

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Katedra psychologie



Název diplomové práce:

**Vybrané vlastnosti osobnosti u závislých na
nealkoholových drogách**

Selected Personality Traits among Non-alcoholic Drug Addicted

Vypracovala: Barbora Kajuková

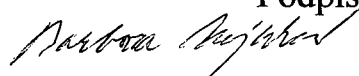
Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc.

P r o h l á š e n í

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma
„Vybrané vlastnosti osobnosti u závislých na nealkoholových drogách“
jsem vypracovala samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály
uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Praze dne 4. prosince 2007

Podpis


Obsah

Obsah	1
Úvod	3
TEORETICKÁ ČÁST	5
1 Syndrom závislosti.....	5
2 Drogová závislost	6
3 Dělení drog	7
4 Situace v České republice	9
4.1 Trendy a rozsah užívání nealkoholových drog v ČR.....	9
4.2 Nejužívanější nealkoholové ilegální drogy v ČR	10
4.2.1 Opioidy a opiáty	10
4.2.2 Psychostimulancia	12
4.2.3 Konopné drogy	14
5 Vznik závislosti	15
6 Příčiny vzniku závislosti.....	16
6.1 Bio-psycho-sociální model závislosti	17
6.1.1 Neurobiologie závislosti	18
6.1.2 Trauma a závislost	19
6.1.3 Vývojové aspekty vzniku závislosti	20
6.1.4 Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti	22
6.1.5 Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti	23
7 Profil toxikomana	24
8 Osobnostní charakteristiky	25
8.1 Zjišťování vlastností osobnosti u osob před stanovením diagnózy drogová závislost.	26
8.2 Vlastnosti osobnosti u lidí s diagnózou drogová závislost	31
8.3 Osobnostní vlastnosti zjištěné u drogově závislých na specifických drogách	35
8.4 Shrnutí vlastností osobnosti.....	37
8.5 Poruchy osobnosti a závislosti.....	38
9 Léčba.....	39
9.1 Systém péče - jednotlivé složky	39
9.2 Psychoterapie.....	42
9.2.1 Skupinová psychoterapie	44
10 Prevence.....	44
PRAKTICKÁ ČÁST	45

11	Cíle výzkumu.....	45
12	Osobnostní vlastnosti závislých na nealkoholových drogách	45
12.1	Charakteristika souboru	45
12.2	Metoda	48
12.3	Zpracování výsledků.....	55
12.3.1	Temperamentové dimenze.....	56
12.3.2	Charakterové dimenze	62
12.3.3	Lži skór	65
12.3.4	Celkové shrnutí výsledků	65
12.3.5	Typy temperamentu a charakteru u VS	67
13	Porovnání osobnostních vlastností mezi drogově závislými ženami a muži.....	70
13.1	Charakteristika souboru	70
13.2	Metoda	70
13.3	Výsledky	70
14	Porovnání osobnostních vlastností mezi závislými na opioidech a stimulantích	73
14.1	Charakteristika souboru	73
14.2	Metoda	75
14.3	Výsledky	75
15	Diskuze dat	77
	Závěr	87
	Seznam literatury	89
	Přílohy.....	99
	Resumé	121

Úvod

Závislost na návykových látkách je problémem celospolečenským, který se dotýká zdravotní i společenské oblasti lidského života. Nealkoholová toxikománie poškozuje lidský organismus jako celek, tj. jak jeho stránku somatickou, tak zvláště psychickou. Mnohdy ústí nejen v sebevražedné pokusy, ale i v dokonaná suicidia. Závislý na nealkoholových drogách často negativně ovlivňuje svou rodinu orientační, ale také, pokud nějakou má, rodinu prokreační. K selhání dochází také v profesionální oblasti života. Vzhledem k tomu, že závislost se mnohdy rozvíjí již na počátku adolescence, většina toxikomanů dokončí pouze základní školu. Pokud se závislost rozvine později, často dochází ke ztrátě zaměstnání. V případě, že závislý nemá jiné finanční zdroje a neovladatelně drogu potřebuje, uchyluje se často k páchání trestné činnosti.

Léčba závislých na nealkoholových drogách je dlouhá a náročná. V souvislosti s léčbou se nehovoří o úplném vyléčení, spíše o léčbě na celý život. Příčin vzniku závislosti je mnoho. V této práci jsme se soustředili na osobnostní vlastnosti, které mohou působit jako jeden z rizikových faktorů vzniku a rozvoje závislosti. Odhalení osobnostní struktury je důležité nejen pro včasnou prevenci, ale také v době léčby, kdy odhalení osobnostních vlastností může přispět ke zvolení vhodného způsobu terapie, či k odhalování situací, které mohou být klíčové pro vznik relapsu.

Tato práce je kvůli přehlednosti rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřujeme na definici základních pojmů, například na syndrom závislosti, definici drog. Zabýváme se také situací v ČR, kde stále dochází ke zvyšování uživatelů drog i závislých na drogách. Po zmapování situace se dostáváme k charakteristice nejčastěji užívaných nealkoholových návykových látek, včetně jejich účinku, což nám může pomoci odhalit, co obzvláště po psychické stránce droga svému uživateli poskytuje.

V dalších částech se zaměřujeme na příčiny vzniku závislosti. Zvolili jsme bio-psycho-sociální model, který mapuje možné příčiny vzniku závislosti. Jde o model komplexní, zahrnující jak příčiny endogenní, tak příčiny exogenní.

Za jednu z příčin vzniku a rozvoje závislosti považujeme osobnostní charakteristiky. V kapitolách zaměřených na osobnostní charakteristiky jsme se pokusili o zmapování výzkumů, jež se k tomuto tématu vztahovají. Zabýváme se jak vlastnostmi zjištěnými před vznikem drogové závislosti, tak vlastnostmi určenými u jedinců, jež se ze závislosti léčí. Stručně se zmíníme také o poruchách osobnosti, které mezi závislými nejsou ojedinělé.

V závěru části teoretické se zabýváme léčbou a prevencí, přičemž podáváme stručný přehled zařízení zabývajících se touto problematikou v ČR.

Praktická část zahrnuje vlastní výzkum, kdy jsme se za použití osobnostního dotazníku TCI-r, pokusili odhalit vlastnosti závislých na nealkoholových drogách, přičemž šlo o celkový vzorek 47 osob léčících se v terapeutických komunitách ze závislosti na stimulancích a opiátech.

Také jsme se pokusili odhalit, zda se liší osobnostní vlastnosti mezi závislými muži a ženami, a také mezi závislými na opiátech a stimulancích. V rámci diskuze dat konfrontujeme naše závěry s literárními prameny, podáváme návrhy, jak by bylo možné získané poznatky využít v prevenci a v léčbě.

Závěr práce obsahuje celkové shrnutí prezentovaných informací z části teoretické i části praktické.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Syndrom závislosti

V této práci se zabýváme osobnostními rysy u drogově závislých. Nejprve se zaměříme na to, jak je drogová závislost definována.

Wolf a Heberlein (2003) definují drogovou závislost jako chronickou a relapsující duševní nemoc, která je charakteristická kompulzivním užíváním drog bez ohledu na vážné negativní následky.

Mezinárodní klasifikace nemocí (1996, s. 86,87) uvádí následující definici syndromu závislosti.

„je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.“

Výše jsme definovali syndrom závislosti. Diagnózu tohoto syndromu bychom měli stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- Silná touha nebo pocit puzení látku užívat; mezi objektivní projevy při psychickém bažení patří oslabení paměti, aktivace určitých částí mozku, prodlužuje se reakční čas, může se objevit abnormální nález na elektroretinogramu, zvyšuje se tepová frekvence systolického krevního tlaku, snižuje se galvanický odpor. Dále můžeme sledovat vyšší aktivitu potních žláz a snížení kožní teploty.
- Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to v případě kdy jde o začátek a ukončení nebo množství látky.
- Tělesný odvykací stav, kdy je látka užívána s úmyslem zmenšit příznaky, které jsou vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku.
- Průkaz tolerance k účinku látky, tzn. vyžadování vyšších látek, za účelem dosažení účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.

- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch psychoaktivní látky, dále pak zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z účinku psychoaktivní látky;
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Nešpor 2000a).

Nešpor (2000a) uvádí, že syndrom závislosti může být přítomen buď pro určitou látku, třídu látek nebo širší řadu různých látek.

MKN 10 uvádí následující druhy závislosti

- závislost na alkoholu;
- závislost na opioidech;
- závislost na kanabinoidech;
- závislost na sedativech a hypnotikách;
- závislost na kokainu;
- závislost na jiných stimulancích;
- závislost na tabáku;
- závislost na halucinogenech;
- závislost na organických rozpouštědlech;
- závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách.

Užívání více drog při drogové závislosti, tzv. polymorfní závislost, je stále častější. Chung a Martin (2005) uvádějí, že velké množství adolescentů s diagnózou drogové závislosti patří mezi polymorfní uživatele drog. Nejčastěji jde podle autorů o marihuanu, alkohol, stimulantia a kokain.

2 Drogová závislost

Nožina (1997) uvádí, že drogová závislost obecně znamená, že člověk, který je závislý, přestal být svobodný vůči droze, což znamená, že si na ni vytvořil vazbu. Droga se stala součástí jeho života. Drogu potřebuje, aby se cítil dobře, což ovšem neznamena, že když ji má se tak skutečně cítí, a aby byl schopen fungovat. U člověka není vždy snadné od sebe oddělit příznaky závislosti fyzické a závislosti psychické.

Obecně můžeme o **psychické závislosti** hovořit jako o duševním stavu, který vzniká konzumací drogy a projevuje se přáním drogu znovu požívat. Může jít o pouhé přání, kterému lze odolat, ale také o dychtivé, opakující se a neodolatelné nutkání požit drogu, a to i v případě, že člověk ani drogu požívat nechce a své jednání považuje za nerozumné. Psychická závislost na droze je vlastně často závislostí na některé okolnosti, jež prožívání

drogy provázely. Hovoříme zde o psychické závislosti, a proto by se teoreticky po přerušení podávání drogy neměly dostavovat žádné tělesné abstinenční příznaky. Projevy psychiky jsou však zpravidla doprovázeny i projevy fyzickými, které mohou být za abstinenční příznaky zaměněny.

Fyzická závislost bývá nejčastěji definována jako stav organismu, který vzniká zpravidla dlouhodobějším a častým požíváním drogy. To však není pravidlem, neboť u některých drog jde i o krátkodobou konzumaci, která může trvat několik týdnů, popřípadě i dnů. Organismus člověka, který je fyzicky závislý na droze, se jí přizpůsobil a zahrnul ji do své látkové výměny, takže na přerušení přísunu této drogy reaguje abstinenčními příznaky.

Abstinenčních příznaků je celá řada. Tyto příznaky se mohou od drogy k droze značně různit. Patří sem například pocení, slzení, zvýšená teplota, pocity horka a chladu, nechutenství, rozšířené zorničky, třes, úzkost, zácpa, touha po droze, pokles krevního tlaku, epileptický záchvat. Soubor odvykacích příznaků, které se typicky vyskytují pohromadě, označujeme jako **abstinenční syndrom**.

3 Dělení drog

V této práci užíváme termín drogová závislost. Je třeba si ujasnit, co to droga je. Podle expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) je droga „*jakákoliv látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více funkcí*“ (Urban 1973, s. 11). Tato definice z roku 1969 zahrnuje všechny substance či hmotné látky, ať už mají či nemají přiznané postavení léků, působí či nepůsobí na nervovou soustavu, jsou přírodní či umělé (Urban 1973).

Presl (in Nožina 1997) chápe drogu jako každou látku, ať přírodní či syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

Má tzv. psychotropní účinek. To znamená, že ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění.

1. Může vyvolat závislost, což znamená, že v sobě obsahuje cosi, co se označuje jako „potenciál závislosti“.
2. Drogy můžeme dělit podle nejrůznějších kritérií. Jedním z kritérií může být postoj společnosti. Podle tohoto kritéria dělíme drogy na:
 - drogy společensky tolerované, legální (např. alkohol);
 - drogy ilegální.

Dalším kritériem je razantnost působení a s ním spojené předpokládané míry rizika:

- drogy měkké, lehké, s akceptovatelnou mírou rizika;
- drogy tvrdé, těžké, s neakceptovatelnou mírou rizika.

Posledním kritériem může být zavedené rozdělení, které směřuje více hledisek, například účinek, účinná látka, surovina, fyzikální vlastnosti.

- Opiáty, stimulační drogy, halucinogenní drogy, konopí a jeho produkty, těkavé látky-organická rozpouštědla, hypnotika a barbituráty, taneční drogy, tabák (Stiburek 1995).

Minařík (2007) uvádí následující dělení drog podle převládajícího účinku, které rozděluje drogy do tří skupin:

1) Tlumivé (narkotické) látky

Tyto látky vyvolávají útlum nervového systému. Menší a střední dávky obvykle vyvolávají pocity euforie a jejich účinek také způsobuje odstranění nepříjemných emocí jako je strach nebo pocit psychického napětí. Mezi nejznámější zástupce těchto látek patří tzv. opioidy, tedy látky odvozené od morfia. Mají silný analgetický a euforizující účinek. Do této skupiny patří heroin, metadon, kodein, buprenorfin (subutex).

Druhou velkou skupinou, která se řadí pod látky s tlumivým účinkem, tvoří benzodiazepiny. V lékařství jsou tyto léky užívány proti strachu. Jsou to látky se sedativním a hypnotickým účinkem. Mezi zástupce patří například diazepam, flunitrazepam, alprazolam.

Do skupiny narkotických látek patří také alkohol nebo barbituráty.

2) Stimulační látky

Látky, které patří do skupiny stimulačních, zvyšují tělesnou a duševní aktivitu. Menší a středně silné dávky vyvolávají pocity síly a energie. Pokud jsou dávky vysoké, mohou vyvolat halucinace a ztrátu kontaktu s realitou. Mezi nejznámější zástupce patří pervitin a kokain.

3) Halucinogeny nebo psychedelika

Poslední skupina látek může vyvolat změnu vnímání reality. U této skupiny asi nejvíce záleží na okolnostech, které jsou přítomny při užití a působení drogy. Nižší dávky způsobují rozostřené vnímání, jehož následkem je, že barvy se jeví jasnější, hudba rozeznává celé tělo, atd. Při vyšších dávkách mohou tyto látky vyvolat halucinatorní prožitky. Někteří intoxikovaní mohou mít pocit, že chápou samou podstatu bytí. Při vysokých dávkách dochází k úplné ztrátě kontaktu s realitou. Mezi tyto látky patří například kanabioidy, jejichž

pravděpodobnost děsivé intoxikace s dlouhodobými následky je malá. Dále pak jde o látky s razantním efektem, které v určitých případech mohou navodit psychózu. Sem řadíme například LSD, psylocibin, ibogain

4 Situace v České republice

V této kapitole se budeme zabývat vývojovým trendem v rozsahu a užívání nealkoholových nelegálních drog v České republice. Musíme brát v úvahu, že čísla ohledně počtu drogově závislých vycházející ze statistických výzkumů jsou mnohdy pouze orientační, a to z toho důvodu, že řada drogově závislých svou závislost tají či se k ní zpětně nechce přiznat. Také se zaměříme na nejčastěji užívané drogy a jejich charakteristiku, respektive na jejich účinek.

4.1 Trendy a rozsah užívání nealkoholových drog v ČR

Současná situace je charakteristická dalším vzestupem experimentální a rekreační konzumace konopných látek mezi mládeží a mladými dospělými.

Dalším trendem je šíření heroínu mimo primárně zasažené oblasti. Těmito oblastmi máme na mysli Prahu a Severní Čechy. Heroin se šíří do velkých měst napříč republikou a také do „venkovských oblastí“.

Dochází ke zmenšování pervitinové scény, která byla relativně uzavřená a skládala se z malých skupinek seskupených kolem „vaříče“. Tato nespojitá pervitinová scéna je nahrazována klasickou sítí organizovaného zločinu.

V České republice užije nelegální drogu alespoň jednou ročně asi 16-20% obyvatel. Jedná se především o marihuanu a hašiš.

Odhadovaný počet uživatelů problémových drog, tedy těch, kteří injekčně a dlouhodobě nebo pravidelně užívají opiáty či amfetaminy byl v ČR v r. 2005 cca 32 000. Z toho asi 11 500 osob užívá dlouhodobě opiáty (heroin) a asi 20 500 osob užívá dlouhodobě pervitin. Celkově je to 0,5% z celkového počtu obyvatel ČR, a to ve věku mezi 15-64 lety.

Odhadem asi 90% problémových uživatelů drog aplikuje drogy injekčně. Během posledních let se zvyšuje počet uživatelů subutexu, dále je patrný nárůst uživatelů pervitinu.

Největší počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel je odhadován v Praze. Dále následuje kraj Ústecký a Karlovarský. Nejmenší počet problémových uživatelů drog je

pak v kraji Libereckém, Pardubickém a na Vysočině (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2003-2007).

Podle výročních zpráv o stavu ve věcech drog z roku 2005 (2006) žádají nejčastěji o léčbu uživatelé stimulancií (60%), zejména pervitinu, na druhém místě uživatelé opiátů (asi 24%), třetí místo zaujímají uživatelé konopných látek.

Ve všech krajích České republiky uvedl největší podíl žadatelů o léčbu jako základní drogu pervitin. V Praze se tomuto podílu téměř vyrovnal počet osob žádajících o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu. Největší podíl žadatelů v souvislosti s užíváním heroinu byl v přepočtu 100 000 obyvatel v Ústeckém kraji a v Praze. Největší počet žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním pervitinu bylo v kraji Ústeckém, následují kraje Olomoucký, Zlínský a Jihomoravský. Nejvíce žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním kanabinoidů bylo zaznamenáno na Vysočině, ve Středočeském a Libereckém kraji.

Jako sekundárně užívanou drogu nejčastěji udávali žadatelé marihuanu. Z celkového počtu žadatelů o léčbu uvádělo nějakou další drogu asi 50%, z toho 30% udávalo právě kanabioidy (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2003-2007).

Podle výroční zprávy o stavu ve věcech drog (2006) zemřelo na předávkování v r. 2005 celkem 218 lidí. Z tohoto počtu zemřelo na předávkování psychoaktivními léky 156 osob, 24 osob na předávkování opiáty, 18 na předávkování těkavými látkami a 14 osob zemřelo na předávkování pervitinem.

4.2 Nejužívanější nealkoholové ilegální drogy v ČR

Mezi nejužívanější nealkoholové ilegální drogy mezi závislými v České republice patří stimulantia, zejména pervitin, dále pak opiáty a konopné látky.

V této části práce se seznámíme se základní charakteristikou těchto látek a především s jejich účinky na organismus, a to zejména na chování a prožívání.

4.2.1 Opioidy a opiáty

Nejdříve se zaměříme na mechanismus účinku, poté na somatické účinky. Opioidy ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů, které se vyskytují v celém centrálním nervovém systému. Morfiové receptory se vyskytují v několika subtypech:

μ – mají analgetické působení, způsobují euforii, sedačka útlum dechového centra; Tyto receptory jsou nejdůležitější pro vznik závislosti;

σ - jsou lokalizovány periferně a podléjí se na analgezii;

κ - podléjí se na analgezii na míšní úrovni, vedou k sedaci a dysforii;

σ - podléjí se na působení některých psychotomimetik a na dysforii způsobené některými opioidy.

Podle poměru afinity, síly vazby k receptoru, a vnitřní aktivity, síly aktivace receptoru, se opioidy dělí na několik skupin:

- Opioidní agonisté, které mají silnou afinitu i vnitřní aktivitu, vyvolávají typické účinky opiátu. Typickými zástupci této skupiny jsou morfin či kodein.
- Opioidní antagonisté, které mají silnou afinitu ale nulovou vnitřní aktivitu, blokují receptor a zabrání účinku jiného opioidu. Tyto opioidy se používají jako lék, který zabraňuje předávkování.
- Částeční opioidní agonisté-antagonisté. Tyto látky se váží na receptory, některé z nich aktivují a jiné blokují.
- Částeční opioidní antagonisté, které se vyznačují tím, že mají pevnou vazbu na receptor, ale slabou vnitřní aktivitu (Minařík 2003).

Účinek opioidů se mění podle afinity látky k jednotlivým subtypům. Opiáty mění produkci endogenních opioidů, kdy zpočátku jejich tvorbu stimulují, ale při dlouhodobém užívání výdej endorfinů a enkefalinů inhibují a navíc stimulují jejich rozklad.

Somatické účinky, které zde budeme uvádět, platí pouze pro skupinu opioidních agonistů. U částečných antagonistů je efekt modifikován především co do kvantity, u agonistů-antagonistů i co do kvality.

Opioidy působí na centrální nervový systém, krevní oběh, dýchání, trávicí trakt, urogenitální systém a na kůži. Pro naši práci je nejdůležitější účinek na CNS.

Opioidy mají na centrální nervový systém účinek tlumivý, potlačují percepční, lokalizační, emocionální a psychologickou složku bolesti. Vyvolávají pocity euforie, zklidňují organismus, někdy způsobí až ospalost. Způsobují útlum dýchacího centra, což vede k poklesu citlivosti na dráždivý účinek acidózy a CO₂ a může dojít až k zástavě dechu. Dále pak mají tlumivý účinek na centrum pro kašel, dráždí chemorecepční zónu pro zvracení, vyvolávají miózu a snižují tělesnou teplotu.

Nyní se zaměříme na projevy při užívání a závislosti na opioidech a opiátech. Při intoxikaci bývá v popředí příjemná euforie a zklidnění. Tyto účinky však výrazně podléhají

toleranci, což znamená, že při opakovaném užití látky organismus „přivyká“ na vysoké dávky a pro dosažení účinku nebo normálního fungování potřebuje vysokou dávku drogy.

Opioidy mohou také vyvolat dysforii, a to zvláště u žen. Dysforie bývá spojena s nevolností, zvracením a neschopností orientace.

Při chronickém abusu je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností. Intelekt nebývá postižen, ale dochází k etické degradaci individua. Závislý je líný, bez vůle, ztrácí potenci a libido, může být depresivní. Pravidlem bývají děsivé hypnagogické pseudohalucinace. Častá bývá také nespavost, únava a podrážděnost, střídající se s apatií. Celková nezdravá životospráva vede k vyčerpání organismu a extrémní vyhublosti.

Jednou z nejčastěji užívaných drog, která patří do skupiny opioidů, je **heroin**, který byl syntetizován v roce 1874. Mnoho let byl používán jako účinný lék proti závislosti na morfinu. Chemicky jde o dicetylmorfin, který patří mezi polysyntetické deriváty morfinu. Heroin je řadu desetiletí celosvětově nejrozšířenější drogou této skupiny. Od roku 1994 jeho užívání v České republice mnohonásobně vzrostlo. Poměr mezi uživateli heroinu a pervitinu v Praze, v tzv. skryté populaci, je asi 1:1. V léčebných zařízeních však převažují uživatelé heroinu nad uživateli pervitinu v poměru 3:1 (Minařík 2003).

Nejčastějším způsobem aplikace je aplikace nitrožilní. Mezi méně rizikové způsoby aplikace patří šňupání, kouření a inhalace z aluminiové folie.

Heroin je typickým příkladem drogy s tzv. neakceptovatelným rizikem, jelikož závislost vzniká pravidelně a poměrně rychle, a to již po několika týdnech (Minařík 2003). Urban (1973) uvádí, že heroin může u člověka vyvolat závislost již po 7 dávkách. Heroin vyvolává klidnou, vyrovnanou euforii. Po aplikaci je uživatel lhostejný ke starostem, stoupá mu sebevědomí, má pocit uspokojení (Mečíř 1989).

Závislost těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci, a to včetně kriminality, prostituce, apod., a to za účelem získání finančních prostředků na drogu. Další rizika plynou z nitrožilního užívání a z předávkování (Minařík 2003).

4.2.2 Psychostimulancia

Psychostimulancia jsou látky s nefyziologickým efektem na centrální nervovou soustavu. Psychostimulancia zvyšují bdělost a psychomotorické tempo, zrychlují myšlení, a to zvýšenou nabídkou asociací a výbavnosti paměti. Mezi další účinky patří zahánění únavy, vyvolání euforie, příjemných pocitů síly a energie, snížení chuti k jídlu.

Psychostimulancia působí anxiogenně, tzn. že vyvolávají úzkost, někdy umocňují trému. Užití může někdy vést také k agresivitě a přecenění psychosomatických možností.

Na tomto druhu látek se neprojevuje závislost fyzická ale pouze psychická. Užívání stimulantů zatěžuje celý organismus, a to především kardiovaskulární systém, což vede k vzestupu rizika srdečních a mozkových příhod.

Dlouhodobé užívání těchto látek může vést k toxické psychóze, která však může být vyvolána i jednorázovou vysokou dávkou (Minařík 2003).

Mezi typické zástupce psychostimulantů patří kokain a pervitin.

Kokain je alkaloid jihoamerického keře Erythroxylon koka LAM. Chemicky byl kokain izolován v roce 1859. Jeho účinky jako lokálního anestetika objevil Sigmund Freud. Ve střední Evropě včetně České republiky je kokain drogou spíše okrajovou. Je užíván spíše ve finančně privilegovaných skupinách.

Nejčastější formou aplikace je šňupání. Rychlost nástupu závisí především na způsobu aplikace, účinky trvají poměrně krátce. Ústup účinků začíná již po 30 minutách. Účinky po prvním užití mohou být i nepříjemné, pocity euforie se nejčastěji projeví až po opakovaném užívání. Po užití se dostavuje veselost, touha po zvýšeném výkonu. Kromě euforie jsou nápadné poruchy chování, vymizení zábran (Minařík 2003).

Kokain nevyvolává somatickou závislost, přesto však někteří autoři považují závislost na kokainu za vůbec nejsilnější.

Ze skupiny psychostimulantů je u nás více než kokain rozšířen **pervitin**, který patří mezi budivé aminy, které byly objeveny a syntetizovány v roce 1887. Pervitin patří mezi nelegální drogy s vysokým potenciálem pro závislost a je v ČR z této skupiny nejrozšířenější.

Pervitin se aplikuje orálně, šňupáním či nitrožilně. Hlavní příznaky intoxikace mizí za 8-24 hodin.

V centrální nervové soustavě zvyšuje pervitin koncentraci mediátorů-monoaminů v interneuronálních synapsích. Pervitin zřetelně ovlivňuje nejen motoriku, ale i psychické funkce. Mezi jeho účinky patří euforie, snížení únavy, navození stereotypního chování. Stejně jako kokain i pervitin je anorektikum, tedy snižuje chuť k jídlu. Dalším účinkem je uvolňování zásob energie v těle a zvýšení výkonnosti celého organismu. Jako psychostimulancium urychluje psychomotorické tempo a způsobuje motorický neklid. Po užití ustupuje pocit únavy, což vede k tomu, že organismus pracuje až do vyčerpání.

Pervitin urychluje tok myšlenek, zvyšuje pozornost, soustředěnost, zlepšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Po užití nastupuje pocit euforie, rozhodnost a pocit sebejistoty. Působí také anxiogenně. Po odeznění účinku se dostavuje tzv. "dojezd", který se projevuje hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí.

Následkem chronického užívání pervitinu může být vznik organického mozkového psychosyndromu doprovázeného demencí.

Při chronickém užívání se objevují psychické komplikace. U závislého se objevují halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, sebevražedné sklony, podezíravost, chorobná žárlivost, stavy zmatenosti. Dále se objevují poruchy paměti a neschopnost koncentrace.

Při chronické intoxikaci či při požití velmi vysoké dávky se rozvíjí toxická psychóza pod obrazem paranoidně halucinatorního syndromu.

Při užívání pervitinu vzniká velmi rychle psychická závislost, fyzická závislost není přítomná. U pervitinu velice rychle vzestupuje tolerance až k psychotickým dávkám. Kombinování této drogy s jinými, anebo s léky zvyšuje pravděpodobnost nežádoucích účinků (Minařík 2003).

4.2.3 Konopné drogy

Základním zdrojem drog kanabisového typu je *C. sativa* var. *Indica*. Za nejúčinnější psychotropní látku obsaženou v konopí je považována delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (THC). THC je vysoce rozpustný v tucích, a proto je snadno vychytáván výstelkou v plicích. Při aplikaci perorální cestou je absorpce pomalejší a vysoce variabilní, ale trvání je delší (Bečková; Višňovský 1999).

Mezi nejcharakterističtější účinky, které vyvolávají konopné látky, patří sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. Při akutní intoxikaci je charakteristická deformace při vnímání času. Čas pro intoxikovaného vleče, krátký okamžik se zdá několikanásobně delší. Objevují se také deformace ve vnímání prostoru a zrakové, sluchové či hmatové iluze. Většinou je intoxikace doprovázena stavem jemné euforie a příjemné nálady.

Dosud nebyl v literatuře popsán případ předávkování s následkem smrti. Většina odborníků se shoduje, že se na konopných látkách nevytváří somatická závislost. Závislost psychická vzniká u 8-10% stálých uživatelů (Mioviský 2003).

Při velmi častém a nadměrném užívání konopných drog se dostávají jemné poruchy některých kognitivních funkcí. Jde především o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti koncentrace.

U predisponovaných osob může užívání konopných látek vést k rozvoji hlubokých depresivních stavů či stavů úzkosti či napětí (Miovský 2003).

Podle Bečkové a Višňovského (1999) se chronická intoxikace, a to především u konzumentů hašiše, může projevit rozkladem osobnosti. Rozkladem osobnosti míní například motivační stavy, perzekuční bludy a agresivitu. Jako další možný následek uvádějí somatický úpadek, kdy jde např. o postižení systému dýchacího (chronická bronchitida, suchý kašel) či imunitního systému.

Mezi nejčastěji užívané drogy z této skupiny patří **marihuana**. Stenback, Allebeck a Romelsjö (1992) uvádějí, že marihuana je nejčastěji užívaná droga mezi ilegálními drogami. Ze všech ilegálních drog je mezi mladými lidmi nejrozšířenější. Mnoho studií ukázalo, že marihuana je obvykle první ilegální droga užitá mladými lidmi. Pouze menšina však přechází na jiné ilegální drogy.

Dalším zástupcem této skupiny je **hašiš**.

5 Vznik závislosti

Návyk užívat drogu je procesem komplexní proměny v oblasti somatické, psychické i sociální. Čím je delší užívání, tedy čím je větší a častější dávka, tím více se mění různé psychické i fyziologické vlastnosti. Proces vzniku závislosti lze rozdělit do 4 etap.

První etapou je stádium experimentování. Primárním impulzem experimentování s drogou může být zvědavost, nuda, touha po něčem neobvyklém a vzrušujícím. Značnou roli může hrát sociální model, potřeba uniknout od problémů nebo problém, se kterým si jedinec neumí poradit a potřebuje se s ním vyrovnat.

Druhou etapou je etapa příležitostného užívání, kdy zatím jedinec nemá na drogu návyk, a tak ji neužívá pravidelně. V této fázi konzument užívání drogy většinou tají.

Třetí etapou je fáze pravidelného užívání, kdy jedinec popírá riziko svého jednání.

Závěrečnou, tedy **čtvrtou etapou**, je fáze návykového užívání, kdy se u jedince zvyšuje lhostejnost k čemukoli, co se netýká drog. V této fázi se obvykle závislý člověk již nesnaží svůj návyk skrývat (Vágnerová 1999).

6 Příčiny vzniku závislosti

Příčiny závislosti jsou velmi komplexní. Nemůžeme určit jedinou příčinu. Většinou jde o kombinaci řady faktorů. Mezi tyto faktory patří například fyziologické faktory, buď hereditární nebo získané, které se kombinují s faktory psychologickými či sociokulturními. Vznik závislosti má svůj odraz i ve specifických reakcích a změnách na úrovni neurobiologie člověka (Heller; Pecinová 1996).

Existuje několik faktorů, které se podílejí na vzniku závislosti. Heller a Pecinová (1996) uvádějí, že u výrazných průběhů, které vedou k závislosti je to s velkou pravděpodobností genetická transmise. Jako další významný faktor uvádějí biochemické zvláštnosti organismu. Kromě těchto faktorů se na vzniku závislosti podílejí i další. Autoři uvádějí následující faktory:

- osobnostní struktury postiženého
- prostředí a tolerantní postoje společnosti
- droga a její dostupnost
- podnět-startér

Za přítomnosti těchto faktorů již působí mechanismy průběhové. Prvním mechanismem je vznik a opakování situací, ve kterých se podařilo dosáhnout účinku a uspokojení pomocí návykové látky. Druhým faktorem je nepřítomnost jiných dostupných alternativ k řešení situací s uspokojujícím výsledkem.

Ve shodě s Hellerem a Pecinovou uvádí Presl (1994), že příčina vzniku závislosti tkví ve vzájemné kombinaci těchto okruhů:

- osobnostní charakteristiky-dědičnost
- vlivy prostředí
- přítomnost drogy a její charakteristiky

Urban (1973) je dalším z autorů, který uvádí faktory vzniku závislosti, jež se shodují s výše uvedenými. Patří mezi ně:

- faktory farmakologické
- faktory somatické a psychické
- faktory enviromentální
- faktory precipitující

Z uvedeného vyplývá, že nemůžeme určit pouze jeden faktor, či příčinu vzniku syndromu závislosti. Existuje několik modelů, které se snaží vysvětlit příčiny vzniku

závislosti. Některé z těchto modelů, například biologický model, jsou v současné době již překonané.

Model, který spojuje více faktorů je bio-psycho-sociální model závislosti. Uvedeme základní teze, ze kterých tento model vychází.

6.1 Bio-psycho-sociální model závislosti

V pojetí tohoto modelu vzniká drogová závislost v průběhu vývoje osobnosti, ve vzájemné interakci biologických, psychologických a mezilidských faktorů. Důležitými pojmy v tomto modelu jsou dispozice, zranitelnost a spouštěč. Dispozicemi rozumíme dispozice genetické, případně i psychologické, získané v raném dětství. V dalším průběhu života se na podkladě dispozic vyvíjí zranitelnost. Spouštěčem mohou být životní události anebo nároky vývojového období.

Za biologické faktory můžeme považovat například některé problematické okolnosti v období těhotenství matky dítěte, okolnosti porodu, to co ovlivňuje neurobiologii jedince, psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů.

Kromě biologických faktorů jsou zkoumány i faktory psychogenní, které můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. V tomto období jde o prožívání toho, co eventuálně způsobilo nějaké biologické poškození.

Mezi další významné faktory, které se mohou podílet na vzniku závislosti, patří úroveň postnatální péče, čímž rozumíme péči o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb a jejich přiměřené uspokojování, podpora v době dospívání, v krizi hledání identity, a adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob. Pokud v případech těchto duševních poruch a chorob, jako jsou například deprese nebo úzkost, není poskytnuta adekvátní pomoc, bývá to právě počínající sebemedikace, která vede později k abusu a vzniku závislosti.

Sociální úroveň si všímá vlivu vztahů s okolím, které formují zrání jedince, anebo ho brzdí či deformují. Mezi tyto vlivy patří například rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije. Mezi vlivy, které působí konkrétněji patří například kvalita rodinných vztahů (Kudrle 2003).

6.1.1 Neurobiologie závislosti

S rozvojem závislosti na droze můžeme při opakované aplikaci sledovat změny na různých úrovních lidského organismu. V CNS dochází ke změnám na prakticky všech úrovních od neuronálních systémů až k submolekulárním jednotkám. Rozvíjejí se tak zvané adaptační změny (Fišerová 2003).

Z výzkumů vyplývá, že byly prokázány určité znaky genetických predispozic k různým typům závislosti.

Prokázaly se rovněž dispozice osobnostní, které souvisejí se syndromem narušené závislosti na odměně. Mezi lidmi závislými na drogách se nejčastěji objevují lidé zvědaví, vyhledávající nové zážitky, kteří rádi a hodně riskují. Drogy lze alespoň zpočátku za tyto zážitky zaměnit. Všechny tyto intenzivní inspirativní činnosti aktivují dopamininergní mesokortikolimbické dráhy, stejně tak jako drogy (Fišerová 2003).

Velmi často se mezi drogově závislými vyskytují lidé nevyrovnaní, se sklonem k úzkosti, depresi a impulzivité (Fišerová 2003).

Některé studie potvrzují rozdílné dispozice k různým typům závislosti u mužů a u žen. Ženy jsou na drogy citlivější než muži. Jejich citlivost se mění v průběhu menstruačního cyklu. Závislost se u žen rozvíjí rychleji než u mužů. Na druhé straně reagují ženy rychleji na léčbu. Co se týká relapsu, dochází k němu u žen a u mužů za rozdílných podmínek. Stocker (1998 in Hajný 2003) zjistil, že u žen, které byly závislé na kokainu docházelo k relapsu nejčastěji po negativních emočních prožitcích, zatímco u mužů naopak po pozitivních emocích, například po dosažení společenského úspěchu. Obecně vede k relapsu distress, a to jak u mužů, tak i u žen (Grella; Scott; Foss; Joshi; Hser 2003).

Závislost na návykových látkách se obecně vyvíjí rychleji u dětí a u mladistvých. Průběh je dramatičtější než u dospělých a mívá závažnější fyzické a psychické důsledky.

Mechanismy vzniku a udržování závislosti se u různých typů liší. Můžeme však nalézt určité společné nebo opakující se rysy.

Téměř vždy je droga látka, která má psychotropní účinek, což znamená, že má „centrální účinky“ a po aplikaci vyvolává výraznou a náhlou změnu vnímání anebo bdění, v tom smyslu, že navozuje například euforii, stimulaci anebo útlum, odstraňuje strach, navozuje pocit štěstí. Alespoň v počátečních fázích závislosti je účinek vyvolaný drogou hodnocen jako příjemný.

Aplikace drogy působí vychýlení přirozené rovnováhy v systémech CNS. Po opakované aplikaci látky se rovnováha vychyluje dlouhodobě. Zachování homeostázy je důležitým principem udržování integrity organismu. Během chronického užívání drogy se v CNS začnou rozvíjet pochody, které směřují k znovunastolení ztracené rovnováhy. Tyto pochody označujeme jako adaptační či neuroadaptační mechanismy. Postupně je tedy nastolena nová, patologická homeostáza. Aby byla udržena, je třeba drogu stále užívat. Pokud tomu tak není, rovnováha se opět poruší a vychýlí se ve směru vyvolaných adaptačních změn, které v době abstinence nejsou vyvažovány drogou. Tyto adaptační změny nazýváme odvykací či abstinenční syndrom. Tento syndrom vede závislého k dalšímu užití drogy.

Při akutním i při opakovaném podávání drog se některé účinky podobají účinkům antidepressiv. Při abstinenčním syndromu naopak dochází ke změnám podobným depresivním stavům (Fišerová 2003).

6.1.2 Trauma a závislost

Mnoho závislých je traumatizováno, buď v dětství nebo v pozdějším životě anebo v období závislosti (Kudrle 2003).

Rovněž Jaycox, Ebener, Damesek a Becker (2004) uvádějí, že trauma a životní stresující události se velmi často objevují v anamnéze drogově závislých adolescentů.

Traumatizace v dětství vzniká tělesným anebo sexuálním zneužitím, dále může jít o náhlou smrt člověka, dlouhou hospitalizaci, separaci ve zranitelném věku, účast v hrůzné anebo destruktivní události, atd. (Kudrle 2003).

V této souvislosti Curtis-Boles a Jenkins-Monroe (2000) uvádějí, že z výsledků mnoha různých studií vyplývá, že 20-83% amerických žen závislých na nealkoholových drogách má zkušenosti se sexuálním zneužíváním v dětství. Amaro, Nieves, Johanness a Cabeza (1999) zkoumali soubor 66 latinskoamerických žen, které byly závislé na nealkoholových drogách. Z tohoto souboru uvedlo 80% žen, že byly v dětství zneužívány a týrány. Nejčastěji šlo o psychické týrání, dále pak fyzické zneužívání a na posledním místě sexuální zneužívání.

Dle Kudrleho (2003) může být příčinou traumatizace v pozdějším věku například tělesné a sexuální násilí, znásilnění, těžká nehoda, ozbrojené přepadení.

Traumatizace během závislosti vzniká již samotným aktem závislosti. Jde například o destruktivní injekční aplikace, páchání kriminálních deliktů, předávkování, konfrontace se smrtí někoho blízkého závislého na drogách, prostituce.

Trauma je ochromující, ničí vazby, a tím i důvěrné vztahy s jinými lidmi. Může ničit i vztah k tělu, k vlastnímu i jiných lidí a měnit ho na nenávistný. Ničí i integritu a základní důvěru, způsobuje nenávist k sobě samému, nízké sebehodnocení a neschopnost ocenit druhé. Jádrovými prožitky psychického traumatu jsou bezmocnost, izolace a ochromující strach (Kudrle 2003).

V dospívání se normální integrativní funkce ega oslabují. Obrany vůči traumatu, které se postupně vynořuje na povrch, hrozí úplným selháním. Proto je nezbytné vzpomínku na trauma ještě důkladněji potlačit. Každé chování vyúsťující ve stres má takový účinek. K posílení disociace mohou napomoci psychoaktivní látky. Drogy, alkohol, ale také gambling, umrtvují emoce, facilitují potlačování emocí, někdy emoce mění a uvolňují ty, které by zůstaly skryté. Bezmoc ustupuje a začíná převládat pocit kontroly.

Účinek psychoaktivních drog je krátký, proto je nutné pokračovat v užívání drog, aby se jejich účinek prodloužil. Později se však začíná projevovat účinek opačný. Jde například o ataky vztahovačnosti při užívání amfetaminů, anebo realitu narušující efekt všech drog, které vyvolávají úzkost a pocity ztráty kontroly (Kudrle 2003.).

6.1.3 Vývojové aspekty vzniku závislosti

Narkotický účinek psychoaktivní látky umožňuje vyjádření určitých afektů a uspokojení určitých potřeb. Tyto afekty a potřeby mohou být za běžného stavu vědomí potlačeny. Obvykle jde o potřeby a afekty pocházející z minulosti, například z dětství.

Psychoanalytičtí autoři spojují užívání drog se závislým typem osobnostní struktury fixované v orálním stádiu vývoje. Odraz této fixace lze spatřovat v životě dospělého v momentech, kdy člověk vyžaduje, aby o něj bylo pečováno, a to bez toho, aby se na tom aktivně podílel. Mezi další znaky orální fixace patří nízká frustrační tolerance, nízká tolerance k napětí a k bolesti (Hajný 2003).

Uživatel se stává závislý na podnětech a substancích přicházejících zvnějšku. Tyto podněty a substance ovlivňují jeho vnímání, pocity a chování. Regresivní a extrémně silný základ vztahu k těm, které miluje, pak může mít za následek, že se závislý brání vyjádřit případné agresivní, kritické nebo separační myšlenky, pocity nebo chování. Užívání drogy mu umožňuje vyjádřit tyto prvky vztahů. Uživatel se pak cítí dost silný, aby řekl rodičům, co si o nich myslí. Bezohlednost vůči citům i majetku blízkých lze interpretovat jako výraz skrytých a nahromaděných agresivních tendencí, jež nebylo možné vyjádřit jiným způsobem (Hajný 2003).

Pro zdravý vývoj jedince je důležité, aby rodiče uspokojovali jeho potřeby, a aby v určitých situacích reagovali vstřícně, v jiných kriticky a někdy i odmítavě. V rodinách uživatelů se můžeme setkat s nevyvážeností v reakcích. Často můžeme sledovat, že v některých věcech jsou děti přetěžovány odpovědností a nároky, a oproti tomu v jiných situacích mají roli malých dětí. Někteří rodiče ve svém chování k dítěti neustále kolísají v nevypočitatelných výkyvech.

Nadměrné přetěžování dítěte může vést buď k vývoji tzv. dospělého dítěte, které je v některých ohledech předčasně zralé, anebo k opakovanému selhávání, které se postupně šíří na další a další oblasti života. Na druhou stranu, pokud je dítě vystaveno malým nárokům a není dostatečně stimulované, neumí se později vyrovnávat s drobnými neúspěchy a překážkami (Hajný 2003).

Wursten (1975 in Hajný 2003) uvádí, že závislí užívají drogu proto, aby se vyhnuli duševnímu zranění v podmínkách, které nejsou traumatické. Na užívání návykových látek lze potom pohlížet jako na jakousi samoléčbu. Závislí jsou popisováni jako lidé extrémně citliví vůči zranění, která pramení z vnitřních pocitů a konfliktů i z vnějších zdrojů a okolí. Droga nahrazuje chybějící odolnost vůči těmto pocitům a umožňuje jejich vyjádření.

Drogová závislost má obvykle počátky v období adolescence, tedy v období hledání vlastní identity. Vztah mezi vrstevníky se stává extrémně důležitý, protože jedinci v tomto období cítí silnou potřebu zapadnout a být chráněni od osamění a také od nejistoty či vrtkavé vazby s rodinou (Stefani; Cibin 2000).

Ve vývoji v období adolescence nastává období usilování o dosažení nezávislosti na okolí, na rodičích i na celém kulturním a sociálním systému. Dle Hajného (2003, s.137) *„...disponují návykové látky několika vlastnostmi, které separační tendence mohou využít“*. Příkladem může být to, že drogy navozují změnu vědomí, která může být krokem, kterým se člověk odděluje od běžného stavu prožívání a myšlení. Člověk si také v tomto momentu vytváří vlastní stav, jež je mnohem méně závislý na realitě. Tím, že si o aplikaci drogy rozhoduje sám, si potvrzuje, že má život ve svých rukou.

Období adolescence je také obdobím řady vývojových úkolů. Ericsson hovoří o období budování identity. V pozadí budování vlastní identity stojí chaos, který tento proces narušuje, ale také inspiruje a umožňuje vznik nové kvality. Stereotyp závislosti s jednoduchým zaměřením na změnu prožívání, dosažené prostřednictvím chemické změny, se pro dospívajícího může stát úlevným útočištěm před těžko řešitelnými otázkami a nejistotami, které jsou pro toto životní období charakteristické.

Dalším vývojovým úkolem je přijetí reálného obrazu svého těla, ujasnění sexuálních preferencí a realizování vlastních potřeb bez pocitů nadměrného studu. Užívání drog nabízí v těchto vývojových úkolech řadu náhradních řešení a úniků (Hajný 2003).

Dospívající v tomto období experimentuje a hledá v oblasti vytváření přátelských a partnerských vztahů. Cílem by po tom mělo být nalezení stabilnější role mezi vrstevníky, prožití intimity partnerského vztahu a naplnění vzájemné potřeby idealizace v období zamilování. Důležité jsou také okamžiky prožití ztráty vztahu a zklamání, které umožňují další zrání. I v tomto ohledu se mohou stát drogy pomocníkem. Mohou pomoci překonat rozpaky, pocit odlišnosti, nesmělost, anebo mohou přinést introvertní slastný stav, kdy člověk má pocit, že nikoho nepotřebuje. Tento stav vyvolávají například opiáty. Subkultury uživatelů drog také navíc přináší pocit sounáležitosti zasvěcených, charakterizovaný „my a ti druzí“. Po delší drogové kariéře je však většina jejich vztahů dectovaná a vztahy začnou být podřízené jedné jediné dominantní potřebě-získat drogu.

Ve vztahu k rodičům můžeme u závislých sledovat jednak naprosté ustrnutí v závislosti nebo vzájemný vztahový kolaps a vývojové ustrnutí (Hajný 2003).

6.1.4 Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti

Neexistuje jeden jediný model rodiny drogově závislého. Můžeme ovšem vysledovat určité opakující se znaky, které se na rozvoji závislosti podílejí. Podle Kaufmana a Kaufmana (1979 in Hajný 2003) se při výzkumech vztahů mezi závislými a jejich rodiči objevili jak nadměrně angažované, přehnaně ochraňující tendence, tak i chladné a lhostejné postoje. Heller a Pecinovská (1996) uvádějí, že v rodinách drogových uživatelů často v přístupu rodičů nalézáme na jedné straně nadměrnou protektivnost, pečlivost, autoritativnost a dominantnost a na straně druhé malou důslednost, nedostatečný kontakt a kontrolu se sníženým zájmem o dítě.

Stanton (1979 in Hajný 2003) zkoumal rodinné anamnézy heroinistů. Dospěl ke zjištění, že cca v 80% rodinných anamnéz heroniistů se objevily problémy s pitím jejich rodičů. Urban (1973) uvádí ve shodě se Stantonem, že v rodinných anamnézách drogově závislých lze často najít nahromaděný alkoholismus a jiné drogové závislosti. Také Nešpor (2000a) považuje výskyt jakékoli neléčené a nezvládané návykové choroby u rodičů za rizikový faktor.

V anamnéze mnohých drogově závislých můžeme také často nalézt nezpracovanou zkušenost s opuštěním nebo náhlou smrtí rodiče, nejčastěji otce.

Další opakující se strukturou v těchto rodinách je matka, která je nadměrně ochraňující a pečující. Otec je naopak nepřítomný, anebo slabý.

Závislé ženy a dívky mívají častěji zkušenost se vztahem k matce úzkostné či nadměrně kontrolující anebo naopak uvádějí přístup matky jako citově chladný a racionální.

Někteří uživatelé drog jakoby využívali účinků drog a drogového životního stylu k falešné separaci od rodiny. Jiným může droga pomáhat k v setrvání v těžké a nehybné atmosféře života.

V rodinách závislých můžeme sledovat několik opakujících se struktur. Jde o shovívavý postoj rodiny k užívání či jinému závislému chování, dále nedůsledný a opakovaně odpouštějící a vždy zachraňující postoj; tabuizovaná témata či problémy, které se dlouhodobě neřeší; závislé chování dalšího člena rodiny nebo přetrvávající tendence rodičů být odpovědný za své dítě a řešit za něj problémy či praktické věci (Hajný 2003).

6.1.5 Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti

Frouzová (2003) uvádí šest skupin faktorů, které se podílejí na vzniku a rozvoji drogové závislosti. Tyto faktory souvisejí s účinkem drogy.

S rozvojem psychologie a psychoterapie byly hledány důvody vzniku závislosti v psychice lidí. Tyto příčiny byly hledány například v podobě určitých osobnostních vlastností nebo některých jemnějších souvislostí vnitřní psychologické dynamiky. Většina těchto výzkumů sledovala a často také potvrzovala teorii, že lidé berou drogy a stávají se na nich závislími hlavně pro jejich účinky. Tyto účinky mohou pomáhat řešit stávající stav, jako jsou například pocity odcizení, nemilovnosti, frustrace či pocity selhání, anebo nabízejí něco, po čem jedinec touží.

Souhrnně hovoří o šesti nabídkách, které nám různé druhy drog mohou poskytovat.

Mezi tyto základní nabídky, jimiž drogy disponují patří:

- umožnění dosažení větší kontroly či moci nad sebou anebo nad druhými;
- urychlení a zkvalitnění vlastního vývoje. Mohou umožnit zažití zvláštního poznání, a tím má člověk možnost více si uvědomit sám sebe a smysl života;
- zbavují nepříjemného stavu;
- vyvolávají slast, zintenzivňují smyslové zážitky;
- usnadňují přizpůsobení, což znamená, že umožňují cítit se lépe mezi těmi, kteří drogu užívají;

- pomáhají při asociálním životním stylu, kdy droga posiluje agresivitu a popírá empatii a také potlačuje sebezpytování s případnými výčitkami svědomí.

7 Profil toxikomana

Uvedeme výsledky výzkumu, jehož cílem byl popis základních psychologických a sociálních charakteristik osob, které užívají drogy. Tento projekt, jež byl veden Tyglíkem, byl ukončen v roce 1995. Soubor tvořilo celkem 126 žen a 212 mužů, kteří dlouhodobě a pravidelně užívali a zneužívali drogy. Probandi byli získáni mezi klienty kontaktních center, ale také prostřednictvím terénních pracovníků, a to v Praze, Chomutově, Brně, Olomouci a Opavě.

Výzkum prokázal značnou úlohu rodiny při předcházení zneužívání drog. Pouze jedna třetina ze všech dotazovaných vyrůstala v bezproblémovém rodinném prostředí, zatímco v neúplných a doplněných rodinách to bylo 45% (Nožina 1997).

17% probandů mělo v anamnéze alkoholovou či jinou zátěž. Dalším rizikovým faktorem je malý zájem rodičů o děti, hyperprotektivita, a to zejména ze strany matky. Vysoce problémoví byli probandi, kteří po odchodu od rodičů vyrůstali u prarodičů (Tyrlík 1995).

Většina zkoumaných osob neměla ukončené středoškolské vzdělání, a také špatně hodnotili své profesní uplatnění. Neukončené středoškolské vzdělání může být způsobeno tím, že mladiství začne brát drogy v době studia, a na základě toho nezvládá studium ukončit. Mezi probandy byli i vysokoškolsky vzdělaní lidé (Nožina 1997).

Většina zkoumaných osob měla možnost bydlení, kterou však nevyužívala. Šlo například o možnost bydlení u rodičů, kde však vznikaly časté konflikty kvůli užívání drog. Obvyklé byly také problémy probandů, kteří vlastnili byt. Často byli v užívání bytu omezeni pravidelným pobytem jiných toxikomanů.

Dlouhodobí toxikomani často nemají stálého partnera. Pokud mají, mnohdy jde také o uživatele drog, a to obzvláště u žen.

Nejčastěji se toxikomani stýkají opět s toxikomany. V rámci sledovaného souboru uvedlo 10% toxikomanů, že nemají žádné přátele a stejný počet uvedl, že mají hodně přátel. Z celkového počtu uvedlo 15%, že mají přátele i mezi ne-toxikomany a 20%, že mají přátele pouze mezi toxikomany. Osoby s přáteli ne-toxikomany byly výrazně starší než osoby s přáteli toxikomany.

Konkrétní situační a osobní motivy prvního užití drogy byly různorodé. Byly uváděny například snaha uniknout realitě, problémům, které se týkaly rodiny či školy, snaha přizpůsobit se partě, zvědavost, nuda, protest proti okolí. Pouze 13% užílo poprvé drogu o samotě. Ostatní pak ve společnosti lidí a s jejich podporou (Nožina 1997).

Zdravotní problémy uváděla více než třetina dotazovaných. Šlo převážně o zánětlivá onemocnění, zlomeniny, alergie, symptomy duševních poruch a sebevražedné pokusy, hepatitis, problémy se smyslovými orgány.

Bylo zkoumáno i osobní hodnocení obtíží, jež jim drogy způsobují. Z tohoto hlediska můžeme toxikomany rozdělit do tří skupin:

- neudávají žádné problémy, které by jim drogy způsobovaly;
- drogy jim způsobují určité specifické problémy, například rodinné, finanční nebo problémy ve škole; vždy ale dominovala pouze jedna nebo dvě oblasti, jiné problémy neudávali;
- třetí skupinu tvořili lidé, jimž drogy způsobily problémy ve všech oblastech života.

Celkově větší potíže udávali ti, kteří užívali drogu intravenózně. Skupina, která užívala těkavé látky udávala jako největší problém problémy s úřady, toxikomani užívající pervitin udávali nejčastěji problémy s rodiči. U toxikomanů užívajících opiáty dominovaly finanční problémy (Nožina 1997).

8 Osobnostní charakteristiky

V této části práce se zaměříme na osobnost či osobnostní vlastnosti drogově závislých. Nejprve si uvedeme stručnou definici osobnosti. Podle Janíka a Duška (1990) představuje osobnost individuální spojení duševních i tělesných vlastností člověka, které se vytvářejí v průběhu individuálního vývoje. Strukturu osobnosti tvoří vrozené a získané vlastnosti.

Jak jsme již uvedli, osobnost je řadou autorů považována za možnou příčinu vzniku návykových problémů. Výsledky studií zaměřených tímto směrem mohou být v mnoha ohledech prakticky využitelné. Identifikace rysů osobnosti a osobnostní patologie, které mohou predisponovat člověka k drogové závislosti, by mohla pomoci identifikovat jedince, u nichž je vysoké riziko vzniku závislosti. Prevence by pak mohla být zaměřena na tuto rizikovou skupinu. Druhou oblastí, ve které by tyto poznatky mohly být užitečné, je léčba. Znalost toho, jakou roli hraje osobnost v závislostech by v ideálním případě mohla vyústit v rozdělování klientů do specifických typů léčby.

Netík, Budka, Neumann a Válková (1990) hovoří také o tom, že rozbor osobnosti toxikomana může pomoci osvětlit skutečnou genezi jeho drogové závislosti.

Výsledky studií, které se zabývají osobností toxikomanů, je často obtížné interpretovat. Tyto studie zkoumají především osoby, u kterých byla diagnóza závislosti již stanovena. Proto často nelze přesně určit, zda osobnost jedince v době výzkumu je příčinou drogové závislosti anebo je výsledkem dlouhodobého užívání návykové látky. Proto jsou v tomto ohledu důležité longitudinální studie, které se zaměřují na zkoumání charakteristik osobnosti u dětí a adolescentů, a poté sledují, u kterých z nich se vyvinula závislost.

V této části práce uvedeme výsledky jak těchto longitudinálních studií, tak výsledky výzkumů zabývajících se identifikací osobnostních rysů a osobnostní patologie u osob se stanovenou diagnózou závislosti. Výsledky, ke kterým autoři dospěli, je těžké utřídit. Vzorky, které byly použity jsou rozmanité, stejně tak i metody.

Výsledky studií rozdělíme do dvou skupin, a to bez ohledu na vzorky a použité metody. Do první skupiny zařadíme výzkumy, které se snažily postihnout rysy osobnosti před vznikem drogové závislosti. Do této skupiny patří i longitudinální studie, které zkoumaly rysy osobnosti v dětství a adolescenci a o několik let později u stejného vzorku zkoumaly vztah k drogám či samotné užívání drog a drogovou závislost. Druhou skupinu budou tvořit ty studie, které zjišťovaly vlastnosti osobnosti u jedinců, kteří byli diagnostikováni jako drogově závislí. Rozhodli jsme se pro toto rozdělení, jelikož je vždy těžké zhodnotit, zda vlastnosti zjištěné u drogově závislých nejsou pozměněny užíváním drog.

8.1 Zjišťování vlastností osobnosti u osob před stanovením diagnózy drogová závislost

Presl (1994) uvádí, že nezvykle vysoké procento osob s pozdějšími drogovými problémy má již premorbidně stanovitelnou psychiatrickou diagnózu. Jako významné faktory uvádí sklon k poruchám v emoční sféře, a to především náchylnost k patologickému smutku, k depresím. Dále pak zmiňuje vlastnosti jako je nezdrženlivost, nestálost, zvýšená sebestřednost, sklon k požívačnosti a snížená odolnost vůči běžné denní zátěži.

Tyto predisponované osoby řadí do dvou hlavních skupin. První skupinu tvoří osoby citlivé, zranitelné a zvýšeně úzkostné. Druhou skupinu lidí, u kterých je zvýšené riziko vůči závislosti, charakterizuje jako osobnosti spíše extrovertní.

Tyto skupiny je třeba si podrobněji popsat.

- 1.) Osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné, často mající pocit vlastní nedostačivosti vůči svému okolí. Tito lidé mnohdy mají problémy navázat uspokojivý partnerský vztah, problémy v komunikaci a rovněž komplikovaný vztah k autoritám. Do této skupiny zahrnujeme rovněž sklony k úzkostnému sebesledování a očekávání i objevování různých chorob. Lidem s touto strukturou osobnosti se určitých osobnostních charakteristik nedostává, a právě proto setkání s drogou stimulačního typu, která jim to poskytne, může být klíčové.
- 2.) Osobnosti spíše extrovertní, které svojí reaktivitu obracejí navenek. Často se zde projevuje zvýšená dráždivost, snížená schopnost koncentrace, sklony k impulzivité a dramtizování spolu se zvýšenou sebestředností. Pro jedince s takovou strukturou osobnosti může být významné naopak setkání s drogami tlumivého typu, především pak s opiáty.

Z hlediska předcházející symptomatologie drogové závislosti se dle Vojtíka a Břicháčka (1987) zjišťují osobnostní rysy pohybující se mezi dvěma extrémy. Rysy uváděné Vojtíkem a Břicháčkem jsou z velké části shodné s výše uvedenými. Podle autorů je to na jednom pólu plachost, zvýšená zranitelnost, hypersensitivita, zvýšená závislost, infantilismus, hypochondrie, úzkostnost a emocionální labilita. Na druhém pólu pak zvýšená dráždivost, impulzivita, agresivita, zvýšená extroverze a hyperaktivita.

I další autoři se pokusili určit osobnostní charakteristiky, které by mohly predikovat abúzus drog. Byly identifikovány tyto osobnostní predikátory: zvýšená vzpurnost, výrazná převaha postojů kriticky orientovaných vůči rodičům a společnosti, vyšší impulzivita, vyšší emocionalita, pohotovost k pesimismu, extroverze, zvýšená touha po dobrodružství a senzaci, netradiční hierarchie hodnot, nižší vytrvalost, nižší sebekontrola, atd. (Netík et al. 1991).

Mnoho autorů provedlo longitudinální studie, jejichž cílem bylo postihnout určité osobnostní rysy v dětství, které bychom mohli považovat za predikátory pozdějšího užívání drog či drogové závislosti.

Kirkcaldy, Siefen, Sural a Bischoff (2002) vytvořili na základě vyšetření 1000 dětí osobnostní konstrukt „závislosti“, který je složen z těchto dimenzí: psychoticismus, neuroticismus a introverze. Tento konstrukt může podle autorů přispívat k predikci užívání drog u adolescentů. Významným predikátorem užívání tabáku, alkoholu a kanaboidů se ukázalo vnímání tělesných obtíží.

Tescade, Segraves a Zecune (1971 in Kirkcaldy et al., 2002) identifikovali jako predikátory závislosti na drogách následující rysy osobnosti: psychoticismus, neuroticismus a introverzi. Dospěli tedy ke stejným závěrům jako Kirkcaldy et al..

Také Laskowits (in Murray 1967) uvádí neurotickou strukturu osobnosti jako možný predikátor vzniku drogové závislosti. Tvrdí, že neurotická struktura s nízkou silou ega a psychopatická s málo vyvinutým superegem jsou částečně předurčeni k drogové závislosti.

Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman a Paradox (in Kirkcaldy et al., 2002) identifikovali jako rizikové faktory, které by mohly předpovídat budoucí drogovou závislost, výkyvy v pozornosti a agresivitu, rysy závislosti a sociální úzkost (sociálně problematické chování). Zkoumali také vliv fyzických obtíží. Ty se ukázaly jako významný predikátor pro pozdější užívání marihuany, ale jako nevýznamné u užívání ostatních ilegálních drog, jako jsou rozpouštědla či kokain. Úzkostnost a depresivita se ukázaly jako významný predikátor pro užívání marihuany a kokainu.

Podle Brooka, Whitemana a Finche (1992) jsou agresivita a impulzivita v dětství možným predikátorem pozdějšího užívání drog. Také Nešpor (2001) považuje impulsivnost a sklon k násilí za faktory, které snižují odolnost vůči problémům s návykovými látkami.

I další autoři poukazují na spojení mezi impulzivitou a užíváním drog. Francis (1997 in Acton 2003) zkoumal chlapce ve věku 13-15 let. Jako výzkumnou metodu použil Eysenkův osobnostní dotazník (JEPQ). Výsledky ukázaly, že každá škála v tomto dotazníku vysoce korelovala s postoji k užívání drog. Nejtolerantnější postoje k užívání drog se objevily u chlapců, kteří vysoce skórovali v následujících škálách: psychoticismus, sociální nonkonformita (nízké skóre na lži škále), extroverze, emocionální stabilita (nízko na škále neuroticismu). Fakt, že psychoticismus, pod nějž v JEPQ spadá impulzivita, se ukázal jako nejvýznamnější vzhledem k vysoce tolerantním postojům k užívání drog, podporuje tezi, že impulzivita je rysem, který by mohl být důležitý pro vznik závislosti. Impulzivita tedy hraje významnou roli v postojích k užívání drog mezi adolescenty. V tomto výzkumu šlo však pouze o postoje, nikoliv o vlastní užívání drog.

Sher, Bartholow a Wood (2000 in Acton 2003) provedli longitudinální studii mezi mladými dospělými. Jako diagnostický nástroj použili stejnou metodu jako Francis, a tedy Eysenkův osobnostní dotazník (EPQ). Zjistili, že každá z temperamentových dimenzí koreluje s drogovou závislostí, kterou měřili metodou Diagnostic Interview Schedule. Z výsledků longitudinální analýzy, které pořídili o šest let později, vyplynulo, že psychoticismus, respektive vysoké skóre na této škále, byl predikátorem výskytu drogové závislosti.

Výsledky, ke kterým došli tito autoři se ve své podstatě shodují s těmi, ke kterým dospěl Francis.

Mezi další rysy, které jsou uváděny jako rizikové patří nekonvenčnost, intrapsychické obtíže a chudá emoční kontrola (Brook et al. 1992).

Block a kolegové (in Brook; Whiteman; Cohen 2000) řadí mezi rizikové osobnostní faktory v dětství nízkou sociální kompetenci a nízkou kontrolu. U adolescentů jsou podle nich rizikové následující osobnostní rysy: nekonvenčnost, chudá emoční kontrola (např. impulzivita), intrapsychický distres, agrese zaměřená proti vrstevníkům.

Mnoho longitudinálních studií došlo k závěru, že nízké sebeovládání, nízké vyhýbání se poškození, nedostatek sociální konformity, nekonvenčnost a agresivita u dětí, zvláště pak u chlapců, predikují užívání drog v adolescenci a mladé dospělosti. Výsledky jiných longitudinálních výzkumů naznačují, že mezi tyto faktory patří emocionální labilita, nízká frustrační tolerance, a vysoké skóre vyhýbání se poškození (Verheul; van den Brink 2000).

Mnoho studií zkoumalo spojení nesmělosti a sociability jako rizikových osobnostních faktorů, které později vedou k užívání nelegálních drog. Santesso, Schmidt a Fox (2004) provedli studii, ve které zkoumali, zda nesmělost, sociabilita a vyhledávání vzrušení patří mezi osobnostní rizikové faktory vedoucí k užívání drog. Výsledky ukázaly, že zatímco nesmělost sama o sobě může být protektivním faktorem, tak kombinace nesmělosti a sociability může být rizikovým faktorem.

Zuckerman (1994 in Santesso et al. 2004) tvrdí, že jedinci, kteří skórují vysoko ve vyhledávání vzrušení, získávají pozitivní nabuzení tím, že se chovají rizikově. Mnoho studií nezávisle na sobě ukázalo, že vyhledávání vzrušení je spojeno s vyšší konzumací alkoholu a užíváním nelegálních drog.

Meyer, Rahman a Shepherd (2007) uvádějí, že hypomanické rysy osobnosti významně korelují se škálami měřícími závislost na alkoholu a jiných drogách. Mezi rysy osobnosti, které řadí pod hypomanické osobnostní rysy, patří extroverze, energičnost, intenzivní emoce, vysoká sebedůvěra a impulzivita. Podle závěrů těchto autorů, je u lidí s výše uvedenými osobnostními rysy zvýšené riziko rozvinutí drogové závislosti.

Nyní se pokusíme o jakési shrnutí jednotlivých vlastností a rysů osobnosti, které autoři považují za možné predikátory drogové závislosti. Někteří autoři neuvádějí tyto vlastnosti jednotlivě, ale v určitých již zavedených dimenzích. Pro větší přesnost si uvedeme charakteristiky těchto dimenzí.

Ve výše uvedených výzkumech užívají autoři pro charakteristiku osobnosti jako predikátoru pozdější drogové závislosti mimo jiné tyto dimenze: neuroticismus, psychoticismus, introverze, extroverze. Nyní si uvedeme vlastnosti, které pod tyto dimenze spadají.

Podle Eysenckova temperamentového modelu (Smékal 2002) můžeme charakterizovat jedince s vysokým neuroticismem následovně: „*je neuropsychicky labilní, má sklon k úzkostem, ke starostem, depresím, je náladový. Obvykle trpí na nejrůznější psychosomatické obtíže. Bývá přehnaně emotivní, lehce reaguje na různé podněty*“ (Smékal 2002, s. 197). Uvádíme zde definici pouze pro jedince s vysokým neuroticismem, jelikož ve výše uvedených výzkumech byl nejčastěji uváděn vysoký skór v neuroticismu.

Vysoký skór psychoticismu se dle Eysencka projevuje těmito rysy: „*samotářství, lhostejnost k lidem, nepřizpůsobivost, krutost, nelidskost, citová plochost, necitlivost, nesoucinnost, vyhledávání vzrušení, nepřátelskost k lidem, agresivita, láska k neobvyklým a výstředním věcem, ignorace nebezpečí*“ (Smékal 2002, s.199).

Typický extrovert je popisován jako družný, mající rád zábavu a společnost, toužící po vzrušení, vystavující se nebezpečí. Jedná na základě momentálních impulzů, je celkově impulzivní. Je bezstarostný, nenucený, optimistický. Má sklon k agresivnímu jednání a často se rozhněvá. Introvert je popisován jako klidný, stažený, se sklony dělat si plány do budoucna, silně kontrolující své city, spolehlivý, málokdy agresivní (Smékal 2002).

Pro přehlednost nejčastěji zmiňovaných rysů uvádíme tabulku č.1. K jednotlivým vlastnostem řadíme autory, kteří tyto vlastnosti uvádějí jako predikátory drogové závislosti.

V tabulce zařazujeme pod dimenze neuroticismus a psychoticismus jednotlivé vlastnosti, kterými jsou definovány. K těmto vlastnostem přiřazujeme autory podle toho, kterou konkrétní vlastnost měřili či popsali, a to proto, že nepopisovali tuto dimenzi jako takovou, ale pouze jednotlivé vlastnosti pod ní spadající. Impulzivitu jsme zařadili pod psychoticismus, a to i přestože je také typickou vlastností přičítanou k extroverzi.

Tab. 1	
Jednotlivé rysy osobnosti- predikátory drogové závislosti	Autoři uvádějící tyto rysy
Neuroticismus	Laskowits; Kirkcaldy, Siefen, Sural, Bischoff; Tescade, Segraves, Zecune
Zvýšená citlivost	Presl; Vojtík, Břicháček;
Úzkostnost	Presl; Vojtík, Břicháček; Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman, Paradox;
Emoční labilita, nízká Emoční kontrola	Vojtík, Břicháček; Block; Meyer, Rahman, Shepherd; Netík a kol.
Zvýšená dráždivost	Presl; Vojtík, Břicháček;
Hypochondrie	Presl; Vojtík, Břicháček;
Zranitelnost	Presl; Vojtík, Břicháček;
Psychoticismus	Kirkcaldy, Siefen, Sural, Bischoff; Tescade, Segraves a Zecune; Francis; Sher, Bartholow, Wood;
Agresivita, sklon k násilí	Presl; Vojtík, Břicháček; Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman, Paradox; Brook, Whiteman, Cohen; Nešpor; Block
Impulzivita	Presl; Vojtík, Břicháček; Brook, Whiteman, Finch; Nešpor; Meyer, Rahman, Shepherd; Netík a kol.
Touha po dobrodružství, vyhledávání vzrušení	Zuckerman; Netík a kol.
Extroverze	Presl; Vojtík, Břicháček; Meyer, Rahman, Shepherd; Netík a kol.
Introverze	Kirkcaldy, Siefen, Dural, Bischoff; Tescade, Segraves a Zecune;
Snížená schopnost koncentrace	Presl; Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman, Paradox
Nekonvenčnost, nonkonformita	Block; Verheul, van den Brink;

8.2 Vlastnosti osobnosti u lidí s diagnózou drogová závislost

Vojtík a Břicháček (in Netík et al. 1991) provedli v letech 1976-1977 vyšetření 100 mladých mužských pacientů, u nichž byl zjištěn abúzus návykových látek. Autoři použili

osobnostní dotazníky IHAVEZ, SUPOS a DSF. Cílem studie bylo stanovení struktury osobnosti a postižení základních mechanismů, jimiž se vyrovnávají s obtížnými situacemi. Z výzkumů vyplynulo, že se zkoumaný soubor mladých toxikomanů liší od obecné populace mužů stejného věkového rozložení. Tyto rozdíly se projevily jak v osobnostní struktuře psychické variability (IHAVEZ), tak ve struktuře vnitřních stavů (SUPOS) a ve struktuře životních frustrací (DSF). Uvedeme zde nejdůležitější charakteristiky.

Podle Vojtíka a Břicháčka (in Netík et al. 1991) spojují toxikomani adjustační rigiditu s nezřízeností, spontánností v chování. Spojení adjustační rigidity s nedostatečnou anticipační regulací chování a s nižšími autoregulačními zábrany pak promínují nezdrženlivé a nekontrolovatelné formy interakce se situačními proměnnými.

Z výsledků výzkumu dále vyplývá, že u toxikomanů můžeme sledovat vyšší emocionální vzrušivost, prožívání napětí a úzkosti, spojené se sníženou kognitivní kapacitou při postihování a zpracování situačních proměnných a zdůrazňuje tendenci k neřízenému emocionálně nezdrženlivému chování, která je spojena se sníženým sebecitem a aspirační integrovaností. Dalším společným znakem se ukázal nedostatek vnitřní pohody a činorodosti a výrazná frustrace nejen v celkovém životním pocitu, ale i v jednotlivých situacích.

Srovnání struktury psychické variability s údaji, které byly získány z osobní anamnézy, poskytlo řadu typických osobnostních rysů. Tyto osobnostní rysy průkazně korelují se snadností při rozhodování se, s bezdůvodnou proměnlivostí nálad a s bezdůvodnými stavy neklidu a únavy (Vojtík; Břicháček 1987).

„Osobnostní, situační a interakční dominanty jednání mladých abúzorů jsou ve významném vztahu ke zjištěné adjustační rigiditě, k nízké anticipační regulaci chování, k nízkým autoregulačním zábránám, k vyšetření emocionální vzrušivosti, k vyšší emocionální vzrušivosti, k vyšší tendenci k neřízenému emocionálně nezdrženlivému chování, snížené aspirační úrovni, snížené sebedůvěře, malé psychické pohodě, zvýšenému psychickému napětí, výrazné frustraci v celkovém životním stylu, ale i oblasti rodinného života a rodinných vztahů“ (Netík et al. 1991, s. 23-24). Autoři uvádějí, že tyto charakteristiky umožňují, aby se vcelku běžné životní události jevily jako stresogenní a reakcí na ně je převážně impulzivní nezdrženlivé chování, kdy droga a její abúzus může představovat významnou formu dočasného úniku z běžného života (Netík et al. 1991).

Chassin, Flora a King (2004) zkoumali adolescenty a mladé dospělé, které rozdělili do dvou skupin. První skupina byli adolescenti a mladí dospělí, kteří nealkoholové drogy užívali často, druhou skupinu tvořili ti, kteří s drogami občasně experimentovali. U první skupiny se

objevila negativní emocionalita a nízká sebekontrola. U druhé skupiny se také objevily negativní emoce, ale vyšší sebeovládání.

Také Wills et al. (2001) zkoumali spojení sebekontroly a užívání drog mezi adolescenty. Adolescenti s nízkou sebekontrolou udávali častější užívání nelegálních drog (např. marihuany) než ti, u nichž byla zjištěna dobrá sebekontrola.

Bergeret (1995) uvádí tři skupiny osobnostních struktur, jež se vyskytují u toxikomanů. První skupinu tvoří toxikomani s neurotickou strukturou, druhou s psychotickou strukturou a třetí skupinu pak depresivní toxikomani.

Urban (1973) uvádí dvě skupiny osobnostních struktur, které se vyskytují u drogově závislých. Ve shodě s Bergeretem hovoří o neurotické struktuře osobnosti. Druhou nejčastější strukturou osobnosti drogově závislých je podle Urbana psychopatická. Neuroticky popisuje jako osoby trpící pocity nedostačivosti, poruchami v mezilidských vztazích a různými tělesnými obtížemi. Osoby s psychopatickou strukturou osobnosti jsou podle Urbana nesebejisté, hysterické, schizoidní a nezdrženlivé.

V roce 1996 Sandell a Bertling (1999) provedli výzkum struktury osobnosti a psychopatologie mezi drogově závislými osobami ve Švédsku. Použili standardizovaný dotazník vycházející z Kernbergovy teorie. U 20% byla diagnostikována psychopatická struktura osobnosti, u 40% jasné hraniční struktury osobnosti a u 40% psychotická struktura osobnosti.

Jeřábek a kolegové v roce 2000 uveřejnil výzkumnou studii zabývající se osobností toxikomana. V průběhu dvou let vyšetřil soubor 90 drogově závislých, kteří byli hospitalizováni v Psychiatrické léčebně Bílá voda. Použil baterii projektivních testů, z nichž jako nejpřínosnější uvádí Rorschachův test. Nálezy svědčily pro obecně závažnější osobnostní patologii toxikomanů a při použití novějších vyhodnocovacích škál prokázal autor, že nejméně 50 % protokolů respondentů vykazuje spektrum patologických osobnostních obran a dalších fenoménů tradičně přičítaných kontinuu hraničních a narcistických osobnostních poruch (Jeřábek, 2000).

Sigurdson a Gudjonsson (in Kirkcaldy et al. 2002) sledovali drogově závislé vězně, které porovnávaly s vězni, kteří nebyli drogově závislí. Drogově závislí vězni skórovali výše na škále neuroticismu, psychoticismu a závislosti (EPQ). Musíme ovšem brát na vědomí, že respondenty tvořila specifická skupina.

Grekin, Sher a Wood (2006) jsou dalšími autory, jež ve svých studiích potvrzují spojení neuroticismu se závislostí na návykových látkách.

Carr, Hart a Kelly (1981) provedli výzkum, ve kterém porovnávali psychologické charakteristiky uživatelů drog s psychologickými charakteristikami normální populace. Probandi, jež se léčili z drogové závislosti skórovali výše na škále neuroticismu. Nejdůležitější složkou, která sytila tuto škálu byla úzkost. 89% probandů ze skupiny drogově závislých v této škále skórovalo významně nad medianem pro normální populaci. Celkově výsledky výzkumu ukázaly, že subjekti účastníci se této studie, jsou i při průměrné a nadprůměrné inteligenci chudě psychologicky přizpůsobeny. Kromě rysů vyšší úrovně neuroticismu, přičemž nejdůležitější komponentou byla úzkost, byly u drogově závislých v porovnání s normální populací zaznamenány neadekvátně rozvinutý smysl identity, vysoká úroveň sugestibility a emoční závislosti.

Ve shodě s výsledky předchozí studie uvádějí Siegel a Ehrlich (1989), že drogově závislí přesahují v míře úzkostnosti normu.

Také Skála (1988) uvádí výraznou úzkostnost jako jeden z výrazných rysů osobnosti mladých toxikomanů. Dále uvádí nízkou frustrační toleranci, vysokou emoční senzitivitu a labilitu, malou schopnost přizpůsobení a podezřívavost.

Tosi, Eshbaugh, Raines a Murphy (1986) vyšetřili 447 drogově závislých mužů. Jako diagnostickou metodu požili MMPI. Z výsledků vytvořili tři hlavní kategorie, které se nejčastěji vyskytovaly. 42% probandů vykazovalo charakterové poruchy, 35% neurotický charakter a 23% rysy hraniční poruchy.

Bertina, Ross, English a Haley (1972 in Jones, 1973) použili také MMPI při zkoumání osobnostní typologie drogově závislých mezi klienty léčící se ze závislosti na nealkoholových drogách. Nejběžnější typ, který se objevil, a to jak mezi muži tak i mezi ženami, ukázal zvýšené skóre v psychotické tetradě, neurotické triádě a na škále psychopatie v MMPI. Nejběžnější MMPI profil byl 4-2-8, pro muže i pro ženy.

Dalšími autory, kteří použili jako výzkumnou metodu MMPI byli Hadjichristos et al. (1996). Autoři zkoumali polymorfní uživatele drog v léčbě, a to 15 dní po detoxifikaci. Probandi získali vyšší skóre, máme na mysli převyšující normu, v paranoiditě. Dále vyšší hodnoty, které ovšem byly méně statisticky významné než u paranoidity, byly nalezeny pro hypomanií.

Petry (2002) ve výsledcích své studie uvádí, že drogově závislí dosáhli vyššího skóre na Eysencově škále impulsivity v porovnání s kontrolní skupinou. Druhým zájmem této studie bylo přihlížení k odloženým odměnám při jednání. Drogově závislí probandi skórovali výše než kontrolní skupina v nepřihlížení k odloženým odměnám.

Podle Brooka (Brook et al. 2000) lze rysy osobnosti, které jsou spojeny s užíváním drog, umístit do čtyř z pěti hlavních psychologických struktur. Hlavní dimenze zahrnují: neuroticismus, otevřenost zkušenosti, nedostatek ochoty a svědomitosti.

V níže uvedené tabulce č.2 uvádíme přehled nejčastěji popsaných rysů osobnosti u drogově závislých na nealkoholových drogách.

Tab. 2	
Jednotlivé rysy osobnosti-predikátory drogové závislosti	Autoři uvádějící tyto rysy
Neuroticismus; neurotická struktura osobnosti	Bergeret; Urban; Sigurdson a Gudjonsson; Grekin, Sher, Wood; Carr, Hart a Kelly; Brook; Bertina, Ross, English a Haley; Tosi, Eshbaugh, Raines, Murphy
úzkostnost	Siegel, Ehrlich; Skála; Vojtík, Břicháček;
Emoční labilita, nízká Emoční kontrola	Vojtík, Břicháček; Siegel, Erich; Skála
Psychoticismus;psychotická struktura osobnosti	Sandell a Bertling; Bergeret; Sigurdson a Gudjonsson; Bertina, Ross, English a Haley;
Paranoidita, podezřívavost	Rago, Pozzi, Fontana, Genuardo a Janiri; Skála
Impulzivita	Petry; Vojtík, Břicháček;
Psychopatická struktura osobnosti	Bertina, Ross, English a Haley; Sandell a Bertling; Urban
Rysy hraniční poruchy osobnosti	Tosi, Eshbaugh, Raines, Murphy; Jeřábek; Sandell a Bertling
Rysy narcistické poruchy osobnosti	Jeřábek

8.3 Osobnostní vlastnosti zjištěné u drogově závislých na specifických drogách

Výše jsme uvedli rysy osobnosti jedinců s diagnózou drogová závislost. Autoři nerozlišovali závislost na jednotlivých drogách, proto zde uvádíme několik výsledků studií, které zkoumali osobnost drogově závislého na určité konkrétní droze.

Altamura (2007) vyšetřil mezi lety 1973-1974 soubor závislých na heroinu. Tvrdí, že většina z nich vykazovala znaky bipolarity a/nebo pozitivní historii pro bipolární poruchu v rodině.

Craig (2000) se zaměřil na jedince závislé na opiátech. Podle jeho zjištění vykazují závislí na opiátech znaky těchto poruch osobnosti: asociální (62%), schizoidní (35%), pasivně-agresivní (34%) a depresivní (31%). Pro závislé na kokainu byly výsledky identické, lišili se pouze procentuálně: asociální (60%), schizoidní (37%), pasivně-agresivní (33%), a depresivní (33%). Craig použil specifický vzorek. Šlo o 443 (z toho 160 závislých na opiátech a 283 závislých na kokainu) afroameričanů, mužů, léčících se v oddělení pro veterány .

Nerad, Neradová a Mikota (1989) se také zaměřili na závislost na opiátech. Tyto osoby popisují jako uzavřené, nedůvěřující lidem, vyhýbající se silným emocím. S problémy nebojují, nechávají je nevyřešené.

Dalšími autory, kteří zkoumali osobnostní vlastnosti závislých na opiátech, jsou Korner a Nordvik (2007), jež referují o vysokých skórech na škále neuroticismu, nízkých skórech na škále svědomitosti a nízkých skórech na škále extroverze, přičemž téměř polovina souboru skórovala na škále neuroticismu nad 95. percentilem.

Jejich výsledky považujeme za podobné výsledkům Vukova, Baba-Milkice, Lecice, Mijalkovice a Marinkovice (1995), kteří popisují závislé na opiátech jako stydlivé, nejisté při styku s neznámými lidmi, pociťující strach z nejistoty. Popisují je také jako impulsivní a závislé.

Tönnc, Hiltunen, Engelbrektsson, Björvell a Vikander (1998) porovnávali osobnostní charakteristiky u drogově závislých na benzodiazepamech s osobnostními charakteristikami polymorfních uživatelů drog. Autoři použili Karolinskou škálu osobnosti (KSP). V KSP jsou následující škály: Impulsivita, Vyhýbání se monotónnosti (vyhledávání vzrušení), Objektivita (sociální vyhýbání), Socializace (porušování norem), Sociální desirabilita. Osobnost obou skupin závislých se významně lišila od skupiny kontrolní, a to v následujících oblastech: objektivita, socializace, sociální úzkost, svalová tenze, psychická úzkost, psychanestie. Významné rozdíly se projevily mezi polydrogovými uživateli a pacienty závislými na benzodiazepinech, a to v somatické a psychické úzkosti a v socializaci. Skupina polydrogových uživatelů se od obou zbývajících skupin lišila v kategorii Podezřavost, ve které dosáhla vyššího skóre.

Gerdner, Nordlander a Pedersen (2002) použili ke zkoumání drogově závislých test TCI (Temperament and Character Inventory). Zkoumali osobnostní charakteristiky závislých

na heroinu, amfetaminech a benzodiazepinech. Všechny tři skupiny vykazovaly oproti skupině kontrolní vyšší skóre v dimenzi NS (riskující, impulzivní, zkoumající, nestálí), vyšší skóre v dimenzi HA (opatrní, napjatí, úzkostní, bojácní) a rovněž nižší skóre v dimenzi SD (nezralí, křehcí, obviňující, nespolehliví). Uživatelé heroinu se oproti druhým dvěma skupinám lišili v dimenzi ST, kde získali vyšší skór (neokázali, tvořiví, trpěliví), stejně jako v dimenzi PE (vyšší odolnost proti frustraci).

Z výše uvedeného přehledu je patrné, že se osobnostní rysy mohou lišit i v závislosti na užívané návykové látce. V tabulce 3 uvádíme přehled zjištěných osobnostních vlastností v závislosti na typu návykové látky.

Tab. 3	
Návyková látka	Osobnostní vlastnosti
Léčiva s centrálně tlumivým účinkem (benzodiazepiny)	Riskující, impulzivní, nestálí, napjatí, úzkostní, nezralí, obviňující
Stimulancia (amfetaminy)	Riskující, impulzivní, nestálí, napjatí, úzkostní, nezralí, obviňující; znaky následujících poruch osobnosti: asociální, schizoidní, pasivně-agresivní, depresivní
Opiáty (heroin)	Riskující, impulzivní, nestálí, napjatí, úzkostní, nezralí, obviňující; znaky následujících poruch osobnosti: asociální, schizoidní, pasivně-agresivní, depresivní; nesvědomití, spíše introvertní,; znaky bipolární poruchy; závislí, strach z nejistoty
Více návykových látek	Úzkostní, podezřívaví

8.4 Shrnutí vlastností osobnosti

Nyní se pokusíme shrnout výše uvedené osobnostní vlastnosti. Mezi nejčastěji zmiňované patřily tyto dimenze osobnosti: neuroticismus, psychoticismus, extroverze a introverze. Dále byly zmiňovány psychopatická struktura osobnosti, rysy hraniční a narcistické osobnosti. Z konkrétních vlastností pak byla nejčastěji uváděna úzkostnost, impulzivita, agresivita, snížená schopnost koncentrace, emoční labilita, vysoká dráždivost, podezřívavost, nekonvenčnost, touha po dobrodružství, vyhledávání vzrušení. Tyto jednotlivé

vlastnosti tvoří výše uvedené dimenze. Vlastnosti zjištěné jako predikátory, tedy ty, které nebyly zjišťovány u závislých, se v mnohém shodují.

Na jednom pólu jsou tedy nejčastěji zmiňovány vlastnosti jako je impulzivita, agresivita, touha po vzrušení, na straně druhé pak úzkostnost, hypochondrie, zvýšená citlivost, neschopnost prožívat pozitivní emoce.

Domníváme se, že motivace jedinců k užití drogy je rozličná a je ovlivněna mimo jiné i vlastnostmi osobnosti. Pro jedince úzkostné, jež mají problémy v sociálních situacích, v navazování kontaktu, atd., může znamenat užití drogy překonání této „bariéry“. Naproti tomu osoby, které touží po nových zážitcích, snadno jsou znuděni, mohou v droze hledat právě pocit vzrušení či pocity a vjemy, které ještě nezažili. Zuckerman (2005 in Korner; Nordvik 2007) hovoří v souvislosti s častými vysokými skóry ve vyhledávání nového o biologickém základu, jež podmiňuje osoby k riskantnějšímu chování.

8.5 Poruchy osobnosti a závislosti

Výše jsme zmiňovali autory studií, z jejichž výsledků vyplývá, že u drogově závislých můžeme nalézt rysy osobnosti typické pro určité poruchy osobnosti. Proto se zmíníme i o poruchách osobnosti zjištěných mezi klienty léčící se z drogové závislosti.

Nejprve si definujeme poruchu osobnosti. Porucha osobnosti je chorobný stav, který se projevuje „*nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými povahovými vlastnostmi v oblasti nižších a vyšších emocí a nálad, pudů, temperamentu, vůle a charakteru, a podivínským, neadaptivním až hrubě rušivým chováním*“ (Raboch 1996, s.138).

Prevalence poruch osobnosti je třikrát vyšší u lidí s diagnózou drogové závislosti než u normální populace (Verheul; van den Brink 2000).

Dle Síkory a Novotné (2007) jsou nejčastějšími poruchami osobnosti vyskytujícími se mezi drogově závislými poruchy osobnosti emočně nestabilní, antisociální, nezdrženlivé a nezralé. Mnohé z nich jsou geneticky podmíněné anebo vrozené. Projevují se již v dětství poruchou chování či disharmonickým vývojem.

Verheul a van den Brink (2000) hovoří v této souvislosti o poruše osobnosti antisociální, hraniční, vyhýbavé a paranoidní. Autoři uvádějí, že výskyt těchto poruch osobnosti se mezi drogově závislými pohybuje od 30 do 90%. Výsledky jednoho rozsáhlého výzkumu uvádějí, že antisociální porucha osobnosti se vyskytovala sedmnáctkrát častěji u drogově závislých než u jedinců bez této diagnózy. Také Casillas a Clark (2002) považují

antisociální a hraniční poruchu osobnosti za nejčastěji diagnostikovanou mezi drogově závislími. Kromě toho hovoří o poruše histriónské a narcistické.

Houbová et al. (2005) uvádějí, že se velmi často můžeme setkat s narcistickou poruchou osobnosti u lidí vyhledávajících léčbu z důvodu závislosti na návykových látkách.

Z dalších studií vyplývá, že drogové závislosti často předchází úzkostná porucha osobnosti. Obecně se autoři mnoha výzkumů shodují v tom, že fobické poruchy předcházejí užívání drog, zatímco panické a úzkostné poruchy mohou být následkem excesivního a chronického užívání drog (Verheul; van den Brink 2000).

Poruchy osobnosti, které mají svůj počátek již v dětství a disponují ke vzniku závislosti, mnohdy narušují průběh terapie a vedou k relapsům abúzu. Tato zjištění je třeba brát v úvahu při léčbě (Síkora; Novotná 2007).

9 Léčba

V České republice existuje mnoho zařízení, které se zabývají léčbou drogových závislostí. Tyto zařízení se liší v mnoha ohledech, např. v cílové klientele, ve vytyčených cílech, atd. Terénní programy jsou součástí systému léčby, ovšem málokdy si kladou za cíl abstinenci a málokdy využívají psychoterapii či pracovní terapii jako např. terapeutické komunity. Proto zde uvedeme stručnou charakteristiku jednotlivých zařízení.

Nejprve však uvedeme cíle léčby u drogové závislosti podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) (1998 in Kalina 2003). WHO definuje tři hlavní cílové oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog.

Jde o tyto tři cíle:

- 1.) snížení závislosti;
- 2.) snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nebo spojené s užíváním drog;
- 3.) podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace.

9.1 Systém péče - jednotlivé složky

V této části práce se postupně zmíníme o jednotlivých složkách péče poskytovaných drogově závislým v ČR.

Terénní programy

Cílovou klientelou jsou především lidé, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně. Cílem terénních programů je pak navázání vztahu s těmito klienty a následně jejich motivování ke změně rizikového chování (Hrdina; Korčíšová 2003).

Nízkoprahová kontaktní centra

Kontaktní centra jsou určena pro uživatele drog s nízkou motivací k léčbě. Poskytují krizovou intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoc. Abstinence není podmínkou spolupráce s klientem. Klienti mohou být anonymní (Libra 2003).

Lékařská ambulantní péče

Ambulantní péče o drogově závislé je poskytována především v ambulantních léčebných střediscích, například v ordinacích AT pro prevenci a léčbu závislostí. Mezi klienty nepatří pouze závislí, ale i experimentátoři, víkendoví konzumenti bez závislosti a problémoví uživatelé. Tato zařízení poskytují psychoterapii, farmakoterapii, socioterapii a následnou péči (Hampl 2003).

Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou zařízením „na poloviční cestě“ mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní. Poskytují denní nelůžkovou péči a to převážně v pracovní dny. Denní stacionáře patří mezi novější způsoby léčby, které nejsou dosud příliš rozšířené. Délka léčby je 3-6 měsíců (Kalina 2003).

Detoxifikační jednotky

Podle Nešpora a Czsémy (1996) je smyslem detoxifikace zbavit organismus návykové látky a pomoci pacientovi překonat možné odvykací příznaky. Cílem je příprava pacienta na léčbu. Detoxifikace je klinická procedura, kdy je jedinec pod dohledem do té doby, než intoxikace odezní anebo dokud se pacient zcela nezotaví z fyzického odvykacího stavu.

Detoxifikační jednotka obvykle poskytuje farmakoterapii a psychoterapii, a také sociální poradenství, které pomáhá například při výběru další léčby (Nešpor 2003).

Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá léčba je léčba ústavní. Je vymezena délkou 3-6 měsíců. V České republice je poskytována některými psychiatrickými léčebnami anebo specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic.

Cílem, který je nejčastěji jmenován, je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek (Dvořáček 2003).

Rezidenční léčba v terapeutických komunitách

„*Terapeutická komunita je specializované pobytové zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a sociální rehabilitaci*“ (Adámeček; Richterová-Těmínová; Kalina 2003, s. 201). V těchto zařízeních je poskytována střednědobá a dlouhodobá odborná péče v rozsahu trvání 6-18 měsíců. Cílovou populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách, a to obvykle nealkoholových, a to ve středním až těžkém stupni závislosti. Často jde o klienty s kriminální anamnézou. Věkové rozmezí klientů se obvykle pohybuje od 18-35 let (Adámeček et al. 2003).

Kratochvíl (1979) shrnul principy terapeutické komunity následovně:

- Pacienti se aktivně podílejí na léčení.
- Důležité je vytvoření dobré obousměrné komunikace na všech úrovních, tedy mezi klienty, mezi klienty a týmem i uvnitř terapeutického týmu.
- Zvýšená rovnoprávnost v rozhodování.
- Kolektivnost.
- Sociální učení při kterém dostává klient rychlou zpětnou vazbu o tom, jak jeho chování působí na druhé.

V terapeutické komunitě se v léčbě uplatňuje jak výchova, tak psychoterapie. Výchova je dána tím, že v TK jsou daná jasná pravidla, a v případě, že jsou porušena následují sankce. Čas je strukturován, klienti mají povinnosti. Život v TK se snaží co nejvíce přiblížit reálnému životu. Terapie je zaměřena na vývoj osobnosti a emoce, na chování, na duchovní rozměr osobnosti a etiku a na dovednosti přežít a být profesně zajištěn.

Terapeutická komunita se osvědčuje jako účinný prostředek léčby a zároveň poskytuje sociální rehabilitaci. Klienti, kteří program úspěšně dokončí, se během pobytu v TK připraví na další život. V poslední fázi si často zajistí zaměstnání a bydlení a dojednájí si následnou péči (Adámeček et al. 2003).

Následná péče, doléčovací programy

Následná péče je určena pro klienty, kteří absolvovali základní léčbu. Je dalším krokem v léčbě, kdy je klient podporován, ale zároveň je intenzita této péče zmenšována a klient postupně získává možnost převzít odpovědnost za svůj život a tzv. svou závislost přerůst. Mezi hlavní prostředky, které jsou užívány patří opět psychoterapie, která je zaměřena především na stabilizaci abstinence od primární drogy. Jde především o podpůrnou psychoterapii zaměřenou na stabilizaci klientovi emotivity. Další důležitou složkou léčby je

prevence relapsu, která se opírá o tři základní pilíře, a to kognitivní intervenci, dovednosti zvládání a stabilizace životního stylu. Důležitý je také sociální pracovník, který pomáhá klientovi řešit problémy, které často vznikly v souvislosti s dlouhodobým užíváním drog. Máme na mysli například trestní stíhání nebo dluhy.

Některé doléčovací programy pomáhají klientovi v osvojení si základních pracovních návyků, k čemuž slouží například chráněné dílny.

Doléčovací programy také nabízejí možnost do léčby začlenit rodinu klienta. Dále nabízejí nejrůznější volnočasové aktivity, lékařskou péči, atd. (Kuda 2003).

Substituční léčba.

Substituční léčba se provádí pod dohledem lékaře. Je určena spíše pro dlouhodobě závislé. Tento druh léčby spočívá v tom, že se pacientům dodává náhražka drogy. Jde především o pacienty závislé na opiátech (Hajný 2003). Nejčastěji se používá metadon, který se může užívat jak orálně tak i nitrožilně (Illes 2002). Ti pak nejsou nuceni získávat drogu nezákonným způsobem a mohou si začít upravovat svůj Život. Postupným snižováním dávek můžeme dospět až k úplné abstinenci. Tato léčba je však pouze prvním krokem a je třeba aby byla doplněna o další formy (Hajný 2003).

9.2 Psychoterapie

Podle Nešporu (2002) závislost vzniká a udržuje se jako důsledek interakcí rizikových a ochranných činitelů, a to na různých rovinách od molekulární až k sociální. Z těchto důvodů se při léčbě závislostí zpravidla používá kombinace více postupů. Tyto postupy ovlivňují rizikové a projektivní činitele na různých úrovních.

Ve většině systémů střednědobé a dlouhodobé léčby, ale i následné péče, hraje velkou roli psychoterapie. Prochazka a Norcross (1999, s.16) definují psychoterapii jako „*odbornou a záměrnou aplikaci klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobnostní charakteristiky směrem, který považují za žádoucí.*“

Existuje mnoho psychoterapeutických přístupů, které se v mnohém liší. V psychoterapii drogových závislostí však můžeme nalézt určité společné znaky.

F. Rotgers (1999) vymezuje několik společných otázek, které jsou podle něj důležité pro každou úspěšnou léčbu.

Jedním z těchto společných úkolů je příprava **rozhodnutí skončit se závislostí**. Podle Rotgerse (1999) existuje jen málo lidí závislých na drogách hledajících pomoc, kteří jsou si opravdu jisti svým úmyslem s užíváním drog skončit. Často je pro ně obtížné si představit obraz o tom, jaký by vlastně život bez drog mohl být. Mnozí pacienti mají k samotné léčbě velmi rozporuplný postoj. Pokud pacienti mají tyto ambivalentní postoje, je nutné s nimi pracovat, a zároveň povzbuzovat jejich motivaci k léčbě i abstinenci.

Většina léčebných přístupů se zabývá **nácvikem dovedností zvládání různých situací**. Podle teorie sociálního učení může drogová závislost představovat prostředek ke zvládání obtížných situací, pozitivních a negativních pocitů. V období závislosti se užívání drog může stát jediným prostředkem k vyrovnávání se s různými situacemi, stavy, emocemi. Pokud chceme dosáhnout stabilní abstinence, je nutné, aby si pacient uvědomil, které situace jsou rizikové. Je potřeba mu pomoci vytvořit si jiné, účinnější způsoby, jak se těmito situacemi vyrovnat.

Dalším důležitým krokem je **změna situací, které poskytují posílení odměnou**. Mnozí uživatelé návykových látek tráví většinu svého času sháněním a užíváním drog, a také zotavováním se z jejich účinku. Pouze malá část aktivit je schopna čelit nárokům drogové závislosti. Odměny, které poskytuje běžný život se postupně zužují ve prospěch odměn, které jsou získány užíváním drog. Při abstinenci je nutné, aby pacient zaplnil svůj čas jiným způsobem. Je tedy nutné, aby léčba byla zaměřena také na to, aby si byl pacient schopen nalézt náhradu za drogu a dokázal se s ní spokojit.

Mezi nejčastěji udávané důvody relapsu patří silné negativní afekty. Z tohoto důvodu je **podpora zvládání nepříjemných afektů** důležitou součástí léčby. Úkolem léčby je pomoci závislému, aby si vytvořil cesty ke zvládání dysforických afektů a naučil se rozeznávat příčiny těchto pocitů.

Dalším důležitým krokem je **pomoci klientovi při zlepšování mezilidských vztahů a posilování sociální podpory**. Většina závislých udává problémy se ztrátou nebo poškozením důležitých vztahů a přátelství v době, kdy pro ně byla prioritou droga. Často měli podobné problémy i před užíváním drog. V období abstinence mají problém nalézt přátele mimo drogovou kulturu. V mnoha druzích léčby patří vybudování a udržování sítě sociální podpory mezi ústřední body terapie (Rotgers 1999).

9.2.1 Skupinová psychoterapie

Při léčbě drogové závislosti je nejvíce uplatňována skupinová psychoterapie. „Majoritní část psychoterapeutické práce je v současném systému léčebné péče soustředěna především do skupinové formy práce“ (Miovský, Bartošíková, 2003 str.36).

Šimek (1999, in Miovský; Bartošíková 2003) vymezuje systematickou skupinovou psychoterapii jako léčebné působení psychologickými prostředky ve skupině osob využívající v různé míře skupinovou dynamiku, která je souhrnem skupinového dění a skupinových interakcí. Součástí psychoterapeutického procesu ve skupině je i reedukace a resocializace osobnosti.

Mezi účinné faktory, které působí ve skupinové terapii, patří kromě samotného členství ve skupině, emoční podpora, moment pomoci druhým, sebe-explorace a sebe-projevování, odregovávání, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností (Kratochvíl 1995).

10 Prevence

Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární.

Nešpor (2000b) shrnuje zásady efektivní **primární prevence** následovně: program odpovídá věku cílové populace, je nenáročný a interaktivní, zahrnuje podstatnou část dětí. Další zásadou je, že je prevence zaměřena na získávání relevantních sociálních dovedností potřebných pro život, bere v úvahu místní specifika, využívá pozitivní modely. Efektivní prevence je zaměřena na legální i nelegální návykové látky a zahrnuje snižování dostupnosti návykových rizik i snižování poptávky.

Sekundární prevence „spočívá ve včasném vyhledávání závislých lidí a jejich léčbě“ (Vágnerová 2004, s. 577). K tomuto účelu slouží dle Vágnerové (2004) kontaktní centra (viz kap. 9.1).

Cílem **terciární prevence** je snižování nepříznivých důsledků užívání drog. Příkladem jsou terénní práce, při kterých dochází např. k výměně jehel a stříkaček (Vágnerová 2004).

Dle našich zkušeností jsou programy věnující se prevenci sekundární a terciární dostatečné. Naproti tomu máme pocit, že je primární prevence podceňována.

PRAKTICKÁ ČÁST

11 Cíle výzkumu

Hlavním cílem praktické části je zjistit, zda se osobnostní vlastnosti u osob s diagnózou závislost na nealkoholových drogách liší od běžné populace. Druhým výzkumným cílem bude zjistit, zda se liší osobnostní vlastnosti drogově závislých žen a drogově závislých mužů. Na závěr se pokusíme zjistit, zda se odlišují osobnostní vlastnosti drogově závislých v závislosti na typu užívané návykové látky (typ diagnózy).

Cíle výzkumu:

- porovnání osobnostních vlastností zjištěných u závislých na nealkoholových drogách s normální populací
- porovnání osobnostních vlastností mezi drogově závislými muži a ženami
- porovnání výsledků mezi závislými na opiátech a stimulanciích

12 Osobnostní vlastnosti závislých na nealkoholových drogách

V této části práce je naším cílem zjistit, zda se osobnostní vlastnosti závislých na nealkoholových drogách liší od vlastností normální populace.

12.1 Charakteristika souboru

Soubor tvořilo 47 klientů následujících terapeutických komunit: Nová Ves, Magdaléna, Karlov a Teen Challenge-Černuc středisko pro ženy. Výzkum probíhal v období srpen 2007- říjen 2007.

Pro výběr souboru jsme zvolili tato kritéria:

- a.) diagnóza závislost na nealkoholových drogách
- b.) absolvování detoxifikační léčby a nástup do střednědobé až dlouhodobé léčby
- c.) věkové rozpětí 20-30 let
- d.) český jazyk je jazykem mateřským

Z tohoto vzorku byli vyloučeni klienti s duální diagnózou, s nízkým IQ a klienti s kombinovanou diagnózou závislosti (alkohol + drogy). IQ jsme u klientů neměřili. Spoléhali jsme se na názor personálu, kterému jsme dali k dispozici testovou metodu a tázali se, zda se

domnívají, že by mohla být tato metoda, respektive formulace položek dané metody, náročná pro některého z jejich klientů. Pokud odpověděli kladně, klienta jsme do souboru nezahrnuli.

Jako kritérium výběru jsme zvolili věkové rozmezí 20-30, tedy období mladé dospělosti. Toto vývojové období je charakteristické tím, že po období adolescence, které je dle Langmeiera a Krejčířové (1998) charakteristické emočními bouřemi a hledáním vlastní identity, dochází ke stabilizaci ve všech složkách osobnosti. Horní hranici 30 let jsme stanovili proto, jelikož se domníváme, že je následující období charakteristické dalšími vývojovými úkoly.

Podmínku, aby pro měřené osoby byl český jazyk jazykem mateřským, jsme zvolili proto, abychom do výzkumu nezahrnovali osoby, které by mohli mít problém s porozuměním jednotlivým položkám ve výzkumné metodě.

Výzkumný soubor vznikl metodou kvótního výběru na základě výše zmíněných kritérií. Klienty terapeutických komunit jsme zvolili záměrně.

Mezi naše důvody patřilo například to, že TK většinou poskytují dlouhodobou léčbu, jejich klienty jsou ve většině případů osoby závislé na návykových látkách, a to převážně nealkoholových, ve středním až těžkém stupni závislosti, mladší než 35 let a starší než 18 let. Šlo nám především o osobnostní vlastnosti abstinujících osob, proto jsme nevolili klienty ambulantních typů léčby, jelikož u nich nám chybí důkaz o abstinenci. Ze stejného důvodu jsme zvolili jako podmínku absolvování detoxifikační léčby. Klienty ambulantních typů léčby a denních stacionářů tvoří mnohdy i tzv. víkendoví uživatelé či experimentátoři. V naší práci jsme sledovali osobnostní vlastnosti závislých na nealkoholových drogách, proto jsme i tyto zařízení předem vyloučili.

Terapeutické komunity, ve kterých jsme získali výběrový soubor nejsou ničím odlišné od jiných terapeutických komunit v ČR. Výběr komunit závisel na ochotě těchto pracovišť poskytnout prostor pro získání dat. Oslovili jsme i jiné komunity, které odmítli.

Charakteristika souboru podle pohlaví

Soubor se skládal z 26 mužů a 21 žen.

Pohlaví	četnost	Kumulativní četnost /%
Muž	26	55
Žena	21	45

Charakteristika souboru z hlediska věku

Průměrný věk osob v souboru byl 25 let. U mužů byl průměrný věk 26 let, u žen 24 let. Průměrný věk byl tedy vyšší u mužů než u žen. Přestože jsme stanovili věkové rozpětí mezi 20. a 30. rokem, osoby mladší než 21 let se v našem souboru nevyskytují.

Pohlaví	Průměrný věk
Muž	26
Žena	24
Celkem	25

Charakteristika souboru z hlediska vzdělání

Jako nejvyšší dosažené vzdělání uváděli respondenti nejčastěji vzdělání základní, dále vyučení bez maturity, středoškolské s maturitou. V celém souboru se vyskytla 1 osoba s ukončeným vysokoškolským vzděláním.

Nejvyšší dosažené vzdělání	Muži		Ženy		Celkem	
	četnost	k.č./%/	četnost	K.č./%/	četnost	K.č./%/
ZŠ	14	54	10	48	24	51
Vyučený/á	8	31	6	28	14	30
Vyučený/á s maturitou	/	/	1	5	1	2
SŠ	3	11	4	19	7	15
VŠ	1	4	/	/	1	2

Charakteristika souboru z hlediska diagnózy

Nejčastěji stanovenou diagnózou byla F15.2 Závislost na jiných stimulancích včetně kofeinu a pervitinu. Druhou nejčastější diagnózou byla F11.2 Závislost na opioidech. Jako nejčastěji užívanou látku udávali respondenti pervitin. Druhou nejčastější udávanou látkou byl heroin.

Užívaná látka	Muži		Ženy		Celkem	
	četnost	K.č./%/	četnost	K.č./%/	četnost	K.č./%/
Pervitin (nebo jiné amfetaminy)	16	62	19	90	35	75,5
Heroin (nebo jiné opiáty)	10	38	2	10	12	24,5

Charakteristika souboru podle místa trvalého bydliště

Nejvyšší počet respondentů uváděl trvalé bydliště ve středočeském kraji, nejčastějším městem byla Praha. Následoval kraj západočeský, jihočeský, východočeský a jihomoravský.

Kraj	Muži		Ženy		Celkem	
	četnost	K.č./%/	četnost	K.č./%/	četnost	K.č./%/
Středočeský	20	77	13	62	33	70
Jihočeský	1	4	3	14	4	9
Západočeský	4	15	4	19	8	17
Východočeský	/	/	1	5	1	2
Jihomoravský	1	4	/	/	1	2

Shrnutí

Z výše uvedených dat jsme vytvořili nejčastější profil osoby v souboru. Jde o muže nebo ženu ve věku 25 let, žijící ve středočeském kraji se základním vzděláním, s diagnózou F15.2. Nejčastější užívanou návykovou látkou v době aktivního užívání byl pervitin.

12.2 Metoda

Jako psychodiagnostickou metodu jsme použili vícedimenzionální osobnostní dotazník TCI-r (Temperament and Character Inventory- revised).

Dotazníky patří mezi psychodiagnostické metody, které jsou založené na subjektivní výpovědi vyšetřované osoby. Osoba vypovídá o svých vlastnostech, citech, postojích názorech, zájmech, způsobu reagování v nejrůznějších situacích atd. Konstrukce osobnostních dotazníků vychází z principu introspekce, jelikož probandovy odpovědi jsou závislé na jeho vnitřních poznatcích (Svoboda 1999).

Jako výzkumnou metodu jsme použili osobnostní dotazník TCI-r. Měli jsme k dispozici jeho počítačovou verzi, kterou jsme převedli do papírového formátu (viz přílohy). Administrace byla prováděna skupinově metodou „tužka - papír“. Výsledky jsme poté přepsali do počítačové formy testu. Použitá varianta TCI-r obsahuje 240 položek, 235 položek je TCI a 5 položek je „validizačních“. Respondent posuzuje tvrzení z hlediska normálních, běžných situací a zaškrťává na pětibodové Likertově stupnici, zda je tvrzení „úplně pravdivé“ až po „úplně nepravdivé“.

Klinicky dotazník TCI-r není v ČR dosud příliš používanou metodou. Od roku 1999 je využíván v Psychiatrickém centru Praha, a to s cílem rozšířit instrumentárium psychologické diagnostiky osobnosti především se zaměřením na poruchy osobnosti (Preiss; Klose; Španiel 2000). Dotazník nebyl v ČR oficiálně vydán, k tomu ale nedošlo ani v zemi původu autora TCI-r, Cloningera (Simová et al. 2004).

Dotazník TCI-r vychází z Cloningerovi psychobiologické teorie osobnosti. Tuto teorii vyvinul Cloninger, profesor psychiatrie a genetiky na Washingtonské univerzitě v St. Louis ve státě Missouri v USA, ve druhé polovině 80. let 20. století (Mulder et al. 1999 in Praško et al. 2003). Jeho záměrem bylo vytvořit komplexní model, který by bylo možno použít jak na zdravou, tak na narušenou osobnost. Vytvořil vícedimenzionální model osobnosti, jehož dimenze jsou ovlivňovány nezávislými genetickými faktory. Na základě biologických, neurofyziologických, genetických a psychologických prací postuluje nejprve třídimenzionální teorii temperamentu, kterou později rozšiřuje o jednu další dimenzi, a přidává ještě tři charakterové dimenze.

Podle Cloningera je osobnost komplexní stupňovitý systém, který se skládá z psychobiologických dimenzí temperamentu a charakteru. Temperament a charakter jsou měřitelné dimenze a umožňují posoudit odlišnosti mezi lidmi. Osobnost má čtyři hereditární ortogonální dimenze, které Cloninger označuje jako temperamentové. Ty jsou pozorovatelné od raného dětství a zahrnují prekoncepční a nevědomé učení a projevují se mimovolně. Jsou dědičné, vývojově stálé, podmíněné emocemi a neovlivnitelné sociokulturními zkušenostmi. Vyskytují se i u subhumánních živočichů (Cloninger, 1994 in Preiss et al. 2000). Charakter se vytváří v průběhu ontogeneze a je ovlivňován učením v závislosti na individuálních hodnotách a cílech.

TCI-R

Položky **TCI-r**, patřícího mezi vícedimenzionální osobnostní dotazníky, respondent zvažuje na pětibodové Likertově škále. TCI-r se skládá ze čtyř temperamentových a tří charakterových dimenzí. Každá z těchto dimenzí obsahuje několik fasetových stupnic. Dotazník TCI-r v ČR přeložili a validizovali Kožený a Tišanská v roce 1998 (Preiss; Klose 2001).

Temperamentové dimenze

TCI-r obsahuje čtyři následující temperamentové dimenze: Vyhledávání nového (Novelty seeking, NV), Vyhýbání se poškození (Harm avoidance, HA), Závislost na odměně (Reward dependence, RD), Odolnost (Persistence, PE).

Tyto dimenze popisuje Cloninger (1987) následovně:

Vyhledávání nového (NS) je multifasetový temperamentový rys vyššího řádu, který se skládá z následujících rysů či aspektů nižšího řádu: explorační excitabilita vs. stoická rigidita (NS1), impulzivita vs. reflexe (NS2), extravagance vs. rezervovanost (NS3), nesystematičnost vs. systematičnost (NS4).

Jedinec s vysokým skórem na této škále je riskující, neukázněný, nesnáší jednotvárnost, rozhodnutí a názory vytváří na základě globálních dojmů a intuice. Individua, která skórují vysoce v NS jsou charakterizována jako impulzivní, zkoumající, nestálá, prudká, výstřední. Snadno se zabývají novými zájmy a aktivitami, ale mají sklon přehlížet detaily a jsou snadno roztržitá nebo znuďená.

Oproti tomu osoby, které dosahují nižších a nízkých skóru jsou charakterizovány jako pomalu se zabývající novými věcmi, často se zaměřující na drobné detaily, přemýšlejší než se rozhodnou, většinou jsou popisovány jako rigidní, oddané, pomalé, skromné, spořádané a vytrvalé.

Vyhýbání se poškození (HA) je multifasetový temperamentový rys vyššího řádu, který se skládá z následujících rysů či aspektů nižšího řádu: anticipační pesimismus vs. uvolněný optimismus (HA1), obavy z neurčitého (HA2), plachost před neznámými lidmi (HA3) a unavitelnost vs. energičnost (HA4).

Lidé, kteří skórují vysoce v HA jsou charakterizováni jako opatrní, napjatí, bojácní, utlumení, plaší, snadno unavitelní, pochybovační a bojácní, negativističtí nebo pesimističtí, a to i v situacích, jež ostatní netrápí. V sociálních situacích mají sklon k tomu být inhibováni a

nejistí. Úroveň jejich energie bývá nízká, což vede k tomu, že jsou snadno unavitelní. Následkem toho je, že potřebují více ujišťování a povzbuzování než většina lidí a jsou obvykle citliví ke kritice a trestu. Výhodou vysokého skóre je větší obezřetnost při předjímání možných nebezpečí. Tato obezřetnost či starost vede k pečlivému plánování v situacích, které mohou být nebezpečné. To však může být i nevýhodou, pokud je nebezpečí očekávané, ale nepravděpodobné. Tento pesimismus či inhibice pak může vést ke zbytečným obavám.

Lidé, kteří skórují podprůměrně, jsou označováni jako důvěřiví, uvolnění, optimističtí, veselí, netlumení, iniciující, energičtí, smělí, vyrovnaní, a to i v situacích, v nichž většina lidí pociťuje obavy. Ve většině sociálních situacích jsou tito jedinci popisováni jako otevření, sebejistí a nebojácní. Jejich energetická úroveň bývá vysoká. Výhodou nízkého skóre je sebejistota v nebezpečných situacích. Tato sebejistota vede k optimistickému a energickému úsilí s malými či žádnými nesnázemi. Nevýhody jsou spojeny s necitlivostí při detekci nebezpečí.

Závislost na odměně (RD) je multifasetový temperamentový rys vyššího řádu, který se skládá z následujících rysů či aspektů nižšího řádu: senzitivita (RD1), otevřenost ke komunikaci vs. rezervovanost (RD2), emocionální vázanost vs. odtrženost (RD3), závislost vs. nezávislost (RD4).

Lidé, kteří skórují vysoce v RD jsou popisováni jako dychtiví pomáhat a zalíbit se druhým, vytrvalí, pilní, vřelí, citoví, citliví k sociálním podnětům a osobním problémům, schopní oddálit požitky s očekáváním odměny. Výhodou vysoké závislosti na odměně je citlivost ke společenským narážkám. Ta usnadňuje vřelé společenské vztahy a porozumění pocitům druhých. Nevýhody vycházejí z lehkosti, s jakou mohou druzí lidé ovlivnit názory a pocity závislé osoby, což může vést ke ztrátě objektivity.

Osoby, které skórují nízko, jsou charakterizovány jako sociálně odtažitě, emočně chladné, praktické, tvrdé a emočně nezávislé ve výběru. K lidem si raději zachovávají odstup a často mají těžkosti při nacházení něčeho společného s druhými lidmi. Výhodou nízkého skóre závislosti na odměně je, že nezávislost na citových pohnutkách může vést k praktickým a objektivním názorům, které nejsou romantizovány toužebnými myšlenkami ani snahou potěšit druhé. Pokud nedostatek citlivosti ve společenské komunikaci překáží v kultivaci prospěšných společenských spojení, stává se nízký skóre v Závislosti na odměně nevýhodou.

Odolnost (PE) měří odolnost, vytrvalost vs. unavitelnost a citlivost k frustraci. Je reprezentována jedinou stupnicí, která popisuje čtyři rozdílné typy chování, a to dychtivou

snaživost vs. lenost (PE1), pilnost vs. rozmazlenost (PE2), ambiciózní sebepřeceňování vs. podceňování se (PE3), perfekcionistické ulpívání vs. pragmatické ukončení činnosti (PE4).

Osoby s vysokým skórem jsou popisovány jako pilné, dychtivé, ambiciózní, kladoucí si vysoké cíle. Mají tendenci usilovně dosahovat cílů, dobře odolávají únavě a frustraci (tu vnímají jako výzvu). V očekávání odměny zintenzivňují svoji činnost. Nesnadno se vzdávají. Osoby s extrémními skóry mohou být příliš pohlceny prací nebo mohou mít nepřiměřeně vysoké cíle.

Osoby s nízkým skórem jsou popisovány jako lhostejné, líné nebo nedbalé, zřídka zintenzivní úsilí k dosažení odměny, mají tendenci tempo práce spíše zpomalovat, snadno se vzdát při frustraci, kritice, překážkách a únavě. Jsou spokojeny s tím, čeho dosáhly, a nesnaží se o vyšší cíle. Cíle si obecně kladou nízké. Jsou pragmatické a snadno přistupují na kompromis.

Charakterové dimenze

Charakter individua je podle Cloningera formován prostředím a není v korelaci s temperamentem. Zralý člověk se spoléhá na sebe, je spolupracující a někdy sebepřesahující. V dotazníku je charakter zastoupen třemi následujícími dimenzemi: Sebeřízení (SD), Spolupráce (CO) a Sebepřesažení (ST).

Sebeřízení (SD) je multifasetový charakterový rys vyššího řádu. Skládá se z následujících aspektů či rysů nižšího řádu: odpovědnost vs. obviňování (SD1), cílevědomost vs. bezcílnost (SD2), vynalézavost vs. netečnost (nečinnost) (SD3), sebeakceptace vs. sebeodmítavost (SD4), sebedisciplína vs. špatné návyky (SD5). Měří schopnost jedince kontrolovat, regulovat a adaptovat chování vzhledem k situaci a individuálně vymezeným cílům a hodnotám. Škála ukazuje, nakolik je individuum integrované a zaměřené.

Při vyšších hodnotách popisuje Cloninger (1987) člověka jako zralého, výkonného, sebeorganizujícího, s dobrým sebehodnocením, schopného připustit chyby a přijmout sebe sama s klady i zápory.

Na druhém pólu jsou nezralé osoby s nízkým sebehodnocením, které obviňují ostatní za své potíže, cítí se nejisté svojí identitou nebo zaměřením, jednající často reaktivně, závisle, nevynalézavě. Bývají popisované jako slabé, nezralé, křehké, obviňující, neefektivní, nespolehlivé, destruktivní (Cloninger 1987).

Vyšetření SD je pro klinickou diagnostiku zásadní, protože nízký skór je častou charakteristikou všech poruch osobnosti. Riziko poruchy osobnosti se zvyšuje při vysokých hodnotách NS nebo HA a nízkém RD (Preiss, Kloze 2001).

Spolupráce (CO) je multifasetový charakterový rys vyššího řádu, jež se skládá z následujících aspektů či rysů nižšího řádu: sociální akceptace vs. sociální intolerance (CO1), empatie vs. nezájem o druhé (CO2), ochota pomáhat vs. neochota pomáhat (CO3), integrace svědomí vs. výhody pro sebe (CO4). Dimenze spolupráce je důležitá ve společnosti a skupinové práci.

Kooperující lidé, tedy ti, kteří dosahují vysokého skóru, se označují jako sociálně tolerantní, citliví, pomáhající, soucítící, féroví a zásadoví.

Nespolupracující osoby (nízký skór) se označují jako sociálně netolerantní, bez zájmu o druhé, nepomáhající, pomstychtivé a oportunistické. Ostatní lidi vnímají jako nepřátelské a zlé.

Sebepřesažení (ST). V dotazníku TCI-r jsou popsány následující tři rysy nižšího řádu: tvořivé sebezapomnění vs. koncentrace na svou osobu (S11), transpersonální identifikace (ST2) a spirituální akceptace vs. racionální materialismus (ST3).

Osoby s vysokým skórem jsou popisovány jako skromné, spokojené, trpělivé, tvořivé, nesobecké, duchovní a naplněné.

Osoby s nízkým skórem mají tendenci být pyšné, netrpělivé, bez představivosti, neoceňující umění, materialistické a nenaplněné. Nemusí tolerovat neurčitost, nejistotu a překvapení. Mohou být oceňovány pro racionálnost, objektivnost a materiální úspěch (Cloninger 1987). V tabulce 4 uvádíme charakteristiku vlastností založenou na dosažených nízkých a vysokých skórech.

Dimenze	Skór	Charakteristika
Vyhledávání nového	vysoký	Explorující, zvědavý, impulzivní, vznětlivý, vynalézavý
	nízký	Lhostejný, rigidní, střídmý, klidný, skromný, uvážlivý
Vyhýbání se poškození	vysoký	Opatrný, pesimistický, nejistý, pasivní, snadno unavitelný
	nízký	Odvážný, uvolněný, optimistický, dynamický
Závislost na odměně	vysoký	Citlivý, otevřený, přátelský, oddaný, závislý, společenský
	nízký	Pragmatický, kritický, odtažitý, nezávislý, chladný
Odolnost	vysoký	Vytrvalý, pracovitý, ambiciózní, snaživý
	nízký	Lenivý, bezcílný, nedbalý, nespolehlivý
Sebeřízení	vysoký	Odpovědný, cílevědomý, sebeakceptující, sociálně zralý
	nízký	Nespolehlivý, nezralý, destruktivní, nedisciplinovaný
Spolupráce	vysoký	Empatický, pomáhající, zásadový, soucitný
	nízký	Netolerantní, nepřátelský, oportunistický
Sebepřesažení	vysoký	Nadosobní, duchovní, osvícený, idealistický, kreativní
	nízký	Bez představivosti, materialistická, pyšný, netrpělivý

Podle výsledných skóre dosažených v TCI-r můžeme podle Cloningera popsat temperamentové a charakterové typy. Cloninger (1987) uvádí osm temperamentových a osm charakterových typů osobnosti (viz tabulka č.5 a tab.č.6).

Temperamentový typ	Vyhledávání nového (NS)	Vyhýbání se poškození (HA)	Závislost na odměně (RD)
Antisociální	vysoký	nízký	nízký
Histriónský	vysoký	nízký	vysoký
Pasivně-agresivní	vysoký	vysoký	vysoký
Explozivní (hraniční)	vysoký	vysoký	nízký
Obsesivní	nízký	vysoký	nízký
Schizoidní	nízký	nízký	nízký
Cyklotymní	nízký	nízký	vysoký
Pasivně-závislý	nízký	vysoký	vysoký

Tab. 6 - Charakterové typy podle Cloningera (Praško et al.2003)			
Charakterový typ	Sebeřízení (SD)	Spolupráce (CO)	Sebepřesazení (ST)
Melancholický	nízký	nízký	nízký
Schizotypální	nízký	nízký	vysoký
Závislý	nízký	vysoký	nízký
Autokratický	vysoký	nízký	nízký
Tvořivý	vysoký	vysoký	vysoký
Organizovaný	vysoký	vysoký	nízký
Fanatický	vysoký	nízký	vysoký
Cyklotymní	nízký	vysoký	vysoký

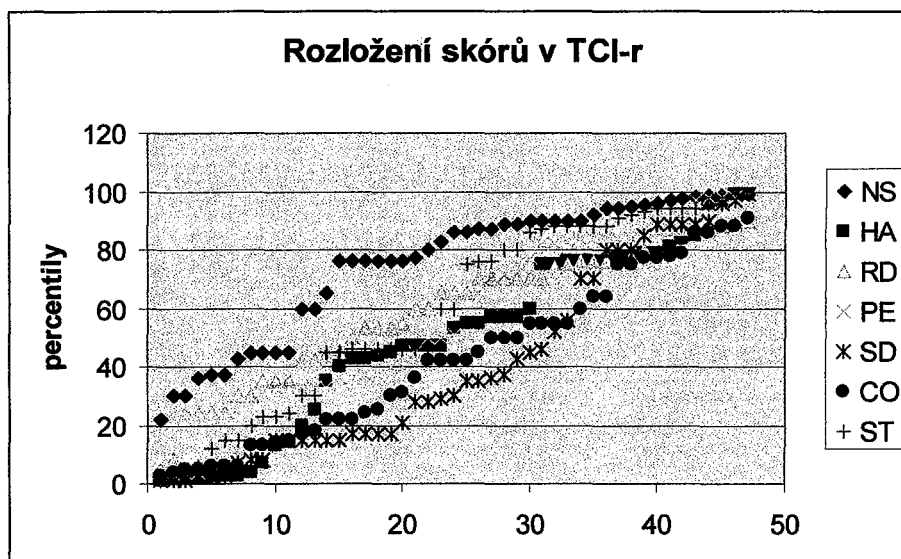
12.3 Zpracování výsledků

Hodnoty zjištěné v našem výzkumu jsme porovnávali s normální populací, s normou. Původně jsme zamýšleli vytvořit skupinu kontrolní, jelikož jsme měli k dispozici pouze normu belgickou. Z toho jsme upustili po získání normy české, která nám byla zapůjčena PhDr. Preissem. Jde o normy získané na normální populaci s normálním rozložením bez psychiatrické diagnózy. Celkové N pro tyto normy bylo 200 osob. Považujeme ji proto za normu dostatečnou pro porovnání výsledků. Tato norma je vytvořena pro muže i ženy dohromady. Výsledné hodnoty uvádíme v percentilech.

Postupně jsme porovnali výsledky VS ve všech temperamentových a charakterových dimenzích. Budeme hovořit o nízkých, průměrných a vysokých skórech, přičemž za vysoké a vyšší skóry považujeme ty, které přesahují hodnoty nad 75. percentilem, za průměrné skóry považujeme ty, které se pohybují v pásmu 75. – 25. percentil, za nízké a nižší skóry pak považujeme ty, které se v porovnání s normami pro normální populaci pohybují v pásmu od 25. percentilu a níže (dále uvádíme pouze vysoké skóry- pro vyšší a vysoké a nízké skóry- pro nižší a nízké). Pro větší názornost, tedy rozlišení skóru pohybujících se v jednotlivých pásmech, uvádíme u jednotlivých skupin následující rozlišení: u vysokých skóru uvedeme, kolik respondentů se pohybovalo v porovnání s normou nad 90. percentilem, u skóru nízkých, kolik se pohybovalo v pásmu pod 10. percentilem.

Níže uvádíme graf 1 výsledných skóru dosažených v jednotlivých dimenzích nezávisle na sobě. V příloze uvádíme tabulku všech výsledných skóru vyjádřených v percentilech.

Graf 1



12.3.1 Temperamentové dimenze

Vyhledávání nového (NS)

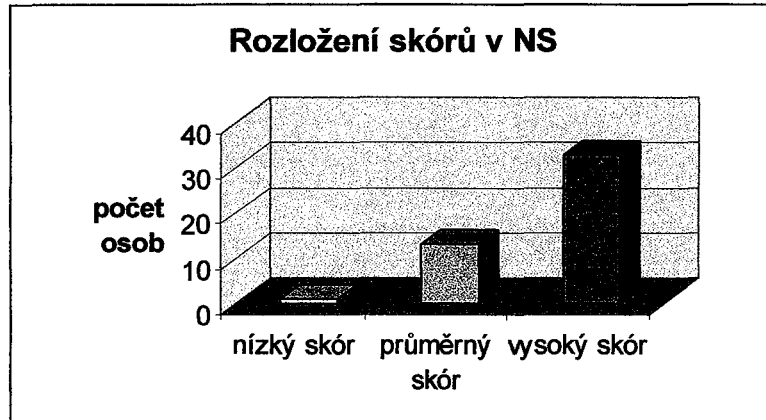
V této dimenzi získalo vysoké skóre 70% probandů, průměrné skóre 28% a nízké skóre 2% (viz graf 2).

70% osob z tohoto souboru můžeme popsat jako jedince, kteří mají sklon být spíše vznětliví, vzrušiví, impulzivní, zkoumaví, zvědaví, entuziastičtí, bujní, snadno se nudící a nesystematičtí. Snadno se zabývají novými zájmy a aktivitami, ale mají sklon k tomu být snadno roztržití a znučení (Cloninger 1987). Graf 3 znázorňuje rozložení vysokých skóru.

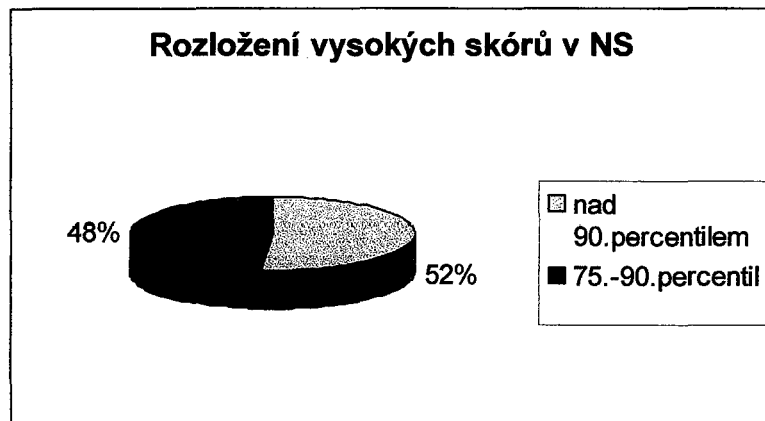
2% můžeme popsat dle Cloningera (1987) jako osoby umírněné, lhostejné, nezkoumavé, neentuziastické, stoické, přemýšlivé, šetrné, rezervované, tolerující monotónnost, systematické a spořádané.

Z výsledků je patrné, že výběrový soubor skóroval oproti normální populaci směrem doprava.

Graf 2



Graf 3



Vyhýbání se poškození (HA)

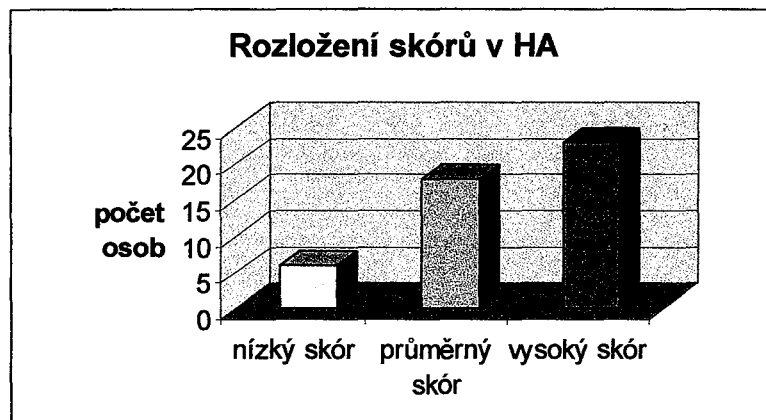
V této dimenzi získalo 34% osob skór vysoký, 38% osob skór průměrný a zbývajících 28% osob skór nízký (viz graf 4).

Vysoce skórující ve Vyhýbání se poškození, tedy 34% osob ze souboru, můžeme popsat jako osoby se sklonem být obezřetné, opatrné, ustrašené, napjaté, bojácné, nervózní, ostýchavé, pochybovačné, neodvážné, nejisté, pasivní, negativistické nebo pesimistické i v situacích, jež ostatní netrápí. Tito jedinci mají sklon být inhibovaní a stydliví ve většině sociálních situacích.

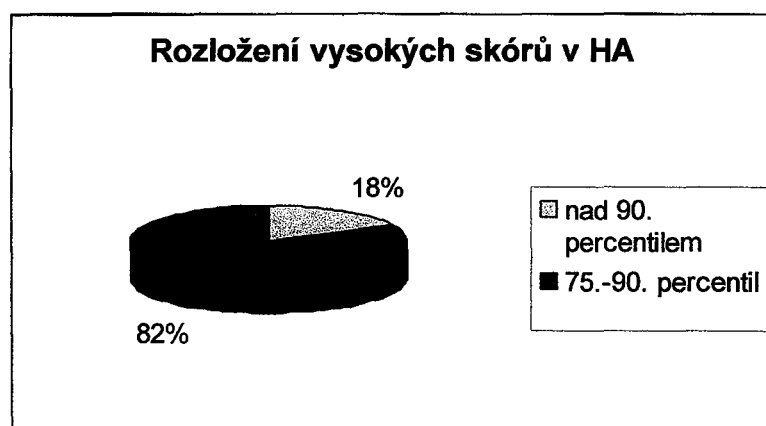
Naopak jedinci s nízkým skórem na této temperamentové dimenzi, tedy 30% osob ze zkoumaného vzorku, bývají popisováni jako lidé bez obav, uvolnění, smělí, odvážní, vyrovnaní a optimističtí i v situacích, v nichž většina lidí pociťuje obavy. Tito jedinci jsou popisováni jako otevření, nebojácní a sebejistí ve většině sociálních situacích. Jejich energetická úroveň bývá vysoká a na ostatní působí dynamicky, energicky a živě.

Z celkového souboru skórovalo vysoce v dimenzi Vyhýbání se poškození 34% osob. Naopak nízko skórovalo 28% osob z VS. Graf 5 a 6 znázorňuje rozložení vysokých a nízkých skóru.

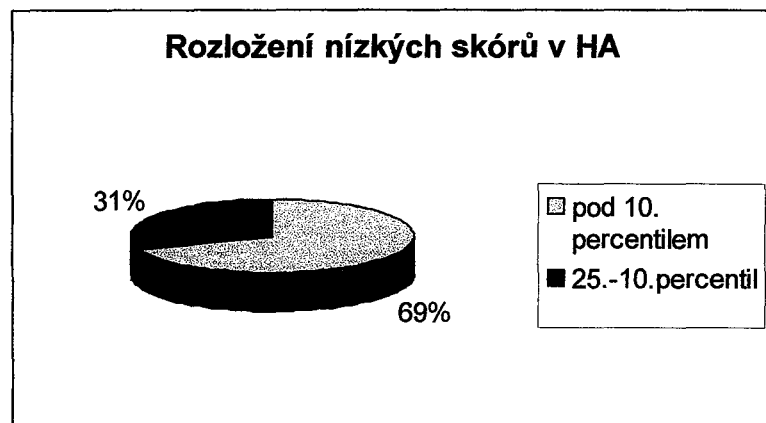
Graf 4



Graf 5



Graf 6



Závislost na odměně (RD)

Osoby skórující vysoce v RD mají tendenci být útlocitné, milující a vřelé, citlivé, zanícené, závislé a společenské. Vyhledávají společenský kontakt a jsou otevření komunikaci s druhými lidmi (Cloninger 1987). V našem souboru takto můžeme popsat 49% osob.

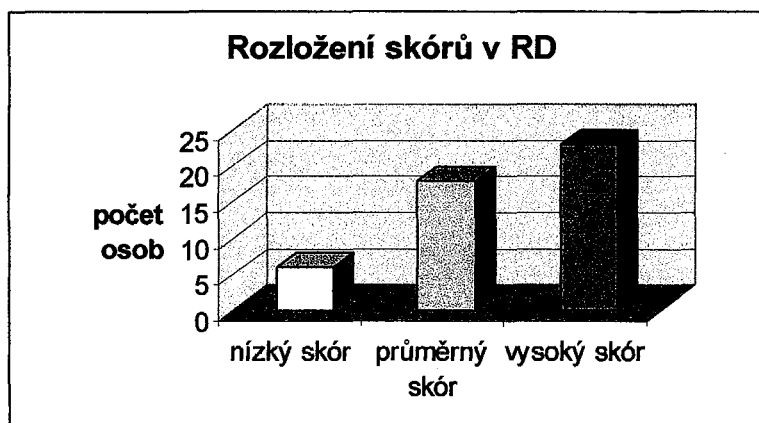
Jedinci nízko skórující v RD jsou často popisováni jako praktičtí, tvrdě intelektoví, chladní a společensky necitliví. Jsou spokojeni o samotě a zřídka iniciují otevřenou komunikaci s druhými. Tato charakteristika popisuje 13% v našem souboru.

Zbývajících 38% získalo průměrné skóry.

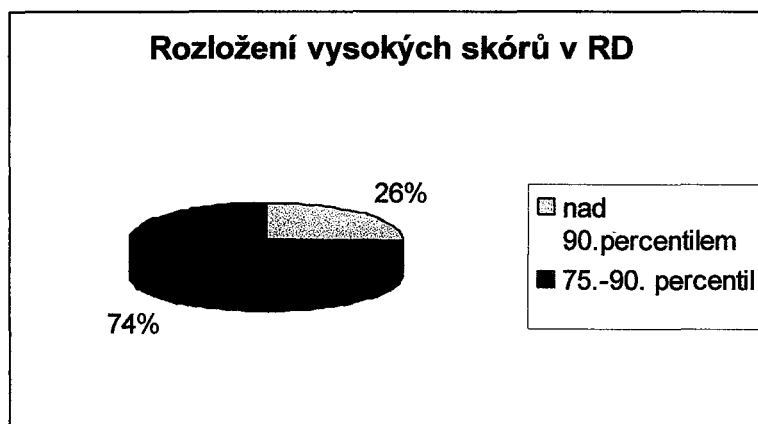
Je patrné, že v našem vzorku převažují jedinci s vysokou závislostí na odměně oproti normální populaci.

Graf 7 znázorňuje rozložení všech skórů, graf 8 rozložení skórů vysokých.

Graf 7



Graf 8



Odolnost (PE)

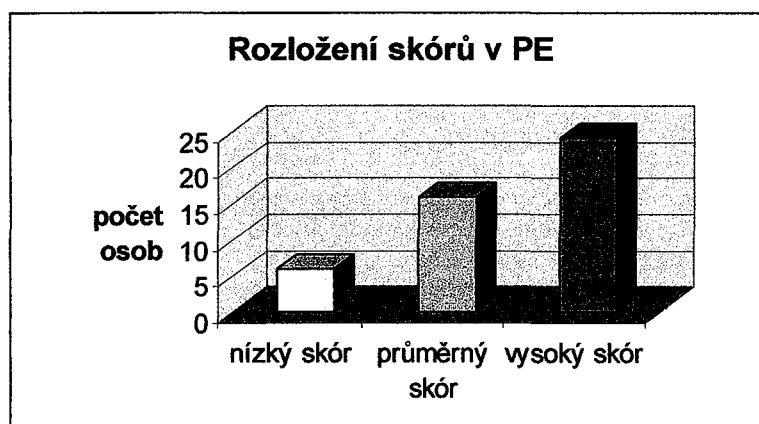
Ve výběrovém souboru získalo v této dimenzi vysoký skór 49% osob. Nízký skór 17% a skór průměrný 34% osob v souboru (viz graf 9).

Jedinci vysoce skórující v PE bývají snaživí, pilní, pracovití a vytrvalí navzdory frustraci a únavě. Typicky zintenzivní své úsilí v reakci na očekávanou odměnu. Velmi vytrvalí jedinci bývají perfekcionisti a workoholici, kteří se nutí dosáhnout daleko přes nutnou mez. Tito jedinci vykazují vysokou míru perseverace a proto mohou snadno ulpět na určitém způsobu práce, který dříve býval úspěšný. Rozložení těchto skórů znázorňuje graf 10.

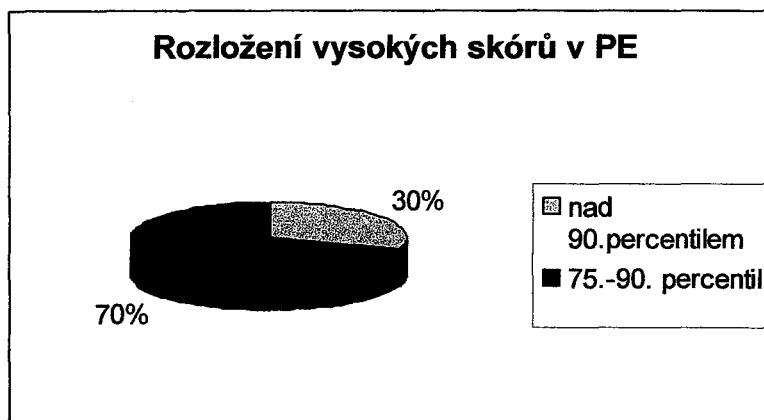
Osoby skórující nízko jsou popisovány jako lenivé, bezcílné, nedbalé a nespolehlivé. Ve výběrovém souboru převahují osoby popisované jako spíše pracovité a vytrvalé než lenivé a bezcílné (Cloninger 1987; Cloninger et al. 1994).

Preiss a Klose (2001) u této dimenze pokládají za nevýhodné, že je oproti ostatním dimenzím zastoupena nízkým počtem položek s někdy ne zcela přesvědčivou formulací. Některé položky jsou snadno „čitelné“.

Graf 9



Graf 10



Nejčastější profily temperamentové dimenze

Nyní uvedeme tabulku nejčastějších temperamentových profilů. Vynechali jsme dimenzi PE, a to z důvodu jejího malého počtu položek a průhlednosti (Preiss, Klose, Španiel 2001).

Nejčastější se ukázalo být spojení vysokých hodnot ve Vyhledávání nového (NS), nízkých hodnot ve Vyhýbání se poškození (HA) a vysokých hodnot v Závislosti na odměně (RD). Tito jedinci se vyznačují impulsivností, zvědavostí, vyhledáváním nových aktivit, u nichž však příliš dlouho nezůstávají (↑ NV), nebojácní, uvolnění, optimističtí, často však podceňující rizika vyplývající z určitých situací (↓ HA), vyhledávající kontakt, vřelé, závislé, často podléhající názorům jiných (↑ RD). Četnosti skóru v jednotlivých dimenzích uvádíme v tabulce č. 7.

Tab. 7			
NS	HA	RD	četnost
vysoký	nízký	vysoký	9
vysoký	průměrný	průměrný	8
vysoký	vysoký	nízký	4
vysoký	vysoký	průměrný	4
vysoký	průměrný	vysoký	4
průměrný	vysoký	vysoký	4
průměrný	průměrný	vysoký	3
průměrný	průměrný	průměrný	3
vysoký	vysoký	vysoký	2
vysoký	průměrný	nízký	2
vysoký	nízký	nízký	1
vysoký	nízký	průměrný	1
průměrný	vysoký	průměrný	1
nízký	vysoký	vysoký	1

12.3.2 Charakterové dimenze

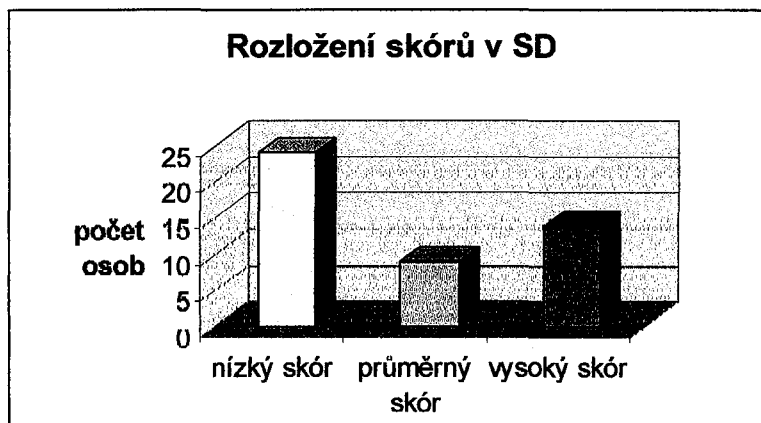
Sebeřízení (SD)

30% jedinců ze souboru získalo v Sebeřízení vysoký skór. Tyto jedinci jsou charakterizováni jako zralí, silní, soběstační, odpovědní, spolehliví, cílesměrní, konstruktivní a dobře integrovaní, v situaci, kdy mají možnost osobního vedení. Bývají efektivní a mají schopnost přizpůsobit své chování svým zvoleným cílům.

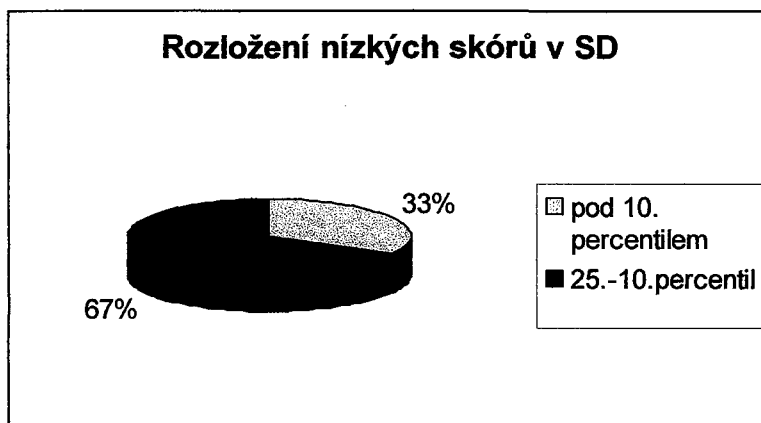
51% osob, tedy více než polovina osob ve vzorku, skórovalo nízce. Tyto jedince můžeme popsat jako nezralé, slabé, křehké, obviňující, destruktivní, subtilní, neefektivní, nezodpovědné, nespolehlivé a špatně integrované. Tito lidé postrádají vnitřní organizaci, což jim znemožňuje ustanovení a sledování smysluplných cílů. Naopak často zažívají početné, vedlejší, krátkodobé a vzájemně se vylučující pohnutky, které se nevyvíjí v déletrvající osobní hodnoty a cíle. Jejich chování ovládají spíše než jejich vlastní cíle a hodnoty, reakce, stimulace a tlaky z okolí.

Zbývajících 19% získalo skór průměrný (Cloninger 1987; Cloninger et al. 1994). V našem souboru tedy převažují osoby spíše nezralé, nespolehlivé, špatně integrované a křehké (viz graf 11).

Graf 11



Graf 12



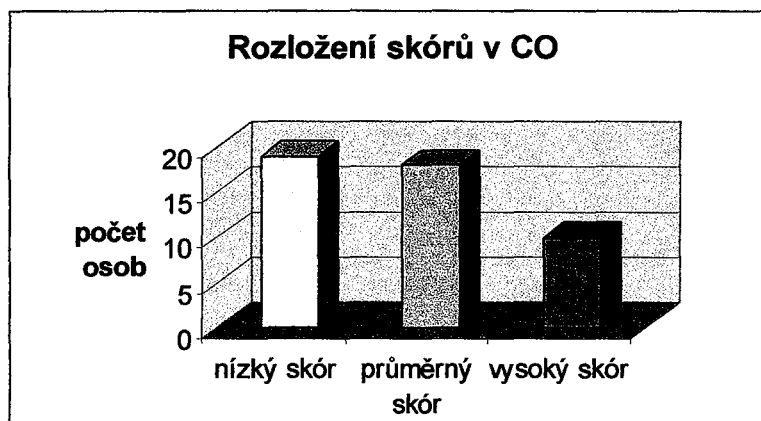
Spolupráce (CO)

Nejvyšší počet osob, tedy 41% dosáhlo ve Spolupráci skóru nízkého. Následoval skór průměrný (38%) a skór vysoký, který získalo 21% jedinců (viz graf 13). Nejčastěji se ve VS souboru vyskytly osoby pro něž jsou charakteristické následující vlastnosti: netolerantnost, kritičnost, pomstychtivost a neochota pomoci. Bývají popisováni oportunističtí, starající se sami o sebe.

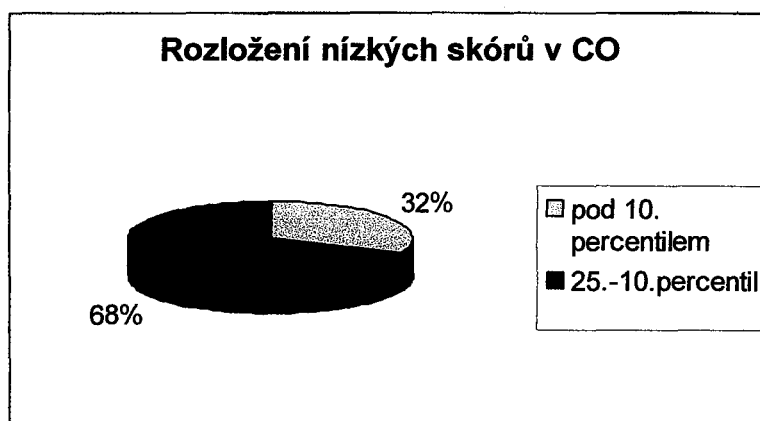
Osoby skórující vysoce jsou naopak popisovány jako empatické, pomáhající, zásadové a soucitné (Cloninger 1987; Cloninger et al. 1994). V našem souboru převahovaly osoby spíše netolerantní, nepřátelské a oportunistické.

Nižší skór v této dimenzi může naznačovat trend k poruše osobnosti (Preiss, Klose, Španiel 2000).

Graf 13



Graf 14

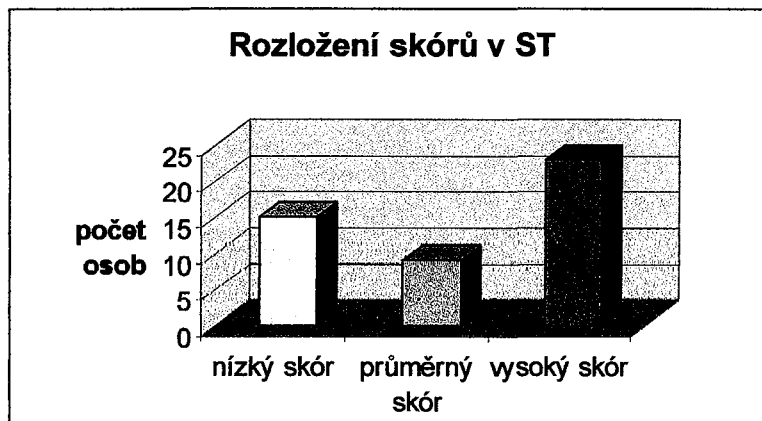


Sebepřesažení (ST)

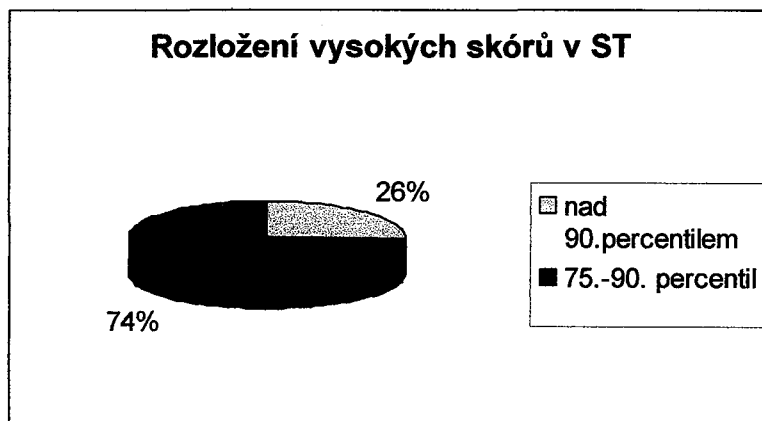
49% osob získalo skór vysoký. Tito jedinci jsou shodně popisováni jako neokázalí, naplnění, trpěliví, tvořiví, nesobečtí a spirituální. 19% získalo skór průměrný a zbývajících 32% osob skór nízký. Tyto osoby mají sklon být pyšné, netrpělivé, sebevědomé, materialistické, bez fantasmie a schopnosti ocenit umění. Nedokáží tolerovat nejasnost, nejistotu a překvapení. Namísto toho se snaží získat kontrolu nad téměř vším (Cloninger 1987; Cloninger et al. 1994). V našem souboru převažují osoby s vysokým skórem v ST.

Graf 15 znázorňuje celkové rozložení skóru, graf 16 rozložení skóru vysokých.

Graf 15



Graf 16



12.3.3 Lži skór

Pro míru validity výsledku je zapotřebí vzít v úvahu také lži skór. Pokud převyšuje hrubý skór 7 výsledky se interpretují jako málo validní nález (Preiss; Kloose 2001). V našem souboru jsme neinterpretovali ani jeden z nálezů jako málo validní.

12.3.4 Celkové shrnutí výsledků

Z výsledných hodnot se ukazuje jako nejvýznamnější dimenze Vyhledávání nového (NS), kde získalo vysoký skór 70% jedinců v souboru. Dále se jako významná ukazuje dimenze Sebeřízení (SD), kde nízko skórovalo 51% osob a dimenze Sebepřesažení (ST), ve které získalo vysoký skór 49% osob. V dimenzi Závislost na odměně (RD) byl nejčastější skór vysoký (49%), v dimenzi Odolnost (P) skór vysoký (49%), v dimenzi Spolupráce (CO)

jedinci skórovali nejčastěji nízko (40,5%) a v dimenzi Vyhýbání se poškození (HA) nejčastěji dosáhli skóru vysokého (36%).

Pokud výsledky zobecníme pro závislé je nejtýpější vysoký hrubý skór v dimenzi Vyhledávání nového (NS). Můžeme je tedy popsat jako spíše impulzivní, prudké, vyhledávající vzrušení a nové aktivity, ale také rychle se nudící a rozčilující. Tyto poznatky by bylo možné využít především v prevenci.

Jsou to spíše osoby nezralé a špatně integrované, obviňující okolí, mnohdy jde o jedince nespolehlivé, nepřátelské a křehké (↓ SD).

Na druhou stranu vysoký skór v sebezpřesažení (ST) svědčí o tvořivosti, duchovnosti a naplněnosti.

Vysoký skór v závislosti na odměně (RD) svědčí o tom, že drogově závislí jsou spíše senzitivní, oddaní, závislí a sociabilní než necitliví, tvrdí a pragmatičtí.

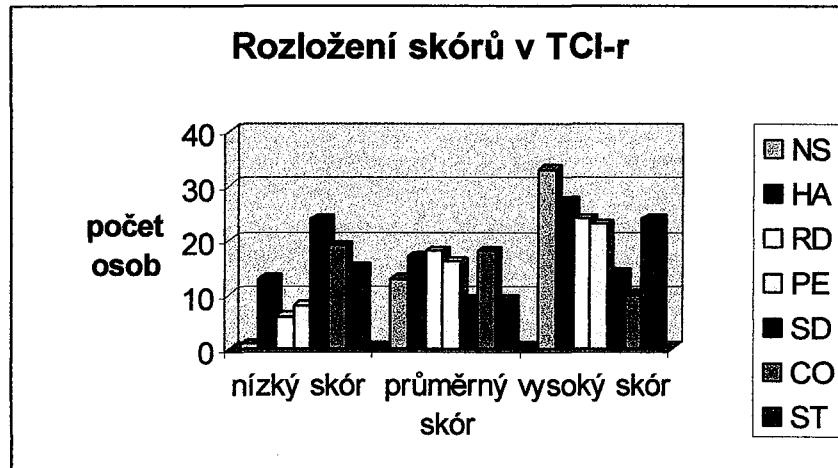
V dimenzi perzistence převahovali nad nízkými skóry, skóry vysoké. Drogově závislé tedy můžeme popsat spíše jako pilné, dychtivé a ambiciózní. Jak jsme již výše uvedli Preiss (2000) upozorňuje na průhlednosti jednotlivých a malé zastoupení položek v dotazníku.

Závislé na návykových látkách můžeme popsat jako spíše sociálně netolerantní, nepomáhající a pomstychtivé (↓ CO) než jako sociálně tolerantní a citlivé. Ostatní lidi vidí jako zlé a nepřátelské (Praško 2003).

Vyšší a vysoké skóry (HA) se interpretují jako opatrnost, pasivita, nejistota a tenze.

Preiss (2001) uvádí, že nízký skór v SD je častou charakteristikou všech poruch osobnosti. Pokud SD dosahuje 0–16,7 percentilu, je pravděpodobnost poruchy osobnosti 90 %, pokud 16,7–33 percentilu, je pravděpodobnost 40–50 % (Preiss; Kloze 2001). V našem souboru 12 osob (25,5%) získalo hodnoty v dimenzi SD mezi 0-16,7 percentilem. 10 osob (21%) dosáhlo v SD hodnot pohybujících se mezi 16,7-33 percentilem. U 21% osob v našem souboru jsme zjistili pravděpodobnost poruchy osobnosti 40-50%, u 25,5% byla pravděpodobnost 90%. Riziko poruchy osobnosti se snižuje při nízkých hodnotách NS a HA (Preiss; Kloze 2001) a zvyšuje s jejich vysokými hodnotami při nízkém RD (Preiss 2000). Tyto podmínky, při vyloučení osob s nízkým SD, splňují v našem souboru 2 osoby (NS nad 90. percentilem, RD pod 10. percentilem). Celkově tedy můžeme říci, že u 24 (50%) osob z VS jsme odhalili riziko poruchy osobnosti.

Graf 17



12.3.5 Typy temperamentu a charakteru u VS

12.3.5.1 Temperamentové typy

Podle výsledků v temperamentových dimenzích (NS, HA, RD) můžeme podle Cloningera určit temperamentové typy (Cloninger, 1987; Cloninger et al. 1994), které chápeme jako obecnou tendenci reagovat určitým způsobem (Preiss 2001). Tyto typy můžeme určit podle vysokých a nízkých skóru v jednotlivých dimenzích (viz tabulka 5). U osoby, která dosáhla průměrného skóru alespoň v jedné z temperamentových dimenzí, typ temperamentu neurčujeme.

V našem souboru jsme určili následující typy charakteru (v závorkách uvádíme počet osob): histriónský (5), hraniční (2) a pasivně-závislý (1). Tyto temperamentové typy považujeme za „čisté“, jelikož jsme sem zahrnuli pouze osoby, které skórovaly v daných dimenzích nad 90. percentilem a pod 10. percentilem. Pokud vycházíme ze skóru zahrnujících i hodnoty umístěné nad 75. percentilem a pod 25. percentilem můžeme hovořit o temperamentovém typu histriónském celkem u 9 osob, o pasivně-závislém u 2 osob a hraničním u 4 osob. Nejčastěji určeným temperamentem je temperament histriónský následovaný temperamentovým typem hraničním.

Cloninger (1987) odvozoval temperamentové typy z poruch osobnosti. Vyznačují se tedy stejnými charakteristikami jako stejnojmenné poruchy osobnosti.

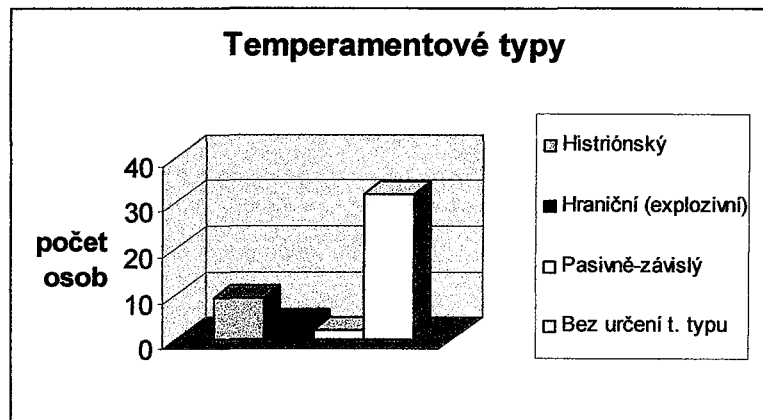
Histriónský typ charakteru se vyznačuje mělkou a labilní emotivitou, neustálým vyhledáváním vzrušení, přehnanými projevy emocí a snadnou ovlivnitelností lidmi a okolnostmi.

Druhým nejčastějším typem temperamentu v našem souboru byl typ **hraniční**. Osoby s tímto typem temperamentu jsou charakteristické sklonem k vytváření intenzivních a nestálých vztahů, narušenou a nejistou představou o sobě samém, o svých cílech a hodnotách, přehnanou snahou vyhnout se odmítnutí a pocity prázdnoty.

Posledním určeným typem byl typ **pasivně-závislý** vyznačující se spoléháním jedince na jiné osoby, strachem z odmítnutí, pocity bezmoci a neschopnosti, souhlasem s přáním jiných osob.

Níže uvádíme graf 18, znázorňující temperamentové typy. V grafu jsou zahrnuty i jedinci, kteří dosáhli hodnot, jež se určitému temperamentovému typu přibližují (tedy i hodnoty nad .75 a pod 25. percentilem).

Graf 18



12.3.5.2 Charakterové typy

Podle výsledných hodnot v charakterových dimenzích, tedy v Sebeřizení (SD), Spolupráci (CO) a Sebepřesažení (ST), můžeme určit charakterové typy (Cloninger, 1987; Cloninger et al., 1994). Charakterové typy osobnosti určujeme podle kombinací vysokých a nízkých skóre dosažených ve výše jmenovaných dimenzích (viz tabulka 6). Nejprve opět uvádíme tzv. „čisté typy“, kde jsou zahrnuty pouze hodnoty nad 90. a pod 10. percentilem. Z těchto výsledných hodnot jsme určili následující typy charakteru: schizotypální, u 2 osob, a melancholický u 1 osoby.

Pokud vycházíme ze skóre zahrnujících i hodnoty umístěné nad 75. percentilem a pod 25. percentilem, můžeme hovořit o schizotypálním charakterovém typu u 7 (15%) osob, o melancholickém u 2 (4%) osob, stejně jako u tvořivého charakteru (4%). Typ organizovaný a fanatický jsme stanovili u 2 osob, tzn. že organizovaný typ charakteru byl v souboru zastoupen 2%, stejně tak jako fanatický.

Nejčastěji byl v našem souboru zastoupen **schizotypální** charakter. Osoby, které skórují nízko v dimenzích Sebeřízení (SD) a Spolupráce (CO), ale vysoko v Sebeřesažení (ST), jsou označovány jako dezorganizované, protože mají tendenci k nelogičnosti, podezřívavosti a nezralosti. Tato definice koresponduje s originálním popisem schizotypu podle Bleulera nebo Kraepelina. Tyto osoby můžeme popsat jako sugestibilní s živou představivostí a nekonvenčním chováním (↑ ST). Toto chování není organizováno směrem k realistickým cílům pomocí analytického usuzování a sebekázně (↓ SD) anebo k emočně odměňujícím, sociálně hodnotným vztahům založeným na důvěře a etice (↓ CO) (Praško et al. 2003).

Druhým nejčastěji zastoupeným typem charakteru byl typ **melancholický**, který se určuje na základě nízkých skóre získaných ve všech třech charakterových dimenzích. Osoba s tímto typem charakteru je popisována jako sobecká, nezralá a emočně reaktivní, oscilující mezi lakotností a trpělivostí. Jedinci s tímto typem charakteru vnímají život jako obtížnou soutěž s nepřátelskými protivníky, která vede k nevábnému utrpení. Často trpí negativními emocemi hanby, nenávisti a utrpení. Pozitivní emoce pociťují zřídka. Nedostatek pozitivních emočních odpovědí je spojen s typickými vegetativními symptomy melancholie, jako je anorexie a časná ranní probouzení.

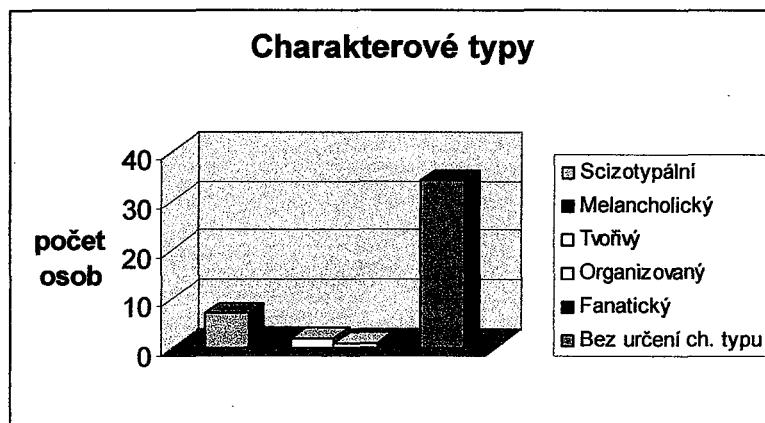
Přestože se zbývající dva charakterové typy vyskytly v souboru pouze jednou, uvedeme zde jejich charakteristiku.

Osoby s **organizovaným** charakterem, který se projevuje vysokým Sebeřízením (SD) a Spoluprací (CO), ale nízkým Sebeřesažením (ST) jsou popisovány jako logické, důvěřivé a zralé. Jsou konzervativní, upřednostňují analytické uvažování, výkonnost, stálost a důraz na detail a zákony (Praško et al. 2003).

Fanatický charakter má vysoký skóre v Sebeřesažení (ST) a Sebeřízením (SD), ale skóre Spolupráce (CO) je nízký, což odpovídá paranoidnímu charakteru popsanému Kraepelinem. Tyto osoby jsou charakteristické odolnou a nepřetržitou cílesměrností, spojenou s podezřívavostí, povrchností a excentrickou fascinací, a jinými formami projektivního myšlení (Praško et al. 2003).

Níže uvádíme graf 19 charakterových typů. V grafu jsou stejně jako v grafu temperamentových typů obsaženi i jedinci, kteří dosáhli hodnot, jež se určitému charakterovému typu přibližují.

Graf 19



13 Porovnání osobnostních vlastností mezi drogově závislými ženami a muži

13.1 Charakteristika souboru

Soubor, který jsme použili je totožný se souborem, se kterým jsme pracovali v první části praktické. Soubor jsme rozdělili podle pohlaví na skupinu 1 – muži, v počtu 26 osob a skupinu 2 – ženy, v počtu 21 osob. Podrobný popis souboru uvádíme v kapitole 12.1.

13.2 Metoda

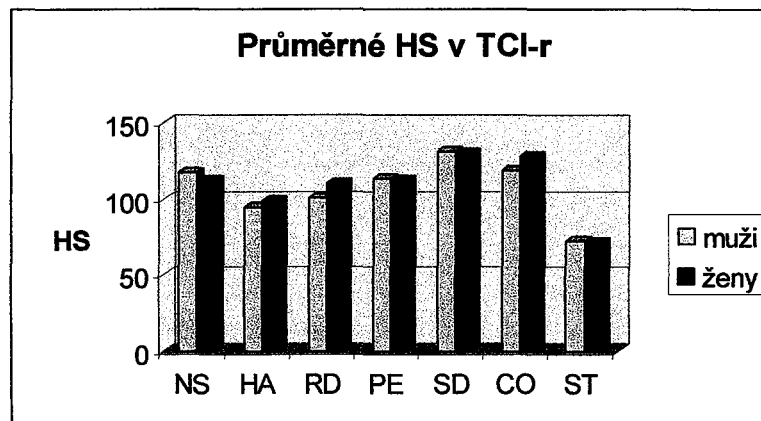
Jako metodu jsme použili osobnostní dotazník TCI-r.

13.3 Výsledky

V tabulce č.8 uvádíme výsledky deskriptivní statistiky, graf 20 znázorňuje průměrné HS pro obě skupiny.

Tab. 8 Deskriptivní statické údaje								
Dimenze TCI-r	Skupina 1				Skupina 2			
	M	SD	Med	MIN-MAX	M	SD	Med	MIN-MAX
NS	117,50	15,47	119	88-122	112,62	13,25	112,5	96-145
HA	94,65	17,50	95	57-128	99	22,82	102	62-141
RD	100,57	10,17	100	81-132	109,90	13,96	102	77-119
PE	113,88	17,62	112	79-155	111,86	25,03	117	60-146
SD	131,15	21,27	129	94-170	129,86	18,31	126	94-155
CO	118,30	12,40	116,5	100,150	127,90	10,60	127	105,144
ST	72	15,72	70,5	40-99	71,40	14,37	70	39-93

Graf 20



Porovnání skupiny 1 a skupiny 2

Na základě skóre v jednotlivých dimenzích jsme provedli výpočet středních hodnot a průměrů. Dále pak byl proveden Mann-Whitneyův U-test.

Tento test, který jsme zvolili pro statistické srovnání, se používá pro dva nezávislé výběry a je jedním z nejsilnějších neparametrických testů (Reiterová 2003). Důvodem volby Mann-Whitneyova U-testu byl příliš malý počet osob v souborech tvořících skupinu 1 a 2. Pro srovnání statistických rozdílů jsme použili 5% hladinu významnosti. Výsledné hodnoty uvádíme v tabulce č.9 a č. 10.

Temperamentové dimenze	Skupina 1		Skupina 2		Hodnoty	
	Průměrná hodnota	Střední hodnota	Průměrná hodnota	Střední hodnota	z	P
Vyhledávání nového (NS)	117,50	119	112,62	112,5	-1,17	0,25
Vyhýbání se poškození (HA)	94,65	95	99	102	-0,92	0,35
Závislost na odměně (RD)	100,57	100	109,90	102	-0,55	0,59
Odolnost (PE)	113,88	112	111,86	117	-1	0,02

Jedinou temperamentovou dimenzí, ve které se odlišují muži a ženy je PE. Ženy v této dimenzi dosahovaly nižších skóre než muži. U ostatních dimenzí jsme statisticky významné rozdíly neprokázali.

Charakterové dimenze	Skupina 1		Skupina 2		Hodnoty	
	Průměrná hodnota	Střední hodnota	Průměrná hodnota	Střední hodnota	z	P
Sebeřizení (SD)	131,15	129	129,89	126	-0,35	0,72
Spolupráce (CO)	118,30	116,5	127,90	127	-2,74	0,01
Sebepřesažení (ST)	72	70,50	71,40	70	0,11	1,89

U charakterových dimenzí se muži a ženy lišili v jediné dimenzi, v CO. Ženy skórovaly výše než muži.

Shrnutí

V TCI-r se muži a ženy lišili v dimenzích Odolnost (PE) a Spolupráce (CO).

14 Porovnání osobnostních vlastností mezi závislími na opioidech a stimulantích

14.1 Charakteristika souboru

Soubor se skládal ze 47 osob.

Hlavní kritérium výběru:

- a.) diagnóza F15.2 anebo F11.2

Další kritéria výběru:

- b.) absolvování detoxifikační léčby a nástup do střednědobé až dlouhodobé léčby
- c.) věkové rozpětí 20-30 let
- d.) český jazyk je jazykem mateřským

Jednalo se o stejné osoby, které byly zahrnuty do souboru, se kterým jsme pracovali v prvním a druhém oddíle praktické části. Šlo tedy o klienty následujících terapeutických komunit: Nová Ves, Magdaléna, Karlov a Teen Challenge Černuc- středisko pro ženy.

Soubor jsme rozdělili na dvě skupiny podle hlavního kritéria výběru, tedy podle typu diagnózy. Vytvořili jsme dvě skupiny osob. Do skupiny č. 1 jsme zařadili osoby s typem závislosti F15.2 (= závislost na jiných stimulantích včetně kofeinu a pervitinu), do skupiny č. 2 osoby s diagnózou F11.2 (= závislost na opioidech).

Skupina 1 čítala celkem 35 osob. Skupina 2 byla složena z 12 osob.

Charakteristika souborů z hlediska pohlaví

Skupina 1 byla tvořena 35 osobami, z toho 16 muži a 19 ženami.

Skupina 2. Celkový počet osob byl 12, z toho 10 mužů a 2 ženy.

Pohlaví	Skupina 1		Skupina 2	
	četnost	K.č /%/	četnost	K. č. /%/
Muž	16	46	10	83
Žena	19	54	2	17

Charakteristika souboru z hlediska věku

Skupina 1. Průměrný věk v této skupině byl 24, 5 let.

Skupina 2. Průměrný věk v této skupině byl roven 25,5 roku.

Soubory	Průměrný věk
Skupina 1	24,5
Skupina 2	25,5

Charakteristika souboru z hlediska vzdělání

Ve skupině 1 osoby udávali jako nejvyšší dosažené (ukončené) vzdělání ZŠ, následovala SŠ, učební obor bez maturity, učební obor s maturitou a VŠ.

Ve skupině 2 převažovala ukončená ZŠ, následovaná učebním oborem bez maturity. Nejméně osob uvedlo dokončenou SŠ.

Nejvyšší dosažené vzdělání	Skupina 1		Skupina 2	
	četnost	K.č./%/	četnost	K.č./%/
ZŠ	18	51,5	6	50
Vyučený/á	10	28,5	4	34
Vyučený/á s maturitou	1	3	/	/
SŠ	5	14	2	17
VŠ	1	3	/	/

Charakteristika souboru z hlediska místa trvalého bydliště

Skupina 1: v tomto souboru převažovaly osoby žijící v kraji středočeském, kraji západočeském, jihočeském, východočeském a jihomoravském.

Skupina 2: stejně jako v prvním souboru i tato skupina byla nejpočetněji zastoupena osobami žijícími v kraji středočeském, dále pak v kraji jihočeském a západočeském.

Kraj	Skupina 1		Skupina 2	
	četnost	K.č./%/	četnost	K.č./%/
Středočeský	25	71	8	66
Jihočeský	2	6	2	17
Západočeský	6	17	2	17
Východočeský	1	3	/	/
Jihomoravský	1	3	/	/

14.2 Metoda

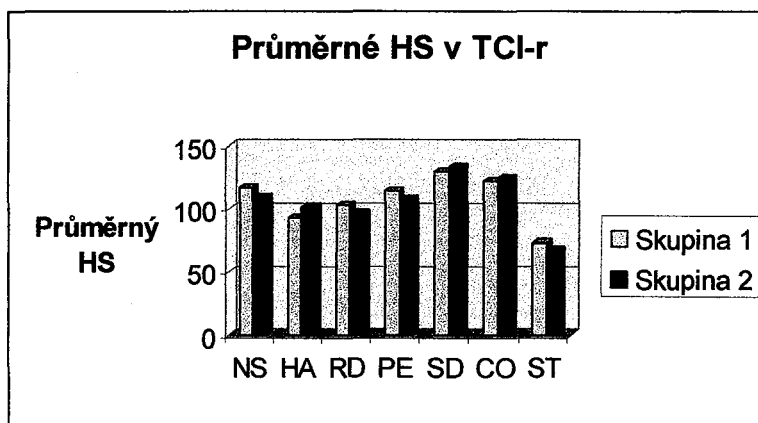
Výzkumnou metodou, kterou jsme použili, byl stejně tak jako v prvním a druhém oddíle praktické části, osobnostní dotazník TCI-r (Temperament and Character Inventory-revised). Tato metoda je popsána výše v kapitole 12.2.

14.3 Výsledky

V tabulce č. 11 uvádíme výsledky deskriptivní statistiky pro oba soubory. Graf 21 znázorňuje průměrné HS, které získali oba VS.

Tab.11 Deskriptivní statické údaje								
Dimenze TCI-r	Skupina 1				Skupina 2			
	M	SD	Med	MIN-MAX	M	SD	Med	MIN-MAX
NS	116,68	15,65	119	92-147	108,66	9,72	107,5	88-122
HA	92,71	21,27	95	57-141	101,08	11,92	102	78-128
RD	102,66	10,12	100	77-132	96,42	8,21	97	81-113
PE	114,77	21,39	109,5	60-155	107,75	19,78	108	79-142
SD	129,72	21,16	122	94-170	133,08	17,20	134	94-145
CO	122	12,60	123	100-150	124,16	12,36	125	103-144
ST	73,03	14,94	69,5	39-99	67,83	16,28	68,5	40-88

Graf 21 Průměry souborů v jednotlivých dimenzích TCI-r



Porovnání výsledků obou skupin:

K porovnání výsledků jsme opět použili Mann-Whitneyův U-test. Zvolili jsme 5% hladinu významnosti. Výsledky uvádíme v tabulce č. 12 a 13.

Temperamentové dimenze	Skupina 1		Skupina 2		Hodnoty	
	Průměrná hodnota	Střední hodnota	Průměrná hodnota	Střední hodnota	z	P
Vyhledávání nového (NS)	116,68	107,5	108,66	107,5	-1,76	0,08
Vyhýbání se poškození (HA)	92,71	95	101,08	102	-1,46	0,14
Závislost na odměně (RD)	102,66	100	96,42	97	-1,78	0,07
Odolnost (PE)	114,77	109,5	107,75	108	-1,08	0,28

Rozdíly ve výsledných hodnotách souboru 1 a souboru 2 nejsou statisticky významné.

Charakterové dimenze	Skupina 1		Skupina 2		Hodnoty	
	Průměrná hodnota	Střední hodnota	Průměrná hodnota	Střední hodnota	z	P
Sebeřízení (SD)	129,72	122	133,08	134	-0,72	0,47
Spolupráce (CO)	122	123	124,16	125	-0,33	0,75
Sebepřesažení (ST)	73,03	69,5	67,83	68,5	-1,15	0,66

Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali rozdíly ve výsledných hodnotách charakterových dimenzí mezi souborem 1 a 2.

Shrnutí

Mezi hodnotami obou souborů jsme neprokázali statisticky významné rozdíly v dimenzích temperamentových, stejně jako v dimenzích charakterových. Došli jsme tedy

k názoru, že se osobnostní vlastnosti neliší mezi drogově závislými na stimulanciích a opioidech.

15 Diskuze dat

V této části práce shrneme výsledky, ke kterým jsme se dopracovali v části praktické zaměřené na zjištění osobnostních vlastností u závislých na nealkoholových drogách.

Vzorek 47 osob, který jsme zahrnuli do výzkumu se liší od původně naplánovaného. Naším původním cílem bylo pracovat se souborem o velikosti 60 lidí, bohužel v praxi bylo mnohdy náročné získat souhlas terapeutických komunit o provedení výzkumu. Přesto se domníváme, že vzorek je dostatečně veliký, aby mohl postihnout odlišnosti v osobnostních vlastnostech osob závislých na nealkoholových drogách od vlastností normální populace.

Do souboru jsme zahrnuli obě pohlaví. Ve výzkumu nám šlo o vlastnosti drogově závislého na nealkoholových drogách, přičemž jsme se nezaměřili na muže či ženy zvlášť. Vzorek je zastoupen 26 muži a 21 ženami. Snažili jsme se, aby byl vzorek co nejbližší rozdělení 1:1, abychom mohli výsledky výzkumu zobecňovat na závislé na nealkoholových drogách bez ohledu na pohlaví.

Jako metodu jsme zvolili osobnostní dotazník TCI-r (Temperament and Character Inventory-revised). V ČR tento dotazník přeložili a validizovali Kožený a Tišanská v roce 1998 (Preiss et al. 2000). Preiss et al. (2001) považují tuto metodu za praktickou v psychiatrii a psychologii osobnosti díky malé průhlednosti pro probandy. Preiss et al. (2001) měřili validitu a reliabilitu metody. Validitu (vnitřní konsistence u všech položek vyšší než 0,86) i reliabilitu (test-retestová metoda, u všech položek vyšší než 0,96) pokládají autoři za dobrou.

Výsledky temperamentových dimenzí by měly více vypovídat o vrozených vlastnostech, jelikož temperament chápeme jako dispozici k emocionálním reakcím (Praško et al. 2003), jako obecnou tendenci reagovat určitým způsobem (Preiss; Klose 2000).

Nyní se zaměříme na jednotlivé temperamentové a charakterové dimenze.

V temperamentové dimenzi Vyhledávání nového (NS) převládali v našem souboru vyšší a vysoké skóry. Ke stejnému zjištění dospěli i Wills et al. (1994) při zkoumání drogově závislých adolescentů. Gómez et al. (2001) dospěli ke shodným výsledkům u abstinujících, kteří byli dříve závislí na nealkoholových drogách, stejně jako Chang et al. (2007). Zmínění autoři použili testy TCQ (Temperament and Character Questionnaire) a TCI (Temperament

charakter Inventory), tedy předchozí verze TCI-r, jejichž jednotlivé dimenze velmi dobře korelují s TCI-r (Preiss 2007).

Tyto osoby (\uparrow NS) můžeme popsat jako zvědavé, zkoumavé, impulzivní a vzrušivé, netolerantní k monotónii, snadno se nudící. Podle výsledků výzkumu předpokládáme, že se tyto vlastnosti vyskytují u drogově závislých častěji než vlastnosti typické pro nízký skóre (systematičnost, přemýšlivost, pomalé tempo). Jelikož NS patří mezi temperamentové dimenze (měří tedy vlastnosti temperamentu, který jak jsme již výše uvedli můžeme chápat jako dispozici k emocionálním reakcím) můžeme tyto vlastnosti pokládat i za možné predikátory budoucího užívání drog či samotné závislosti.

Náš závěr o vyšší vzrušivosti a impulzivitě u závislých podporuje Presl (1994), který referuje o zvýšeném riziku vzniku závislosti u osob zvýšeně dráždivých, jež jsou impulzivní anebo k impulzivitě mají sklony, stejně jako Vojtík a Břicháček (1987), jež považují impulzivitu a dráždivost za predikátory drogové závislosti. Naše závěry potvrzuje i řada dalších autorů (Smith, Jessor, Melinger in Netík et al. 1990), kteří na základě longitudinálních výzkumů pokládají vyšší impulzivitu za osobnostní charakteristiku, která umožňuje predikci užívání a závislosti na návykových látkách.

Preiss a Klose (2001) uvádějí pozitivní korelaci vysokých skóre NS s impulzivitou a agresivitou. Kirkcaldy et al. (2002) považují právě agresivitu za rizikový faktor užívání drog. Vzhledem k pozitivní korelaci podporují nálezy těchto autorů naše závěry o vyšší impulzivitě u závislých.

Osoby s vysokým skórem v NS popisujeme jako zvědavé a zkoumavé, rychle se nudící. Také Heller a Pecinová (1996) pokládají uniknutí nudě, produkování nových idejí, zkoumání nových věcí a získávání nových zážitků za motivy, které předcházejí vývoji a vzniku drogové závislosti, což potvrzuje také Fišerová (2003), podle níž se mezi lidmi závislými na drogách nejčastěji objevují lidé zvědaví, vyhledávající nové zážitky.

Můžeme předpokládat, že zatímco osoby s nízkým NS (tedy přemýšlivé, pomalé, atd.) se droze spíše vyhýbají či nemají touhu poznat její účinek, osoby na opačném pólu mohou drogu užít ze zvědavosti, v touze po nových zážitcích, anebo protože jednájí impulzivně, či-li bez přemýšlení, jaké následky by jejich chování mohlo mít.

Preiss a Klose (2001) uvádějí, že vysoké NS v dětství společně s nízkým HA (vyhýbání se poškození) a nízkým RD (závislost na odměně) jsou dobrým prediktorem drogové závislosti u adolescentů. Opět tedy potvrzují, že u drogově závislých je vyhledávání nového vyšší než u lidí bez této diagnózy.

Tato zjištění by se dala dobře využít v prevenci, a to například v rodině. Pokud předpokládáme, že impulzivita, zvědavost, vyhledávání nových aktivit, netolerance k monotónii a snadné podléhání nudě, jsou predikátorem užívání návykových látek, je třeba předcházet takovým situacím, ve kterých by dítě bylo nuceno pátrat po těchto zážitcích samo. Možným řešením je například přizpůsobit život dítěte jeho vlastnostem, utvořit ho pestřejší. Možností je např. přizpůsobit volný čas dítěte těmto potřebám a naplňovat ho aktivitami, které dítě baví, posílit vazbu dítěte na rodinu a povzbudit ho ke kvalitním zálibám mimo rodinu. Pokud dítě nebude mít dostatek nových podnětů, může snáze podlehnout pokušení vyhledávat užití drogy v touze po zážitcích či aby se nenudilo.

Tyto poznatky lze využít také v léčbě. Na základě našich osobních zkušeností jsme došli k závěru, že osoby léčící se z drogové závislosti často nevědí, jak využít svůj volný čas, často se nudí. Jedním z cílů terapeutického vedení by mohlo být využití těchto vlastností ve prospěch klienta. Je třeba nalézt správný směr, kde by se tyto vlastnosti uplatňovaly pozitivním způsobem. Také se zdá prospěšné pracovat na impulzivité, která může hrát roli při relapsu, například zaměřením se na ovládání aktuálních impulzů.

Studiemi bylo zjištěno, že je tato dimenze (NS) nezávislá na náladě a úzkosti (Preiss; Kloze 2001), což je pro nás velice důležité, neboť cílem našeho výzkumu byly osobnostní vlastnosti nikoliv emoční ladění v době vyšetření.

Druhou dimenzí, kterou jsme měřili, byla dimenze Vyhýbání se poškození (HA). Vysoce skórující v HA, tedy 34% osob ze souboru, můžeme popsat jako osoby se sklonem být obezřetné, opatrné, ustrašené, napjaté, bojácné, nervózní, ostýchavé, pochybovačné, neodvážné, nejisté, pasivní, negativistické nebo pesimistické. Tito jedinci mají sklon být inhibovaní a stydliví ve většině sociálních situacích. Tato dimenze koreluje s Eysencovým neuroticismem a introverzí (Preiss; Kloze 2001). Pokud vycházíme z této korelace, můžeme se opřít o výzkum Carra, Harta a Kellyho (1981), kteří u drogově závislých v porovnání s normální populací zjistili vyšší hodnoty na škále neuroticismu či Kirkardiho et al. (2002) a Tescadeho et al. (1971 in Kirkardi 2002), kteří považují neuroticismus za rizikový faktor vzniku závislosti.

Jelikož dimenze HA vypovídá o úzkosti lépe než NS (Preiss; Kloze 2001), můžeme naše závěry podpořit také výzkumem Siegela a Ehrlicha (1989). Tito autoři dospěli k závěru, že drogově závislí převyšují v úzkostnosti normu. I další autoři, považují úzkostnost za častý osobnostní rys vyskytující se mezi závislými. Například Nešpor a Csémy (1995), podle nichž

vzniká návyk na drogu často jako pokus odstranit úzkost. Další autorkou, která pokládá úzkostnost za velmi často se objevující vlastnost u drogově závislých, je Fišerová (2003).

Domníváme se, že užívání drog může být u těchto osob podporováno snahou překonat stydlivost, více se začlenit, anebo také překonat úzkost, tedy, že nejistota, strach v sociálních situacích a úzkostnost mohou být jedním z důvodů užití drogy, která tento strach snižuje a navozuje např. euforii, pocity přivalů energie, jako v případě psychostimulancií, anebo navozují stav blažené introverze, odstranění úzkosti a pocitu, že člověk nikoho nepotřebuje, jako je tomu u opiátů.

Při léčbě je tedy nutné pracovat na strategiích, které by takto disponovaným osobnostem mohly poskytnout jiné, účinnější a zdravější způsoby jak bojovat proti úzkosti či strachu ze sociálních situací.

Někteří autoři uvádějí výsledky, jež se neshodují s našimi. Patří mezi ně např. Wills et al. (1994) referující o tom, že u drogově závislých převažuje nízké HA, anebo také Preiss a Kloze (2001), jež uvádějí, že u skupiny závislých zaznamenali nižší skóre v HA. Na druhou stranu soubory, které použili se od našeho souboru v mnohém odlišovaly. V prvním případě šlo o soubor adolescentů, příležitostně užívajících marihuanu a alkohol, ve druhém případě byl návykovou látkou alkohol. Domníváme se, že tyto rozporné závěry mohou být způsobeny právě těmito odlišnostmi.

V našem souboru skórovalo nížce v HA 28% osob oproti 34% osob, kteří získaly hodnoty vysoké. Tento rozdíl není veliký. Prospěšné by bylo, abychom použili větší vzorek. Z výsledků by pak bylo více patrné, zda je pro závislé na nealkoholových drogách typičtější vysoký skór v HA (tedy pesimismus, nejistota, úzkostnost) či skór nízký (uvolněnost, odvaha a dynamičnost).

V další temperamentové dimenzi, tedy v Závislosti na odměně (RD), závislí skórovali nejčastěji výše oproti normální populaci. Můžeme je tedy charakterizovat jako spíše útlocitné, milující a vřelé, citlivé, zanícené, závislé a společenské (Cloninger 1987).

Gómez et al. (2001) při porovnání abstinujících mužů s kontrolní skupinou nezjistili žádné rozdíly v této škále. Tento rozdíl může být z části dán tím, že v našem souboru byly zahrnuty ženy, za předpokladu, že ženy v této dimenzi skórují výše. To potvrzují i Preiss et al. (2000), kteří zkoumali soubory normální a psychiatrické populace. Ženy skórovaly v této dimenzi významně výše.

Praško et al. (2003), Chih - Hung et al.. (2007) a další také hovoří o tom, že mezi adolescenty užívajícími návykové látky převažují ti, kteří skórují v RD nížce. Tyto výsledky

jsou tedy odlišné od našich zjištění. Na druhé straně bylo studiem zjištěno, že tato dimenze koreluje pozitivně s extroverzí (Preiss; Klose 2001), kterou řada autorů (Netík a kol. 1991; Presl 1994; Vojtík a Břicháček 1987) považuje za častý osobnostní rys drogově závislých.

Lidé skórující vysoce v této dimenzi jsou snadno ovlivnitelní a lehce podléhají názorům a pocitům ostatním. Domníváme se, že obzvláště tato vlastnost je riziková pro užívání drog i pro pozdější vznik závislosti.

Tato dimenze dále zjišťuje ochotu pomáhat, vyslechnout druhého a závislost na podpoře druhých. Jelikož život v terapeutické komunitě je podmíněn mnoha pravidly, za jejichž porušení či dodržování jsou klienti trestáni či odměňováni, můžeme si tyto nesouhlasné závěry (máme na mysli nesouhlasné se závěry jiných autorů) vysvětlit snahou odpovídat sociálně žádoucím způsobem.

Tato dimenze měří kromě jiného závislost na podpoře jiných, která, jak se domníváme, je zvláště v období léčby pro mnoho závislých velice důležitá. To také mohlo ovlivnit odpovědi respondentů.

Závislost na podpoře druhých, na sociálních vazbách, se mimo jiné projevuje sociálním připoutáním a snahou o přijetí. Tyto vlastnosti mohou hrát roli při vzniku závislosti. Z mnohých výzkumů vyplývá, že k prvnímu užití drogy dochází nejčastěji s kamarády a partnery. Můžeme se tedy domnívat, že i tato vlastnost zde hraje roli. Tyto poznatky jsou důležité pro terapii, zvláště u dospívajících, jejichž vztah k rodičům je často narušen a jež obvykle nemají jiné kamarády než ty mezi závislými. Náprava narušených vztahů s rodinou by mohla vést k tomu, aby tuto sociální podporu mohli čerpat v první řadě v rodinném prostředí.

Takto disponovaní jedinci mají tendenci reagovat intenzivně na odměňující podněty a brání chování, které odvrací trest. Je třeba v první řadě změnit jejich postoj k droze, která pro ně může mít účinek odměňující a proto se podvědomě brání léčbě.

Poslední temperamentovou dimenzí, kterou jsme měřili byla Odolnost (PE). Tato dimenze měří odolnost, vytrvalost a schopnost snášet nepříjemné, odolávat frustraci. V protikladu s našimi očekáváními téměř polovina respondentů skórovala na této škále vysoce, což znamená, že je můžeme považovat spíše za pilné, dychtivé a ambiciózní, s vysokou frustrační tolerancí. Toto zjištění je v protikladu s názorem Skály (1988), který považuje nízkou frustrační toleranci za významný osobnostní rys mladých toxikomanů. Také Vojtík a Břicháček (1987) referují o nízké frustrační toleranci u drogově závislých. Mezi další autory zastávající tento názor patří např. Chih – Hung et al. (2007), kteří u mladých uživatelů

drog zjistili nízkou odolnost či Gómez et al. (2004). V námi dostupných literárních pramenech jsme neobjevili stanovisko, které by podporovalo zjištěnou vysokou odolnost v našem souboru. Předpokládáme tedy, že tato škála mohla být pro některé probandy „průhledná“. Na průhlednost některých položek, a především jejich malý počet (méně než v ostatních dimenzích) upozorňují i Preiss a Klose (2001).

Charakter individua, který je dán prostředím a nesouvisí s temperamentem, je měřen následujícími dimenzemi: Sebeřízení, Spolupráce a Sebeřesažení. V dimenzi Sebeřízení (SD) získala více než polovina osob ze vzorku nízké a nižší skóry, což znamená, že se v našem souboru vyskytly spíše osoby nezralé, s nízkým sebehodnocením, které obviňují ostatní za své obtíže. Tyto osoby si nejsou jisté svým zaměřením a často jednají závisle (Praško a kol. 2003). Nemají vytvořené vlastní hodnoty a cíle, a proto se řídí spíše reakcemi a tlaky z okolí (Cloninger 1987). Toto zjištění se shoduje s názorem Murryho (1977), který u svých závislých pacientů upozorňuje na nevyzrálou osobních cílů anebo na jejich úplnou absenci.

Nízké sebehodnocení může být rizikovým faktorem užívání návykových látek. Mnoho uživatelů psychoaktivních látek hovoří o tom, že se v době působení látky cítí více jistí a sebevědomější. Podle našeho názoru jim droga může přinášet pocit sebevědomí, který postrádají. Stává se pro ně oporou. S tímto názorem se ztotožňuje Urban (1973), který v této souvislosti nazývá drogu „berlou“. Domníváme se také, že prožívání nedostatečné hodnoty sebe sama může být klíčový pro počáteční užívání drog, neboť bez tohoto prožitku může být obtížné vytvořit si smysl života. V droze pak jedinec může tuto smysluplnost nacházet. Psychoaktivní látka se pak pro jedince stává únikem. Zde se opíráme o tvrzení Viewega (1996), podle něž sebehodnocení zprostředkovává ústřední zážitek smysluplnosti nebo nesmyslnosti života.

Počátek drogové závislosti je mnohdy zasazen do období adolescence. Právě v tomto období je hodnota vlastní osoby velkým tématem. Vágnerová (2000) uvádí, že právě v období dozrívající pubescence a počínající adolescence se objevují časté výkyvy v sebehodnocení, mnoho lidí má v tomto období sebehodnocení nízké.

Absenci vlastních cílů a hodnot považujeme také za prediktivní faktor. Pokud člověk nemá cíle a hodnoty, nemá čemu přizpůsobovat své chování. Nehledí příliš do budoucnosti, tím pádem se pro něj droga může stát „příjemným“ zpestřením přítomnosti.

Také závislé chování, které je měřeno dimenzí SD, považujeme za predikátor drogové závislosti. Osoby s těmito vlastnostmi jsou snadno ovlivnitelné a společně s absencí cílů a

nízkým sebehodnocením se dle našeho názoru riziko užívání drog a následného vzniku závislosti zvyšuje.

Charakter se vyvíjí v průběhu života, a proto je zčásti tvořen výchovou. Mnoho autorů uvádí, že mnoho závislých vyrůstalo v nepříznivém rodinném prostředí. Právě rodina má dle našeho názoru obzvláště v období dětství a pubescence velký vliv na formování sebevědomí. Prevence by tedy opět byla zaměřena na rodinné prostředí, na to, aby děti spíše nejisté byly oceňovány a podporovány ve formování cílů a hodnot, v závislosti na jejich potenciálu.

Tento poznatek, tedy nízké hodnoty SD, se dají využít také v terapii. Důležité je, aby se sebehodnocení podporovalo, a postupně vzrůstalo. Za důležitou považujeme také snahu pomoci nalézt klientovi cíle, které by pro něj byly důležité a dosažitelné, a pomoci mu na cestě za jejich plněním, dále pracovat na přijetí zodpovědnosti za své chování namísto obviňování ostatních ze svých neúspěchů, které může vést k pocítům, že není nutné se snažit o změnu, protože stejně neovlivníme výsledek našeho snažení. V těchto cílech se nám jeví jako užitečná skupinová terapie, kde klient může získat náhled na to, jak jeho potíže hodnotí ostatní.

Předposlední měřenou dimenzí byla dimenze Spolupráce (CO). Nejvíce osob z našeho souboru získalo skóry nižší a nízké, jednalo se tedy o osoby nespolupracující, sociálně netolerantní, nepomáhající a oportunistické, které vnímají ostatní lidi jako nepřátelské a zlé. Jelikož tato dimenze patří mezi dimenze charakterové, jsou vlastnosti jí měřené ovlivněné učením a zkušenostmi. Vnímání ostatních lidí jako nepřátelských, může být dána zkušenostmi, které byly nabyty v období aktuální závislosti. Společnost se k drogově závislým často chová zle a nepřátelsky, což je mnohdy zapříčeno chováním závislých (například kriminalitou). Můžeme si tím vysvětlit i neochotu pomáhat, jelikož ve světě drog, nejsilněji v období těžkého stupně závislosti, je jedinec ovládan drogou, jejíž získání je jeho nejsilnějším motivem ovládajícím chování. V tomto případě, se pak zajímají hlavně sami o sebe, než aby se snažili pomoci jiným. Jelikož instrukce k administraci vybízejí jedince, aby odpovídal podle toho, jak se obvykle chová a cítí, je možné, že řada odpovědí se vztahovala na chování a cítění v minulosti (před vstupem do TK), tedy k chování závislého.

Můžeme namítnout, že tato vlastnost mohla být formována již před vznikem závislosti. Domníváme se, že závislý mohl hledat v droze únik před světem, který se mu jevil jako nepřátelský a posléze již v období závislosti bylo jeho vnímání světa zesíleno.

Také netolerance může být predikátorem budoucí závislosti. Jak jsme se již zmínili, závislost vzniká nejčastěji v období pubescence a adolescence, kdy jsou tyto pocity ještě

intenzivnější, o čemž referuje i Vágnerová (2000), což může být spouštěčem vyhranit se těmto lidem a nalézt jiný svět, ve kterém se nebudou potýkat s lidmi, které vnímají negativně a nepřátelsky.

Tato zjištění se nám jeví opět jako významná pro léčebný proces, který by se zaměřoval na rozvíjení spolupráce a na učení se toleranci, a také na restrukturalizaci vnímání lidí jako nepřátelských a zlých. V tom by mohla být opět významná skupinová terapie.

Výsledky poslední charakterové dimenze, Sebepřesažení (ST), naznačují, že mezi drogově závislými převažují osoby s vysokými a vyššími skóry. Tyto osoby se vyznačují tím, že si dovedou užít většinu svého konání, aniž by museli znát výsledek. Také nepocítují nutnost ovládat situaci. Většina těchto lidí cítí, že jim jejich spiritualita pomohla naplnit smysl života.

Převažující vysoký skór v této dimenzi si vysvětlujeme mimo jiné zážitky, které mají respondenti spojeny s drogami. Některé účinky drog vyvolávají pocit spjatí s přírodou a smysluplnosti světa. S tímto názorem se ztotožňuje Hajný (2003), podle kterého řada drog vyvolává intenzivní smyslové zážitky a pocity spjatí s přírodou.

Nejčastější spojení v temperamentových dimenzích bylo vysoký skór v NS, nízký skór v HA a vysoký skór v RD. Vysoký skór v NS, tedy touha po nových zážitcích, impulzivita, vyhledávání vzrušení, nízký skór v HA, interpretovaný jako podceňování rizik a nebojácnost, společně s vysokým skórem v RD, tedy společenskosti a závislosti, nám může pomoci vysvětlit vznik drogové závislosti. Touhu zkoušet nové věci, v našem případě účinek návykových látek, společně s podceňováním rizik, která návykové látky přinášejí a se společností a závislostí, považujeme za rizikový faktor vzniku a rozvoje drogové závislosti. Tyto poznatky jsou důležité pro prevenci, která by měla upozorňovat na rizika, která drogy přinášejí. V léčbě je pak důležitá prevence relapsu, která by se u takto disponovaných lidí měla soustředit například na upozorňování na rizikové situace, které by tyto lidé mohli snadno podceňovat. Zde se opíráme o názor Nešpora (2007), podle nějž je pro prevenci relapsu důležité naučit se vyhýbat rizikovým situacím a nepodceňovat nebezpečí, z nich plynoucí.

V našem výběrovém souboru jsme u 50% osob odhalili riziko poruchy osobnosti. Jelikož je naše práce zaměřena na normální osobnostní vlastnosti, nezabývali jsme se diagnostikou typů poruch osobnosti.

Naše zjištění, tedy odhalení rizika poruchy osobnosti u poloviny osob v souboru, podporují Verheul a van den Brink (2000), kteří referují o tom, že u drogově závislých se

poruchy osobnosti vyskytují třikrát častěji než u normální populace. Tyto poznatky jsou primární pro léčbu. Je nutné, aby se u klientů zjišťoval i výskyt poruch osobnosti, jelikož vedou k relapsu a zhoršují průběh léčby. Na toto upozorňují i Síkora a Novotná (2007), kteří doporučují pokračování v psychoterapeutické léčbě i po skončení léčby závislosti.

Nejčtetnějším typem temperamentu určeným ve VS byl typ histriónský. Tento typ temperamentu považujeme za rizikový faktor vzniku a rozvoje drogové závislosti. Snadná ovlivnitelnost a neustálé vyhledávání vzrušení, které jsou charakteristické pro jedince s tímto typem temperamentu považujeme za možný faktor, který může vést k závislosti na návykových látkách. Dle našeho názoru, mohou takto disponovaní jedinci v drogách hledat nové podněty. Také jejich snadná ovlivnitelnost druhými lidmi může vést k užití drog, zatímco jedinci, kteří nejsou takto ovlivnitelní, se řídí vlastními názory a mohou se droze spíše vyhnout. Faktor ovlivnitelnosti může hrát roli i v léčebném procesu. Pozitivní roli v ovlivnění nebrání drogy, ale i negativní roli, pokud se lidé, kteří drogy stále berou budou snažit, aby tito drogu znovu užili. Při terapeutickém působení je pak důležité, aby si klient vytvořil vlastní názory, kterými by se řídil v běžném životě. Labilní emotivitu a silné emoce považujeme také za rizikový faktor, stejně jako například Presl (1994) či Vojtík a Břicháček (1987).

Domníváme se, že droga v případě silných, a zvláště negativních emocí může pro daného jedince představovat jakousi samolčbu, způsob, jak se silnými emocemi vyrovnat. Přestože droga tyto emoce „neřeší“, na jedince může působit účinek návykové látky uvolňujícím způsobem. Při léčbě je pak důležité, naučit jedince, jak s emocemi pracovat, a jak silné a negativní emoce zvládat.

Časté pocity prázdnoty, bezmoci a nejisté sebehodnocení, sklon k vytváření intenzivních a nestálých vztahů, jsou charakteristické pro typ hraniční. Domníváme se, že pocit prázdnoty, který tito lidé pociťují, je může vést k tomu, že hledají naplnění v účincích návykových látek. Při léčbě je třeba pracovat na sebehodnocení klienta, a také na cílech, které se často u těchto lidí nevyskytují.

Nejčastěji zastoupeným charakterovým typem byl typ schizotypální, přičemž tito jedinci jsou popisováni jako dezorganizovaní, se sklony k podezřívavosti a nezralosti s absencí cílů, chovající se nekonvenčním způsobem. O nízkém sebehodnocení a absenci cílů, jsme se zmínili již výše (dimenze SD), proto pouze připomeneme, že v léčbě je u těchto lidí důležité pracovat na nízkém sebehodnocení a na budování vlastních cílů a hodnot.

U všech výše zmíněných dimenzí můžeme namítnout, že mnoho lidí má stejné vlastnosti, ale návykové látky neužívají. My jsme tyto vlastnosti posuzovali pouze jako jednu z možných příčin, která se na vzniku závislosti spolupodílí. Je třeba mít na paměti, že na vzniku drogové závislosti se podílejí i další faktory, například rodinné, neurobiologické, přítomnost poruchy osobnosti či jiných duševních onemocnění, anebo prožití traumatické události. Při léčbě je pak nutné posuzovat všechny možné příčiny komplexně, a terapii vést s ohledem na tyto příčiny, stejně jako na osobnost klienta.

Ve druhé části praktického oddílu naší práce jsme se zaměřili na rozdíly v osobnostních vlastnostech mezi muži a ženami závislými na nealkoholových drogách. Jediné dvě dimenze, ve kterých jsme prokázali statisticky významné rozdíly, byly dimenze Odolnost (PE) a Spolupráce (CO). V odolnosti skórovaly ženy více nalevo, což svědčí o jejich nižší frustrační toleranci oproti mužům. Dimenze CO se ukázala významnější než dimenze PE. Ženy získaly vyšší skóre než muži. Jelikož Preiss et al. (2007) referují o tom, že v této dimenzi skórují ženy výše než muži, nepřisuzujeme vyšší skóre v CO rozdílům v osobnostních vlastnostech mezi drogově závislými muži a ženami, ale spíše genderovým odlišnostem.

Navzdory našim očekáváním jsme v žádné z dimenzí TCI-r neprokázali statisticky významné rozdíly v osobnostních vlastnostech mezi závislými na stimulantech a opioidech. Předpokládali jsme, že osobnostní vlastnosti hrají roli i v preferenci návykových látek. Tento předpoklad jsme nepotvrdili, což ovšem může být dáno tím, že jsme použili malý vzorek.

Vzhledem k výsledkům, ke kterým jsme dospěli v druhé a třetí části, se domníváme, že naše poznatky o osobnostních charakteristikách závislých na nealkoholových drogách jsou vztahovatelné na populaci závislých bez ohledu na pohlaví či typ závislosti.

Závěr

Cílem této práce bylo zmapování vybraných osobnostních vlastností u závislých na nealkoholových drogách, a to konkrétně u 47 osob léčících se v terapeutických komunitách ze závislosti na stimulanciích a opiátech.

Pro přehlednost je práce rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. V části teoretické jsme se věnovali základním pojmům a jejich vymezení. Zabývali jsme se syndromem závislosti, definicí a dělením nealkoholových drog, a také situací v ČR. Dále jsme popsali mechanismy a účinky nejužívanějších drog v ČR.

V další části práce jsme se zaměřili na možné příčiny vzniku závislosti, přičemž jsme zvolili model bio-psycho-sociální. Také jsme podali přehled dosavadních výzkumů na téma osobnostních vlastností jako predikátorů drogové závislosti a osobnostních vlastností zjištěných u závislých na nealkoholových drogách.

V závěru části teoretické jsme věnovali nezbytný prostor léčbě a prevenci.

V praktické části jsme se zaměřili na zjištění a charakteristiku vybraných osobnostních vlastností u závislých na nealkoholových drogách. Vybranými osobnostními vlastnostmi máme na mysli vlastnosti měřené metodou TCI-r (Temperament and Character Inventory-revised). Tato metoda měří temperamentové a charakterové vlastnosti. Temperamentové vlastnosti jsou měřeny čtyřmi následujícími dimenzemi: Vyhledávání nového (NS), Vyhýbání se poškození (HA), Závislost na odměně (RD) a Odolnost (PE). Charakterové vlastnosti jsou měřeny dimenzemi Sebeřízení (SD), Spolupráce (CO) a Sebeopřesazení (ST). Při zpracování výsledků jsme porovnali výsledné skóry výběrového souboru s normou, tedy s průměrnými výslednými skóry normální populace. Jako nejvýznamnější temperamentová dimenze se nám jeví dimenze NS, ve které získalo 70% osob ze souboru skóry vyšší a vysoké oproti normální populaci (skóry se pohybovaly nad 75. percentilem). Výsledné skóry nám naznačují, že mezi závislými na nealkoholových drogách převažují osoby impulsivní, zvědavé, vyhledávající vzrušení a nové aktivity, u kterých však dlouho nevydrží, osoby, které nemají rádi monotónii a neustále vyhledávají nové zážitky. Výsledky, ke kterým jsme dospěli se nikterak nevymykají názorům jiných autorů. Z dalších temperamentových dimenzí, se u našeho souboru jeví významná dimenze RD, kde převažují osoby s vyššími a vysokými skóry, přičemž tyto osoby můžeme charakterizovat jako spíše společenské, útlocitné, závislé, podléhající názorům jiným. Další dimenze naznačují, že v našem souboru převažovali osoby úzkostné, stydlivé v sociálních situacích (HA), spíše odolné, s vyšší frustrační tolerancí (PE).

Nejvýznamnější charakterovou dimenzí byla dimenze SD, ve které získalo nízké a nižší skóry (máme na mysli skóry pod 25. percentilem), 51% osob. Dále v našem souboru převažovali osoby spíše nespolupracující, obviňující okolí za své neúspěchy, vnímající společnost jako nepřátelskou (↓ CO), tvořivé, užívající si své konání bez nutnosti znát výsledek (↑ ST). Výsledky jsme konfrontovali se zjištěnými autory v kapitole Diskuze dat.

V praktické části jsme také určili nejčastější temperamentové a charakterové typy vyskytující se u osob v našem souboru. Také jsme došli k závěru, že se v našem souboru vyskytuje u 50% osob riziko poruchy osobnosti.

V další části jsme se věnovali porovnání osobnostních vlastností mezi muži a ženami závislými na nealkoholových drogách a mezi závislými na stimulantech a opiátech. Ženy oproti mužům vykazovaly významně vyšší skóry v dimenzi CO a PE. Ve druhém případě jsme neprokázali žádné významné rozdíly v osobnostních vlastnostech.

V závěru praktické části se věnujeme možnostem jak využít námi zjištěné osobnostní vlastnosti v prevenci a léčebném procesu.

Seznam literatury

1. ACTON, G. S. Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: Implications for substance use. *Substance Use & Misuse*, 2003, vol. 38, no.1, p. 67-83. ISSN 1082-6084.
2. ADAMEČEK, D. – RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M. – KALINA, K: Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti II.: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 8/8, s. 201-207. ISBN 80-86734-05-6.
3. ALTAMURA, A. C. Bipolar spektrum and drug addiction. *Journal of affective disorders*, 2007, vol. 99, no. 1-3, p. 285. ISSN 0165-0327.
4. AMARO, H.- NIEVES, R. - JOHANNES, S. W. - CABEZA, N. M. L. Substance abuse treatment: critical issues and challenges in the treatment of Latina woman. *Hispanic journal of behavioural science*, 1999, vol. 21. no. 3, p. 266-282, ISSN 0739-9863.
5. BEČKOVÁ, I.- VIŠŇOVSKÝ, P. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.
6. BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-7187-003-X.
7. BROOK, J.S. - WHITEMAN, M. N. - FINCH, S. Childhood aggression, adolescent delinquency, and drug use: a longitudinal study. *Journal of genetic psychology*, 1992, vol. 153, no. 4, p. 369-383. ISSN 0022-1325.
8. CASILLAS, A.; CLARK, L. A. Dependency, impulsivity, and self-harm: traits hypothesized to underlie the association between cluster B personality and substance use disorders. *Journal of personality disorders*, 2002, vol. 16, no.5, p. 424-436. ISSN 0885-579X.
9. CARR, A. J. – HART, I. – KELLY, M. G. Irish drug abusers II: their psychological characteristics. *Irish medical journal*, 1981, vol. 74, no. 1, p. 8-10. ISSN 03323102.
10. CLONINGER, C. R.: A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 1987, vol 44, no. 6, p. 573–588. ISSN 0003-990X.
11. CLONINGER, C. R. et al. *The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use*. 1994: St. Louise: Center for Psychobiology of Personality.

12. CRAIG, R. J. Prevalence of personality disorders among cocaine and heroin addicts. *Substance Abuse*, 2000, vol. 21, no.2, p. 87-94. ISSN 0889-7077.
13. CURTIS-BOLES, H. - JENKINS-MONROE, V. Substance abuse in african- american women. *Journal of black psychology*, 2000, vol. 26, no. 4, p. 450-469. ISSN 0095-7984.
14. DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti II.: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 8/7, s.195-200. ISBN 80-86734-05-6.
15. FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislostí. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 2/2, s.96-106. ISBN 80-86734-05-6.
16. FROUZOVÁ, M. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 2/6, s.124-129. ISBN 80-86734-05-6.
17. GERDNER, A. – NORDLANDER, T. – PEDERSEN, T. Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. *Substance use & misuse*, 2002, vol. 37, no. 1, p.1-18. ISSN 1082-6084.
18. GÓMEZ - PERRETA, C. – PEREZ, C. – PORTOLES, M. SALOM, R. Tridimensional theory of personality: applications to substance abuse disorders. *Actas Espaniol Psiquiatry*, 2001, vol. 29, no. 3, p. 143-147. ISSN 1423-033X.
19. GREKIN, E. R. - SHER, K. J. - WOOD, P. K. Personality and substance dependence symptoms: modeling substance-specific traits. *Psychology of addictive behaviors: journal of the society of psychologist in addictive behaviors*. 2006, vol. 20, no.4, p. 415-424. ISSN: 0893-164X.
20. GRELLA, CH. E. - SCOTT, CH. K.- FOSS, M. A. - JOSHI, V. - HSER, Y. Gender differences in drug treatment outcomes among participants in the Chicago target cities study. *Evaluation and program planning*, 2003, vol. 26, no. 3, p. 297-310. ISSN 0149-7189.
21. HADJICHRISTOS, A. ET AL. Different traits of personality and Cloninger's types of alcoholism. *Europien neuropsychopharmacology*, 1996, vol.6, no.4 , p. 137 . ISSN 1355-6177.
22. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247- 0135-9.

23. HAJNÝ, M. Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislostí. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 2/9, s.140-144. ISBN 80-86734-05-6.
24. HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti II: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 8/4, s.172-178. ISBN 80-86734-05-6.
25. HELLER, J. - PECINOVSKÁ, O. a kol. *Závislost známá s neznámá*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-277-8.
26. HRDINA, P. - KORČÍŠOVÁ, B. Terénní programy. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti II: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 8/2, s.159-164. ISBN 80-86734-05-6.
27. HOUBOVÁ, P. - PRAŠKO, J. - PREISS, M. - HERMAN, E. Narcistická porucha osobnosti: diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 2005, r. 5, č. 2, s.18-25. ISSN 1213-0508.
28. CHANG, H. L. – CHEN, S. H. – HUANG, C. Temperament of juvenile delinquents with history of substance abuse. *Medical Journal*, 2007, vol. 30, no. 1, p. 47-52. ISSN 1093-7935.
29. CHASSIN, L. - FLORA, D. B. - KING, K. M. Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: the effects of familial alcoholism and personality. *Journal of abnormal psychology*, 2004, vol. 113, no. 4, p. 483-498. ISSN 0021-843X.
30. CHIH-HUNG – K. - JU-YU YEN, CHENG – CHUNG, C. Trimensional personality of adolescents with internet addiction and substance use experience. *Acta neuropsychiatrica*, 2007, vol. 14, no. 4, p. 238-248. ISSN 0924-2708.
31. CHUNG, T. - MARTIN, CH. S. Classification and short-term course of DSM-IV cannabis, hallucinogen, cocaine, and opioid disorders in treated adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2005, vol. 73, no. 6, p.995-1004. ISSN 0022-006X.
32. ILLES, T. *Děti a drogy*. Praha: ISV, 2002. ISBN 80-85866-50-1.
33. JANÍK, A. - DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. Praha: AVICENUM, 1990. ISBN 80-201-0087-3.

34. JAYCOX, L. H. – EBENER, P. - DAMESEK, L. – BECKER, K. Trauma exposure and retention in adolescent substance abuse treatment. *Journal of traumatic stress*, 2004, vol. 17, no. 2, p.113-121. ISSN 0894-9867.
35. JEŘÁBEK, P. Osobnost toxikomana. *Psychiatrie pro praxi*, 2000, r. 1, č. 3., s. 99-102. ISSN 1213-0508.
36. JONES, R. E. Psychological research on drug addicts. *Professional psychology*, 1973, vol 11, no. 4, p. 469-474. ISSN 0735-7028.
37. KALINA, K. Denní stacionáře. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti II.: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 8/5, s.179-189. ISBN 80-86734-05-6.
38. KIRCALDY, B. D. -- SIEFEN, G. - SURAL, D. - BISCHOFF, R. J. Predictors of drug and alcohol abuse among children and adolescents. *Personality and individuals differences*, 2004 vol. 36, no. 2, p. 247-265. ISSN 0191-8869.
39. KORNER, H. – NORDVIK, H. Five-factor model personality traits in opioid dependence. *BMC Psychiatry*, 2007, vol. 37, no. 7, p. 85-90. ISSN 1471-244X.
40. KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia, 1979. ISBN 509-21-826.
41. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-20-5.
42. KUBIČKA, L. – SKÁLA, J. *Zprávy 1982, číslo 42: Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1982.
43. KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti II.: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 8/9, s.208-214. ISBN 80-86734-05-6.
44. KUDRLE, S. Trauma a závislost. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 2/7, s.130-134. ISBN 80-86734-05-6.
45. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislostí. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 2/1, s.91-95. ISBN 80-86734-05-6.
46. KUDRLE, S. Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislostí. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 2/8, s. 135-139. ISBN 80-86734-05-6.

47. LANGMEIER, J. – KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
48. LIBRA, J. Nízkoprahová kontaktní centra. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti II.: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 8/3, s.165-171. ISBN 80-86734-05-6.
49. MEČÍŘ, J. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-005-90.
50. MEYER, B. - RAHMAN, R. - SHEPHERD, R. Hypomanic personality features and addictive tendencies. *Personality and individual differences*, 2007, vol. 42, no. 4, p. 801-810, ISSN 0191-8869.
51. MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 3/2, s. 159-163. ISBN 80-86734-05-6.
52. MINAŘÍK, J. Stimulancia. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 3/3, s. 164-168. ISBN 80-86734-05-6.
53. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických případů a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. ISBN 80-85121-44-1.
54. MIOVSKÝ, J. Konopné drogy. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti I: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 3/5, s. 174-179. ISBN 80-86734-05-6.
55. MIOVSKÝ, J. – BARTOŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti II.: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 6/5, s.36-44. ISBN 80-86734-05-6.
56. MURRAY, J. B. Drug Addiction. *The Journal of general psychology*. 1967, vol 77, no. 71, p.41. ISSN 0022-1309.
57. NERAD, J. - NERADOVÁ, L. - MIKOTA, V. *Psychoterapie závislostí na alkoholu a jiných látkách I :Úvod do problematiky*. Praha: VÚPs, IDVSZP, 1989. ISBN 80-7013-001-6.
58. NETÍK, K. - BUDKA, I. - NEUMANN, J. - VÁLKOVÁ, H. *K osobnosti kriminálního toxikomana*. Praha: Psychiatrické centrum, 1990. ISBN 80-85121-25-5.

59. NEŠPOR, K. Craving (bažení) u návykových nemocí – jeho význam a léčba. *Psychiatrie pro praxi*. 2007, č. 1, s. 32-34. ISSN 1213-0508.
60. NEŠPOR, K. Detoxifikační jednotky. In Kalina, K. a kol. (eds). *Drogy a drogové závislosti II.: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Kap. 8/6, s.190-194. ISBN 80-86734-05-6.
61. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000a. ISBN 80-7178-432-X.
62. NEŠPOR, K. Návykové nemoci. In Höschl, C. - Libiger, J. – Švestka, J. *Psychiatrie*. Praha: TIGI, 2002. Kap. 17, s. 555-576. ISBN 80-900130-1-5.
63. NEŠPOR, K. Návyková rizika u dětí a dospívajících. In Hort, V.; Hrdlička, M.; Kocourková, J.; Malá, E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000b. Kap. 9, s.285-306. ISBN 80-7178-472-9.
64. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6.
65. NEŠPOR, K. – CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 3 vyd. Praha: Sportprag, 1995.
66. NEŠPOR, K - CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
67. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP-Koniasch latin Press, 1997. ISBN 80-85917-36-X.
68. PETRY, N. M. Discounting of delayed rewards in substance abusers: relationship to antisocial personality disorder. *Psychopharmacology*, 2002, vol. 162, no. 4, p. 425-432. ISSN 0269-8811.
69. PRESL, J. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. Praha: MAXDORF, 1994. ISBN 80-85800-18-7.
70. PREISS, M. – KUCHAROVÁ, J. – NOVÁK, T. The temperament and character inventory- revised (TCI-R): A psychometric characteristics of the czech version. *Psychiatria Danubina*, 2007, vol. 19, no. 1-2, p. 27-34. ISSN 03535053.
71. PREISS, M. Cloningerova teorie temperamentu a charakteru a klinická praxe; *Psychiatrie*, 2000, r. 4, č. 1, s. 43–45. ISSN 1211-7579
72. PREISS, M. – KLOSE, J. Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C.R.Cloningera. *Psychiatrie*, 2001, č. 5, s. 226-231, ISSN 1211-7579.

73. PREISS, M. – KLOSE, J. – ŠPANIEL F. Temperament a charakter podle C. R. Cloningera u psychiatrických pacientů a obecné populace. *Psychiatrie*, 2000, r. 4 č.4, s. 251-254, ISSN 1211-7579.
74. PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X.
75. PROCHAZKA, J. O. - NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy-průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-766-4.
76. RABOCH, J. Poruchy osobnosti u dospělých. In Zvolský, P. et al. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. s. 138-148. ISBN 80-7184-666-X.
77. REITEROVÁ, E. *Základy psychometrie*. Olomouc:Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, 2003. ISBN 80-244-0717-5.
78. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
79. SANDELL, R. – BERTLING, U. J. Heaviness of abuse, drug preference, and personality organization among drug abusers in Sweden. *Journal of clinical psychology*, 1999. vol. 55, no.1, p.99-107. ISSN 0021-9762.
80. SANTESSO, D.L. - SCHMIDT, L. A. - FOX, N.A. Are shyness and sociability still a dangerous combination for substance use? Evidence from a US and canadian sample. *Personality and individual differences*, 2004, vol. 37, no. 1, p. 5-17. ISSN 0191-8869.
81. SIEGEL, R.A. - EHRLICH, A. A comparison of personality characteristics, family relationships, and drug-taking behaviour in low and high socioeconomic status adolescents who are drug abusers. *Adolescence*, 1989, vol.96, no.24, p. 925-936. ISSN 0001-8449.
82. SÍKORA, J. M. – NOVOTNÁ, M. Poruchy osobnosti a závislost. *Psychiatrie pro praxi*, 2007, č. 2, s. 63-65. ISSN 1213-0508.
83. SIMONOVÁ, M. et al. Změny osobnostních rysů v průběhu psychiatrické hospitalizace. Pilotní studie s Cloningerovým dotazníkem temperamentu a charakteru (TCI); *Psychiatrie*, 2004, r. 8, č. 4, s. 286, 292. ISSN 1211-7579.
84. SKÁLA, J. ... až na dno!?. *Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách*. Praha: Avicenum, 1988.
85. SMĚKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister&Principal, 2002. ISBN 80-85947-80-3.

86. STEFANI, M. D. - CIBIN, M. Institutional experiences in psychoterapy with drug-addicted patients and their families: substance, drug and group in the opiate-dependence dynamic. *Group analysis*, 2000, vol. 33, no. 2, p. 289-294. ISSN 0533-3164.
87. STENBACK, M. - ALLEBECK, P. - ROMELSJÖ, A. Do cannabis drug abusers differ from intravenous drug abusers? The role of social and behavioral risk factors. *British Journal of addiction*, 1992, vol. 87, no.4, p. 259-266. ISSN 0952-0481.
88. STIBUREK, M. Primární prevence zneužívání drog. In Trávníčková, I. - Frouzová, M. - Budina, Z. - Stiburek, M. - Tyglík, M. *Drogy ze všech stran (mezioborový pohled na drogovou problematiku): Sborník přednášek*. Praha: FILIA, 1995. ISBN 80-901966-1-6.
89. SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-78-327-7.
90. *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-08-5.
91. TÖNNC, U. - HILTUNEN, A. J. - ENGELBRREKTSSON, K. - BJÖRVELL, H. - VIKANDER, B. Personality characteristics in primary benzodiazepiny-dependent patients: comparison with controls and polydrug users. *Personal Individual differences*, 1998, vol.24. no. 6, p. 797-804. ISSN 0191-8869.
92. TOSI, D. J. - ESHBAUGH, D. M. – RAINES, M. G. - MURPHY, M. A. Typological analyse of MMPI personality patterns of drug dependence men. *The Journal of General psychology*, 1986, vol. 113, no. 4, p. 329-339, ISSN 0022-1309.
93. TYRLÍK, M. Některé aspekty dlouhodobého užívání drog. In Trávníčková, I.- Frouzová, M. - Budina, Z. - Stiburek, M. - Tyrlík, M. *Drogy ze všech stran (mezioborový pohled na drogovou problematiku): Sborník přednášek*. Praha: FILIA, 1995, ISBN 80-901966-1-6.
94. URBAN, E. *Toxikománie*. Praha: Avicenum, 1973.
95. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN80-7178-496-6.
96. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3 vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
97. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

98. VERHEUL, R – VAN DEN BRINK, W. The role of personality pathology in the aetiology and treatment of substance use disorders. *Current opinion in psychiatry*, 2000, vol. 13, no. 2, p. 163-169, ISSN 0951-7367.
99. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Praha: Psychologický ústav AVČR, 1996. ISBN 80-85880-10-5.
100. VOJTÍK, J. - BŘICHÁČEK, V. *Mládež ohrožená toxikománií*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, Novinář, 1987.
101. VUKOV, N. - BABA - MILCIC, D. - LECIC, S. - MILJACOVIC, S. – MARINCOVIC, J. Personality dimensions of opiate addicts. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 1995. vol. 91, no. 2, p. 103-107. ISSN 0001-690X.
102. WILLS, T. A. - CLEARY, S. - FILER, M.- SHINAR, O. - MARIANI, J. - SPERA, K. Temperament related to early-onset substance use: test of a developmental model. *Prevention Science*, 2001, vol. 3, no. 2, p. 145-163. ISSN 1389-4986.
103. WILLS, T.A. – VACCARO, D. – McNAMARA, G. Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *Journal of Substance Abuse*, 1994, vol. 6, no. 1, p. 1-30. ISSN:07405472.
104. WOLF, F. W. - HEBERLEIN, U. Invertebrate models of drug abuse. *Journal of neurobiology*, 2003, vol. 54, no. 1, p. 161-178. ISSN.

Internetové zdroje:

105. BROOK, J. S. - WHITEMAN, M. - COHEN, P. *Warriors and Worriers: A longitudinal study of gender differences in drug use*. NIDA Research Monographs, 2000 [cit. 13. září 2007]. Dostupné na WWW: http://www.nida.nih.gov/PDF/DARHW/271-284_Brook.pdf.
106. MINAŘÍK, J. *Dělení drog*. 2007. [cit. 16. září 2007]. Dostupné na WWW: http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/navykove-latky-2/obecne-informace/deleni-drog_2007_04_18.html.
107. Situace ve věcech drog v České republice v roce 2005: souhrn výroční zprávy. *Zaostřeno na drogy*, 2006, r.4, č. 5. [cit. 20. října 2007]. Dostupné na WWW: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/vlada_obdrzela_vyrocní_zpravu_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_roce_2005.

108. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti 2003-2007. *Srovnání uživatelů drog a jeho dopadů v krajích ČR v roce 2002* .[cit. 8.září 2007] Dostupné na WWW:<http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/studie/srovnani_uzivani_drog_a_jeho_dopadu_v_krajich_cr_v_roce_2002>.

Přílohy

Obsah

TCI-r – Verze pro muže.....	100
TCI-r – Verze pro ženy.....	110
Tabulka výsledných skóre vyjádřená v percentilech.....	120

TCI-r

Verze pro muže

1. Často zkouším nové věci jen tak pro zábavu nebo pro pocit vzrušení, i když si většina lidí myslí, že to je jen plýtvání časem.
2. Obvykle jsem si jistý, že všechno půjde dobře, a to i v situacích, kterých se většina lidí obává.
3. Mám často pocit, že jsem se stal obětí vnějších okolností.
4. Obvykle přijímám lidi takové, jací jsou, i když jsou úplně jiní než já.
5. Radši než jednoduchou práci mám takovou, která na mě klade vyšší nároky.
6. Často mám pocit, že můj život nemá skoro žádný účel nebo smysl.
7. Rád pomáhám najít řešení problémů tak, aby z toho každý vyšel dobře.
8. Obvykle se dychtivě pouštím do každé práce, kterou je třeba udělat.
9. V neznámých situacích cítuji často strach a napětí, i když si ostatní myslí, že se není čeho obávat.
10. Často dělám věci na základě svých momentálních pocitů, bez toho, abych pomyslel na to, jak jsem je dělal dříve.
11. Obvykle dělám věci svým způsobem, než abych přistoupil na přání jiných lidí.
12. Často mám silný pocit jednoty se vším kolem mě.
13. Udělal bych téměř cokoliv, co je povoleno zákonem, abych zbohatl a byl slavný, i kdybych přitom ztratil důvěru mnoha svých starých přátel.
14. Jsem zdrženlivější a více se ovládám, než většina lidí.
15. Rád mluvím otevřeně o svých zkušenostech a pocitech se svými přáteli, místo abych si je schovával pro sebe.
16. Mám méně energie a unavím se rychleji, než většina lidí.
17. Málokdy cítím, že si mohu svobodně vybrat, co bych chtěl dělat.
18. Zdá se mi, že většině lidí dost dobře nerozumím.
19. Často se vyhýbám setkání s neznámými lidmi, protože s lidmi, které neznám, se cítím nejistě.
20. Rád jiným lidem co nejvíce vyhovím.
21. Často si přeji, abych byl chytřejší než ostatní.
22. Žádný úkol pro mě není tak těžký, abych se ho nepokusil zvládnout co nejlépe.
23. Často se spoléhám na to, že mé problémy za mě vyřeší někdo jiný.

24. Často utrácím peníze tak dlouho, až u sebe žádné nemám, nebo dokud se nedostanu na účtu do mínusu.
25. Často zažívám ve chvílích odpočinku či uvolnění neočekávané záblesky pochopení a porozumění.
26. Moc se nestarám o to, zda mě mají druzí lidé rádi nebo zda schvalují věci, které dělám.
27. Obvykle se snažím získat pro sebe to, co chci, protože stejně není možné uspokojit všechny.
28. Nemám trpělivost s lidmi, kteří nepřijímají mé názory.
29. Často cítím takové souznění s přírodou, že se mi vše jeví jako součást jednoho živého procesu.
30. Když se mám setkat se skupinou cizích lidí, jsem ostýchavější než většina ostatních lidí.
31. Jsem citlivější (více se dojmu) než většina lidí.
32. Domnívám se, že většina věcí, kterým říkáme zázraky, je jen náhoda.
33. Když mě někdo jakýmkoliv způsobem zraní, obvykle se mu to snažím oplatit.
34. Moje činy jsou do velké míry určeny vlivy, které jsou mimo mou kontrolu.
35. Každý den se snažím přiblížit se o další krok ke svému cíli.
36. Prosim, klikněte na spíše pravdivé, jedná se o ověřovací položku.
37. Jsem velice ambiciózní (ctižádnostivý, cílevědomý) člověk.
38. Obvykle zůstávám v situacích, které by většina lidí považovala za nebezpečné, klidný a vyrovnaný.
39. Myslím si, že není chytré pomáhat slabým lidem, kteří si nedovedou pomoci sami.
40. Když se k někomu zachovám nespravedlivě, nemám klid v duši, ani když se on zachoval nespravedlivě ke mně.
41. Lidé se mi obvykle svěřují s tím, jak se cítí.
42. Někdy mám pocit, jako bych byl součástí něčeho, co nemá žádné omezení či hranice v čase ani v prostoru.
43. Někdy cítím takové duchovní spojení s jinými lidmi, které ani nedovedu popsat slovy.
44. Mám rád, když lidé mohou dělat to, co chtějí, bez přísných pravidel a předpisů.
45. Když se mi něco nepovede, přiměje mě to k tomu, abych se snažil ještě víc.
46. Obvykle mám větší strach než většina lidí, že by se v budoucnu mohlo stát něco špatného.
47. Než se rozhodnu, obvykle si všechno dopodrobna promyslím.
48. Mám hodně špatných návyků, kterých bych se rád zbavil.
49. Jiní lidé mě příliš ovládají.
50. Rád druhým posloužím.

51. Obvykle dokážu, že mi druzí lidé věří, i když vím, že to, co říkám, je přehnané nebo nepravdivé.
52. Někdy jsem pocíťoval, že můj život je řízen duchovní silou, která je silnější než jakákoliv lidská bytost.
53. Mám pověst někoho, kdo je velmi praktický a nejedná na základě citových pohnutek.
54. Silně mě dojímá, když na mě někdo citově působí (například mě požádá, abych pomohl postiženým dětem).
55. Obvykle jsem tak odhodlaný dosáhnout cíle, že pokračuji v práci ještě dlouho poté, co to ostatní lidé vzdali.
56. Zažil jsem chvíle velké radosti, při nichž jsem najednou měl hluboký pocit jednoty se vším, co existuje.
57. Víím, co chci v životě dělat.
58. Často se nedokážu vypořádat s problémy, protože prostě nevím, co mám dělat.
59. Raději peníze utracím, než šetřím.
60. Často se mi pro mé nadšení pro těžkou práci přezdívá "horlivec".
61. Když jsem na rozpacích nebo když mě někdo poníží, rychle to překonám.
62. Rád usiluji o větší a lepší věci.
63. Než se rozhodnu změnit své zaběhané způsoby, jak něco dělat, potřebuji k tomu obvykle dostatek velmi dobrých praktických důvodů.
64. Téměř vždy zůstanu uvolněný a bezstarostný, i když skoro všichni ostatní mají strach.
65. Smutné písničky a filmy mě dost nudí.
66. Okolnosti mě často nutí k tomu, abych dělal věci proti své vůli.
67. Když je na mě někdo protivný, obvykle mu to rád oplatím tím samým.
68. Často mě to, co dělám, tak pohltí, že úplně zapomenou na všechno kolem - jako by neexistoval čas ani prostor.
69. Myslím, že můj život nemá žádný opravdový účel nebo smysl.
70. V neznámých situacích se často cítím stísněně a úzkostně, i když si ostatní myslí, že se vůbec není čeho bát.
71. Často se řídím svými instinkty, vnuknutími nebo intuicí ("šestým smyslem"), aniž bych si vše dopodrobna promyslel.
72. Rád jsem ve všem, co dělám, nejlepší.
73. Často cítím silné duchovní nebo citové spojení se všemi lidmi kolem.
74. Obvykle se snažím představit si sám sebe v kůži toho druhého, abych jej mohl skutečně pochopit.

75. Zásady, jako je spravedlnost a čestnost, hrají v některých stránkách mého života malou roli.
76. Jsem pracovitější než většina lidí.
77. I když se většina lidí domnívá, že to není důležité, trvám na tom, aby se věci dělaly přesně a pořádně.
78. Téměř ve všech společenských situacích se cítím velmi jistě.
79. Moji přátele nedokážou odhadnout, co cítím, protože se jim se svými osobními pocity nesvěřuji často.
80. Dokážu se snadno svěřit se svými pocity ostatním.
81. Mám více energie a unavím se pomaleji než většina lidí.
82. Často přestanu s tím, co dělám, protože dostanu strach, a to i když mi mí přátelé říkají, že všechno půjde dobře.
83. Často si přeji, abych byl mocnější než ostatní.
84. Členové týmu zřídka kdy dostanou svůj spravedlivý díl.
85. Neustupuji ze své cesty proto, abych vyhověl ostatním lidem.
86. Ve společnosti cizích lidí nejsem vůbec plachý.
87. Většinu času trávím věcmi, které se jeví jako nezbytně nutné, ale pro mě nejsou skutečně důležité.
88. Myslím si, že náboženské a morální zásady, týkající se toho, co je správné a co špatné, by neměly mít velký vliv při rozhodování o obchodních záležitostech.
89. Často se snažím dát svá vlastní hodnocení stranou, abych mohl lépe pochopit, co prožívají druzí.
90. Mnoho mých návyků mi brání v tom, abych dosáhl cílů, které za něco stojí.
91. Osobně jsem se hodně obětoval pro to, aby se svět stal lepším místem k životu - např. jsem se snažil zabránit válce, chudobě a nespravedlnosti.
92. Trvá mi dlouho, než se sblížím s druhými lidmi.
93. Dělá mi radost, když mí nepřátelé trpí.
94. Práci začínám rád rychle, bez ohledu na její obtížnost.
95. Jiným lidem se často zdá, jako bych byl v jiném světě, protože si vůbec nevšímám věcí, které se dějí kolem mě.
96. Obvykle rád zůstávám nad věcí a stranou ostatních.
97. Při smutném filmu se rozpláču častěji než ostatní.
98. Z lehkého onemocnění nebo stresu (nadměrné zátěže) se dokážu vzpamatovat rychleji, než většina lidí.

99. Často mám pocit, jako bych byl součástí duchovní síly, na které závisí veškerý život.
100. Než si mohu důvěřovat v mnoha lákavých (svůdných) situacích, potřebuji hodně času na to, abych rozvinul své dobré návyky.
101. Prosím klikněte na úplně nepravdivé, jedná se o ověřovací položku.
102. Rád dělám rychlá rozhodnutí, abych pohnul s tím, co je třeba udělat.
103. Obvykle si věřím, že dokážu snadno zvládnout věci, které by většina lidí považovala za nebezpečné (jako řídit rychle auto na mokré nebo zledovatělé vozovce).
104. Rád vymýšlím nové způsoby, jak něco dělat.
105. Raději peníze šetřím, než abych je utrácel za zábavu a podobné věci.
106. Zažil jsem pocit kontaktu s božskou a nádhernou duchovní silou.
107. Mám tolik chyb, že se proto nemám moc rád.
108. Většina lidí se zdá být vynalézavější než jsem já.
109. Často porušuji pravidla a předpisy, pokud se domnívám, že si tím pomůžu.
110. I když jsem mezi svými přáteli, raději se před nimi moc "neotvírám".
111. Čím je práce nebo úkol těžší, tím jsem raději.
112. Často, když se podívám na nějakou obyčejnou věc, stane se něco nádherného - dostanu pocit, jako bych ji viděl poprvé.
113. Vždy, když mám udělat něco nového a pro mě neznámého, pocítuji napětí a obavy.
114. Rád se pustím do práce na jakémkoliv přiděleném úkolu.
115. Moje vůle je příliš slabá na to, abych dokázal překonat silné pokušení, i když vím, že v důsledku toho budu trpět.
116. Když se cítím rozrušený, obvykle jsem raději s přáteli, než když jsem ponechán sám sobě.
117. Často dokážu víc, než ode mě lidé očekávají.
118. Náboženské zkušenosti mi pomohly porozumět skutečnému smyslu mého života.
119. Obvykle se snažím víc, než většina lidí, protože chci obstát co nejlépe.
120. Prosím klikněte na úplně pravdivé, jedná se o ověřovací položku.
121. Obvykle mám větší sebedůvěru a více energie než většina lidí, dokonce i po kratší nemoci nebo stresu (nadměrném napětí).
122. Když se neděje nic nového, začnu se obvykle poohlížet po něčem vzrušujícím nebo napínavém.
123. Než se rozhodnu, rád si všechno pořádně promyslím.
124. Lidé, kteří se mnou mají co do činění, se musí naučit, jak dělat věci mým způsobem.
125. S většinou lidí navážu vřelý osobní vztah.

126. Často se o mě mluví jako o tom, kdo dokáže více než ostatní.
127. Raději bych si četl knihu, než bych hovořil o svých pocitech s jinou osobou.
128. Lidem, kteří mě zranili, to s chutí odplatím.
129. Když něco nefunguje tak, jak jsem si to představoval, spíše to vzdám, než abych v tom delší dobu pokračoval.
130. Jiní lidé se ke mně po citové stránce mohou snadno přiblížit.
131. Asi bych zůstal vstřícný a uvolněný při setkání se skupinou cizích lidí, i kdyby mi bylo řečeno, že nejsou přátelští.
132. Prosím klikněte na spíše nepravdivé, jedná se o ověřovací položku.
133. Všeobecně nemám rád lidi, kteří mají odlišné názory než já.
134. Než se pustím do nějakého projektu, obvykle si dám trochu načas.
135. Obvykle trochu přeháním, když vyprávím zábavnou historku nebo si chci z někoho trochu vystřelit.
136. Je pro mě hodně těžké přizpůsobit se změnám v tom, jak něco dělám, protože hned pociťuji napětí, únavu a obavy.
137. Jsem větší perfekcionista (dělám věci pořádněji) než většina lidí.
138. Lidé si o mně myslí, že jsem příliš nezávislý, protože nedělám to, co po mně chtějí.
139. Oproti většině ostatních lidí dokážu lépe šetřit peníze.
140. Když nějaká práce zabere více času, než jsem předpokládal, často ji vzdám.
141. Jestli je něco dobré nebo špatné, je jen věcí názoru.
142. Často se toho od jiných lidí hodně naučím.
143. Věřím, že celý život závisí na nějakém duchovním řádu nebo síle, kterou nelze zcela vysvětlit.
144. Když si nedám velký pozor, často se mi něco pokazí.
145. Novými myšlenkami a činnostmi se nadchnu pomaleji než jiní lidé.
146. Asi bych toho dokázal víc, ale nevidím důvod, proč bych se měl honit víc, než je nutné.
147. Obvykle se straním situací, kde bych se měl setkat s neznámými lidmi, i když jsem byl ujištěn, že budou přátelští.
148. Často se cítím být v tak těsném spojení s lidmi kolem, že to vypadá, jako by nás nic neoddělovalo.
149. Ve většině situací jsou mé přirozené reakce založeny na dobrých návycích, které jsem si osvojil.
150. Často musím přestat s tím, co dělám, protože se začnu obávat, že by se něco mohlo pokazit.

151. Často se o mně říká, že jsem "mimo", protože se tak zaberu do toho, co dělám, že ztratím ponětí o všem kolem.
152. Často беру stejný ohled na pocity druhých lidí jako na své vlastní.
153. Často se o mně říká, že nedokážu dotáhnout věci do konce.
154. Většinou bych raději dělal věci, které jsou trochu riskantní (jako řídit auto do prudkých kopců a ostrých zatáček), než být pár hodin v klidu a nečinnosti.
155. Někteří lidé si myslí, že jsem moc skoupý na peníze nebo že je nerad vydávám.
156. Mám mnohem raději "vyzkoušené a osvědčené" způsoby, jak něco dělat, než zkoušení "nových a vylepšených" způsobů.
157. Často dělám věci na ochranu rostlin a zvířat před vyhynutím.
158. Často dělám věci až do svého vyčerpání nebo se snažím udělat víc, než skutečně dokážu.
159. Když jsem přichycen při tom, že něco dělám špatně, nedokážu se z toho dost dobře vykroutit.
160. Opakováním jsem si vypěstoval dobré návyky, které jsou silnější než většina okamžitých popudů nebo přesvědčení.
161. Myslím si, že v budoucnu mě potká velké štěstí.
162. Rychle se otevřu druhým lidem, i když je moc dobře neznám.
163. Když se mi něco hned napoprvé nepodaří, dám si za úkol se to naučit.
164. Aby člověk uspěl v obchodu, nemusí být nečestný.
165. Při rozhovoru jsem daleko lepší posluchač než řečník.
166. Práce, kde bych nemohl být ve styku s lidmi, by mě neuspokojovala.
167. Moje postoje jsou většinou ovlivněny vlivy, které nemám pod kontrolou.
168. Často si přeji, abych byl silnější než ostatní.
169. Často si musím dát "šlofíka" nebo si odpočinout, protože se rychle unavím.
170. Nerad říkám lži, i když by to byla takzvaná lež z milosti.
171. Bez ohledu na jakékoli dočasné potíže, které musím překonat, vždycky myslím na to, že se to obrátí k lepšímu.
172. Jen s obtížemi utrácím peníze za své věci, dokonce i tehdy, když mám hodně našetřeno.
173. Často ze sebe vydám to nejlepší za obtížných okolností.
174. Raději si nechávám své problémy pro sebe.
175. Mám živou představivost.
176. Raději jsem doma, než abych cestoval nebo objevoval nová místa.
177. Vřelá přátelství s jinými lidmi jsou pro mě velice důležitá.
178. Často si přeji, abych zůstal navždy mladý.

179. Když mám podepsat nějaké papíry, všechno si nejdříve podrobně přečtu.
180. Myslím si, že při setkání s cizími lidmi bych zůstal klidný a vyrovnaný, i kdyby mi bylo řečeno, že se na mě zlobí.
181. Myslím si, že je důležitější snažit se pochopit druhé a soucítit s nimi, než být na ně tvrdý a přísný.
182. Často si přeji, abych měl zvláštní schopnosti, jako třeba Superman.
183. Rád se podělím o to, co jsem se naučil, s druhými lidmi.
184. Obvykle se na těžkou situaci dívám jako na příležitost nebo výzvu.
185. Většina lidí, které znám, se stará jen o sebe, bez ohledu na to, zda to zraní někoho jiného.
186. Když se mám zotavit po kratší nemoci nebo vypětí, potřebuji hodně odpočinku, podpory nebo ujištění.
187. Vím, že existují určité zásady pro život, které nikdo nemůže porušit bez toho, aby za to nakonec nepykal.
188. Nechci být bohatší než ostatní.
189. Rád začínám práci pomalu, i když je jednoduchá.
190. Rád bych riskoval vlastní život pro to, aby byl svět lepší.
191. Když si mé práce nikdo nevšímá, mé odhodlání uspět se ještě zvýší.
192. Často si přeji, abych dokázal zastavit běh času.
193. Velice nerad se rozhoduji jen na základě svého prvního dojmu.
194. Raději bych byl sám, než se zabývat problémy jiných lidí.
195. Nechci být obdivován víc než jiní lidé.
196. Potřebuji od druhých lidí velkou pomoc, abych si vypěstoval dobré návyky.
197. Rád udělám svou práci rychle, a pak se ještě přihlásím o další.
198. Je pro mě těžké tolerovat (snášet) lidi, kteří jsou jiní než já.
199. Když mě někdo zraní, namísto odplaty jsem k němu radši vlídný.
200. Jsem opravdu rád, když mám co na práci.
201. Snažím se co možná nejvíce spolupracovat s ostatními.
202. Často jsem díky své ctižádosti a tvrdé práci úspěšný.
203. Obvykle je pro mě snadné mít rád lidi, kteří vyznávají odlišné hodnoty než já.
204. Dobré návyky se pro mě staly mou "druhou přirozeností" - téměř vždy se spustí automaticky a samovolně.
205. Hrozně nerad měním způsob, jak něco dělám, i když mi hodně lidí říká, že existuje nový a lepší způsob, jak to udělat.
206. Myslím, že není moudré věřit tomu, co nemůže být vědecky vysvětleno.

207. Kvůli úspěchu jsem odhodlán přinést mnoho obětí.
208. Rád si představuji, jak mí nepřátelé trpí.
209. Prosím klikněte na ani pravdivé ani nepravdivé, jedná se o ověřovací položku.
210. Při všem, co dělám, věnuji velkou pozornost detailům (jednotlivostem, drobnostem).
211. Obvykle se mohu svobodně rozhodnout, co budu dělat.
212. Často se tak zaberu do toho, co dělám, že na chvíli zapomenu, kde jsem.
213. Jsem rád, když jiní lidé vědí, že mi na nich opravdu záleží.
214. Většinou bych chtěl dělat něco riskantního (jako létat na rogalu nebo skákat padákem), než abych několik hodin musel zůstat v klidu a nečinnosti.
215. Protože často utrácím peníze z nějakého chvilkového popudu, těžko je dokážu ušetřit - dokonce i na takové věci, jako je dovolená.
216. Často se podvolím přání svých přátel.
217. Neobávám se nějakých hrozných věcí, které by se mohly stát v budoucnu.
218. Lidé si ke mně chodí často pro pomoc, pochopení a porozumění.
219. Většinou rychle odpustím každému, kdo mi ublížil.
220. Myslím, že mé současné přirozené reakce jsou obvykle shodné s mými zásadami a dlouhodobými cíli.
221. Raději počkám, až se toho, co se má udělat, ujme někdo jiný.
222. S potěšením nakupuji věci pro sebe.
223. Měl jsem zážitky, které mi natolik objasnily mou roli v životě, že jsem z toho byl velice šťastný a rozrušený.
224. Obvykle respektuji (ohlížím se na) názory druhých.
225. Mé chování se řídí určitými cíli, které jsem si v životě vytyčil.
226. Je obvykle hloupé podporovat úspěch jiných lidí.
227. Často si přeji, abych mohl žít věčně.
228. Když někdo poukáže na mé chyby, pracuji o to víc, abych je napravil.
229. Nevzdám to, co dělám, jen kvůli dlouhému sledu neočekávaných nezdarů.
230. Ve všem, co se pokouším dělat, mám obvykle štěstí.
231. Přeji si, abych vypadal lépe, než ostatní.
232. Zprávy o mystických zážitcích odráží pravděpodobně jen toužebná přání.
233. Práva jedince jsou důležitější než potřeby jakékoliv skupiny.
234. Nepoctivost způsobí problémy jen tehdy, necháte-li se přichytit.
235. Dobré návyky mi usnadňují dělat věci tak, jak chci.
236. Za mé problémy mohou obvykle jiní lidé a nepříznivé podmínky.

237. Obvykle dokážu zůstat "v chodu" celý den, aniž bych se k tomu musel nutit.

238. Ve všem, co dělám, chci být nejlepší.

239. Než se rozhodnu, skoro pokaždé promyslím všechny skutečnosti dopodrobna, i když po mně ostatní vyžadují rychlé rozhodnutí.

240. Když je zapotřebí něco udělat, rychle se přihlásím.

TCI-r

Verze pro ženy

1. Často zkouším nové věci jen tak pro zábavu nebo pro pocit vzrušení, i když si většina lidí myslí, že to je jen plýtvání časem.
2. Obvykle jsem si jistá, že všechno půjde dobře, a to i v situacích, kterých se většina lidí obává.
3. Mám často pocit, že jsem se stala obětí vnějších okolností.
4. Obvykle přijímám lidi takové, jací jsou, i když jsou úplně jiní než já.
5. Radši než jednoduchou práci mám takovou, která na mě klade vyšší nároky.
6. Často mám pocit, že můj život nemá skoro žádný účel nebo smysl.
7. Ráda pomáhám najít řešení problémů tak, aby z toho každý vyšel dobře.
8. Obvykle se dychtivě pouštím do každé práce, kterou je třeba udělat.
9. V neznámých situacích pocítuji často strach a napětí, i když si ostatní myslí, že se není čeho obávat.
10. Často dělám věci na základě svých momentálních pocitů, bez toho, abych pomyslela na to, jak jsem je dělala dříve.
11. Obvykle dělám věci svým způsobem, než abych přistoupila na přání jiných lidí.
12. Často mám silný pocit jednoty se vším kolem mě.
13. Udělala bych téměř cokoli, co je povoleno zákonem, abych zbohatla a byla slavná, i kdybych přitom ztratila důvěru mnoha svých starých přátel.
14. Jsem zdrženlivější a více se ovládám, než většina lidí.
15. Ráda mluvím otevřeně o svých zkušenostech a pocitech se svými přáteli, místo abych si je schovávala pro sebe.
16. Mám méně energie a unavím se rychleji, než většina lidí.
17. Málokdy cítím, že si mohu svobodně vybrat, co bych chtěla dělat.
18. Zdá se mi, že většině lidí dost dobře nerozumím.
19. Často se vyhýbám setkání s neznámými lidmi, protože s lidmi, které neznám, se cítím nejistě.
20. Ráda jiným lidem co nejvíce vyhovím.
21. Často si přeji, abych byla chytřejší než ostatní.
22. Žádný úkol pro mě není tak těžký, abych se ho nepokusila zvládnout co nejlépe.
23. Často se spoléhám na to, že mé problémy za mě vyřeší někdo jiný.

24. Často utrácím peníze tak dlouho, až u sebe žádné nemám, nebo dokud se nedostanu na účtu do mínusu.
25. Často zažívám ve chvílích odpočinku či uvolnění neočekávané záblesky pochopení a porozumění.
26. Moc se nestarám o to, zda mě mají druzí lidé rádi nebo zda schvalují věci, které dělám.
27. Obvykle se snažím získat pro sebe to, co chci, protože stejně není možné uspokojit všechny.
28. Nemám trpělivost s lidmi, kteří nepřijímají mé názory.
29. Často cítím takové souznění s přírodou, že se mi vše jeví jako součást jednoho živého procesu.
30. Když se mám setkat se skupinou cizích lidí, jsem ostýchavější než většina ostatních lidí.
31. Jsem citlivější (více se dojmu) než většina lidí.
32. Domnívám se, že většina věcí, kterým říkáme zázraky, je jen náhoda.
33. Když mě někdo jakýmkoliv způsobem zraní, obvykle se mu to snažím oplatit.
34. Moje činy jsou do velké míry určeny vlivy, které jsou mimo mou kontrolu.
35. Každý den se snažím přiblížit se o další krok ke svému cíli.
36. Prosím, klikněte na spíše pravdivé, jedná se o ověřovací položku.
37. Jsem velice ambiciózní (ctižádnostivý, cílevědomý) člověk.
38. Obvykle zůstávám v situacích, které by většina lidí považovala za nebezpečné, klidná a vyrovnaná.
39. Myslím si, že není chytré pomáhat slabým lidem, kteří si nedovedou pomoci sami.
40. Když se k někomu zachovám nespravedlivě, nemám klid v duši, ani když se on zachoval nespravedlivě ke mně.
41. Lidé se mi obvykle svěřují s tím, jak se cítí.
42. Někdy mám pocit, jako bych byla součástí něčeho, co nemá žádné omezení či hranice v čase ani v prostoru.
43. Někdy cítím takové duchovní spojení s jinými lidmi, které ani nedovedu popsat slovy.
44. Mám ráda, když lidé mohou dělat to, co chtějí, bez přísných pravidel a předpisů.
45. Když se mi něco nepovede, přiměje mě to k tomu, abych se snažila ještě víc.
46. Obvykle mám větší strach než většina lidí, že by se v budoucnu mohlo stát něco špatného.
47. Než se rozhodnu, obvykle si všechno dopodrobna promyslím.
48. Mám hodně špatných návyků, kterých bych se ráda zbavila.
49. Jiní lidé mě příliš ovládají.
50. Ráda druhým posloužím.

51. Obvykle dokážu, že mi druzí lidé věří, i když vím, že to, co říkám, je přehnané nebo nepravdivé.
52. Někdy jsem pocítovala, že můj život je řízen duchovní silou, která je silnější než jakákoliv lidská bytost.
53. Mám pověst někoho, kdo je velmi praktický a nejedná na základě citových pohnutek.
54. Silně mě dojímá, když na mě někdo citově působí (například mě požádá, abych pomohla postiženým dětem).
55. Obvykle jsem tak odhodlaná dosáhnout cíle, že pokračuji v práci ještě dlouho poté, co to ostatní lidé vzdali.
56. Zažila jsem chvíle velké radosti, při nichž jsem najednou měla hluboký pocit jednoty se vším, co existuje.
57. Víím, co chci v životě dělat.
58. Často se nedokážu vypořádat s problémy, protože prostě nevím, co mám dělat.
59. Raději peníze utracím, než šetřím.
60. Často se mi pro mé nadšení pro těžkou práci přezdívá „horlivec“.
61. Když jsem na rozpacích nebo když mě někdo poníží, rychle to překonám.
62. Ráda usiluji o větší a lepší věci.
63. Než se rozhodnu změnit své zaběhané způsoby, jak něco dělat, potřebuji k tomu obvykle dostatek velmi dobrých praktických důvodů.
64. Téměř vždy zůstanu uvolněná a bezstarostná, i když skoro všichni ostatní mají strach.
65. Smutné písničky a filmy mě dost nudí.
66. Okolnosti mě často nutí k tomu, abych dělala věci proti své vůli.
67. Když je na mě někdo protivný, obvykle mu to ráda oplatím tím samým.
68. Často mě to, co dělám, tak pohltí, že úplně zapomenu na všechno kolem – jako by neexistoval čas ani prostor.
69. Myslím, že můj život nemá žádný opravdový účel nebo smysl.
70. V neznámých situacích se často cítím stísněně a úzkostně, i když si ostatní myslí, že se vůbec není čeho bát.
71. Často se řídím svými instinkty, vnuknutími nebo intuicí („šestým smyslem“), aniž bych si vše dopodrobna promyslela.
72. Ráda jsem ve všem, co dělám, nejlepší.
73. Často cítím silné duchovní nebo citové spojení se všemi lidmi kolem.
74. Obvykle se snažím představit si sama sebe v kůži toho druhého, abych jej mohla skutečně pochopit.

75. Zásady, jako je spravedlnost a čestnost, hrají v některých stránkách mého života malou roli.
76. Jsem pracovitější než většina lidí.
77. I když se většina lidí domnívá, že to není důležité, trvám na tom, aby se věci dělaly přesně a pořádně.
78. Téměř ve všech společenských situacích se cítím velmi jistě.
79. Moji přátele nedokážou odhadnout, co cítím, protože se jim se svými osobními pocity nesvěřuji často.
80. Dokážu se snadno svěřit se svými pocity ostatním.
81. Mám více energie a unavím se pomaleji než většina lidí.
82. Často přestanu s tím, co dělám, protože dostanu strach, a to i když mi mí přátelé říkají, že všechno půjde dobře.
83. Často si přeji, abych byla mocnější než ostatní.
84. Členové týmu zřídka dostanou svůj spravedlivý díl.
85. Neustupuji ze své cesty proto, abych vyhověla ostatním lidem.
86. Ve společnosti cizích lidí nejsem vůbec plachá.
87. Většinu času trávím věcmi, které se jeví jako nezbytně nutné, ale pro mě nejsou skutečně důležité.
88. Myslím si, že náboženské a morální zásady, týkající se toho, co je správné a co špatné, by neměly mít velký vliv při rozhodování o obchodních záležitostech.
89. Často se snažím dát svá vlastní hodnocení stranou, abych mohla lépe pochopit, co prožívají druzí.
90. Mnoho mých návyků mi brání v tom, abych dosáhla cílů, které za něco stojí.
91. Osobně jsem se hodně obětovala pro to, aby se svět stal lepším místem k životu – např. jsem se snažila zabránit válce, chudobě a nespravedlnosti.
92. Trvá mi dlouho, než se sblížím s druhými lidmi.
93. Dělá mi radost, když mí nepřátelé trpí.
94. Práci začínám ráda rychle, bez ohledu na její obtížnost.
95. Jiným lidem se často zdá, jako bych byla v jiném světě, protože si vůbec nevšímám věcí, které se dějí kolem mě.
96. Obvykle ráda zůstávám nad věcí a stranou ostatních.
97. Při smutném filmu se rozpláču častěji než ostatní.
98. Z lehkého onemocnění nebo stresu (nadměrné zátěže) se dokážu vzpamatovat rychleji, než většina lidí.

99. Často mám pocit, jako bych byla součástí duchovní síly, na které závisí veškerý život.
100. Než si mohu důvěřovat v mnoha lákavých (svůdných) situacích, potřebuji hodně času na to, abych rozvinula své dobré návyky.
101. Prosím klikněte na úplně nepravdivé, jedná se o ověřovací položku.
102. Ráda dělám rychlá rozhodnutí, abych pohnula s tím, co je třeba udělat.
103. Obvykle si věřím, že dokážu snadno zvládnout věci, které by většina lidí považovala za nebezpečné (jako řídit rychle auto na mokré nebo zledovatělé vozovce).
104. Ráda vymýšlím nové způsoby, jak něco dělat.
105. Raději peníze šetřím, než abych je utrácela za zábavu a podobné věci.
106. Zažila jsem pocit kontaktu s božskou a nádhernou duchovní silou.
107. Mám tolik chyb, že se proto nemám moc ráda.
108. Většina lidí se zdá být vynalézavější než jsem já.
109. Často porušuji pravidla a předpisy, pokud se domnívám, že si tím pomůžu.
110. I když jsem mezi svými přáteli, raději se před nimi moc „neotvírám“.
111. Čím je práce nebo úkol těžší, tím jsem raději.
112. Často, když se podívám na nějakou obyčejnou věc, stane se něco nádherného – dostanu pocit, jako bych ji viděla poprvé.
113. Vždy, když mám udělat něco nového a pro mě neznámého, pociťuji napětí a obavy.
114. Ráda se pustím do práce na jakémkoliv přiděleném úkolu.
115. Moje vůle je příliš slabá na to, abych dokázala překonat silné pokušení, i když vím, že v důsledku toho budu trpět.
116. Když se cítím rozrušená, obvykle jsem raději s přáteli, než když jsem ponechána sama sobě.
117. Často dokážu víc, než ode mě lidé očekávají.
118. Náboženské zkušenosti mi pomohly porozumět skutečnému smyslu mého života.
119. Obvykle se snažím víc, než většina lidí, protože chci obstát co nejlépe.
120. Prosím klikněte na úplně pravdivé, jedná se o ověřovací položku.
121. Obvykle mám větší sebedůvěru a více energie než většina lidí, dokonce i po kratší nemoci nebo stresu (nadměrném napětí).
122. Když se neděje nic nového, začnu se obvykle poohlížet po něčem vzrušujícím nebo napínavém.
123. Než se rozhodnu, ráda si všechno pořádně promyslím.
124. Lidé, kteří se mnou mají co do činění, se musí naučit, jak dělat věci mým způsobem.
125. S většinou lidí navážu vřelý osobní vztah.

126. Často se o mě mluví jako o tom, kdo dokáže více než ostatní.
127. Raději bych si četla knihu, než bych hovořila o svých pocitech s jinou osobou.
128. Lidem, kteří mě zranili, to s chutí odplatím.
129. Když něco nefunguje tak, jak jsem si to představovala, spíše to vzdám, než abych v tom delší dobu pokračovala.
130. Jiní lidé se ke mně po citové stránce mohou snadno přiblížit.
131. Asi bych zůstala vstřícná a uvolněná při setkání se skupinou cizích lidí, i kdyby mi bylo řečeno, že nejsou přátelští.
132. Prosim klikněte na spíše nepravdivé, jedná se o ověřovací položku.
133. Všeobecně nemám ráda lidi, kteří mají odlišné názory než já.
134. Než se pustím do nějakého projektu, obvykle si dám trochu načas.
135. Obvykle trochu přeháním, když vyprávím zábavnou historku nebo si chci z někoho trochu vystřelit.
136. Je pro mě hodně těžké přizpůsobit se změnám v tom, jak něco dělám, protože hned pociťuji napětí, únavu a obavy.
137. Jsem větší perfekcionista (dělám věci pořádněji) než většina lidí.
138. Lidé si o mně myslí, že jsem příliš nezávislá, protože nedělám to, co po mně chtějí.
139. Oproti většině ostatních lidí dokážu lépe šetřit peníze.
140. Když nějaká práce zabere více času, než jsem předpokládala, často ji vzdám.
141. Jestli je něco dobré nebo špatné, je jen věcí názoru.
142. Často se toho od jiných lidí hodně naučím.
143. Věřím, že celý život závisí na nějakém duchovním řádu nebo síle, kterou nelze zcela vysvětlit.
144. Když si nedám velký pozor, často se mi něco pokazí.
145. Novými myšlenkami a činnostmi se nadchnu pomaleji než jiní lidé.
146. Asi bych toho dokázala víc, ale nevidím důvod, proč bych se měla honit víc, než je nutné.
147. Obvykle se straním situací, kde bych se měla setkat s neznámými lidmi, i když jsem byla ujištěna, že budou přátelští.
148. Často se cítím být v tak těsném spojení s lidmi kolem, že to vypadá, jako by nás nic neoddělovalo.
149. Ve většině situací jsou mé přirozené reakce založeny na dobrých návycích, které jsem si osvojila.

150. Často musím přestat s tím, co dělám, protože se začnu obávat, že by se něco mohlo pokazit.
151. Často se o mně říká, že jsem „mimo“, protože se tak zaberu do toho, co dělám, že ztratím ponětí o všem kolem.
152. Často беру stejný ohled na pocity druhých lidí jako na své vlastní.
153. Často se o mně říká, že nedokážu dotáhnout věci do konce.
154. Většinou bych raději dělala věci, které jsou trochu riskantní (jako řídit auto do prudkých kopců a ostrých zatáček), než být pár hodin v klidu a nečinnosti.
155. Někteří lidé si myslí, že jsem moc skoupá na peníze nebo že je nerada vydávám.
156. Mám mnohem raději „vyzkoušené a osvědčené“ způsoby, jak něco dělat, než zkoušení „nových a vylepšených“ způsobů.
157. Často dělám věci na ochranu rostlin a zvířat před vyhynutím.
158. Často dělám věci až do svého vyčerpání nebo se snažím udělat víc, než skutečně dokážu.
159. Když jsem přichycena při tom, že něco dělám špatně, nedokážu se z toho dost dobře vykroutit.
160. Opakováním jsem si vypěstovala dobré návyky, které jsou silnější než většina okamžitých popudů nebo přesvědčení.
161. Myslím si, že v budoucnu mě potká velké štěstí.
162. Rychle se otevřu druhým lidem, i když je moc dobře neznám.
163. Když se mi něco hned napoprvé nepodaří, dám si za úkol se to naučit.
164. Aby člověk uspěl v obchodu, nemusí být nečestný.
165. Při rozhovoru jsem daleko lepší posluchač než řečník.
166. Práce, kde bych nemohla být ve styku s lidmi, by mě neuspokojovala.
167. Moje postoje jsou většinou ovlivněny vlivy, které nemám pod kontrolou.
168. Často si přeji, abych byla silnější než ostatní.
169. Často si musím dát „šlofika“ nebo si odpočinout, protože se rychle unavím.
170. Nerada říkám lži, i když by to byla takzvaná lež z milosti.
171. Bez ohledu na jakékoli dočasné potíže, které musím překonat, vždycky myslím na to, že se to obrátí k lepšímu.
172. Jen s obtížemi utrácím peníze za své věci, dokonce i tehdy, když mám hodně našetřeno.
173. Často ze sebe vydám to nejlepší za obtížných okolností.
174. Raději si nechávám své problémy pro sebe.
175. Mám živou představivost.
176. Raději jsem doma, než abych cestovala nebo objevovala nová místa.

177. Vřelá přátelství s jinými lidmi jsou pro mě velice důležitá.
178. Často si přeji, abych zůstala navždy mladý.
179. Když mám podepsat nějaké papíry, všechno si nejdříve podrobně přečtu.
180. Myslím si, že při setkání s cizími lidmi bych zůstala klidná a vyrovnaná, i kdyby mi bylo řečeno, že se na mě zlobí.
181. Myslím si, že je důležitější snažit se pochopit druhé a soucítit s nimi, než být na ně tvrdý a přísný.
182. Často si přeji, abych měla zvláštní schopnosti, jako třeba Superman.
183. Ráda se podělím o to, co jsem se naučila, s druhými lidmi.
184. Obvykle se na těžkou situaci dívám jako na příležitost nebo výzvu.
185. Většina lidí, které znám, se stará jen o sebe, bez ohledu na to, zda to zraní někoho jiného.
186. Když se mám zotavit po kratší nemoci nebo vypětí, potřebuji hodně odpočinku, podpory nebo ujištění.
187. Vím, že existují určité zásady pro život, které nikdo nemůže porušit bez toho, aby za to nakonec nepykal.
188. Nechci být bohatší než ostatní.
189. Ráda začínám práci pomalu, i když je jednoduchá.
190. Ráda bych riskoval vlastní život pro to, aby byl svět lepší.
191. Když si mé práce nikdo nevšímá, mé odhodlání uspět se ještě zvýší.
192. Často si přeji, abych dokázala zastavit běh času.
193. Velice nerada se rozhoduji jen na základě svého prvního dojmu.
194. Raději bych byla sama, než se zabývat problémy jiných lidí.
195. Nechci být obdivována víc než jiní lidé.
196. Potřebuji od druhých lidí velkou pomoc, abych si vypěstovala dobré návyky.
197. Ráda udělám svou práci rychle, a pak se ještě přihlásím o další.
198. Je pro mě těžké tolerovat (snášet) lidi, kteří jsou jiní než já.
199. Když mě někdo zraní, namísto odplaty jsem k němu radši vlídná.
200. Jsem opravdu ráda, když mám co na práci.
201. Snažím se co možná nejvíce spolupracovat s ostatními.
202. Často jsem díky své ctižádosti a tvrdé práci úspěšná.
203. Obvykle je pro mě snadné mít ráda lidi, kteří vyznávají odlišné hodnoty než já.
204. Dobré návyky se pro mě staly mou „druhou přirozeností“ – téměř vždy se spustí automaticky a samovolně.

205. Hrozně nerada měním způsob, jak něco dělám, i když mi hodně lidí říká, že existuje nový a lepší způsob, jak to udělat.
206. Myslím, že není moudré věřit tomu, co nemůže být vědecky vysvětleno.
207. Kvůli úspěchu jsem odhodlána přinést mnoho obětí.
208. Ráda si představuji, jak mí nepřátelé trpí.
209. Prosím klikněte na ani pravdivé ani nepravdivé, jedná se o ověřovací položku.
210. Při všem, co dělám, věnuji velkou pozornost detailům (jednotlivostem, drobnostem).
211. Obvykle se mohu svobodně rozhodnout, co budu dělat.
212. Často se tak zaberu do toho, co dělám, že na chvíli zapomenu, kde jsem.
213. Jsem ráda, když jiní lidé vědí, že mi na nich opravdu záleží.
214. Většinou bych chtěla dělat něco riskantního (jako létat na rogalu nebo skákat padákem), než abych několik hodin musela zůstat v klidu a nečinnosti.
215. Protože často utrácím peníze z nějakého chvilkového popudu, těžko je dokážu ušetřit – dokonce i na takové věci, jako je dovolená.
216. Často se podvolím přání svých přátel.
217. Neobávám se nějakých hrozných věcí, které by se mohly stát v budoucnu.
218. Lidé si ke mně chodí často pro pomoc, pochopení a porozumění.
219. Většinou rychle odpustím každému, kdo mi ublížil.
220. Myslím, že mé současné přirozené reakce jsou obvykle shodné s mými zásadami a dlouhodobými cíli.
221. Raději počkám, až se toho, co se má udělat, ujme někdo jiný.
222. S potěšením nakupuji věci pro sebe.
223. Měla jsem zážitky, které mi natolik objasnily mou roli v životě, že jsem z toho byla velice šťastná a rozrušená.
224. Obvykle respektuji (ohlížím se na) názory druhých.
225. Mé chování se řídí určitými cíli, které jsem si v životě vytyčila.
226. Je obvykle hloupé podporovat úspěch jiných lidí.
227. Často si přeji, abych mohla žít věčně.
228. Když někdo poukáže na mé chyby, pracuji o to víc, abych je napravila.
229. Nevzdám to, co dělám, jen kvůli dlouhému sledu neočekávaných nezdarů.
230. Ve všem, co se pokouším dělat, mám obvykle štěstí.
231. Přeji si, abych vypadala lépe, než ostatní.
232. Zprávy o mystických zážitcích odrážejí pravděpodobně jen toužebná přání.
233. Práva jedince jsou důležitější než potřeby jakékoliv skupiny.

234. Nepoctivost způsobí problémy jen tehdy, necháte-li se přichytit.
235. Dobré návyky mi usnadňují dělat věci tak, jak chci.
236. Za mé problémy mohou obvykle jiní lidé a nepříznivé podmínky.
237. Obvykle dokážu zůstat „v chodu“ celý den, aniž bych se k tomu musela nutit.
238. Ve všem, co dělám, chci být nejlepší.
239. Než se rozhodnu, skoro pokaždé promyslím všechny skutečnosti dopodrobně, i když po mně ostatní vyžadují rychlé rozhodnutí.
240. Když je zapotřebí něco udělat, rychle se přihlásím.

Výsledné skóry VS

Osoba	Skóry vyjádřené v percentilech						
	NS	HA	RD	PE	SD	CO	ST
1	90	40	95	85	1	55	3
2	65	13	87	97	70	50	6
3	96	20	99	75	97	22	92
4	77	60	24	83	70	31	24
5	37	84	70	51	15	64	96
6	99	25	76	99	1	6	99
7	87	99	24	1	8	86	15
8	30	79	78	40	85	78	45
9	22	81	70	84	90	77	93
10	30	47	53	84	89	91	99
11	60	76	70	82	80	88	94
12	76	47	8	4	46	5	2
13	76	43	30	65	45	42	75
14	76	78	42	11	37	17	23
15	86	44	76	45	17	13	46
16	89	55	35	10	15	18	12
17	76	76	35	7	17	50	46
18	90	2	87	98	89	42	88
19	95	2	80	50	15	4	91
20	94	43	60	33	7	36	76
21	98	14	53	4	15	14	46
22	89	3	74	84	96	55	23
23	76	4	5	71	80	79	1
24	45	45	45	84	28	50	86
25	43	47	76	89	17	77	30
26	76	55	70	72	15	55	80
27	45	76	42	37	21	15	94
28	77	76	90	36	56	75	45
29	92	57	50	50	29	13	46
30	76	75	65	36	35	22	46
31	80	78	24	40	28	6	60
32	97	3	89	91	36	30	80
33	98	7	88	31	52	75	46
34	86	79	60	15	30	24	76
35	36	1	76	97	99	64	20
36	45	57	87	77	43	55	46
37	37	47	55	33	35	60	60
38	98	35	44	89	2	6	94
39	96	57	65	84	3	3	88
40	90	96	70	33	1	25	30
41	94	97	30	37	17	22	88
42	96	85	75	51	15	5	98
43	45	53	65	33	2	45	87
44	90	2	87	98	89	42	88
45	87	99	35	1	8	86	15
46	90	2	87	98	89	42	88
47	60	75	70	82	80	88	94

Resumé

Drug addiction is an issue that concerns each society. It covers human beings, health and conduct. Non-alcoholic toxicomania endangers the entire human organism. That means physically and especially mentally. Many times drug addiction conducts to suicide attempts or even suicide. Dependent to non-alcoholic drugs very often negatively influences his (her) original family (parents, brothers and sisters) and, or his (her) present family (husband/wife and children). Drug addicted meets also many failures in his professional life.

Detoxification is a long and demanding process. Within the context of detoxification we can't consider the process as a complete cure but we speak about "whole life treatment". There are plenty of causes for drug addiction. The following work is focused on personality traits that could be considered as one of the hazard factors leading to drug addiction. Personality structure detection is playing a decisive role both in prevention and in treatment process. A pertinent personality traits detection contributes to select the appropriate therapy.

In an effort to being clear the following work is divided into two parts: Theory and practical approach. In the theoretical part we put the emphasis on basic notion definition such as addiction syndrome, drug classification. We will also focus on drug situation in the Czech Republic where, the figures concerning drug users and addicted continue to increase. We will then get into characteristics of most used non-alcoholic drugs including their effects. This step will help us to find out what are the users finding in drugs (in terms of mentally effects).

In the next parts we will focus on the source of addiction. We selected the bio-psycho-social model that maps the possible causes for addiction. This global model is dealing with both endogenous and exogenous causes.

We identified personality traits as one of the factor playing a role in the origin of addiction and we tried to chart the surveys dealing with the personality traits. We are dealing with personality attributes of drugs addicted subjects. We will in brief mention personality disorder that we can meet with drugs addicted.

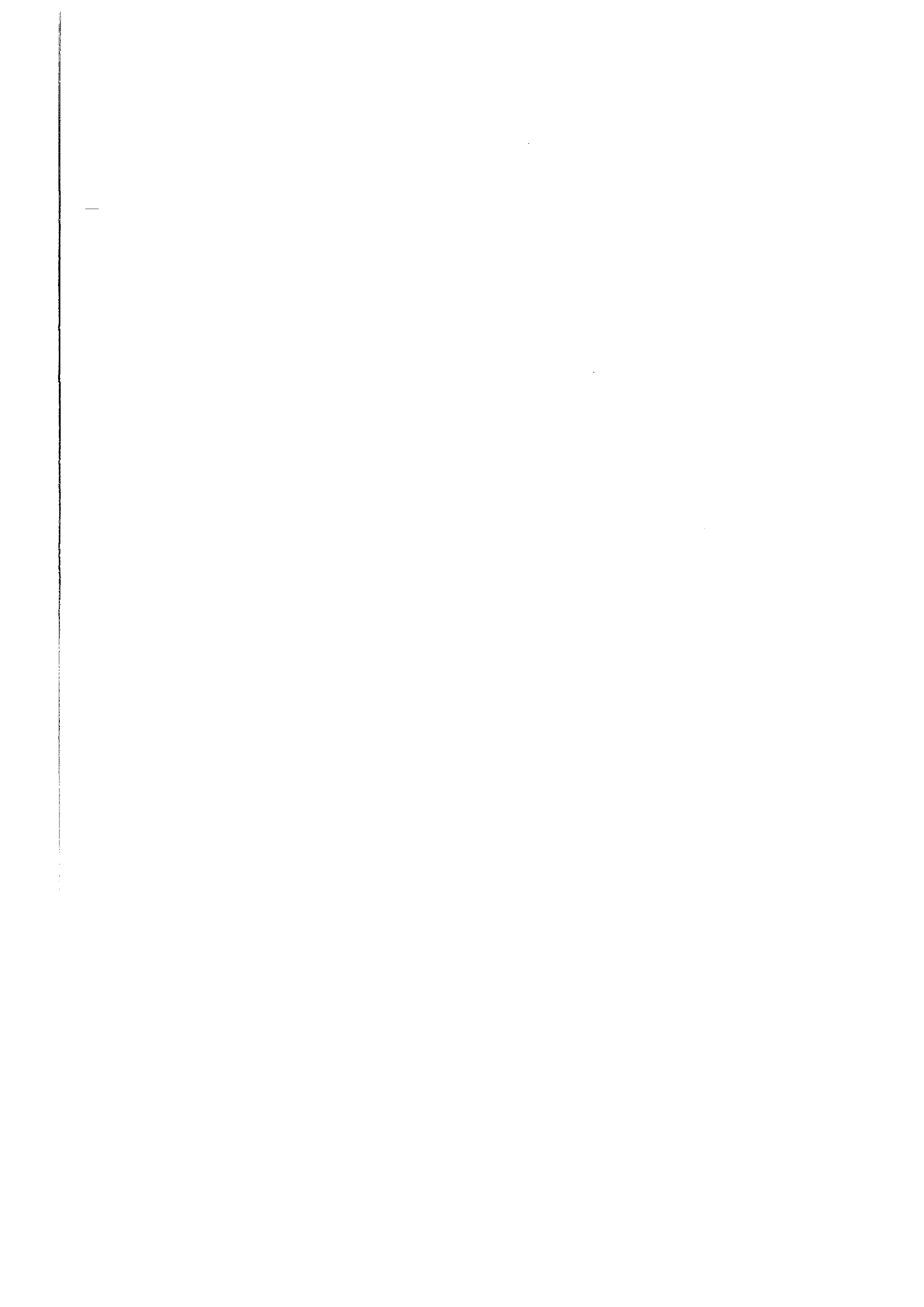
In the last part we will deal with treatment and drug addiction prevention. We will also do a brief review of drugs addiction detoxification establishments in the Czech Republic.

In the practical part of this work we focused on findings and characteristics of selected non-alcoholic drugs personality traits. By selected non-alcoholic drugs personality traits we have in mind traits measured by the TCI-r method (Temperament and Character Inventory-revised). This method measures temperament a character traits. The temperament traits are

measured through the four following dimensions: NS- novelty seeking, HA, harm avoidance, RD reward dependence and PE, persistence. The character traits are measured through two dimensions: SD, self-directedness-CO-cooperativeness and ST, Self-Transcendence.

In the next part we attempted to compare traits between women and men addicted to non-alcoholic drugs and between addicted to stimulant and opioid drugs. The women reached significantly higher score in the CO and PE dimensions. In the second comparison we did not figure out any notable differences in terms of personality traits.

The very last part of the practical approach of this work is dealing with the possibilities to use our findings in the frame of personality traits for prevention and detoxification process.



Resumé

Závislost na návykových látkách je problémem celospolečenským, který se dotýká zdravotní i společenské oblasti lidského života. Nealkoholová toxikománie poškozuje lidský organismus jako celek, tj. jak jeho stránku somatickou, tak zvláště psychickou. Mnohdy ústí nejen v sebevražedné pokusy, ale i v dokonaná suicidia. Závislý na nealkoholových drogách často negativně ovlivňuje svou rodinu orientační, ale také, pokud nějakou má, rodinu prokreační. K selhání dochází také v profesionální oblasti života.

Léčba závislých na nealkoholových drogách je dlouhá a náročná. V souvislosti s léčbou se nehovoří o úplném vyléčení, spíše o léčbě na celý život. Příčin vzniku závislosti je mnoho. V této práci jsme se soustředili na osobnostní vlastnosti, které mohou působit jako jeden z rizikových faktorů vzniku a rozvoje závislosti. Odhalení osobnostní struktury je důležité nejen pro včasnou prevenci, ale také v době léčby, kdy odhalení osobnostních vlastností může přispět ke zvolení vhodného způsobu terapie, či k odhalování situací, které mohou být klíčové pro vznik relapsu.

Tato práce je kvůli přehlednosti rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřujeme na definici základních pojmů, například na syndrom závislosti, definici drog. Zabýváme se také situací v ČR, kde stále dochází ke zvyšování uživatelů drog i závislých na drogách. Po zmapování situace se dostáváme k charakteristice nejčastěji užívaných nealkoholových návykových látek, včetně jejich účinku, což nám může pomoci odhalit, co obzvláště po psychické stránce droga svému uživateli poskytuje.

V dalších částech se zaměřujeme na příčiny vzniku závislosti. Zvolili jsme bio-psycho-sociální model, který mapuje možné příčiny vzniku závislosti. Jde o model komplexní, zahrnující jak příčiny endogenní, tak příčiny exogenní.

Za jednu z příčin vzniku a rozvoje závislosti považujeme osobnostní charakteristiky. V kapitolách zaměřených na osobnostní charakteristiky jsme se pokusili o zmapování výzkumů, jež se k tomuto tématu vztahovali. Zabýváme se jak vlastnostmi zjištěnými před vznikem drogové závislosti, tak vlastnostmi určenými u jedinců, jež se ze závislosti léčí. Stručně se zmíníme také o poruchách osobnosti, které mezi závislými nejsou ojedinělé.

V závěru části teoretické se zabýváme léčbou a prevencí, přičemž podáváme stručný přehled zařízení zabývajících se touto problematikou v ČR.

V praktické části jsme se zaměřili na zjištění a charakteristiku vybraných osobnostních vlastností u závislých na nealkoholových drogách. Vybranými osobnostními vlastnostmi

máme na mysli vlastnosti měřené metodou TCI-r (Temperament and Character Inventory-revised). Tato metoda měří temperamentové a charakterové vlastnosti. Temperamentové vlastnosti jsou měřeny čtyřmi následujícími dimenzemi: Vyhledávání nového (NS), Vyhýbání se poškození (HA), Závislost na odměně (RD) a Odolnost (PE). Charakterové dimenze jsou měřeny dimenzemi Sebeřízení (SD), Spolupráce (CO) a Sebepřesažení (ST).

V další části jsme se věnovali porovnání vlastností mezi muži a ženami závislými na nealkoholových drogách a mezi závislými na stimulacích a opiátech. Ženy oproti mužům vykazovaly významně vyšší skóre v dimenzi CO a PE. Ve druhém případě jsme neprokázali žádné významné rozdíly v osobnostních vlastnostech.

V závěru praktické části se věnujeme možnostem jak využít námi zjištěné osobnostní vlastnosti v prevenci a léčebném procesu.

Resumé

Závislost na návykových látkách je problémem celospolečenským, který se dotýká zdravotní i společenské oblasti lidského života. Nealkoholová toxikománie poškozuje lidský organismus jako celek, tj. jak jeho stránku somatickou, tak zvláště psychickou. Mnohdy ústí nejen v sebevražedné pokusy, ale i v dokonaná suicidia. Závislý na nealkoholových drogách často negativně ovlivňuje svou rodinu orientační, ale také, pokud nějakou má, rodinu prokreační. K selhání dochází také v profesionální oblasti života.

Léčba závislých na nealkoholových drogách je dlouhá a náročná. V souvislosti s léčbou se nehovoří o úplném vyléčení, spíše o léčbě na celý život. Příčin vzniku závislosti je mnoho. V této práci jsme se soustředili na osobnostní vlastnosti, které mohou působit jako jeden z rizikových faktorů vzniku a rozvoje závislosti. Odhalení osobnostní struktury je důležité nejen pro včasnou prevenci, ale také v době léčby, kdy odhalení osobnostních vlastností může přispět ke zvolení vhodného způsobu terapie, či k odhalování situací, které mohou být klíčové pro vznik relapsu.

Tato práce je kvůli přehlednosti rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřujeme na definici základních pojmů, například na syndrom závislosti, definici drog. Zabýváme se také situací v ČR, kde stále dochází ke zvyšování uživatelů drog i závislých na drogách. Po zmapování situace se dostáváme k charakteristice nejčastěji užívaných nealkoholových návykových látek, včetně jejich účinku, což nám může pomoci odhalit, co obzvláště po psychické stránce droga svému uživateli poskytuje.

V dalších částech se zaměřujeme na příčiny vzniku závislosti. Zvolili jsme bio-psycho-sociální model, který mapuje možné příčiny vzniku závislosti. Jde o model komplexní, zahrnující jak příčiny endogenní, tak příčiny exogenní.

Za jednu z příčin vzniku a rozvoje závislosti považujeme osobnostní charakteristiky. V kapitolách zaměřených na osobnostní charakteristiky jsme se pokusili o zmapování výzkumů, jež se k tomuto tématu vztahovali. Zabýváme se jak vlastnostmi zjištěnými před vznikem drogové závislosti, tak vlastnostmi určenými u jedinců, jež se ze závislosti léčí. Stručně se zmíníme také o poruchách osobnosti, které mezi závislými nejsou ojedinělé.

V závěru části teoretické se zabýváme léčbou a prevencí, přičemž podáváme stručný přehled zařízení zabývajících se touto problematikou v ČR.

V praktické části jsme se zaměřili na zjištění a charakteristiku vybraných osobnostních vlastností u závislých na nealkoholových drogách. Vybranými osobnostními vlastnostmi

máme na mysli vlastnosti měřené metodou TCI-r (Temperament and Character Inventory-revised). Tato metoda měří temperamentové a charakterové vlastnosti. Temperamentové vlastnosti jsou měřeny čtyřmi následujícími dimenzemi: Vyhledávání nového (NS), Vyhýbání se poškození (HA), Závislost na odměně (RD) a Odolnost (PE). Charakterové dimenze jsou měřeny dimenzemi Sebeřízení (SD), Spolupráce (CO) a Sebeřesažení (ST).

V další části jsme se věnovali porovnání vlastností mezi muži a ženami závislými na nealkoholových drogách a mezi závislými na stimulanciích a opiátech. Ženy oproti mužům vykazovaly významně vyšší skóry v dimenzi CO a PE. Ve druhém případě jsme neprokázali žádné významné rozdíly v osobnostních vlastnostech.

V závěru praktické části se věnujeme možnostem jak využít námi zjištěné osobnostní vlastnosti v prevenci a léčebném procesu.