlášť pocity viny.
	1	Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal nebo měl udělat.
	2	Mívám často pocity viny.
	3	Pořád mám pocity viny.

Pokračujte, prosím, na další straně.

6.	0	Nemyslím, že mě život trestá.
	1	Myslím, že by mě život mohl potrestat.
	2	Očekávám trest.
	3	Myslím, že jsem životem trestán.
7.	0	Myslím si o sobě pořád to samé.
	1	Ztratil jsem důvěru sám v sebe.
	2	Jsem ze sebe zklamán.
	3	Sám sebou jsem znechucen.
8.	0	Nekritizuji nebo neobviňuji sám sebe více než obvykle.
	1	Jsem sám k sobě více kritický než dříve.
	2	Kritizuji se za všechny své chyby.
	3	Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.
9.	0	Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil.
	1	Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal bych to.
	2	Chtěl bych se zabít.
	3	Kdybych měl možnost, tak bych se zabil.
10.	0	Nepláču více než dříve.
	1	Pláču více než dříve
	2	Pláču kvůli každé maličkosti.
	3	Je mi do pláče, ale nejsem toho schopen.
11.	0	Nejsem více neklidný nebo napjatý než obvykle.
	1	Cítím se více neklidný nebo napjatý než obvykle.
	2	Jsem tak neklidný a rozrušený, že je těžké to vydržet.
	3	Jsem tak neklidný a rozrušený, že nemohu zůstat v nečinnosti.

Pokračujte, prosím, na další straně.

12.	0	O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil.
	1	Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
	2	Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
	3	Je těžké se zajímat o cokoli.
13.	0	Rozhoduji se stejně dobře jako dříve.
	1	Rozhodovat se je obtížnější než obvykle.
	2	Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve.
	3	Mám problém udělat jakékoli rozhodnutí.
14.	0	Necítím se bezcenný.
	1	Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsme míval.
	2	Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný.
	3	Cítím se úplně bezcenný.
15.	0	Mám stejně energie jako vždy.
	1	Mám méně energie, než jsem míval.
	2	Nemám dost energie na to, abych toho hodně udělal.
	3	Vůbec na nic nemám energii.
16.	0	Nevšiml jsem si žádných změn u svého spánku.
	1	Spím trochu více než obvykle.
	1	Spím trochu méně než obvykle.
	2	Spím mnohem více než obvykle.
	2	Spím mnohem méně než obvykle.
	3	Většinu dne prospím.
	3	Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu spát.
17.	0	Nejsem podrážděný více než obvykle.
	1	Jsem více podrážděný než obvykle.
	2	Jsem mnohem více podrážděný než obvykle.
	3	Bývám pořád podrážděný.

18.	0	Necítím žádné změny chuti k jídlu.
	1	Mám trochu větší/menší chuť k jídlu než obvykle.
	2	Mám mnohem větší/menší chuť k jídlu než obvykle.
	3	Jíst mohu pořád/Vůbec nemám chuť k jídlu.
19.	0	Mohu se soustředit jako vždycky.
	1	Nejsem schopný se soustředit jako obvykle.
	2	Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.
	3	Nejsem schopný se soustředit na nic.
20.	0	Nejsem unavený více než obvykle.
	1	Unavím se snadněji než obvykle.
	2	Jsem příliš unavený, než abych dělal tolik věcí, jako jsem dělával.
	3	Jsem tak unavený, že nedokážu dělat skoro nic.
21.	0	V současnosti jsem nezaznamenal změnu zájmu o sex.
	1	Mám menší zájem o sex než obvykle.
	2	Mám nyní mnohem menší zájem o sex.
	3	Úplně jsem ztratil zájem o sex.

**Děkujeme za Váš čas a ochotu.**

**Příloha č. 4: Dotazníková baterie pro běžnou populaci**

**DOTAZNÍKOVÝ VÝZKUM**  
O VNITŘNÍ KONTROLE,  
ČASOVÉ PERSPEKTIVĚ A DEPRESIVITĚ

Olomouc 2014

**Dotazník pro muže nad 30 let v léčbě s diagnózou F10**

Dobrý den,

**než začnete, přečtěte si prosím následující informace.**

Tento výzkum je součástí bakalářské práce „Vnitřní kontrola, časová perspektiva a depresivita u klientů léčících se s diagnózou F10.“ na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Provádí se na klientech protialkoholních léčen a na kontrolním souboru lidí, se stejnými demografickými údaji. Dotazník se skládá ze 114 otázek, které jsou rozděleny do čtyř částí.

Dotazník je zcela anonymní – nebude obsahovat Vaše jméno ani žádné informace, které by Vás mohly individuálně identifikovat. Na dotazník nepišť své jméno. Po vyplnění vložte dotazník do obálky, kterou má u sebe výzkumný asistent.

Má-li být tato studie úspěšná, je důležité, abyste odpovídal uvážlivě a upřímně. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné. Účast na výzkumu je dobrovolná. Pokuste se prosím vyplnit všechny otázky. Narazíte-li však na otázku, na kterou z nějakého důvodu nechcete odpovídat, nechte ji nevyplněnou.

Nejde o žádný test. Neexistují zde špatné a ani správné odpovědi. U většiny jsou předznačené odpovědi. Pokud mezi nimi nenajdete odpověď, která by vystihovala Váš názor přesně, označte odpověď, která je významem nejbližší. Na otázky odpovídejte tak, že začerníte příslušné kolečko či čtvereček (takto ●,■). Pokud změníte názor, kolečko viditelně přeškrtněte a začerněte jiné.

Doufáme, že Vás práce na dotazníku zaujme. Pokud byste měl nejasnosti, přivolejte asistentku, která přijde k Vám a podá Vám vysvětlení.

**Děkujeme Vám předem za Vaši účast.**

Výzkum je realizován Petrou Divíškovou a PhDr. Martinem Dolejšem, Ph.D.

# 1. DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Tato část s demografickými údaji je zaměřena na základní údaje o každém respondentovi. Dotazník je anonymní. Otázky, prosím, vyplňte pravdivě.

## 1. Jaké je Vaše pohlaví? (vyberte jednu z možností)

- 1  Muž
- 2  Žena

## 2. Kolik je Vám let? (vyplňte číslo na řádek)

---

## 3. Rodinný stav? (vyberte jednu z možností)

- 1  Svobodný
- 2  Ženatý
- 3  Rozvedený
- 4  Vdovec

## 4. Jaké je Vaše dosažené vzdělání? (zaškrtněte jednu z možností)

- 1  Neukončená základní škola
- 2  Ukončená základní škola
- 3  Střední odborné učiliště (výuční list)
- 4  Střední škola (maturita)
- 5  Vyšší odborná škola
- 6  Vysoká škola

## 5. Jaký je váš průměrný příjem v hrubé mzdě? (zaškrtněte jednu z možností)

- 1  Bez příjmu až 12 999Kč
- 2  13 000–17 999 Kč
- 3  18 000–24 999
- 4  Více než 25000 Kč

Pokračujte, prosím, na další straně.

**6. Kolik obyvatel má Vaše obec, v níž máte trvalé bydliště?** (zaškrtněte jednu z možností)

- 1  Méně než 2 999  
2  3 000–24 999  
3  25 000–79 999

**7. Kouříte cigarety?** (vyberte jednu z možností)

- 1  Ano  
2  Ne

**8. Pokud ano, jaké množství vykouříte v průměru za den?** (zaškrtněte jednu z možností)

- 1  0 cigaret  
2  1–10 cigaret denně  
3  11–20 cigaret denně  
4  Více než 21 cigaret denně

**9. Byl jste někdy léčen kvůli alkoholismu (léčebny, detoxikace)?**

- 1  Ano  
2  Ne

➔ **Pokud jste odpověděl ANO**, děkuji za Váš čas, ale bohužel potřebuji lidi bez bývalé závislosti.

➔ **Pokud jste odpověděl NE**, prosím o pokračování na další straně.

## 2. MÍSTO KONTROLY (Julian Rotter)

Tento dotazník se věnuje zkoumání přístupu lidí k těžkostem. Na této stránce jsou uvedeny dvojice tvrzení. Z každé dvojice si vyberte to tvrzení, které Vám více vyhovuje, které lépe vyjadřuje Váš osobní názor. Svou odpověď vyznačte začerněním kroužku s písmenem A nebo B. Neexistují zde správné nebo chybné odpovědi – správná je každá odpověď, která pravdivě vyjadřuje Váš vlastní názor.

1.	<input type="radio"/> A Lidé se dostávají do neštěstí kvůli chybám, kterých se dopouštějí.
	<input type="radio"/> B Smůla bývá příčinou mnoha nešťastných příhod v životě člověka.
2.	<input type="radio"/> A Jedním z nejvážnějších důvodů, proč dochází k válkám, je nedostatečný zájem lidí o politiku.
	<input type="radio"/> B Války budou vždy, bez ohledu na to, jak hodně se jim budou lidé snažit zabránit.
3.	<input type="radio"/> A Konec konců, lidem se dostává takové úcty, jakou si zaslouhují.
	<input type="radio"/> B Žel, lidská hodnota zůstává často nepoznaná, ať se člověk jakkoli snaží.
4.	<input type="radio"/> A Názor, že učitelé jsou ke studentům nespravedliví, je většinou nesmyslný.
	<input type="radio"/> B Většina studentů si neuvědomuje, do jaké míry jsou jejich známky ovlivněny náhodou.
5.	<input type="radio"/> A Schopní lidé, kteří se nestali vedoucími, nevyužili dostatečně své příležitosti.
	<input type="radio"/> B Bez opravdového štěstí se nikdo nemůže stát úspěšným vedoucím.
6.	<input type="radio"/> A Lidé, kteří nedokáží, aby je ostatní měli rádi, neumějí jednat s lidmi.
	<input type="radio"/> B I když se velmi snažíte, někteří lidé vás stejně nemají rádi.
7.	<input type="radio"/> A Slepá víra v osud mi nikdy nepřinesla takový úspěch jako rozhodnutí pro určitý způsob chování.
	<input type="radio"/> B Často jsem zjistil, že se stane, co se má stát.
8.	<input type="radio"/> A Když je student dobře připraven, zřídka se stane, že zkouška nedopadne dobře.
	<input type="radio"/> B Průběh zkoušky je velmi ovlivněn náladou zkoušejícího.
9.	<input type="radio"/> A Úspěch je výsledkem usilovné práce, štěstí s ním souvisí jen velmi málo nebo vůbec ne.
	<input type="radio"/> B Člověk může získat dobré zaměstnání, když ví, na koho se má obrátit.
10.	<input type="radio"/> A Průměrný občan může ovlivnit jednání úřadů.
	<input type="radio"/> B Tento svět ovládají někteří mocní a obyčejný člověk tomu může sotva zabránit.



11.	Ⓐ	Když dělám plány, jsem si téměř jistý, že je dovedu uskutečnit.
	Ⓑ	Není vždy rozumné plánovat daleko dopředu, protože většinou mnohé věci závisejí na vnějších okolnostech.
12.	Ⓐ	Pro mne platí, že když dosáhnu toho, co jsem si umínil, souvisí to se štěstím velmi málo nebo vůbec ne.
	Ⓑ	Často se rozhodujeme náhodně asi tak, jako když si někdo hodí mincí.
13.	Ⓐ	To, zda se někdo stane vedoucím, závisí na šikovnosti a schopnosti.
	Ⓑ	To, zda se někdo stane vedoucím, závisí často na tom, zda byl ve správnou chvíli na správném místě.
14.	Ⓐ	Aktivní účastí na politických a společenských událostech mohou lidé kontrolovat světové dění.
	Ⓑ	Co se týče světových událostí, většina z nás je obětí sil, které nemůžeme poznat ani ovládnout.
15.	Ⓐ	Ve skutečnosti neexistuje nic takového jako „štěstí“.
	Ⓑ	Většina lidí si neuvědomuje, nakolik jsou jejich životy ovlivňovány náhodnými událostmi.
16.	Ⓐ	Počet vašich přátel závisí na tom, zda jste dobrý člověk.
	Ⓑ	Je těžké poznat, zda vás někdo má nebo nemá rád.
17.	Ⓐ	Neustálým úsilím se dá odstranit „protekciónářství“.
	Ⓑ	Obyčejní lidé mohou těžko kontrolovat věci, které se dějí „za dveřmi“ úřadů.
18.	Ⓐ	Známky, které člověk dostává ve škole, závisí většinou na jeho pílí.
	Ⓑ	Někdy se dá těžko pochopit, podle čeho učitelé známkují.
19.	Ⓐ	Nechce se mi věřit, že by náhoda nebo štěstí hrály významnou úlohu v mém životě.
	Ⓑ	Často si myslím, že mám malý vliv na to, co se mi stane.
20.	Ⓐ	Lidé jsou osamoceni, protože se nesnaží být přátelští.
	Ⓑ	Je dosti zbytečné pokoušet se zavděčit lidem, kteří vás nemají v oblibě.
21.	Ⓐ	To, co se mi stane, závisí na tom, co dělám.
	Ⓑ	Někdy nemám dostatečný vliv na směr, kterým se ubírá můj život.
22.	Ⓐ	Většinu neštěstí způsobuje nedostatek schopností, nevědomost, lenost, popřípadě všechny.
	Ⓑ	V konečném důsledku všechno zlé, co se nám přihodí, je vyvážené dobrým.
23.	Ⓐ	Konec konců zlé vedení si lidé způsobují sami.
	Ⓑ	Většinou nemohu pochopit, proč se nadřizení chovají tak, jak se chovají.

### 3. ČASOVÁ PERSPEKTIVA (Philip G. Zimbardo)

Tato část dotazníku se zaměřuje na vnímání času, které výrazně ovlivňuje každodenní rozhodování a utváření struktury volného i pracovního času. Dotazník je anonymní a neexistují správné ani špatné odpovědi. Vyberte si, u každé otázky jedno z tvrzení a začerněte kolečko s písmenem. Prosím, vyplňujte pravdivě.

**Nakolik souhlasíte s následujícími výroky?**

	①	②	③	④	⑤
	Rozhodně nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Ani nesouhlasím, ani souhlasím	Spíše souhlasím	Rozhodně souhlasím
1. Věřím, že scházení se s přáteli na večírcích a oslavách patří k důležitým životním radostem.	①	②	③	④	⑤
2. Pohledy, zvuky a vůně důvěrně známé z dětství ve mně často vyvolávají spoustu nádherných vzpomínek.	①	②	③	④	⑤
3. Mnohé v mém životě určuje osud.	①	②	③	④	⑤
4. Často myslím na to, co jsem měl v životě udělat jinak.	①	②	③	④	⑤
5. Má rozhodnutí jsou většinou ovlivněna lidmi a věcmi v mém okolí.	①	②	③	④	⑤
6. Věřím, že člověk by si měl každé ráno předem naplánovat svůj nastávající den.	①	②	③	④	⑤
7. Moc rád vzpomínám na svou minulost.	①	②	③	④	⑤
8. Jednám impulsivně – tj. dělávám věci, které mne právě napadnou.	①	②	③	④	⑤
9. Nedělám si starosti, když se věci neudělají včas.	①	②	③	④	⑤
10. Když chci něčeho dosáhnout, vytyčím si své cíle a rozmyslím si, jakými konkrétními prostředky k nim dospět.	①	②	③	④	⑤
11. Zvážím-li svou minulost, vybavuje se mi mnohem víc dobrého než toho špatného.	①	②	③	④	⑤
12. Při poslouchání své oblíbené hudby často úplně ztratím pojem o čase.	①	②	③	④	⑤
13. Řídím se pravidlem „nejdřív práce a potom zábava“.	①	②	③	④	⑤
14. Vzhledem k tomu, že co se má stát se stejně stane, nesejde vlastně na tom, co udělám já.	①	②	③	④	⑤
15. Mám rád povídání o tom, jaké to bylo za „starých dobrých časů“.	①	②	③	④	⑤
16. V myslí se mi opakují staré bolestné prožitky.	①	②	③	④	⑤
17. Pokouším se žít svůj život den za dnem (bez velkého přemýšlení o budoucnosti) a naplno.	①	②	③	④	⑤

18.	Zneklidňuje mne, když jdu někam pozdě.	1	2	3	4	5
19.	Nejraději bych žil každý den, jako by to byl můj den poslední.	1	2	3	4	5
20.	Snadno mi mysl zaplaví vzpomínky na šťastné chvíle.	1	2	3	4	5
21.	Své závazky vůči přátelům a úřadům plním včas.	1	2	3	4	5
22.	V minulosti jsem si prožil svůj díl příkoří.	1	2	3	4	5
23.	Rozhoduji se bez přemýšlení, pod vlivem okamžiku.	1	2	3	4	5
24.	Beru každý den tak, jak přichází, místo abych se pokoušel ho naplánovat.	1	2	3	4	5
25.	Minulost je spojena s příliš mnoha nepříjemnými vzpomínkami, na které raději nemyslím.	1	2	3	4	5
26.	Pokládám za důležité vnést do svého života vzrušení.	1	2	3	4	5
27.	Přál bych si, aby bylo možné napravit chyby, které jsem udělal	1	2	3	4	5
28.	Připadá mi, že je důležitější mít radost z toho, co člověk dělá, než dokončit danou práci včas.	1	2	3	4	5
29.	S nostalgií vzpomínám na své dětství (jako by se mi po dětství stýskalo).	1	2	3	4	5
30.	Než se k něčemu rozhodnu, zvažuji, zda se vynaložený čas a námaha vyplatí.	1	2	3	4	5
31.	Rizikování chrání můj život před nudou.	1	2	3	4	5
32.	Pro mne je důležitější si cestu životem užít než soustředit se jen na cíl.	1	2	3	4	5
33.	Věci málo kdy dopadly tak, jak jsem čekal.	1	2	3	4	5
34.	Je pro mne těžké zapomenout na nepříjemnosti z mého mládí.	1	2	3	4	5
35.	Živelné potěšení z toho, co dělám, mizí, když musím myslet na cíle a důsledky své činnosti.	1	2	3	4	5
36.	I když se zrovna těším z přítomnosti, nutí mne to srovnávat s podobnými zážitky z minulosti.	1	2	3	4	5
37.	Život je samá změna, a tak člověk může sotva plánovat budoucnost.	1	2	3	4	5
38.	Má životní cesta je řízena silami, na které nemám vliv.	1	2	3	4	5
39.	Nemá smysl si dělat starosti s budoucností, protože ji stejně nemohu nijak ovlivnit.	1	2	3	4	5
40.	Díky soustavné práci plním úkoly včas.	1	2	3	4	5
41.	Často se přistihnu, že prostě „vypnu“ pozornost, když někdo z rodiny mluví o tom, jak se věci měly dříve.	1	2	3	4	5
42.	Riskuji, abych dodal svému životu vzrušení.	1	2	3	4	5
43.	Dělávám si seznamy toho, co mám udělat.	1	2	3	4	5
44.	Často spíše poslechnu hlas svého srdce než rozumu.	1	2	3	4	5

45.	Když vím, že je třeba udělat nějakou práci, jsem schopen odolat pokušením.	1	2	3	4	5
46.	Nechávám se strhnout okamžitým vzrušením.	1	2	3	4	5
47.	Dnešní život je příliš složitý, dal bych přednost jednoduššímu životu, jako byl dříve.	1	2	3	4	5
48.	Mám raději přátele, kteří jsou spontánní (nenuceně přirození) než ty, jejichž chování lze předvídat.	1	2	3	4	5
49.	Mám rád rodinné tradice a pravidelně opakované rituály.	1	2	3	4	5
50.	Myslívám na ošklivé věci, které se mi přihodily v minulosti.	1	2	3	4	5
51.	Pracuji i na obtížných, nezajímavých úkolech, když mi dopomohou k úspěchu.	1	2	3	4	5
52.	Je lepší utratit to, co vydělám, za současné radosti než šetřit na zajištění budoucnosti.	1	2	3	4	5
53.	Šťastná náhoda často přinese lepší výsledek než tvrdá práce.	1	2	3	4	5
54.	Myslím na příležitosti, o které jsem v životě přišel.	1	2	3	4	5
55.	Mám rád, když jsou mé důvěrné vztahy naplněny silným citem vřelostí.	1	2	3	4	5
56.	Vždycky se najde čas na to, abych v práci dohonil, co jsem zameškal.	1	2	3	4	5

#### 4. Dotazník o depresivitě (Aaron T. Beck)

Tento dotazník se skládá z 21 skupin tvrzení. Přečtete si, prosím, každou skupinu pečlivě. **Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok**, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů, včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

1.	0	Nejsem smutný.
	1	Většinou jsem smutný.
	2	Pořád jsme smutný.
	3	Jsem tak smutný, že se to nedá vydržet.
2.	0	O svou budoucnost nemám obavy.
	1	O svou budoucnost se obávám více než dříve.
	2	Myslím, že se mi nebude dařit.
	3	Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.

3.	0	Nemám dojem, že selhávám.
	1	Selhal jsem častěji, než bych měl.
	2	Když se dívám do minulosti, vidím spoustu selhání.
	3	Jako člověk jsem úplně selhal.
4.	0	Raduji se stejně jako dříve.
	1	Neraduji se stejně jako dříve.
	2	Téměř nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.
	3	Vůbec nemám potěšení z věcí, které jsem měl rád.
5.	0	Nemívám nijak zvlášť pocity viny.
	1	Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal nebo měl udělat.
	2	Mívám často pocity viny.
	3	Pořád mám pocity viny.
6.	0	Nemyslím, že mě život trestá.
	1	Myslím, že by mě život mohl potrestat.
	2	Očekávám trest.
	3	Myslím, že jsem životem trestán.
7.	0	Myslím si o sobě pořád to samé.
	1	Ztratil jsem důvěru sám v sebe.
	2	Jsem ze sebe zklamán.
	3	Sám sebou jsem znechucen.
8.	0	Nekritizuji nebo neobviňuji sám sebe více než obvykle.
	1	Jsem sám k sobě více kritický než dříve.
	2	Kritizuji se za všechny své chyby.
	3	Obviňuji se za všechno špatné, co se přihodí.

Pokračujte, prosím, na další straně.

9.	0	Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil.
	1	Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal bych to.
	2	Chtěl bych se zabít.
	3	Kdybych měl možnost, tak bych se zabil.
10.	0	Nepláču více než dříve.
	1	Pláču více než dříve
	2	Pláču kvůli každé maličkosti.
	3	Je mi do pláče, ale nejsem toho schopen.
11.	0	Nejsem více neklidný nebo napjatý než obvykle.
	1	Cítím se více neklidný nebo napjatý než obvykle.
	2	Jsem tak neklidný a rozrušený, že je těžké to vydržet.
	3	Jsem tak neklidný a rozrušený, že nemohu zůstat v nečinnosti.
12.	0	O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil.
	1	Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
	2	Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
	3	Je těžké se zajímat o cokoli.
13.	0	Rozhoduji se stejně dobře jako dříve.
	1	Rozhodovat se je obtížnější než obvykle.
	2	Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve.
	3	Mám problém udělat jakékoli rozhodnutí.
14.	0	Necítím se bezcenný.
	1	Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu, jako jsme míval.
	2	Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný.
	3	Cítím se úplně bezcenný.

Pokračujte, prosím, na další straně.

15.	0	Mám stejně energie jako vždy.
	1	Mám méně energie, než jsem míval.
	2	Nemám dost energie na to, abych toho hodně udělal.
	3	Vůbec na nic nemám energii.
16.	0	Nevšiml jsem si žádných změn u svého spánku.
	1	Spím trochu více než obvykle.
	1	Spím trochu méně než obvykle.
	2	Spím mnohem více než obvykle.
	2	Spím mnohem méně než obvykle.
	3	Většinu dne prospím.
	3	Probouzím se o 1-2 hodiny dříve a už nemohu spát.
17.	0	Nejsem podrážděný více než obvykle.
	1	Jsem více podrážděný než obvykle.
	2	Jsem mnohem více podrážděný než obvykle.
	3	Bývám pořád podrážděný.
18.	0	Necítím žádné změny chuti k jídlu.
	1	Mám trochu větší/menší chuť k jídlu než obvykle.
	2	Mám mnohem větší/menší chuť k jídlu než obvykle.
	3	Jíst mohu pořád/Vůbec nemám chuť k jídlu.
19.	0	Mohu se soustředit jako vždycky.
	1	Nejsem schopný se soustředit jako obvykle.
	2	Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.
	3	Nejsem schopný se soustředit na nic.
20.	0	Nejsem unavený více než obvykle.
	1	Unavím se snadněji než obvykle.
	2	Jsem příliš unavený, než abych dělal tolik věcí, jako jsem dělával.
	3	Jsem tak unavený, že nedokážu dělat skoro nic.

<b>21.</b>	①	<b>V současnosti jsem nezaznamenal změnu zájmu o sex.</b>
	②	<b>Mám menší zájem o sex než obvykle.</b>
	③	<b>Mám nyní mnohem menší zájem o sex.</b>
	④	<b>Úplně jsem ztratil zájem o sex.</b>

**Děkujeme za Váš čas a ochotu.**



## **Příloha č. 5: Seznam tabulek**

*Tabulka č. 1: Rodinný stav u výzkumného souboru*

*Tabulka č. 2: Dosažené vzdělání u výzkumného souboru*

*Tabulka č. 3: Průměrný příjem v hrubé mzdě u výzkumného souboru*

*Tabulka č. 4: Počet obyvatel obce trvalého bydliště u výzkumného souboru*

*Tabulka č. 5: Množství vykouřených cigaret u výzkumného souboru*

*Tabulka č. 6: Počet léčení proti alkoholismu u výzkumného souboru*

*Tabulka č. 7: Počet dní abstinence u výzkumného souboru*

*Tabulka č. 8: Míra změny osobnosti díky závislosti na alkoholu u výzkumného souboru*

*Tabulka č. 9: Rodinný stav u kontrolního souboru*

*Tabulka č. 10: Dosažené vzdělání u kontrolního souboru*

*Tabulka č. 11: Průměrný příjem v hrubé mzdě u kontrolního souboru*

*Tabulka č. 12: Počet obyvatel obce trvalého bydliště u kontrolního souboru*

*Tabulka č. 13: Procentuální rozložení výzkumného a kontrolního souboru dle rodinného stavu*

*Tabulka č. 14: Procentuální rozložení výzkumného a kontrolního souboru dle dosaženého vzdělání*

*Tabulka č. 15: Procentuální rozložení výzkumného a kontrolního souboru dle průměrného příjmu v hrubé mzdě*

*Tabulka č. 16: Procentuální rozložení výzkumného a kontrolního souboru dle počtu obyvatel v místě trvalého bydliště*

*Tabulka č. 17: Procentuální rozložení výzkumného a kontrolního souboru dle kouření cigaret*

*Tabulka č. 18: Základní popisná statistika LOC*

*Tabulka č. 19: Základní popisné statistiky ZTPI (průměrné hrubé skóry)*

*Tabulka č. 20: Základní popisná statistika BDI-II*

*Tabulka č. 21: Korelace jednotlivých faktorů u testů LOC, ZTPI a BDI-II u výzkumného souboru*

*Tabulka č. 22: Korelace jednotlivých faktorů u testů LOC, ZTPI a BDI-II u kontrolního souboru*

## **Příloha č. 6: Seznam grafů**

***Graf č. 1: Věkové rozložení výzkumného souboru***

***Graf č. 2: Procentuální zastoupení bodů, v čem lidem se závislostí pomáhá léčba***

***Graf č. 3: Věkové rozložení u kontrolního souboru***

***Graf č. 4: Krabicový graf podle souborů (věk)***

***Graf č. 5: Krabicový graf LOC***

***Graf č. 6: ZTPI průměrné hodnoty u výzkumného a kontrolního souboru***

***Graf č. 7: Krabicový graf ZTPI negativní minulost***

***Graf č. 8: Krabicový graf ZTPI hédonistická přítomnost***

***Graf č. 9: Krabicový graf ZTPI budoucí***

***Graf č. 10: Krabicový graf ZTPI pozitivní minulost***

***Graf č. 11: Krabicový graf ZTPI fatalistická přítomnost***

***Graf č. 12: Krabicový graf BDI-II***

## Literatura

1. Ambler, Z., Bednařík, J., Kadaňka, Z., Kalina, M., Komárek, V., Nevšimalová, & S. Štourač, P. (2008). *Klinická neurologie*. Praha: Triton.
2. Amram, Y., & Benbenishty, R. (2014). The impact of therapeutic factors on locus of control of addicts in therapeutic communities. *Journal Of Groups In Addiction & Recovery*, 9(4), 313–325. doi:10.1080/1556035X.2014.967576
3. Anonymní alkoholici. (2014). Informace pro veřejnost. Získáno z <http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/pro-verejnost.html>
4. Balcar, K. (1996). Dotazník osobní příčinné orientace I: konstrukce, standardizace a psychometrická analýza. *Československá psychologie*, 40 (1), 28–37.
5. Baštecká, B. (2009). *Psychologická encyklopedie. Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.
6. Bazínková, E. (2012). Časová perspektiva jako prediktor závislosti na alkoholu? *Cognitive Remediation Journal*.
7. Beck, A., Steer, R., & Brown. G. (1999). *Beckova posuzovací škála depresivity pro dospělé*. Brno: Psychodiagnostika s.r.o.
8. Berg, C. J., Wen, H., Cummings, J. R., Ahluwalia, J. S., & Druss, B. G. (2013). Depression and substance abuse and dependency in relation to current smoking status and frequency of smoking among nondaily and daily smokers. *American Journal On Addictions*, 22(6), 581–589.
9. Boniwell, I., & Zimbardo, P. (2004). *Balancing Time Perspective in Pursuit of Optimal Functioning. Positive psychology in practice*, 165–178. New Jersey: John Wiley&Sons.
10. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, a.s.
11. Černocký, K. (1947). *Psychologický slovník: A-M*. Hranice: Snaha.
12. Český statistický Úřad. (2012). Psychiatrická péče. Získáno z <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/zdravotnicka-statistika>.
13. Český statistický úřad (2012). Hospitalizace v nemocnicích ČR v roce 2012. Získáno z <http://www.uzis.cz/publikace/hospitalizovani-nemocnicich-cr-2012>.
14. Český statistický Úřad. (2012). Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret (na obyvatele za rok). Získáno z [http://www.czso.cz/cz/cr\\_1989\\_ts/0303.pdf](http://www.czso.cz/cz/cr_1989_ts/0303.pdf)
15. Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J. a kol (2014). *Projektivní a rizikové osobnostní rysy adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouc.

16. DSM-IV (2005). Washington, DC: American Psychiatric Association.
17. Errico, A. L., King, A. C., & Parsons, O. A. (1991). The Influence of Depressive Symptomatology on Alcoholic's Locus of Control: A Methodological Note and A Correction. *Journal Of Clinical Psychology*, 47(4), 600–604.
18. Fiske, C. T., Hamilton, C. D., & Stout, J. E. (2008). Alcohol use and clinical manifestation of tuberculosis. *Journal Of Infection*, 57385-391. Doi: 10.1016/j.jinf.2008.08.011
19. Geist, B. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář.
20. Gjesme, T. (1976). Future-Time Gradients for Performance in Test Anxious Individuals. *Perceptual and Motor Skills: Volume 42, Issue* , pp. 235–242.
21. Gonzales, A., Zimbardo, P. G. (1985). Time in perspective: A psychology today survey report. *Psychology Today* 21–26.
22. Haggblom, S. J. a kol. (2002). The 100 most eminent psychologists of the 20th century. *Review of General Psychology*, 6, 139–152.
23. Hall, C. S. a kol (1997). *Úvod do teórií osobnosti*. Bratislava, Slovenské pedagogické nakladateľstvo.
24. Halpert, R., & Hill, R. (2011). *The locus of control construct's various means of measurement: A researcher's guide to some of the more commonly used locus of control scales*. Beach Haven, NJ: Will to power press.
25. Hans, T. (2000). A meta-analysis of the effects of adventure programming on locus of control. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(1), 33–60.
26. Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
27. Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
28. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
29. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
30. Heckhausen, H. (1977). Achievement motivation and its constructs: *A cognitive model*. *Motivation and Emotion*, 4, s. 283–329.
31. Herman, E., & Doubek, P. (2008). *Deprese a stres*. Praha: Maxdorf.
32. Holman, E. A., & Zimbardo, P. G. (2009). The Social Language of Time: The Time Perspective - Social Network Connection. *Basic and applied social psychology*, 31, 136–147.
33. Honzák, R. (1999). *Deprese: Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén.

34. Hulbert, R. J., Lens, W. (1988). Time Perspective, Time Attitude and Time Orientation in Alcoholism: A Re-view. *The International Journal of the Addictions*, 23 (3), 279–298.
35. Cherling, A., & Bourque L. B. (1974). *Dimensionality and Reliability of the Rotter I-E Scale*. Los Angeles: University of California. 74 (4), 565–582.
36. Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Ebrahim, I. O., Shapiro, C. M., Williams, A. J., & Fenwick, P. B. (2013). Alcohol and sleep I: effects on normal sleep. *Alcoholism, Clinical And Experimental Research*, 37(4), 539–549. doi:10.1111/acer.12006
37. Jiránek, F. (1974). *Rozvoj myšlení žáků mladšího školního věku při učení základům dějepisu*. Praha: Ústav pro učitelství na UK v Praze.
38. Jonesová, E., & Asen, E. (2000). *Systematická párová terapie a deprese*. Hradec Králové: ATD.
39. Kahoe, R. (1974). "Personality and achievement correlates of intrinsic and extrinsic religious orientations". *Journal of Personality and Social Psychology* 29 (6): 812–8. doi:10.1037/h0036222.
40. Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.
41. Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychologické odolnosti. *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 52(1), 1–19.
42. Keough, K. A., Zimbardo, P. G., Boyd, J. N. (1999). Who's Smoking, Drinking and Using Drugs? Timeperspective as a Predictor of Substance Use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 149–164.
43. Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
44. Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
45. Křivohlavý, J. (1997). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.
46. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál ISBN 80-7178-551-2.
47. Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.
48. Křivohlavý, J. (2012). *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada.
49. Kvapilík, J., Svobodová, A. a kol. (1985). *Člověk a alkohol*. Praha: Avicenum.
50. Laverghetta, A. V., (2011) The Relationship between the Big 5 Personality factors, Locus of Control, and Political Ideology. *Paper presented at the annual meeting of the Oklahoma Research Day, Cameron University, Lawton*.

51. Levenson, H. (1973). *Reliability and validity of the I, P, and C Scales – A multidimensional view of locus of control. American Psychological Association Convention, Montreal Symposium on Beliefs in Locus of Control: Unidimensional or Multidimensional?* Texas: A&M University.
52. Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In Lefcourt, H. M. a kol. *Research with the locus of control construct* (pp. 15–63). New York, Academic Press.
53. Lukavská, K., Klicperová-Baker, M., Lukavský, J., Zimbardo, P. G. (2011). ZTPI – Zimbardův dotazník časové perspektivy. *Československá psychologie*, 55(4), 356–373.
54. Malečková, L. (1996). Klinické použití Beckovy sebesuzivací škály deprese. Diplomová práce. FF UK Praha.
55. Maloney, M., & Kranzová, R. (1996). *O úzkosti a depresi*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
56. Marhounová, J., & Nešpor, K. (1995). *Alkoholici, fenci a gambleři*. Praha: Empatie.
57. Mezinárodní klasifikace nemocí (2013). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
58. Miller, B. A., & And, O. (1990). Relationship between Women's Alcohol Problems and Experiences of Childhood Violence.
59. Mills, J. K. (1991). Control Operation as a Personality Dimension Among Alcoholic and Obese Adult Men Undergoing Addictions.
60. Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.
61. Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.
62. Nešpor, K. (1997). *Jóga poezie psychoterapie*. Praha: Avatar.
63. Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
64. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
65. Nešpor, K. (2013). *Sebeovládání*. Praha: Portál.
66. Nešpor, K., & Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
67. Nešpor, K. (1999). *Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sportpropag.
68. Norman, P., Bennett, P. (1995). 3. Health Locus of Control. In Conner, M., Norman, P. *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press. pp. 62–94.

69. Nuttin, J. R. (1980). *Motivation et Perspectives d' Avenir*. Lovain: Presses Universitaires de Louvai.
70. Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.
71. Orel, M., a kol. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
72. Pačesová, M. (2004). *Lékař, pacient a Michael Balint*. Praha: Triton.
73. Panýrek, D. (191-). *Alkoholismus a škola*. Praha: Nakladatelství J. Otty.
74. Pavelková, I. (1990) *Perspektivní orientace jako činitel rozvoje osobnosti*. Praha: Academia.
75. Pavelková, I. (2002) Motivace žáků k učení. Perspektivní orientace žáků a časový faktor v žákovské motivaci. Praha: PedF UK.
76. Pektaş, O., Mirsal, H., Kalyoncu, O. A., Tan, D., & Beyazyürek, M. (2003). Remisyondeki Alkol Bağımlılarında Kontrol Odağı. = Locus of Control in Alcohol Dependent Patients in Remission. *Bağımlilik Dergisi*, 4(2), 72–75.
77. Plevová, J., & Boleloucký, Z. (2000). *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. Praha: Grada.
78. Plháková, A. (2008). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
79. Praško, J. (1998). *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha: Grada.
80. Praško, J., Kyralová, I., Minaříková, V., & Prašková, H. (1997). *Co je deprese a jak se léčí?* Praha: Psychiatrické centrum Praha.
81. Praško, J., Kyralová, I., Minaříková, V., & Prašková, H. (1998). *Skupinová kognitivně behaviorální terapie depresí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
82. Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál.
83. Preiss, M., & Sekot, M. (1993). Stav pacientů s cévními mozkovými příhodami několik let po postižení z pohledu psychologa. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 60(2), 79–83.
84. Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
85. Raynor, J. O. (1969) Future orientation and motivation of immediate activity: An elaboration of the theory of achievement motivation. *Psychological Review*, roč. 76, 606–610.
86. Richter, P. a kol. (1998). On the validity of the short form Beck Depression Inventory. *Psychopathology*. 31(1), 160–168.

87. Robinson, S. L., & Goodpaster, S. K. (1991). The effects of parental alcoholism on perception of control and imposter phenomenon. *Current Psychology*, 10(1/2), 113.
88. Roddenberry, A. & Renk, K. (2010). Locus of Control and Self-Efficacy. Potential Mediators of Stress, Illness, and Utilization of Health Services in College Students. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(4), 353–370, doi:10.1007/s10578-010-0173-6.
89. Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1–28.
90. Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43, 56–67. doi:10.1037/h0076301.
91. Rotter, J. B. (1990). Internal versus external control of reinforcement: a case history of a variable. *American psychologist*, 45(4), 489–493.
92. Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
93. Řehulková, J. (2007). Kognitivní styl, studijní styl a místo kontroly osobnosti. *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*, 51(3), 238–251.
94. Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Knopf.
95. Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2005). *Theories of Personality* (8th ed.). Wadsworth: Thomson.
96. Sillamy, N. (2001). *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
97. Skála, J. (1986). *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abuzus a závislost*. Praha: Avicenum.
98. Skála, J. (1988). *Až na dno*. Praha: Avicenum.
99. Skopal, O. (2014). ZTPI – Zimbardův dotazník časové perspektivy. In Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J. a kol. *Projektivní a rizikové osobnostní rysy adolescentů* (s. 116–125). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
100. Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií*. Praha: Grada Publishing.
101. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
102. Sollárová, E. (2008). Socializace. In Výrost, J., Slaměník, I. a kol. *Sociální psychologie* (s. 49–68). Praha: Grada Publishing.
103. Spreen, O., & Strauss, E. (1991). *A compendium of neuropsychological tests*. New York: Oxford University Press.



104. Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
105. Svoboda, M. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Vědecká rada portálu.
106. Šedivý, V., & Válková, H. (1988). *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko.
107. Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog (2000). Praha: Psychiatrické centrum Praha.
108. Voinescu, B. I., & Orfan, R. (2014). Sleep Disturbance in Relation to Alcohol Misuse. *Journal Of Evidence-Based Psychotherapies*, 14(1), 95–104.
109. Výrost, J. (1989). *Sociálno-psychologický výskum postojov*. Bratislava: VEDA.
110. Výrost, J., & Slaměnik, I. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing.
111. Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education & Behavior*, 6, 160–170.
112. Whyte, C. B. (1977). High-risk college freshman and locus of control. *The Humanist Educator*, 16(1), 2–5.
113. Yeh, M. (2008). Measuring readiness to chase and locus of kontrol Belin among male alcohol-dependent patiens in Taiwan comparison of the different degrese of alcohol dependence. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 62(5), 533–539. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01846.x
114. Zhabenko, O., Krentzman, A. R. Robinson, E. R., & Brower, K. J. (2013). A Longitudinal Study of Drinking and Depression as Predictors of Insomnia in Alcohol-Dependent individuals. *Substance Use & Misuse*, 48(7), 495–505.
115. Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable Individual-differences metric [Electronic version]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271–1288.