

Masarykova Univerzita
Filozofická fakulta
Psychologický ústav



**Struktura osobnosti u adiktologických pacientů v kontextu
alternativního modelu DSM-5**

Magisterská diplomová práce

Autor: Judita Lorencová
Vedoucí práce: Ph.Dr Pavel Humpolíček, Ph.D.
Konzultant: Mgr. Bc. Karel Riegel

Brno 2018

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala
samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury*

V Brně dne 27.4.2017

.....
Podpis autora práce

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Pavlu Humpolíčkovi, Ph.D. za odborné rady, cennou pomoc, a především velké pochopení při vedení diplomové práce. Poděkování patří také Mgr. Bc. Karlu Riegelovi za odborné poznatky, rady a trpělivé zodpovídání všetečných dotazů. Děkuji také kolegyni Kateřině Dvořákové za čas strávený nad diskusí celé problematiky a také všem, kteří mi svou pomocí či podporou dopomohli k dokončení práce.

Obsah

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1. ZÁVISLOST.....	7
1.1. Definice závislosti	7
1.2. Diagnostika závislosti	8
1.3. Etiologie	11
1.4. Důsledky.....	12
2. ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	13
2.1. Epidemiologie	14
3. ZÁVISLOST NA DROGÁCH.....	14
3.1. Opioidy.....	15
3.2. Kanabinoidy	15
3.3. Stimulanty	16
3.4. Halucinogeny	17
3.5. Těkavé látky	17
3.6. Epidemiologie	18
4. STRUKTURA OSOBNOSTI	19
4.1 Osobnost	19
4.2. Struktury osobnosti	19
5. ALTERNATIVNÍ MODEL DSM-5 PRO PORUCHY OSOBNOSTI	20
5.1. Negativní afektivita	23
5.2. Odtážitost	23
5.3. Antagonismus	24
5.4. Desinhibice	25
5.5. Psychoticismus	26
5.6. PORUCHA OSOBNOSTI	27
5.6.1. Definice	27
5.6.2. Diagnostika	28
5.6.3. Etiologie poruch osobnosti	29
5.6.4. Epidemiologie	30
5.6.5. Jednotlivé diagnózy poruch osobnosti v současnosti.....	30
5.6.6. Poruchy osobnosti v pojetí alternativního modelu DSM-5.....	35

6.	STRUKTURA OSOBNOSTI A ALTERNATIVNÍ MODEL V KONTEXTU ZÁVISLOSTÍ.....	38
7.	SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	40
EMPIRICKÁ ČÁST		41
8.	PŘEDMĚT A CÍLE VÝZKUMU	41
8.1.	<i>Výzkumný design</i>	42
9.	METODA	44
9.1.	<i>Použité nástroje</i>	44
10.	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	46
11.	SBĚR DAT	46
12.	ZPRACOVÁNÍ DAT	47
13.	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	47
13.1.	<i>Deskripce výzkumného souboru</i>	47
13.2.	<i>Adiktologičtí pacienti a poruchy osobnosti (H1)</i>	50
13.3.	<i>Oblasti PID-5 u adiktologických pacientů (H2)</i>	52
13.4.	<i>Aspekty PID-5 u adiktologických pacientů (H3)</i>	54
13.5.	<i>Rozdíly ve strukturách osobnosti u dvou diagnóz závislosti (H4a a H4b)</i> .	56
13.6.	<i>Genderové rozdíly ve strukturách osobnosti (H5a, H5b)</i>	59
14.	DISKUSE.....	61
15.	LIMITY	64
16.	ZÁVĚR	65
ZDROJE		66

Úvod

Problematika závislostí je napříč populací stále více aktuálním tématem. Dostupnost psychoaktivních látek a kulturní prostředí, ve kterém je užívání legálních drog normou či společenskou událostí, zajišťuje adiktologickým klinikám stálý přísun pacientů.

Léčba těchto pacientů je většinou velmi strukturovaná, podléhá časovému rozvrhu a striktním pravidlům. Při dnešním nedostatku personálu v klinickém prostředí pak mnohdy není příliš prostoru pro individuální práci s pacienty, hlubší poznání jeho osobnosti a léčba tak nemusí vždy vyhovovat jejich individuálním potřebám.

Jednou z možností, jak pacienta lépe poznat a následně mu porozumět, je využití vhodné psychodiagnostiky. Tyto metody mnohdy podhalí skutečnosti, které nejsou ze samotného každodenního kontaktu na oddělení znatelné, případně vhodně doplní vstupní anamnézu pacienta. Využití diagnostiky se ale nemusí omezit pouze na stanovení pomyslné „startovní čáry“, ale může také při opakovaném užití nastínit vývoj léčby a nasměrovat další postup.

Tato práce je zaměřena na možnosti využití relativně nově dostupného nástroje PID-5, který je součástí alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti. Jak již z názvu vyplývá, je tento model určen primárně poruchám osobnosti, avšak patologické rysy osobnosti můžeme pozorovat i u dalších psychiatrických diagnóz (Chioqueta & Stiles 2005; Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005).

Autorka se rozhodla pro demonstraci využití Osobnostního inventáře PID-5 u adiktologických pacientů, na základě předpokladu přítomnosti patologických rysů osobnosti u diagnózy závislosti na psychoaktivních látkách (např. Black & Moyer, 1998; Grant, Chou, Goldstein, Huang, Stinson, Saha... & Ruan, 2008; Petry, Stinson & Grant, 2005; Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd & Goodwin, 1990). Pro potvrzení přítomnosti patologie byl do výzkumu zahrnut také IPDE screening, který je v klinické obci užíván a uznáván jako nástroj poukazující na přítomnost osobnostní patologie.

Dále byly prozkoumány rozdíly v patologických rysech osobnosti u dvou skupin závislostí (závislost na alkoholu vs. závislost na drogách) s cílem zachytit možné rozdílnosti v charakteristických strukturách osobnosti u jednotlivých typů závislostí a zjistit, zda se jednotlivé skupiny významně liší.

Autorka si toto téma zvolila především z důvodu osobních zkušeností z praxí v psychiatrických nemocnicích. Velkou motivací ji zároveň bylo také prozkoumání možností

využití nového nástroje, který se svým charakterem nesnaží o pouhé zařazení jedince do nějaké kategorie či tabulky, ale nabízí možnost nahlédnutí na specifitu jeho patologie. V neposlední řadě bylo jejím motivem spolupráce s Mgr. Bc. Karlem Riegelem, který je jedním z překladatelů české verze dotazníku PID-5 a dané problematice se dlouhodobě věnuje.

Jelikož se jedná o jednu z prvních studií na našem území, kde je využit dotazník PID-5, mohou poznatky této práce pomoci rozšířit povědomí o alternativním modelu DSM-5. Výsledky práce tak mají být první sondou a potvrzením předpokladu, že osobnostní inventář může přinést určité poznatky o osobnosti pacienta i u jiných diagnóz, než jsou poruchy osobnosti. V samotném závěru práce se pak autorka zamýšlí nad jeho dalšími možnostmi využití, zejména při plánování postupu léčby či terapie.

Teoretická část

Teoretická část diplomové práce se věnuje vymezení základních pojmů, s nimiž je ve výzkumu operováno. V následujících kapitolách je přiblížena problematika diagnóz závislosti, struktur osobnosti a jejich souvislostí. Samostatná kapitola je také věnována představení alternativního modelu DSM-5.

Protože je v práci operováno s psychiatrickými diagnózami, jsou v kapitolách, které se tohoto tématu dotýkají, představeny diagnózy v pojetí obou dostupných diagnostických a statistických manuálů, tedy MKN-10 (2008) a DSM-5 (APA, 2013).

První ze jmenovaných je hojně užíván zejména v evropském prostředí psychiatrie, včetně českého systému a diagnózy závislosti, které tvoří výzkumnou skupinu, jsou tedy stanoveny na základě podmínek, které pacient na základě kritérií MKN-10, splňuje. Pro komplexní představení problematiky budou uvedeny také poznámky z manuálu DSM-5, který je užíván především v Americe. Pojetí jednotlivých diagnóz se ve většině případů shoduje, u některých ale můžeme nalézt drobné rozdíly.

V samotném závěru bude přiblížen aktuální stav poznatků ve využití alternativní modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti v klinické populaci a jeho možné souvislosti se skupinou adiktologických pacientů.

1. Závislost

V diagnostických a statistických manuálech nalezneme celkem 10 látek v souvislosti s poruchami spojenými s návykovým užíváním. Ty jsou dále děleny na poruchy spojené s užíváním látek (akutní intoxikace, syndrom závislosti, odvykací stav, další poruchy vyvolané látkami/léky) a poruchy jejich užíváním vyvolané (APA, 2013; MKN-10, 2008). V představené práci budeme pracovat především se dvěma diagnózami závislosti, které budou podrobněji představeny níže – závislost na alkoholu a závislost na drogách.

1.1. Definice závislosti

Závislost je obecně spojena s užíváním psychoaktivních látek, často ale hovoříme také o závislém chování, které má se závislostí na látkách mnoho společných rysů (Nešpor, 2000; Padwa & Cunningham 2010). Závislé chování tak můžeme nalézt ve všech oblastech

lidského prožívání a chování. Jeho společným rysem je neustálé silné a neodolatelné nutkání opakovaně vyhledávat a navozovat vnitřní stavy uvolnění či povzbuzení pomocí látek nebo činnosti (West & Brown, 2013).

Syndrom závislosti je charakterizován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se dostavují po opakovaném užití substance. Rovněž je zahrnuta silná touha tyto drogy užít, a to opakovaně i přes známé škodlivé účinky. V konečném důsledku se užívání látky stává prioritní před jinými činnostmi, tolerance na látku se zvyšuje a po jejím odejmutí se v některých případech dostavuje somatický odvykací stav (MKN-10, 2018).

Mechanismus závislosti pak vysvětlujeme jako narušení neurobiologických mechanismů. Základním farmakologickým účinkem návykových látek je aktivace center v mozku spojených s odměnou (zejména pak dopaminového mezolimbického systému; Koob, 1992). Psychoaktivní látky způsobují zvýšení koncentrace dopaminu a dalších neurotransmiterů v nucleus accumbens, konkrétní mechanismus se ale liší v závislosti na typu látky (Váchová, Racková & Janů, 2009).

Systémy odměny jsou zodpovědné za zajišťování přežití a reprodukce organismu. Je tedy příhodné, že přirozenými aktivátory těchto systémů jsou situace, chování či prostředí spojené se zachováním druhu. Systémy tak mohou být přirozeně aktivovány adaptivním chováním, při užití psychoaktivní látky se ale tyto oblasti aktivují přímo a jedinec zažívá příjemné pocity (APA, 2003). Člověk se již od nepaměti snaží najít způsoby, jak tyto prožitky zintenzivnit a uniknout tak před bolestí a osamocněním. Za určitých okolností ale může tato přirozená touha přejít v nutkavost a zapříčinit rozvoj chorobnému způsobu chování (Kudrle in Kalina, 2003).

1.2. Diagnostika závislosti

Pro stanovení diagnózy závislosti musí být naplněno několik podmínek. Dle MKN-10 (2008) musí jedinec splnit tři nebo více z následujících kritérií, symptomy přitom musí být přítomny minimálně po dobu jednoho roku:

- Je přítomna silná touha nebo pocit puzení užít látku (craving)
- U jedince se vyskytují potíže se sebeovládáním v začátku užívání látky, při konci či v užitém množství

- Je přítomen fyzický odvykací stav, látka je tedy užitá s cílem zmenšit příznaky, které vznikly jejím předchozím užíváním nebo je přítomen odvykací stav, jehož konkrétní podoba je závislá na dříve užívané látce
- Narůstá tolerance na účinek látky, jedinec musí užívat větší množství látky k navození stejného účinku
- Jedinec postupně zanedbává jiné činnosti, zájmy či potěšení a věnuje zvýšené množství času k získání látky, jejímu užívání či zotavení se z užití
- Jedinec pokračuje v užívání látky i přes zjevný důkaz jejích škodlivých účinku

Každá látka se vyznačuje svým specifickým mechanismem účinku. MKN-10 (2008) rozlišuje následující diagnózy:

F10: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

F11: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů

F12: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů

F13: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik

F14: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu

F15: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů

F16: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů

F17: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku

F18: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel

F19: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

V manuálu DSM-5 pak vedle obecných znaků nalezneme jedenáct kritérií rozdělených do čtyř oblastí. Tato obecná kritéria jsou platná pro všechny typy užívaných látek (APA, 2003):

- Základním pozorovaným znakem je soubor kognitivních, behaviorálních a fyziologických fenoménů, přičemž tyto svědčí o tom, že jedinec užívá látky navzdory významným škodlivým důsledkům
- Jednotlivé příznaky se mohou u různých látek lišit svou intenzitou a nemusí být vždy přítomné
- Chování související s užíváním látky nese patologické rysy
- Následující kritéria jsou zaměřena na oblasti narušení kontroly (1-4), narušení v sociální sféře (5-7), rizikového užívání (8-9) a farmakologických kritérií (10-11)

- Kritérium 1 – uživatel užívá látku ve větším množství nebo po delší dobu, než měl původně v úmyslu
 - Kritérium 2 – uživatel projevuje přetrvávající zájem dávky látek snížit, či jejich užívání regulovat a uvádí několik neúspěšných pokusů
 - Kritérium 3 – uživatel tráví velkou část času snahou o získání látek, jejich užíváním nebo zotavováním z jejich účinku
 - Kritérium 4 – přítomnost bažení (craving), které se projevuje silnou touhou nebo nutkáním po užití drog; tento stav může nastat kdykoliv, většinou je však ovlivněn prostředím, které je spojeno s dřívějším setkáním se s látkou či jejím užitím
 - Kritérium 5 – opakované užívání vede k selhávání ve významných povinnostech v práci, ve škole nebo domácnosti
 - Kritérium 6 – přesto, že se problémy v interpersonální či osobní sféře opakují, uživatel pokračuje v užívání látky, tyto problémy jsou užíváním látky způsobeny či je jejich účinek zhoršuje
 - Kritérium 7 – pro uživatele důležité sociální, profesní nebo rekreační aktivity nejsou provozovány nebo jsou omezeny kvůli užívání látky
 - Kritérium 8 – opakované užívání látek v situacích, kde hrozí fyzické nebezpečí
 - Kritérium 9 – uživatel pokračuje v užívání látek i přesto, že přetrvávají nebo se opakují různé tělesné či psychické problémy, které jsou pravděpodobně způsobeny, případně zhoršeny, účinky látek
 - Kritérium 10 – vzniká tolerance, je potřeba výrazně navyšovat množství užitých dávek, aby uživatel dosáhl požadovaného účinku, nebo se výrazně oslabí účinek běžné dávky; míra této tolerance se liší v závislosti na typu látky a může zahrnovat celou škálu účinků na centrální nervovou soustavu
 - Kritérium 11 – při klesající koncentraci látek v krvi či tělních tkáních se u uživatele, který dlouhodobě a intenzivně užíval látku, vyskytuje odvykací stav; tyto stavy se mohou individuálně lišit v závislosti na užívané látce.
- * Kritéria 10 a 11 nejsou nezbytná pro diagnózu poruch užívání látek

1.3. Etiologie

Uvádět si všechny existující teorie vzniku závislostí přesahuje rámec této práce a ani to není jejím předmětem. Jednotlivé přístupy můžeme rozdělit dle toho, zda jsou formulovány na úrovni jednotlivce či populace (Kamil, 2015).

Příkladem teorie na úrovni jednotlivce je integrativní teorie, která zahrnuje kombinaci několik mechanismů vzniku. Tento model zohledňuje vlivy faktorů prostředí, vnitřních stavů a rysů, které vzájemně interagují. V jedinci tak vzniká vědomá i nevědomá motivace, která je založena na vyhledávání uspokojení nebo na vyhýbání se nepříjemným prožitkům (West & Brown, 2013). Tento model koresponduje také s bio-psycho-sociálním modelem nemocí, který se snaží poukázat na multifaktoriální podmíněnost vzniku duševních chorob (Kalina, 2003).

Systémová teorie je naproti tomu zástupcem teorií na úrovni populace, kdy je vznik závislosti pojatý jako výsledek vzájemně se interagujících systémů a složek na společenské úrovni. Konkrétním příkladem může být vláda, veřejnost a tabákový průmysl, kdy změny v jednom z těchto systémů mohou vyvolat kompenzační změny v systému druhém, nebo naopak jejich posilování a rozšíření (West & Brown 2013).

Odhlédneme-li od teoretických modelů, můžeme faktory podléjící se na vzniku závislosti rozdělit na vnitřní a vnější. Významným vnitřním faktorem je dědičnost, která hraje roli už ve fázi iniciace k užití drogy. Jedinec vybavený genetickou predispozicí se potýká s až o 50 % větším rizikem, že si navodí drogovou závislost (Nielsen, Untrankas, Reyes, Simons & Kosten, 2012). Další individuální příčinou může být nezralost organismu, zejména pubertální věk, který se vyznačuje velkými psychickými a fyzickými změnami, zvědavostí a zkoušením nových zážitků (Crews & Vetreno, 2011, Lea & Faden, 2006). V neposlední řadě je také významným faktorem pohlaví jedince, kdy se ženy jeví jako rizikovější skupinou vzhledem k vyšší citlivosti jejich organismu vůči účinkům drog a návykových látek (Zilberman, Tavares, El-Guebaly, 2004).

Jisté riziko také představuje přítomnost jiného psychického onemocnění. Velmi rizikovým pro rozvoj komorbidní závislosti je například deprese, úzkost a v neposlední řadě poruchy osobnosti (Farell, Howes, Bebbington, Brugha, Jenkins, Lewis, Marsden, Taylor & Meltzer, 2001).

Neméně významnou roli na vzniku závislosti pak sehrávají vnější faktory, které spolu s dispozicemi jedince spouštějí iniciální chování (Kudrle in Kalina, 2003).

V tomto ohledu má nezanedbatelný vliv rodinné prostředí závislého. Za rizikové se obecně považuje nestabilní či neúplná rodina a většímu riziku vzniku závislosti jsou tedy vystaveni jedinci z rozvedených rodin či jinak narušených rodin (Nurco, Kinlock, O'Grady & Hanlon, 1998; Garnefski & Okma, 1996). Není však podmínkou, že pro vznik závislosti musí jedinec pocházet z rodiny s nízkým socioekonomickým statusem. Například alkoholismus se velice často vyskytuje i u dobře zajištěných rodin, které považují užívání alkoholu za součást své rodinné kultury či si v něm utápí nespokojenost z partnerského soužití (Ahern, Galea, Hubbard, Midanik & Syme, 2008).

Vedle rodiny je významným vnějším faktorem také sociální skupina jedince. Jak dokázal výzkum Simons-Mortona (2007) s téměř dvou a půl tisícem respondentů, patří častá interakce s lidmi, kteří užívají návykové látky, mezi rizikové faktory.

Uchýlení se k užití drogy může být také výsledkem nenadálé stresové situace, kdy si jedinec zvolí užití látky jako copingovou strategii (Farell, Howes, Bebbington, Brugha, Jenkins, Lewis, Marden, Taylor & Meltzer, 2001; Khantzian, 1997).

Podíl vnitřních a vnějších vlivů, které jsou zodpovědné za užívání drog a vznik závislosti se mění v průběhu vývoje a života jedince (Kendler, Jacobson, Prescott & Neale, 2003).

1.4.Důsledky

Návykové užívání látek se většinou negativně promítne hned do několika oblastí. Na fyziologické úrovni mohou užíváním některých návykových látek nastat trvalé změny v centrální nervové soustavě. U jedince můžeme zaznamenat změny v prožívání emocí, dráždivosti, schopnosti se soustředit, ve schopnosti zapamatovat si nové informace atp. Rozsah těchto změn je ale závislý především na typu užívané látky, které se mezi sebou liší potenciální rizikovostí. Z dalších fyziologických poškození to může být v případě užívání alkoholu delirium, wernickeho encefalopatie, v případě některých drog zase demence. Velkým rizikem spojeným s užíváním je také zmíněný vznik tolerance, který může vést k užití nepřiměřené dávky a zapříčinit smrt (Oscar-Berman, 1980).

Uživatel může mít ale nově vzniklé problémy také v sociální sféře, které se pojí především se ztrátou zaměstnání, zadlužením a narušením interpersonálních vztahů (McKenna, Chick, Buxton, Howlett, Patience & Ritson, 1996).

2. Závislost na alkoholu

Nadměrná konzumace alkoholických nápojů je obecně označována jako *alkoholismus*. Vznik závislosti na alkoholu je většinou nenápadný a pro její rozvoj jsou typické postupné změny, postupné zvyšování tolerance nebo zanedbávání jiných zájmů. Současně s tímto procesem dochází ke změnám v myšlení a chování, které mohou vyústit v osobnostní změny. Alkoholik většinou tímto způsobem reaguje na konflikty, se kterými se setkává při střetu s realitou, jejichž příčinou je ale převážně právě nadměrné pití. Typický alkoholik má tendence tyto změny zakrývat případně racionalizovat svůj způsob chování (Popov in Kalina, 2003).

Alkoholismus lze dle Jelínka (1960) rozdělit na jednotlivé typy:

1. Problémové pití neboli typ *alfa*: alkohol je užíván za účelem potlačení tenze, úzkosti, depresivních stavů, uživatel často pije o samotě
2. Příležitostné užívání je typem *beta*: jedinec je výrazně charakterizován častým pitím ve společnosti, následkem jsou somatická poškození
3. Anglosaský typ, typ *gama*: závislost v tomto případě definuje porucha kontroly pití, postupně narůstá tolerance, užívání progreduje; tento stav je následován fyzickým i psychickým poškozením a vzniká zejména psychická závislost
4. Románský typ, typ *delta*: je přítomna typická denní konzumace alkoholu, výraznější je somatická závislost a somatické poškození
5. Epizodický abúzus, typ *epsilon*: jinak také kvartální pijáctví; vyskytují se období delší či úplné absence, jedná se o nepříliš častý typ závislosti na alkoholu

Účinek etanolu na centrální nervovou soustavu se podobá účinku anestetik a způsobuje její celkový útlum. V závislosti na podané dávce vyvolává tyto stavy v různé hloubce. V prvopočátku se projeví útlumový účinek etanolu stimulací motorických a psychických funkcí, které u některých jedinců vedou k excitaci. Je však snížena schopnost koncentrace, pracovního výkonu, rychlost reakce a sebekritičnost, sebevědomí naopak stoupá. Vyšší koncentrace pak vede k prohloubení útlumu. Nepřiměřeně vysoké dávky nakonec vedou k navození toxické narkózy, v rámci které dochází k depresi funkce životně důležitých center v prodloužené míše. Tyto stavy mohou skončit smrtí z důvodu útlumu dýchání. Obecně tedy říci, že nižší dávky vedou ke stimulaci, vyšší ale k útlumu (Kamil, 2015).

Pokud hovoříme o alkoholismu, tolerance organismu se nejprve postupně zvyšuje a při vysazení se vyskytují abstinenční příznaky. Postupem času ale organismus přestává

účinně metabolizovat alkohol a dochází ke snížení tolerance, což vede k tomu, že i malé množství dokáže u alkoholika vyvolat příznaky opilosti (Popov in Raboch & Zvolský, 2000). Po vysazení alkoholu dochází v rozmezí několika hodin až dní k abstinčním příznakům. Mezi charakteristické projevy patří třes, pocení, závratě, nauzea, zvracení, bolesti hlavy, poruchy spánku, pocity slabosti, vyskytnout se mohou i přechodné halucinace. Nejzávažnějším stavem pak je delirium tremens, které vyžaduje lékařský zásah. Tento stav většinou odezní do čtyř až pěti dnů, některé příznaky ale mohou odeznívat i několik týdnů (Hynie, 1995).

2.1. Epidemiologie

Při populační studii provedenou Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti v roce 2008 bylo zjištěno, že alkohol užilo v posledním roce více než jednou 85,4 procent respondentů, z toho 12 % uvedlo, že užívá alkohol čtyřikrát, nebo vícekrát do týdne, přičemž se jednalo převážně muže. Za nejrizikovější skupinu pak bylo označeno věkové rozpětí 45-54 let, kdy 5 % mužů uvedlo, že užívá šest a více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti každý den, žen naproti tomu pouze jedno procento.

V roce 2016 bylo v České republice zaznamenáno z celkového počtu hospitalizovaných pacientů závislých na alkoholu 17,6 % v psychiatrických léčebnách, 12,9 % v psychiatrických oddělení nemocnic a 4,3 % v ambulantních psychiatrických zařízeních (Beláčková, Nechanská, Chomynová & Horáková, 2012).

3. Závislost na drogách

Závislost na drogách zahrnuje několik skupin látek. Odpověď organismu na užití těchto látek se liší v závislosti na jejich mechanismu účinku. Liší se také v typu vyvolané závislosti, vznikem tolerance a abstinčních příznacích, které se dostaví při přerušení užívání drogy (Hughes, Higgins, & Bickel, 1994). U některých látek tolerance vznikat nemusí a nedostaví se ani abstinční příznaky, to je ale nečiní o nic bezpečnějšími než jiné, ve všech případech návykové užívání provází změny v osobnostní struktuře, které mohou mít dopad na sociální prostředí jedince (Paclt & Florian, 1998).

3.1. Opioidy

Užívání opiátů je velmi častou závislostí. Navíc v případě, že má uživatel dostatek finančních zdrojů, lze to dlouhodobě skrývat. Velkým rizikem je však strmý vzrůst tolerance. Následkem nadměrného užívání pak dochází ke změnám ve struktuře osobnosti, chování a životním stylu, který se stává neměnným stereotypem (Paclt & Florian, 1998).

Opioidy působí tlumivě s výrazným euforickým efektem a analgetickými účinky. Tyto účinky mohou být doprovázeny pocitem tepla a snížením vnímání vlastních tělesných pocitů (Hynie, 1995; Minařík in Kalina, 2003).

Zástupci této skupiny mohou být přírodní (morfium, kodein), polosyntetické či syntetické (heroin, metadon). Nejvíce užívanou látkou na našem území je heroin. (Kamil, 2015).

Látky si uživatelé aplikují především intravenózně, případně intranazálně, inhalací, kouřením, ústním požitím či sublingválně.

Z dlouhodobého hlediska vede užívání opioidů ke vzniku jak psychické, tak somatické závislosti, k rozvoji fyzické závislosti je však potřeba užívat látku denně po dobu několika měsíců. S jejím rozvojem pak stoupá tolerance na účinky látky a uživatelé snášejí takové množství, které by bylo pro jiné smrtelné. V neposlední řadě se uživatel stává ze somatického hlediska méně citlivý vůči bolesti (Hynie, 1995).

Odvykací stav s sebou nese řadu negativních důsledků, u jedince se vyskytují potíže s trávicím traktem, pocení, zvýšení teploty, nespavost, nechutenství či dehydratace (Minařík in Kalina, 2003).

3.2. Kanabinoidy

Kanabinoidy patří mezi lehké, velmi snadno dostupné a rozšířené drogy. Tyto látky jsou používány zejména pro jejich halucinogenní účinek. Po jejich užití nastávají pocity pohody, relaxace, případně euforie. Po požití je také subjektivně zkreslené prožívání času, zesíleno vnímání u některých smyslových orgánů, nebo sníženo pociťování bolesti. Dostavit se mohou ale i negativní účinky, v důsledku kterých jedinec zažívá úzkost, bušení srdce, sucho v ústech či závrať (Paclt & Florian, 1998). Vyšší dávky způsobují zhoršení krátkodobé paměti, myšlení a koncentrace. Přítomny mohou být i halucinace, bludy a další paranoidní představy (Hynie, 1995; Kamil, 2015).

Mezi nejčastěji užívané kanabinoidy patří marihuana a hašiš. Převažujícím způsobem podání je inhalace, potažmo perorální podání, které způsobí prodloužený efekt látky, ale způsobuje také pomalejší nástup účinku.

Opakované užívání kanabinoidů vede pouze k psychické, ale ne už k fyzické závislosti. Při odvykání nejsou přítomny příliš intenzivní abstinенční příznaky. Jedinec může zažívat neklid, nervozitu, nechutenství apod. Symptomy vymizí během několika dnů (Hynie, 1995).

3.3. Stimulanty

Užívání stimulantů má své kořeny hluboko v historii a v některých kulturách je jejich užívání spojeno s náboženskými rituály či běžnou součástí společenských zvyklostí. Oproti kanabinoidům je užívání stimulantů finančně náročnější a výrobci se snaží snižovat náklady, což se může odrazit v kvalitě výrobku a jejich užívání je tak ještě rizikovější (Paclt & Florian, 1998). Z nelegálních drog s vysokým potenciálem pro vznik závislosti je navíc pervitin, jeden za zástupců stimulantů, nejrozšířenějším (Minařík in Kalina, 2003).

Užití stimulantu vyvolává u člověka euforické stavy, pocity pohody, mohou se ale vyskytnout i nepříjemné pocity. Po malých dávkách je jedinec schopný koordinovat svou svalovou aktivitu, u větších ale dochází k třesu a může dojít až ke klonicko-tonickým křečím. Po této fázi dochází k depresi, to se týká nejen psychického stavu, ale může dojít i k selhání dýchání (Hynie, 1995). Z dlouhodobého hlediska je pak zatížen především kardiovaskulární systém, což zvyšuje riziko výskytu srdečních a mozkových příhod. Z hlediska dlouhodobých psychických důsledků může dojít k rozvoji toxické psychózy, kterou ale může vyvolat i pouhá jedna nepřiměřená dávka, a organických psychosyndromů doprovázených demencí (Presl, 1994).

Nejznámějšími ze skupiny stimulantů je kokain a metamfetamin (pervitin). Látky se v organismu rychle absorbují, a pro jejich účinek je dostačující absorpce sliznicemi. V případě stimulantů je rozšířeným způsobem užívání šňupání, tedy nazální podání, ústní podání či intravenózní aplikace (Hynie, 1995).

Při užívání stimulantů nevzniká vysoká tolerance, uživatel tedy nemusí zvyšovat dávky, aby dosáhl žádoucího stavu, pro jeho euforizující účinky je ale léčba této závislosti velmi náročná. Odvykací syndrom probíhá v několika fázích. Bezprostředně po vysazení se dostavuje únava a spavost. To může být doprovázeno depresemi, úzkostí případně

sebevražednými myšlenkami. Následuje touha po užití drogy, která nese velké riziko relapsu. Jedinec je podrážděný, depresivní. Tyto symptomy postupně odeznívají a touha po droze postupně slábne, to vše ale trvá několik týdnů až měsíců (Minařík in Kalina, 2003).

3.4. Halucinogeny

Tato skupina látek je charakteristická především nevyzpytatelností svých účinků. Zacházení s těmito drogami vyžaduje určitou zkušenost. V některých kulturách je jejich užívání spojené s šamanstvím a kmenovými rituály (Paclt & Florian, 1998). V aktuální době jsou tyto látky asi nejvíce vědecky zkoumanými drogami a v některých případech se s nimi experimentuje i v rámci psychoterapie (Grof, 1992).

Do skupiny halucinogenů řadíme přírodní i syntetické látky, které vyvolávají změny vnímání. Tyto změny mohou být ve formě pouhého zaostření, až po halucinace, které jsou doprovázeny změnami kognice a nálady. Účinky látek jsou velmi variabilní, závisí především na dávce užití látky, ale také na duševním rozpoložení uživatele a okolí (Kamil, 2015), u některých jedinců může vyvolat deprese, úzkost a některé projevy psychózy, rizikovými jevy jsou také depersonalizace a derealizace. Jedinci, kteří v minulosti užívali tyto látky se navíc mohou setkat se stavem zvaným *flash back*, který se vyznačuje opakováním prožitku intoxikace i v době abstinence (Paclt & Florian, 1998)

Nejvýznamnějšími zástupci jsou LSD a psylocybin, látka obsažená v lysohlávkách. Způsob užití je většinou perorální, sublingvální, případně se droga kouří.

Látky tohoto typu jsou užívány především periodicky a není u nich běžně pozorován vznik tolerance ani fyzická závislost. Jejich užití ale může být spouštěčem jiné psychické poruchy (Hynie, 1995). Po odejmutí drogy se nedostavují abstinenci příznaky a většina příznaků odeznívá s postupným ústupem intoxikace (Míovský, 1996).

3.5. Těkavé látky

Těkavé látky neboli inhalační drogy jsou velmi snadno dostupné. Jejich užívání je často předstupněm před přechodem na tvrdší drogu.

Do této kategorie řadíme hned několik látek s různým složením, které se mezi sebou liší mechanismem účinku, chemickým složením a také klinickými příznaky. Patří mezi ně některá rozpouštědla, lepidla a ředidla, nebo v plynném skupenství éter a rajský plyn.

Obecně jejich účinek je většinou krátkodobý, způsob aplikace je inhalace, případně vdechování výparů. Tato aplikace ale přináší riziko v podobě úmrtí, pokud se uživatelé snaží eliminovat únik látek a při inhalaci si přes hlavu přetáhnou například igelitový sáček. Při užití se poměrně rychle dostavuje pocit euforie, poruchy vnímání doprovázené halucinacemi, dochází k útlumu, někdy také spánku či poruchám vědomí (Hampl in Kalina, 2003).

Uživatelé těžko odhadují vhodnou dávku k užití, a proto je užívání nebezpečné. Při dlouhodobém užívání dochází k celkovému otupění, poruchám chování a afektivní labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Toto všechno je následkem vlivu látky na mozkovou tkáň, kdy dochází k organickému psychosyndromu. Vedle toho vede dlouhodobé užívání těchto látek k poškození dýchacích cest a jaterní tkáně (Paclt & Florian, 1998). Některé látky vyvolávají silnou psychickou závislost a uživatelé se k požití látky uchylují téměř denně. Nejsou pak většinou schopni vykonávat zaměstnání a jejich osobnost degraduje.

Fyzická závislost většinou nebývá přítomna a po vysazení se neobjevují abstinenční příznaky. K navrácení látky dochází zejména pro silný craving (Kalina, 2003).

3.6.Epidemiologie

Při rozsáhlém epidemiologickém šetření v České republice uvedlo 17 % dotazovaných (15-64 let), že v posledním roce užilo nelegální drogu, 37 % procent ji přitom užilo aspoň jednou v životě. Stejně tak bylo častější užití nelegální drogy v posledním roce muži (22 %) oproti ženám (12 %). Většinou se přitom jednalo o drogu konopnou (až dvakrát častěji), která je v České republice nejrozšířenější. Prokázána byla také skutečnost, že se k užívání drogy častěji uchylují lidé s nižším vzděláním, nízkým socioekonomickým statusem a nezaměstnaní (Beláčková et al., 2012).

4. Struktura osobnosti

4.1 Osobnost

„Osobnost je dynamická organizace psychofyzických systémů uvnitř individua, která determinuje jeho jedinečné přizpůsobení k jeho prostředí.“ (Allport in Blatný et. al, 2010, str. 12)

Existuje nespočet teorií osobnosti, jejichž historie sahá až k Hippokratovi. Jeho poznatky modifikoval Aristoteles a Galénos, kteří přišli s teorií čtyř temperamentů. Tato dodnes známá teorie byla založena na převaze některé z tělesných šťáv, těmi byly krev (sanguis), hlen (flegma), žluč (cholé) a černá žluč (melaina cholé), od kterých odvodili čtyři typy temperamentu – sangvinik, flegmatik, cholerik a melancholik (Höschl, 2002).

Přístupů k teoriím osobnosti od doby Hippokratovi značně přibylo. Přesto, že se tyto teorie mezi sebou mnohdy liší, mají určité znaky společné. Jejich hlavní snahou je popis struktury osobnosti a vzájemných vztahů jejích složek, které ovlivňují osobnostní dynamiku (Murray, 2008). Shodují se také ve stálosti důležitých charakteristik osobnosti, které mají zásadní vliv na chování jedince (Ewen, 2014).

Osobnost lze chápat a vysvětlovat z různých hledisek a dosud neexistuje jednotná teorie vysvětlující tento fenomén. Obecně je charakterizována jako soubor psychologických rysů a mechanismů uvnitř jedince, které jsou uspořádány do určité struktury a jsou relativně trvalé. Ovlivňují interakci a adaptaci na intrapsychické, fyzické a sociální prostředí. Zároveň je dynamická a zahrnuje jak vnitřní, tak vnější faktory, které ji definují (Murray, 2008).

Významnou determinantou osobnosti je její biologický základ (vrozené dispozice), který je dotvářen individuálním vývojem jedince. Jejími složkami je temperament, který koresponduje s biologickou podstatou a charakter, který modifikuje sociální oblast a inteligenci (Höschl, 2002)

4.2. Struktury osobnosti

Strukturou, nebo také rysy osobnosti rozumíme její vrozenou či získanou charakteristiku, která je poměrně konzistentní a stabilní v čase. Hovoříme tak o trvalých osobnostních dispozicích daného jedince (Balcar, 1991).

O rysech osobnosti hovoříme především ve smyslu popisu jejích charakteristik. S tímto koresponduje také fakt, že hlavní myšlenkové proudy teorií osobnostních rysů,

užívaly k jejich konstrukci faktorové analýzy, díky které získali základní faktory pro popis osobnosti. Nejznámější takovou teorií je model Big five (Costa & McCrae, 1999) kteří popisují osobnost na základě pěti faktorů, kterými jsou extroverze, neuroticismus, svědomitost, přívětivost a otevřenost vůči zkušenosti. Existují ale teorie, které staví na menším počtu faktorů, mezi autory takové patří například Eysenck (1950), který popisuje osobnost pouze faktory extroverze, neuroticismus a psychoticismus.

Ke zkoumání a popisu rysů osobnosti pak používáme především osobnostních inventářů, které mohou mít charakter sebeposuzovací metody, či hodnocení osoby jiné.

V souvislosti s poznáním osobnosti v poslední době stoupá význam *strukturální diagnostiky*, se kterou přišel Otto Kernberg (1977). Je ale důležité zmínit, že tento název je pouze terminus technicus a nástroj se primárně zaměřuje na organizaci osobnosti, nikoliv popis jejích rysů a z toho důvodu není vhodné tento termín užívat ve spojitosti s osobnostními inventáři.

5. Alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti

Alternativní model DSM-5 je nově vznikající metodou, která je určena pro následný výzkum a klinické zhodnocení. Jedná se o sebeposuzovací metodu, vyvinutou především pro administraci při úvodním rozhovoru s pacientem a následnému sledování pokroku v terapii. Neměla by však sloužit jako jediný nástroj pro stanovení klinické diagnózy, může být ale užitečným nástrojem při klinické úvaze (APA, 2013).

Pro detekci přítomnosti symptomů poruchy osobnosti výzkumníci většinou využívají osobnostních inventářů založených na třidimenzionální teorii Eysencka (Petry et al., 2001; Sher, Bartholow & Wood, 2000) a Cloningera (Sher et al., 2000), pětifaktorovém modelu osobnosti (Kotov, Gamez, Schmidt & Watson, 2010; Martin & Sher, 1994; Miller, MacKillop, Fortune, Maples, Lance, Campbell & Goodie, 2013), multidimenzionálním modelu osobnosti (McGue, 1999; Miller, 2013), případně využívají strukturovaných rozhovorů (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2004; Sacco, Cunningham-Williams, Ostmann & Spitznagel, 2008). Tyto metody však nejsou určeny k úvahám při stanovování klinické diagnózy, ale mají určitou schopnost poukázat na přítomnost patologických rysů. Za diagnostický nástroj poruch osobnosti pak lze považovat IPDE neboli International Personality Disorder Examination (Loranger, 1997), který disponuje strukturovaným rozhovorem a dotazníkem (IPDE screening).

Stanovování diagnózy je povětšinou založeno na popisu přítomnosti symptomů, což není z teoretického ani praktického hlediska dostačující (Mentzos, 2012) a současným trendem ve světě je odklon od symptomatologické diagnostiky ke strukturální (Riegel, Preiss & Harsa, 2015). Alternativní model DSM-5 pro poruchy osobnosti se snaží reflektovat tuto skutečnost a integrovat oba přístupy v diagnóze poruch osobnosti (APA, 2013). Model tak zahrnuje dva diagnostické nástroje – Škálu úrovní osobnostní funkční schopnosti (LPFS), která mapuje hloubku a rozsah patologie a PID-5, neboli Osobnostní inventář pro DSM-5, který zachycuje patologické rysy osobnosti jedince (Riegel, Preiss & Harsa, 2016).

Pod úrovní osobnostní funkční schopnosti autoři rozumí zejména míru narušení funkční schopnosti osobnosti jedince ve vztahu k sobě samému (*self*) a ve vztahu k druhým (*interpersonální*). Toto narušení pak tvoří jádro psychopatologie osobnosti. Funkční schopnosti *self* zahrnují identitu a sebeřízení, *interpersonální* oblast fungování pak empatii a intimitu. Škála úrovní osobnostní funkční schopnosti na základě těchto předpokladů měří, nakolik je osobnostní funkční schopnost narušena na úrovních od 0 (žádné či velmi malé narušení) až po úroveň 4 (velmi těžké narušení) (APA, 2013).

- *Složky funkční schopnosti osobnosti*

- *Self: identita – jedinec si uvědomuje sám sebe jako samostatnou bytost s jasnými hranicemi, které ho oddělují od ostatních bytostí, jeho sebeúcta je stabilní; je schopen přesného posouzení vlastní osoby a dokáže regulovat emoční prožitky*
- *Sebeřízení – stanoví si a plní smysluplné a navzájem související krátkodobé i celoživotní cíle; využívá konstruktivních a prosociálních vnitřních norem dokáže sám sebe tvořivě reflektovat*
- *Interpersonální: empatie – rozumí a chápe prožívání a motivaci druhých lidí; toleruje rozličné názory; je si vědom vlivu vlastního chování na ostatní*
- *Intimita: hluboké a trvalé vztahy s ostatními; touha po blízkých vztazích a kapacita pro ně; vzájemný respekt a úcta v interpersonálních vztazích (Goldmann & Soukupová in Raboch et al., 2015, str. 802)*

Osobnostní inventář pro poruchy osobnosti PID-5 se zaměřuje na patologické rysy, které jsou rozděleny do pěti oblastí. V rámci těchto pěti oblastí je uvedeno 25 aspektů osobnostních rysů, které vychází z již existujících modelů a byly postupně ověřovány a doplňovány (viz Tabulka č.1; APA, 2013).

Tabulka č.1 – Seznam oblastí a primárních aspektů osobnostního inventáře PID-5

Oblasti osobnostních rysů	PID-5 primární aspekty oblastí
Negativní afektivita	Emoční labilita, Úzkostnost, Nejistota z odloučení, poddajnost, Hostilita, perseverace, Depresivita, Podezřavost, Omezená afektivita
Odtažitost (detachment)	Sociální stažení, Anhedonie, Vyhýbání se intimitě, Sociální stažení, Vyhýbání se intimitě, Anhedonie, Depresivita, Omezená afektivita, Podezřavost
Antagonismus	Manipulativnost, Prolhanost, Grandiozita, Bezohlednost, Hostilita
Desinhibice	Nezodpovědnost, Impulzivita, Těkavost pozornosti, Riskování, Rigidní perfekcionismus
Psychoticismus	Neobvyklé představy a prožitky, Výstřednost, Dysregulace myšlení a vnímání

Některé z těchto aspektů přitom mohou sytit více oblastí. Z toho důvodu jsou pro vypočtení skóre jednotlivých oblastí vždy využity specifické triplety nejrelevantnějších aspektů (viz Tabulka č.2), z nichž se vypočítává průměr pro danou oblast (APA, 2013).

Tabulka č.2 – Přehled aspektů pro výpočet průměrů oblastí PID-5

Oblasti osobnostních rysů	Aspekty pro výpočet průměru oblastí
Negativní afektivita	Emoční labilita, Úzkostnost, Nejistota z odloučení
Odtažitost	Sociální stažení, Anhedonie, Vyhýbání se intimitě
Antagonismus	Manipulativnost, Prolhanost, Grandiozita
Desinhibice	Nezodpovědnost, Impulzivita, Těkavost
Psychoticismus	Neobvyklé představy a prožitky, Výstřednost, Dysregulace myšlení a vnímání

Aspekty, které se nepodílejí na stanovení průměrné hodnoty oblasti slouží především k sestavení podrobnějšího profilu osobnosti a grafu (Kreuger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012), jako je tomu například u metody NEO-PI-R. Tento profil dotváří celkový obraz osobnosti a její patologie a pro psychologa poskytuje cenné doplňující informace.

Pro konkrétní představu pojetí jednotlivých oblastí a některých aspektů jsou níže blíže popsány, včetně uvedení příkladů jednotlivých položek v dotazníku.

5.1. Negativní afektivita

Negativní afektivita je v alternativním modelu pojímána jako protipól emoční stability. Jedinec zažívá silné a časté prožitky negativních emocí, například úzkosti, deprese, pocity viny, studu, hněvu apod. Ty se promítají do chování, kde mohou vyústit v sebepoškozování a interpersonálních projevů, například v podobě závislosti (APA, 2013).

Aspekty negativní afektivity pro výpočet skóru (Goldman & Soukupová in Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015):

- Emoční labilita
 - Nestabilita emocí a nálady, snadné vyvolání silných a nepřiměřených emocí vzhledem k okolnostem
 - Příklad položky v dotazníku: *„Často emocionálně vzplanu, často i kvůli maličkostem“*
- Úzkostnost
 - pocity nervozity, napětí či paniky jako odpověď na různé situace, časté starosti o negativní důsledky nepříjemných událostí z minulosti a možných budoucích událostí, což vede k prožívání úzkosti a očekávání katastrofických scénářů
 - Příklad: *„Mám velké obavy z hrozných věcí, které by se mohly stát“*
- Nejistota z odloučení
 - Strach ze samoty a opuštění, z odloučení od blízkých lidí; chybějící jistota, že se o sebe jedinec dokáže fyzicky i emocionálně postarat
 - Příklad: *„Raději bych byl/a ve špatném vztahu než sám/sama“*

5.2. Odtazitost

Protipólem odtazitosti je extravertze. Při vysokém skóru v oblasti odtazitosti můžeme pozorovat vyhýbání se socioemočnímu prožívání, stahování se z interpersonální

komunikace, a to jak v její všední podobě, tak v oblasti přátelství a intimních stavů. Prožívání a projevy emocí jsou omezené, stejně jako schopnost prožívat radost a potěšení (APA, 2013).

Aspekty negativní afektivity pro výpočet skóru (Goldman & Soukupová in Raboch et al., 2015):

- Sociální stažení
 - Jedinec preferuje samotu před kontaktem s ostatními lidmi, v sociálních situacích je stažený a činnostem zahrnující kontakt se vyhýbá, postrádá iniciativu pro navozování sociálních kontaktů
 - Příklad: „*Nerad/a trávím čas s druhými*“
- Anhedonie
 - Jedinec se netěší ze života, nezapojuje se do něj, postrádá životní energii, není schopný pociťovat radost a projevit zájem o okolní věci
 - Příklad: „*Připadá mi, že mě nic příliš nezajímá*“
- Vyhýbání se intimitě
 - Vyhýbání se blízkým, romantickým, sexuálním a intimním vztahům a jakékoliv interpersonální náklonnosti
 - Příklad: „*Preferuji nepouštět milostné záležitosti do svého života*“

5.3. Antagonismus

Antagonismus je protipólem přívětivosti. Vysoká míra antagonismu se vyznačuje chováním, které jedince přivádí do situací, kdy nevyhází s ostatními lidmi. Na vině může být pocit vlastní důležitosti a nadřazenosti, díky kterému očekává zvláštní zacházení. Neuvědomuje si potřeby a pocity druhých, je bezohledný, případně připravený využít ostatních k vlastnímu prospěchu (APA, 2013).

Aspekty negativní afektivity pro výpočet skóru (Goldman & Soukupová in Raboch et al., 2015):

- Manipulativnost
 - Využívá lidi k ovlivňování či ovládnutí druhých za dosažením vlastních cílů za využití svádění, osobního šarmu či lichotek
 - Příklad: „*Dokážu dobře donutit lidi, aby dělali to, co chci*“
- Prolhanost

- Neupřímnost a prolhanost, vydávání se za jinou osobu, pozměňování skutečnosti
- Příklad: „*Často si o sobě vymýšlím, aby mi to pomohlo dostat, co chci*“
- Grandiozita
 - Jedinec je přesvědčen, že je lepší než ostatní, očekává zvláštní zacházení a je sobecký. Dělá si neoprávněné nároky a chová se povýšeně vůči ostatním lidem
 - Příklad: „*Mám mimořádné kvality, které má jen málokdo další.*“

5.4. Desinhibice

Opakem desinhibice je svědomitost. Vysoký skór v této oblasti naznačuje zaměření se na okamžité uspokojení vlastních potřeb, což vede k impulsivnímu chování. Toto chování je založené na aktuálních myšlenkách a pocitech z vnějších podnětů bez ohledu na dřívější zkušenosti nebo možné důsledky (APA, 2013).

Aspekty negativní afektivity pro výpočet skóru (Goldman & Soukupová in Raboch et al., 2015):

- Nezodpovědnost
 - Ignorace povinností a závazků (například finančních), nerespektování a nedodržování dohod a slibů, nedbalost k majetku druhých lidí
 - Příklad: „*Někdy dokážu ovlivnit druhé pouze svými myšlenkami na ně*“
- Impulzivita
 - Impulzivní chování v reakci na aktuální podněty, bezplánovité jednání bez zřejmých zvážení důsledků, potíže při stanovování plánů a jejich plnění. V důsledku emočního stresu dochází k pocitům tísně a k sebepoškozujícímu jednání
 - Příklad: „*Vždy dělám věci bezhlavě*“
- Těkavost
 - Neboli rozptýlená pozornost poukazuje na potíže se soustředěním a zaměřením se na úkoly. Pozornost je snadno narušena vnějšími podněty. V důsledku to vede k potížím s plněním cílů, včetně plánování a dokončení činností.
 - Příklad: „*Nejsem zdatný/á v plánování budoucnosti*“

5.5. Psychoticismus

Protikladem psychoticismu je lucidita. Tato oblast zahrnuje širokou škálu chování a myšlení, které se neslučují s kulturním kontextem a můžeme je považovat za výstřední, neobvyklé až podivínské. Z psychologického hlediska se jedná o psychické procesy i obsahy (vnímání, disociace i např. přesvědčení; APA, 2013).

Aspekty negativní afektivity pro výpočet skóru (Goldman & Soukupová in Raboch et al., 2015):

- Neobvyklé představy a prožitky
 - Jedinec je přesvědčen o tom, že disponuje mimořádnými schopnostmi, může uvádět například schopnost čtení myšlenek, neobvyklé prožívání skutečnosti či zážitky podobné halucinacím
 - Příklad: „*Mám určité nadpřirozené schopnosti, jako například to, že někdy přesně vím, co si někdo druhý myslí*“
- Výstřednost
 - Projevuje se výstředním či bizarním chováním, které se promítá například do celkového vystupování či řeči, dále jsou přítomny podivné a nepředvídatelné myšlenky, jedinec říká nevhodné či neobvyklé věci
 - Příklad: „*Lidé mi řekli, že o věcech přemýšlím skutečně zvláštním způsobem.*“
- Dysregulace myšlení a vnímání
 - Je přítomno neobvyklé myšlení a prožívání včetně zážitku depersonalizace, derealizace a disociativního prožívání, jedinec může popisovat stavy na pomezí spánku a bdění a
 - Příklad: „*Někdy zažívám zvláštní pocit, že části mého těla jsou mrtvé nebo nejsou skutečně moje*“

5.6. Porucha osobnosti

Setkání psychologů s poruchou osobnosti je mnohdy velmi rozpačité. Má se za to, že prognózy léčby této poruchy nejsou příliš pozitivní a práce s takovými jedinci je velmi komplikovaná (Praško, 2015). Potíže nastávají také při rozhodování o konkrétním typu poruchy osobnosti, protože obraz těchto nemocí bývá značně individuální a je obtížné ho zasadit do definic diagnostických kategorií (Shedler & Westen, 2004).

5.6.1. Definice

„Porucha osobnosti je trvalý vzorec vnitřního prožívání a chování, který se výrazně liší od hodnot očekávaných v kultuře příslušného jedince, je pervazivní a nepružný, nastupuje v dospívání nebo rané dospělosti, má stabilní průběh a vyvolává nepohodu nebo narušení.“ (Raboch in Raboch et al., 2015, str. 677)

„Na rozdíl od psychóz a poruch nálady či úzkosti, poruchy osobnosti nejsou nemoci, ale vlastně jen extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace“ (Höschl, 2002, str. 528)

Porucha osobnosti je chápána jako významné odchýlení rysů osobnosti od rysů patrných u většiny lidí. Povahové a charakterové rysy jsou přítomny v patologickém měřítku, což vede k poruchám sociální adaptace. Toto chování a postoje jedince zasahuje do osobní, sociální i pracovní oblasti v jeho životě (Praško, 2015).

Dle DSM-5 jsou znaky charakteristické pro poruchy osobnosti pozorovatelné již v období dospívání či mladé dospělosti (APA, 2013). Ke stanovení diagnózy se ale přistupuje až po dovršení 18 let, z důvodu vyloučení projevů připomínajících poruchy osobnosti, které souvisí pouze s vývojovým stádiem jedince či jinou duševní poruchou. Pokud se k časnějšímu stanovení diagnózy přistoupí, je potřeba, aby znaky byly přítomny minimálně po dobu jednoho roku (MKN-10, 2008). U typů poruch, jako je antisociální a hraniční, mají tyto znaky tendenci se oslabovat, u jiných poruch, jako je například obsedantně kompulzivní a schizotypní, to však neplatí (APA, 2013).

5.6.2. Diagnostika

Jak již bylo zmíněno, v empirické části práce jsou využity nástroje, které vycházejí z amerického manuálu DSM-5 a MKN-10. Z toho důvodu zde budou popsány poruchy osobnosti tak, jak jsou ve zmíněných diagnostických manuálech zachyceny.

Obecná diagnostická kritéria pro poruchy osobnosti dle MKN-10:

Přetrvávající vzorce vnitřních prožitků a chování, které jsou pro jedince charakteristické, se značně odchyľují od přijatelné normy v dané kultuře. Tato odchylka musí být zjevná v několika oblastech:

- poznávání (způsob vnímání – interpretace věcí, lidí, událostí, vytváření postojů a představ o sobě samém a jiných lidech)
- afektivita – zejména rozsah, intenzita, přiléhavost reakcí
- kontrola impulzivity a uspokojování potřeb
- vztah k jiným lidem, zvládání interpersonálních situací

Tato kritéria jsou dále doplněna:

- odchylky (deviace) jsou nepružné, maladaptivní, chování je dysfunkční v širokém spektru situací (osobní, sociální)
- jedinec zažívá nepohodu, tíseň a jeho chování má nepříznivý dopad na sociální okolí
- toto chování musí být stabilní a dlouhodobé s počátkem v dětství či adolescenci
- odchylku nelze vysvětlit jako důsledek jiného duševního onemocnění se vznikem v dospělosti
- příčinou odchylky není jiné organické onemocnění, poškození nebo dysfunkce

Obecná diagnostická kritéria pro poruchy osobnosti dle DSM-5:

Kritéria DSM-5 na sebe vzájemně navazují a dělí se následovně:

- Kritérium A:
 - o Prvním předpokladem pro poukázání na poruchu osobnosti je trvalý vzorec vnitřních zkušeností a chování, které se značně odchyľuje od očekávání kulturního prostředí, ve kterém jedinec žije. Tento vzorec se projevuje ve dvou nebo více uvedených oblastech:
 - kognice – způsob vnímání a interpretace své osobnosti, ostatních lidí a událostí
 - afektivita – intenzita, labilita, přiměřenost emocionální odezvy...

- mezilidské vztahy
- kontrolu impulsivních projevů
- Kritérium B
 - Dalším předpokladem je, že tento vzorec je těžce ovlivnitelný, neměnitelný a vždy přítomný napříč širokou škálou osobních a sociálních situací.
- Kritérium C
 - Tyto vzorce vedou ke klinicky významným projevům úzkosti, zhoršení v sociálních, pracovních nebo jiných oblastech života jedince.
- Kritérium D
 - Tyto vzorce jsou dlouhodobé a stabilní v čase a jejich počátek lze většinou vysledovat v období adolescence či rané dospělosti.
- Kritérium E
 - Maladaptivní chování nelze vysvětlit jako důsledek jiné duševní poruchy.
- Kritérium F
 - Nelze také určit jako příčinu fyziologickou například použitím omamných látek nebo jiný zdravotní stav.

Pro stanovení diagnózy poruchy osobnosti je nutné, aby jedinec naplnil kritéria A a B. Jinými slovy musí být nalezena dostatečná míra narušení funkčních schopností a přítomny patologické rysy osobnosti.

5.6.3. Etiologie poruch osobnosti

Předpokládá se, že za vznik poruchy osobnosti zodpovídá součinnost více faktorů. První takovou skupinou jsou faktory biologické, mezi které se řadí například genetická výbava jedince, prenatální či perinatální poškození a úrazy hlavy, infekce či jiná onemocnění mozku v dětství (Höschl, 2002). Další významnou oblastí jsou vlivy psychosociální. Nejdůležitějším z nich se pak jeví rodinné prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Pokud je vystaven týrání, sexuálnímu zneužívání, vyrůstá v konfliktním a emočně vypjatém prostředí, nebo naopak je nadměrně rozmazlován, je riziko vzniku poruchy osobnosti několikrát vyšší (Johnson, Cohen, Brown, Smailes & Bernstein, 1999).

Zobecněním těchto příkladů tak dostaneme faktory temperamentové (individuální), rodinné, kulturní a environmentální (Praško, 2015).

V současné době můžeme při pátrání po vzniku poruchy osobnosti vycházet z pěti hlavních myšlenkových proudů, zabývajících se poruchami osobnosti. Jsou jimi dynamický, kognitivní, interpersonální, statistický a neurobiologický proud, o jejichž sjednocení se snaží integrativní přístup (Lenzenweger & Clarkin, 2005).

5.6.4. Epidemiologie

Prevalence poruch osobnosti se odvíjí od postupů a nástrojů, které se používají pro stanovování diagnózy (Praško, 2015). Výskyt poruch osobnosti v běžné populaci dle výsledků studií kolísá. Smolík (1996) uvádí podíl 6-9 % poruch osobnosti v běžné populaci, Clarkin (1998) zase uvádí rozpětí mezi 10 až 15 procenty. V norské studii s 2053 respondenty reprezentativního vzorku populace zase došli badatelé k číslu 13,4 % (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001).

V obecné ambulantní péči zase odhadoval Norton (1992) podíl pacientů s poruchou osobnosti mezi 20 a 30 %. V psychiatrické ambulanci pak podíl dosahuje až na 30-50 % (Koenigsberg et al. 1985).

Novější americká studie (Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005) pak tato čísla potvrzuje, když při užití kritérií pro DSM-IV výzkumníci mapovali prevalenci poruch osobnosti u ambulantních psychiatrických pacientů a potvrdilo se, že téměř jedna třetina z nich splňuje kritéria pro diagnostiku některé z poruch osobnosti.

5.6.5. Jednotlivé diagnózy poruch osobnosti v současnosti

Skupina A

Paranoidní porucha osobnosti

V interpersonální sféře se vyznačuje přetrvávající nedůvěrou a podezíravostí vůči jiným lidem, jejichž motivy jsou interpretovány jako zlovolné. Osoby s touto poruchou mají tendenci myslet si, že pozornost ostatních se upírá na ně, lidé jsou vůči nim předpojatí a jejich záměr je ubližovat, shazovat, škodit, využít apod. Obecně tyto osoby mají pro svou nadměrnou podezíravost a nepřátelskost problémy v mezilidských vztazích. Tito lidé vnímají svět černobíle a jsou častými zakladateli různých sekt a jiných fanatizovaných skupin (APA, 2013).

U paranoidní poruchy osobnosti je při vystavení stresu riziko psychotické epizody. U poruchy se také může sekundárně rozvinout deprese, agorafobie, závislosti a další psychické poruchy (Höschl, 2002).

Schizoidní porucha osobnosti

Schizoidní porucha osobnosti se vyznačuje přetrvávajícím vyhýbáním se sociálním situacím a vztahům a omezeným rozsahem emocí v interpersonálních vztazích, které začínají v rané dospělosti. Člověk s touto poruchou nevyhledává příležitosti k navazování mezilidských vztahů a nenachází potěšení z příslušnosti k rodině či jiné sociální skupině (APA, 2013). Jedinec působí samotářsky a izolovaně, snaží se držet si odstup, aby chránili sebe i druhé před ublížením (Praško, 2015). Mívají sklony hloubat a přemýšlet nad věcmi specifickým způsobem a vyskytují se u nich typické vzorce chování a myšlení (Millon, 1981).

Hlavním rozdílem mezi schizoidní a schizotypní poruchou osobnosti je skutečnost, že schizoidní jedinec je lhostejný k potřebě kontaktů a zdá se, že je nepotřebuje. Vnitřně ale může být velmi citlivý, tvořivý i emočně strádající (Akhtar, 1987).

Schizotypní porucha osobnosti

Tato porucha se vyznačuje přetrvávajícím vzorcem sociálního a interpersonálního deficitu, který se projevuje akutním pocitem nepohody a sníženou schopností navazovat blízké vztahy s okolními lidmi (APA, 2013)

Lidé s touto poruchou jsou často vztahovační, pověřiví, podezřívaví až paranoidní, zajímají se o různé paranormální jevy, které nejsou v souladu s jejich kulturou. Mohou mít pocity jasnovidectví, případně si přisuzovat schopnosti jako je čtení myšlenek druhých. Přítomny mohou být i poruchy vnímání (Höschl, 2002).

V interpersonálních interakcích jsou často neúspěšní a komunikují nepřijatelným či rigidním způsobem. Společnost je často označuje za podivné či výstřední, protože jejich chování neodpovídá společenským konvencím. Mezilidské vztahy jsou pro ně problematické a v kontaktu s lidmi jim je nepříjemně, mají sníženou touhu po intimnostech (Chemerinski, Triebwasser, Roussos & Siever, 2013).

Skupina B

Antisociální porucha osobnosti

Znaky této poruchy, které se projevují jako porucha chování, se u jedince objevují většinou už před 15. rokem života. Pro stanovení diagnózy antisociální poruchy osobnosti je však věková hranice stanovena na 18 let bez výjimky.

Jedinec s touto diagnózou přehlíží či porušuje práva druhých lidí, nerespektuje normy a pravidla společnosti, manipuluje, podvádí, lže. Projevy chování spjaté s touto diagnózou řadíme do kategorií: agresivita vůči lidem a zvířatům, ničení majetku, klamání druhých a krádež, závažné porušování pravidel (APA, 2013).

Nejsou přítomny pocity viny, naopak jsou jedinci ke svým činům lhostejní či své chování racionalizují. Předpokládá se, že trpí nedostatkem empatie, které je někdy navíc spojeno s přehnaným sebevědomím a nadřazeností (Meloy & Yakeley, 2011). Je prokázáno, že v případě antisociální poruchy osobnosti dochází ke změnám ve funkci amygdaly ve stresových situacích, což přispívá k velmi negativní prognóze v léčbě této poruchy (Blair, 2001).

Hraniční porucha osobnosti

U jedince s hraniční poruchou osobnosti převládají stálé vzorce nestability v interpersonálních vztazích a sebepojetím. Pro jedince je typická afektivní nestálost a impulsivní chování (Kernberg, 1993).

Dominantním způsobem prožívání je strach ze separace, odmítnutí, ztráty vnější struktury. Reakce na náhlé změny jsou neadekvátní, události a mezilidské vztahy hodnotí často černobíle (nenávidí či miluje). Strach ze samoty a opuštění vede k impulzivnímu chování, které se může projevit jako sebedestruktivní či jinak nepřiléhavé (Mentzos, 2012).

V mezilidských vztazích si partneři idealizují či naopak devalvují a nejsou si schopni dlouhodobý vztah udržet. Jedinci zažívají pocity prázdnoty a nenacházejí smysl v tom, co dělají. Mohou často měnit zaměstnání, názory a vyskytuje se i promiskuitní a jinak rizikové chování. U této poruchy osobnosti je také velké riziko suicidiálního jednání a časté sebepoškození (MKN-10, 2008).

Histriónská porucha osobnosti

Jedinci s touto poruchou osobnosti jsou velmi emocionální a excitabilní. Jejich chování je afektované, dramatické, teatrální, čímž se na sebe snaží strhnout pozornost (APA, 2013).

Jejich uvažování je značně polarizované (radši budou nenáviděni, než opomíjeni). Projevy chování jsou tak často přehnané a k upoutání pozornosti jsou schopni využít všech dostupných prostředků, včetně demonstrativních sebevražedných pokusů (Mentzos, 2012).

Interpersonální vztahy jsou často zploštělé neuspokojující a nestálé. Jedinec má potřebu vyhledávat něco nového, vzrušujícího, za přítomnosti vyzývavého chování. Za tímto chováním se ale často skrývá také sexuální porucha. Kromě jiných komorbidních onemocnění je také častá somatizace (MKN-10, 2008).

Narcistická porucha osobnosti

Prožívání těchto jedinců je charakteristické kolísáním od grandiozity k devalvací. Typické je pro ně dávat na odiv svou důležitost a tím si vytvářet pocit vlastní grandiozity a jedinečnosti. Pod touto prezentací se ale skrývá velmi křehký sebeobraz. Jedinci nejsou schopni snést kritiku, jejich sebevědomí je navzdory zdání nízké a jsou náchylní k depresím (Kernberg, 1993).

Od svého okolí vyžadují obdiv a na ostatní jedince mají zvýšené nároky. Věří, že jen málokdo může porozumět jejich problémům jako oni samotní. Do psychologické péče se dostávají zřídka, pomoc většinou vyhledávají po prožití významně stresující události, kterou může být selhání v zaměstnání či vztahu (Kernberg, 2010).

Skupina C

Vyhýbavá porucha osobnosti

Typický jedinec s vyhýbavou poruchou osobnosti je ve stálém napětí, prožívá úzkost, očekává kritiku ze strany druhých. Jedinci jsou extrémně citliví k odmítnutí, což je následně příčinou sociální izolace. Zároveň trpí pocity méněcennosti, jsou „plaší“, ale po lidských vztazích touží. Pro navázání vztahu je pro ně důležitá záruka nekritického přijetí (APA, 2013).

Vnitřní život naproti tomu mívají velice bohatý, navenek se ale jeví jako stažení či lhostejní. Mají určitou schopnost navázat blízké vztahy, ty ale musí být přijímající a nekritické (Praško, 2003).

Závislá porucha osobnosti

Jedinci trpící touto poruchou mají potřebu, aby o ně bylo neustále pečováno, to vede k submisivnímu až neodbytnému chování. Převládá také iracionální strach ze separace od pečující osoby. Jedinec není schopný vlastních rozhodnutí, (chtějí, aby to za ně dělali druhí). Druhým se chtějí zavděčit a slouží jim, jejich chování je mnohdy obtěžující až vlezlé.

Je přítomno nízké sebevědomí, podceňování se, to vede k tomu, že jsou schopni dělat i nepříjemné věci pro druhé a nedokáží od nich cokoliv požadovat. Mají iracionální strach ze samoty, cítí se opuštěně a bezmocně. Přítomny jsou také obavy o neschopnost postarat se sám o sebe (Bornstein, 2010).

Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti

Jednou z charakteristik obsedantně-kompulzivní poruchy osobnosti je nadměrná zaujatost pravidly, detaily, čistotnost, rigidita, paličatost a nerozhodnost. Tyto jedince můžeme popsat jako perfekcionistické či nesnášenlivé. Jejich lpění na pravidlech je rigidní a nestrpí ani nejmenší obměnu. Neumí se přizpůsobovat změnám a mají rádi rutinu. Ve svých rozhodnutích jsou nejistí a zabývají se nesmyslnými detaily (Costa, Samuels, Bagby, Daffin & Norton, 2005).

V interpersonálních vztazích jsou často nepřívětiví, nejsou schopni dělat kompromisy a vyžadují, aby se jim ostatní podřídili. Na druhou stranu se snaží zalíbit těm, které považují za mocnější. Obávají se chyb a své rozhodnutí často znevažují. Neumí vhodně vyjadřovat vřelé emoce, působí rezervovaně.

V případě, že mají přiměřenou práci, kde jim jejich rigidita není překážkou, jsou schopni ji vykonávat bez větších potíží. Stejně tak jsou schopni navázat partnerské vztahy, pokud jsou tyto vztahy bezkonfliktní. Do svých rodin pak většinou vnáší vyžadování tvrdé disciplíny (Samuel & Griffin, 2012).

5.6.6. Poruchy osobnosti v pojetí alternativního modelu DSM-5

Cílem alternativního modelu je řešit četné nedostatky modelu současného. Není výjimkou, že pacient, který splňuje kritéria pro určitou poruchu osobnosti je naplňuje také u další poruchy (Mentzos, 2012). To poukazuje na skutečnost, že se u pacientů neobjevují pouze příznaky naplňující kritéria jedné z nich, ale soubor různých patologických rysů, které může být těžké od sebe odlišit a kategorizovat.

Alternativní model má stanovená vlastní kritéria, na jejichž základě lze uvažovat nad stanovením diagnózy poruchy osobnosti. Za stěžejní přitom považuje splnění následujících kritérií (APA, 2013):

Kritérium A

- „*Středně těžké nebo těžké narušení funkčních schopností osobnosti jedince jak ve vztahu k sobě samému (self), tak ve vztahu k druhým (interpersonální).*“ (Goldman & Soukupová in Raboch et al., 2015, str. 801)

Toto narušení poukazuje na přítomnost poruchy osobnosti a jeho míra narušení pak na její závažnost, či přítomnost více poruch. Pro splnění kritéria je vyžadována středně těžká nebo vyšší úroveň narušení.

Kritérium B

- „*Jeden nebo více patologických rysů osobnosti.*“ (Goldman & Soukupová in Raboch et al., 2015, str. 801)

Toto kritérium vyžaduje přítomnost patologických rysů osobnosti. Tyto rysy jsou rozděleny do zmíněných pěti oblastí a 25 specifických aspektů. Rysy, které popisují jednotlivé poruchy osobnosti jsou podrobněji popsány níže.

Kritérium C a D

- „*Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů jsou poměrně neměnné a pervazivní v širokém spektru osobních a sociálních situací.*
- „*Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů jsou relativně stálé, neměnné v čase. Projevy narušení mohou být výsledovány přinejmenším v adolescenci nebo v časně dospělosti*“ (Goldman & Soukupová in Raboch et al., 2015, str. 801)

Tato kritéria jsou charakterizována hesly pervazivita a nepružnost. Rozumí se tím, že narušení funkční schopnosti osobnosti a její patologické rysy jsou relativně pervazivní a neměnné. Slovo *relativně* je zde zdůrazněno, protože navzdory určitým maladaptivním a nepružným charakteristikám poruchy osobnosti, které zasahují do sociální, pracovní či jiné oblasti, existuje stále možnost dosáhnout nějakého stupně přizpůsobení či změny symptomatických projevů těchto dispozic.

Kritérium E, F a G – další příčiny patologie osobnosti

- „*Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů se nedají dostatečně popsat pomocí jiné duševní poruchy.*
- *Narušení funkční schopnosti osobnosti a individuální projevy osobnostních rysů není možné připsat pouze účinkům látek nebo jinému somatickému onemocnění (např. těžkému poranění hlavy).*
- *Narušení funkční schopnosti osobnosti jedince a individuální projevy osobnostních rysů nelze dostatečně chápat jako běžné pro vývojové stádium jedince anebo pro jeho sociokulturní prostředí.“ (Goldman & Soukupová in Raboch et al., 2015, str. 801)*

Tato kritéria se dotýkají problematiky diferenciální diagnózy. V některých případech totiž lze vysvětlit to, co se jeví jako porucha osobnosti jiným duševním onemocněním či okolností (např. užívání látek, vývojové stádium apod.). Jestliže je taková okolnost přítomna, porucha osobnosti většinou není diagnostikována. Přesto autoři doporučují prozkoumat funkční schopnosti osobnosti a její patologické rysy, aby bylo možné stanovit souvislosti s dalšími duševními poruchami. Poukazují na skutečnost, že komorbidita poruchy osobnosti má často vliv na průběh dalších poruch.

V pojedí alternativního modelu DSM-5 jsou poruchy osobnosti definovány narušením funkční schopnosti osobnosti a patologickými rysy osobnosti současně. Diagnózy, které mohou být z tohoto modelu odvozeny jsou antisociální, vyhubavá, hraniční, narcistická, obsedantně-kompulzivní a schizotypní porucha osobnosti. Autoři sem řadí také diagnózu poruchy osobnosti se specifickými rysy (PID-TS), která může být stanovena v případě, že jedinec vykazuje znaky naplňující kritéria pro diagnózu poruchy osobnosti, ale neodpovídá znakům jednotlivých poruch.

Vedle narušení funkční schopnosti osobnosti musí jednotlivé poruchy v kritériu B dosáhnout nadprůměrných výsledků v těchto aspektech inventáře PID-5:

Antisociální porucha osobnosti

- Musí být přítomno nejméně šest ze sedmi patologických rysů osobnosti:
 - Manipulativnost (aspekt Antagonismu)
 - Bezohlednost (aspekt Antagonismu)
 - Prolhanost (aspekt Antagonismu)
 - Riskování (aspekt Desinhibice)
 - Impulzivita (aspekt Desinhibice)
 - Nezodpovědnost (aspekt Desinhibice)
- Při velmi těžké formě také získáme nízké hodnoty v aspektech Úzkostnost (negativní afektivita), Sociální stažení (aspekt odtažitosti) a vysokou hodnotu u Vyžadování pozornosti (aspekt antagonismu)

Vyhýbavá porucha osobnosti

- Vysoký skór v nejméně tři ze čtyř, přičemž jedním z nich musí být úzkostnost:
 - Úzkostnost (aspekt Negativní afektivity)
 - Sociální stažení (aspekt Odtažitosti)
 - Anhedonie (aspekt Odtažitosti)
 - Vyhýbání se intimitě (aspekt Odtažitosti)
- různorodost dalších rysů

Hraniční porucha osobnosti

- Nadprůměrný skór nejméně ve čtyřech ze sedmi aspektů, alespoň jedním z nich musí být Impulzivita, Riskování nebo Hostilita:
 - Emoční labilita (aspekt Negativní afektivity)
 - Úzkostnost (aspekt Negativní afektivity)
 - Nejistota z odloučení (aspekt Negativní afektivity)
 - Depresivita (aspekt Negativní afektivity)
 - Impulzivita (aspekt Desinhibice)
 - Riskování (aspekt Desinhibice)
 - Hostilita (aspekt Antagonismu)

Narcistická porucha osobnosti

- Musí být dosaženo vysokého skóru v obou aspektech:
 - Grandiozita (aspekt Antagonismu)
 - Vyžadování pozornosti (aspekt Antagonismu)

Obsedantně-kompulzivní porucha osobnosti

- Vysoký skór ve tří ze čtyř následujících aspektů:
 - Rigidní perfekcionismus (extrémní svědomitost, protipól Desinhibice)
 - Perseverace (aspekt Negativní afektivity)
 - Vyhýbání se intimitě (aspekt Odtážitosti)
 - Omezená afektivita (aspekt Odtážitosti)

Schizotypní porucha osobnosti

- Nadprůměrný skór ve čtyřech ze šesti aspektů:
 - Dysregulace myšlení a vnímání (aspekt Psychoticismu)
 - Neobvyklé představy a prožitky (aspekt Psychoticismu)
 - Výstřednost (aspekt Psychoticismu)
 - Omezená afektivita (aspekt Odtážitosti)
 - Sociální stažení (aspekt Odtážitosti)
 - Podezíravost (aspekt Odtážitosti)

6. Struktura osobnosti a alternativní model v kontextu závislosti

Nástroje mapující struktury osobnosti jsou ve výzkumech souvisejících se závislostmi často užívané (např. Sher & Wood, 2007; McGue, Slutske & Iacono, 1999). Stejně tak v rámci snahy o porozumění příčin jejího vzniku, jsou častým předmětem zkoumání vlivů na vznik závislosti právě osobnostní rysy (např. Flory, Lynam, Milich, Leukefeld & Clayton 2002; Grekin, Sher & Wood, 2006; Martin & Sher, 1994; Sher et al., 2000). Pomocí těchto postupů se například prokázalo, že nízká schopnost sebekontroly může být prediktorem vzniku závislosti (APA, 2013), a některé rysy osobnosti lze také považovat

za prediktory relapsu (Fisher, Elias & Ritz, 1998; Compton, Cottler, Jacobs, Ben-Absallah & Spitznagel, 2003).

Vedle souvislostí rysů osobnosti existují také studie zaměřené na vztah charakteristických rysů osobnosti a volbu psychoaktivní látky (Flory et al., 2002; Grekin, 2006; Trull & Sher, 1994). Uvedené výzkumy ilustrují, že poznání rysů osobnosti není omezené pouze na poruchy osobnosti, ale lze ho využít také u ostatních psychiatrických diagnóz. V tomto směru by mohl být vhodným nástrojem Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5), který se zaměřuje především na patologické rysy osobnosti, které lze u duševních poruch očekávat (Campbell & Stark, 1990, Grekin, Sher & Wood, 2006). Tuto skutečnost navíc podporuje opakované potvrzení komorbidity poruch osobnosti, které patologické rysy prokazatelně nesou, a závislostí (Black & Moyer, 1998; Grant et al., 2008; Petry, 2005; Regier et al, 1990).

Zmapování patologických rysů u závislostí také preventivní charakter, v některých případech totiž mohou být určité rysy příčinou hlubší patologie závislosti (Links, Heslegrave, Mitton, Reekum & Patrick, 1995; Steel & Blaszcynski, 1998) a ukazatelem nižší úspěšnosti léčby (Compton & Volkow, 2006). Na základě těchto poznatků tedy můžeme usuzovat, že zkoumání struktury osobnosti je u závislých pacientů důležitá.

Přesto, že inventář PID-5 je velmi mladou metodou, existují studie zkoumající možnosti jeho užití u adiktologických pacientů (Wright & Simms, 2015; Creswell, Bachrach, Wright, Pinto & Ansell, 2016; Carlotta, Krueger, Markon, Borroni, Frera, Somma, Maffei & Fossati, 2015). Užitečnost Osobnostního inventáře DSM-5 v péči o adiktologické pacienty u nás ale prozatím nebyla hlouběji zkoumána. Podle Riegela et al. (2016) má ale pochopení struktury osobnosti přímý a klíčový vliv na plánování terapie.

7. Shrnutí teoretické části

Teoretická část diplomové práce se věnovala vymezení teoretických konstruktů pro navazující empirickou část. Stěžejními tématy přitom byly závislost, struktury osobnosti a alternativní model DSM-5.

V úvodu byla podrobněji představena problematika závislosti, kdy byly blíže popsány její dva typy a sice závislost na alkoholu a závislost na drogách. Následuje část věnující se strukturám osobnosti a konečně představení alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti.

Představení alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti, který obsahuje Osobnostní inventář pro DSM-5, se kterým je ve výzkumu operování, považujeme za stěžejní, vzhledem k tomu, že se nejedná o zažitou diagnostickou metodu a poznatků o jejím využití je prozatím velmi málo. V souvislosti s teoretickým zakotvením alternativního modelu jsou také podrobně představeny poruchy osobnosti, včetně konkrétních diagnóz, se kterými operuje.

V závěrečné části teoretické části diplomové práce jsou nastíněny souvislosti problematiky závislostí, struktur osobnosti a možnosti využití nástroje PID-5.

Empirická část

Tato část diplomové práce je věnována představení výzkumného projektu a jeho realizace. Je v ní podrobně popsáno plánování a realizace výzkumu, představen výzkumný soubor, proces sběru dat a popsány výsledky jednotlivých statistických analýz. V závěru této části jsou diskutovány výsledky studie a její limitace.

8. Předmět a cíle výzkumu

Adiktologičtí pacienti vykazují řadu patologických rysů osobnosti (Ibáñez, Moya, Villa, Mezquita, Ruipérez & Ortet, 2010; Sutin, Evans & Zonderman, 2013). Tyto rysy mohou být dokonce přítomny v takové míře, že mají charakter poruchy osobnosti, která je při závislosti častou komorbidní diagnózou (Black & Moyer, 1998; Grant et al., 2008; Petry, 2005; Regier et al., 1990).

Předmětem výzkumného šetření je zmapování těchto patologických rysů osobnosti u adiktologických pacientů. Dílčím cílem je pak popis charakteristických struktur u dvou typů diagnóz a zachycení možných rozdílů mezi nimi. K tomuto účelu bude využito Osobnostního inventáře DSM-5 pro poruchy osobnosti. Výsledky práce mají zároveň poukázat na možnost využití metody zachycujících patologické rysy osobnosti u závislých pacientů a přinést tak nové téma do diskuse o přesahu jejich využití do klinické praxe.

Je důležité zdůraznit, že cílem výzkumu nebylo určit přítomnost poruch osobnosti u vzorku adiktologických pacientů pomocí PID-5, ale pouze poukázat na přítomnost těchto rysů. Vzhledem k tomu, že alternativní model DSM-5 disponuje dvěma metodami, které musí být pro usuzování na poruchu osobnosti využity, a v tomto výzkumu byla zahrnuta pouze jedna, není ani dosažení takových závěrů možné.

Pro potvrzení předpokladu přítomnosti maladaptivních rysů tak byl do testové baterie zahrnut IPDE screening, který je uznávaným nástrojem pro poukázání na přítomnost osobnostní patologie (Loranger, 1997).

Osobnostní inventář DSM-5 prozatím nemá stanovené normy. Z tohoto důvodu bylo při plánování výzkumu rozhodnuto, že hodnoty dosažené respondenty ve studii budou porovnávány s výsledky dosud jediného výzkumu psychometrických vlastností české verze PID-5, která byla na našem území realizována (Riegel, Preiss, Kšiňan, Michalec, Šamanková & Harsa, 2017). Tato studie operovala s neklinickým (N=351) a klinickým (N=143)

vzorkem, přičemž hodnoty vzorku předkládaného výzkumu budou porovnávány s hodnotami neklinické populace.

8.1. Výzkumný design

Za účelem ověření výzkumného cíle byl zvolen kvantitativní výzkumný design. Ten byl realizován pomocí jednorázového dotazníkového šetření. Administrace metod probíhala metodou tužka-papír.

8.1.1. Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě studia odborné literatury, ze které vychází teoretická část této práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky a hypotézy:

Jsou skóry dosažené adiktologickými pacienty v IPDE screeningu takové, že lze uvažovat nad přítomností poruchy osobnosti?

H1: Průměrné skóry dosažené adiktologickými pacienty v IPDE Screeningu dosahují kritické hodnoty a tím nasvědčují přítomnosti poruch osobnosti

Studie týkající se výzkumu současného výskytu symptomů poruch osobnosti a závislosti poukazují na možnou komorbiditu těchto duševních onemocnění (Sher, Trull & Curr, 2002; Kienast, Stoffers Bempohl & Lieb, 2014). Předpokládáme tedy, že průměrné skóry výzkumného vzorku dosáhnou kritické hodnoty tří bodů, a lze tak uvažovat nad přítomností poruchy osobnosti.

Jak se liší hodnoty dosažené v jednotlivých oblastech PID-5 u referenčního vzorku a adiktologických pacientů?

H2: Adiktologičtí pacienti dosahují signifikantně vyšších hodnot v jednotlivých oblastech PID-5 než referenční vzorek populace

Psychometrická studie české verze Osobnostního inventáře pro DSM-5 poukázala na skutečnost, že klinický vzorek dosahuje statisticky významně vyšších skóreů oproti

neklinické populaci v těchto oblastech Negativní afektivita, Otažitost, Desinhibice a Psychoticismus. Nesignifikantního rozdílu bylo dosaženo pouze v oblasti Antagonismus (Riegel et al., 2017). Studie se závislémi na alkoholu ale prokázala souvislost mezi vysokou mírou oblasti Antagonismus a alkoholismem (Creswell et al., 2015), očekáváme tedy, že skupina adiktologických pacientů dosáhne signifikantně vyšších hodnot ve všech oblastech.

Jak se liší hodnoty dosažené v jednotlivých aspektech PID-5 u referenčního vzorku a adiktologických pacientů?

H3: Adiktologičtí pacienti dosahují signifikantně vyšších hodnot u všech aspektů PID-5 než referenční vzorek populace.

Podobně jako ve většině oblastí, také v případě většiny aspektů dosahovaly průměrné skóre klinického vzorku vyšších hodnot než neklinického (Riegel, 2017). Klinický soubor byl ale složen z různých typů diagnóz, mezi kterými nebyla diagnóza závislosti. Vycházíme tedy ze stejného předpokladu jako u předchozí hypotézy a sice pokud adiktologičtí pacienti dosahují vyšších průměrných hodnot u jednotlivých oblastí, budou jich dosahovat také u aspektů.

Liší se hodnoty v jednotlivých oblastech a aspektech PID-5 u různých typů závislosti?

H4a: Adiktologičtí pacienti dosahují různých hodnot v oblastech PID-5 vzhledem k typu závislosti

H4b: Adiktologičtí pacienti dosahují statisticky významně rozdílných hodnot v aspektech PID-5 vzhledem k typu závislosti

Osobnostní rysy mají vliv nejen na vznik závislosti a prognózu její léčby, ale mohou také ovlivňovat, pro kterou psychoaktivní látku se jedinec rozhodne (Campbell & Stark, 1990; Carrol & Zuckerman, 1977; Conway, Kane, Ball, Poling & Rounsaville, 2003). Předpokládáme, že tyto rozdíly budou zachyceny jak na úrovni oblastí, tak aspektů PID-5. Od rozdílu hodnot mezi aspekty si zároveň slibujeme možnost podrobnějšího popisu charakteristik struktury osobnosti u obou diagnóz.

Existují genderové rozdíly v dosažených hodnotách u oblastí a aspektů PID-5?

H5a: Existuje statisticky významný genderový rozdíl v dosažených hodnotách oblastí PID-5

H6b: Existuje statisticky významný genderový rozdíl v dosažených hodnotách aspektů PID-5

Mezi muži a ženami, kteří jsou závislí na psychoaktivních látkách, nalezneme několik rozdílů. Uvádí se, že existují genderové rozdíly ve faktorech, které stojí za vznikem závislosti, její progresí, důsledky, překážkami v léčbě i ve výskytu komorbidních onemocnění (Nelson-Zlupko, Kauffman & Dore, 1995; Tuchman, 2010). Vzhledem k tomu, že osobnostní rysy jsou jedním z faktorů podílejících se na vzniku závislosti, předpokládáme, že se vyskytnou genderové rozdíly i v dosažených hodnotách oblastí a aspektů PID-5.

9. Metoda

V této části budou popsány nástroje, které byly pro realizaci tohoto výzkumu použity. Následně bude podrobněji představen výzkumný soubor a průběh sběru dat a jejich zpracování.

9.1. Použité nástroje

Testová baterie, která byla ve výzkumu používána obsahovala celkem šest dotazníků (demografický a anamnestický dotazník, IPDE, BPQ, PID-5, IPO DSQ-40). Baterie byla vytvořena Mgr. Bc. Karlem Riegelem. Z ní byla následně pro potřeby této diplomové práce zpracována data z demografického a anamnestického dotazníku (viz příloha 1), Osobnostní inventář pro DSM-5 (APA, 2013) a IPDE Screening (Lorenger, 1997). Ostatní data budou zpracována pro další vědecké účely.

9.1.1. Demografické a anamnestické údaje

V rámci demografického dotazníku byli respondenti dotazováni na věk, pohlaví, druh závislosti v aktuální léčbě, rodinný stav, prožití nežádoucích událostí v posledním roce, materiální situaci, aktuální rozpoložení, vzdělání a zaměstnání.

V anamnestické části pak zodpověděli celkem 9 otázek vztažené k předchozím osobním či rodinným zkušenostem s psychiatrickou péčí, nadměrnému užívání alkoholu, drog a léků, výskytu fyzického onemocnění, užívání léků ovlivňující náladu či výkonnost, zkušenosti s epileptickými záchvaty a zážitku bezvědomí.

9.1.2. Osobnostní inventář pro DSM-5 (PID-5)

Osobnostní inventář pro DSM-5 je sebeposuzovací metodou, která byla vyvinuta k využití při úvodním rozhovoru s pacientem a ke sledování pokroku v terapii. Dobře může posloužit také při zlepšení klinického rozhodování, neměla by však být jedinou metodou na základě které bude stanovena diagnóza (APA, 2013).

Metoda sestává z 220 položek. Každá z těchto položek je hodnocena na čtyřbodové sebeposuzovací škále, jejíž krajní hodnoty jsou 0 – zcela nepravdivé nebo částečně pravdivé a 3 – zcela pravdivé nebo často pravdivé a proband hodnotí, do jaké míry ho dané tvrzení charakterizuje.

Nástroj hodnotí celkem 25 aspektů osobnostních rysů, které spadají do pěti oblastí. Tyto oblasti byly podrobněji popsány v teoretické části práce. Každý z aspektů sestává ze 4 až 14 položek. Pro vypočítání průměrných hodnot jednotlivých oblastí jsou určeny specifické triplety aspektů, které tyto oblasti sytí (Riegel et al., 2017).

9.1.3. IPDE screening

IPDE screening je metoda, ze které byl později vyvinut semistrukturovaný rozhovor IPDE (International Personality Disorder Examination), určený k vyšetřování poruch osobnosti dle klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-IV. Slouží především pro klinické účely k diagnostice specifických poruch osobnosti. IPDE screeningový dotazník nelze zaměnit za klinický rozhovor, takže na základě jeho samostatného užití nemůžeme udělat závěr o přítomnosti či nepřítomnosti poruchy. Hodnoty dosažené v dotazníku ale mohou naznačit, která z poruch je přítomná s největší pravděpodobností.

Dotazník se skládá z 59 položek, na které se odpovídá ano-ne. Položky v dotazníku jsou zaměřeny na devět konkrétních poruch osobnosti, jsou jimi paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní – impulzivní a hraniční typ, histriónská, anankastická, vyhýbavá a závislá porucha osobnosti (Loranger, 1997).

10. Výzkumný soubor

Do výzkumného souboru byli zahrnuti hospitalizovaní pacienti se závislostí na alkoholu a psychoaktivních látkách. Tito pacienti byli rozděleni do dvou skupin podle typu primární závislosti, tedy závislosti, kvůli které se aktuálně léčili. Jedinci s kombinovanou závislostí byli ze vzorku vyloučeni. V rámci výzkumu bylo sesbíráno přibližně 104 dotazníků, z čehož bylo dle uvedeného kritéria vybráno 40 respondentů do každé ze skupin. Do výzkumu byli zapojeni pacienti bez rozdílu rasové příslušnosti, náboženského vyznání, socioekonomického statusu apod. Výsledný vzorek tedy tvořilo 80 respondentů.

Pacienti, kteří se účastnili studie v době administrace testové baterie abstinovali. Podmínkou byla také pacientova způsobilost k právním úkonům (před účastí vyplněním dotazníku bylo nutno podepsat informovaný souhlas s účastí ve výzkumu).

Pro porovnání hodnot výzkumného souboru bylo využito již naměřených hodnot referenční skupiny (N = 351). Tato skupina byla složená převážně ze studentů magisterského programu psychologie, pracujících dobrovolníků a dobrovolníků z řad penzistů. Průměrný věk mužů v tomto souboru tohoto souboru byl 34,60 let (sd = 13,41), zatímco u žen 30,31 let (sd = 12,14), kterých bylo ve vzorku větší zastoupení (N = 217). Výzkum s těmito respondenty probíhal jak skupinově, tak individuálně formou tužka papír, respektive prostřednictvím online sběru dat (Riegel et al, 2017).

11. Sběr dat

Sběr dat probíhal od února do dubna roku 2018. Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 104 osob z klinických a komunitních zařízení v České republice. Sběr probíhal ve třech psychiatrických nemocnicích a jedné terapeutické komunitě.

Data byla sesbírána metodou tužka-papír při jednorázovém dotazníkovém šetření v jednotlivých zařízeních, které se do studie zapojily. Nejprve byl respondentům představen

výzkum a jeho cíle, byli poučeni o principu vyplňování dotazníků a následně měli prostor pro individuální dotazy. Vyplnění baterie respondentům zabralo v průměru 50 minut. Administrátor testové baterie byl následně přítomen po celou dobu vyplňování pro případné zodpovídání dotazů.

12. Zpracování dat

Získaná data byla nejdříve popsána pomocí deskriptivních metod a následně analyzována. Poté byly ověřeny stanovené hypotézy. Ke statistickému zpracování studie byl použit program SPSS. V rámci analýzy bylo využito deskriptivní statistiky, jednovýběrových t-testů, t-testů pro nezávislé výběry a korelace.

Výsledky výzkumného souboru byly porovnávány s referenční skupinou, kterou byl neklinický vzorek respondentů ze studie psychometrických vlastností inventáře (Riegel et al., 2017). Hodnoty naměřené nástrojem IPDE screening pak byly porovnávány s kritickou hodnotou 3 bodů, na základě doporučení metodického manuálu (Loranger, 1997).

13. Prezentace a interpretace výsledků

Tato část práce je věnována deskriptivní statistice, ověřování stanovených hypotéz a limitům studie.

13.1. Deskripce výzkumného souboru

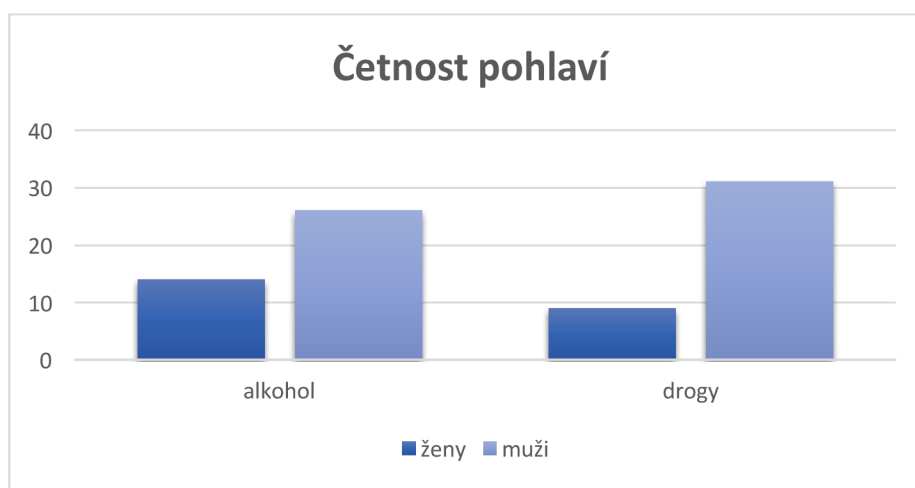
Do studie bylo zahrnuto celkem 80 osob ($N = 80$) s diagnózou závislosti. Podle typu diagnózy (závislost na alkoholu nebo drogách) byli respondenti rovnoměrně rozděleni do dvou skupin $N_1 = 40$, $N_2 = 40$.

V tabulce níže můžeme vidět, že byl je rozdělení typů závislostí rovnoměrné, nebylo docíleno rovnoměrného genderového rozdělení. V celém vzorku figurovalo 57 mužů (71,3 %) a 23 žen (28,7 %), přičemž větší rozdíl byl zaznamenán v podskupině závislost na drogách (31 mužů a 9 žen).

Tabulka č.3 – Genderové rozdělení výzkumného souboru

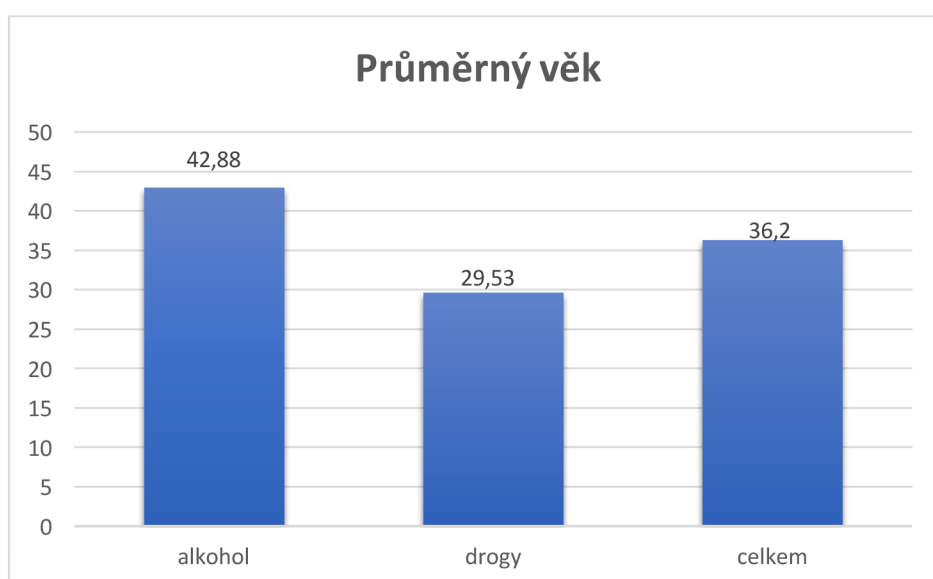
	Počet osob	Muži	Ženy
Závislost na alkoholu	40	26	14
Závislost na drogách	40	31	9
Celkem	80	57	23

Graf č.1 – Četnost pohlaví ve výzkumném souboru



Průměrný věk celého vzorku byl $M = 36,2$ (medián 34,50; $sd = 10,579$). Maximální věk celého vzorku byl 63 let a minimální 20 let. Nižšího, než průměrného věku pak dosahovala skupina Drogy ($M = 29,53$), vyššího naopak skupina Alkohol ($M = 42,88$).

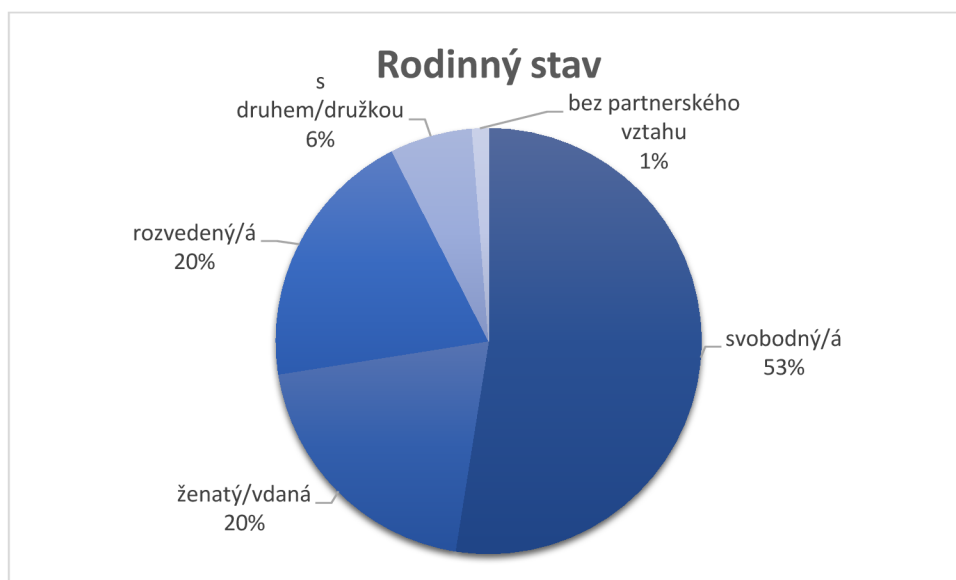
Graf č.2 – Průměrný věk výzkumného souboru



V rámci anamnestického a demografického dotazníku byly získány informace o ekonomické situaci respondenta, jeho rodinný stav, úroveň vzdělání, zkušenosti s psychiatrickou léčbou, výskyt psychického onemocnění v rodině, problémy s užíváním psychoaktivních látek, výskyt tělesné choroby, zážitky epileptického záchvatu či bezvědomí.

Z dotazníků vyplynulo, že 42 (53 %) respondentů bylo svobodných, z toho 10 z nich ze skupiny Alkohol a 32 ze skupiny Drogy; 16 (20 %) respondentů bylo ženatých/vdaných; 16 (20 %) respondentů rozvedených; 5 (6 %) z nich žilo s druhem či družkou a 1 (1 %) respondent uvedl stav bez partnerského svazku.

Graf č.3 – Rodinný stav respondentů



Přes polovinu respondentů uvedlo (N = 42), že v posledním roce prožili nějakou výrazně nepříjemnou či nežádoucí událost (například rozvod, závažnou nemoc, úmrtí blízké osoby). Nejvíce respondentů (N = 22) hodnotilo svou materiální situaci jako špatnou, pouze šest naproti tomu jako velmi dobrou. Nejčastěji udávaným způsobem obživy bylo pobírání sociální podpory (N = 22), jako druhá nejčastější situace byla udávána pracovní neschopnost (N = 12).

V oblasti vzdělání byly ve vzorku nejvíce zastoupeny osoby se středním odborným vzděláním bez maturity (N = 21), dále pak vyučení bez maturity (N = 20) a základní vzdělání (N = 19), přičemž většina se základním vzděláním byla ze skupiny Drogy.

13.2. Adiktologičtí pacienti a poruchy osobnosti (H1)

V první stanovené hypotéze jsme si určili předpoklad, že adiktologičtí pacienti dosáhnou takových hodnot v rámci hodnocení IPDE screeningu, že na základě nich můžeme usuzovat nad přítomností poruchy osobnosti.

Pro potvrzení této hypotézy jsme použili deskriptivní statistiku, pomocí které byly vypočítány průměrné hodnoty dosažené u jednotlivých typů poruch osobnosti a následně, jsme je porovnali vůči hodnotě 3, která nasvědčuje přítomnost patologie.

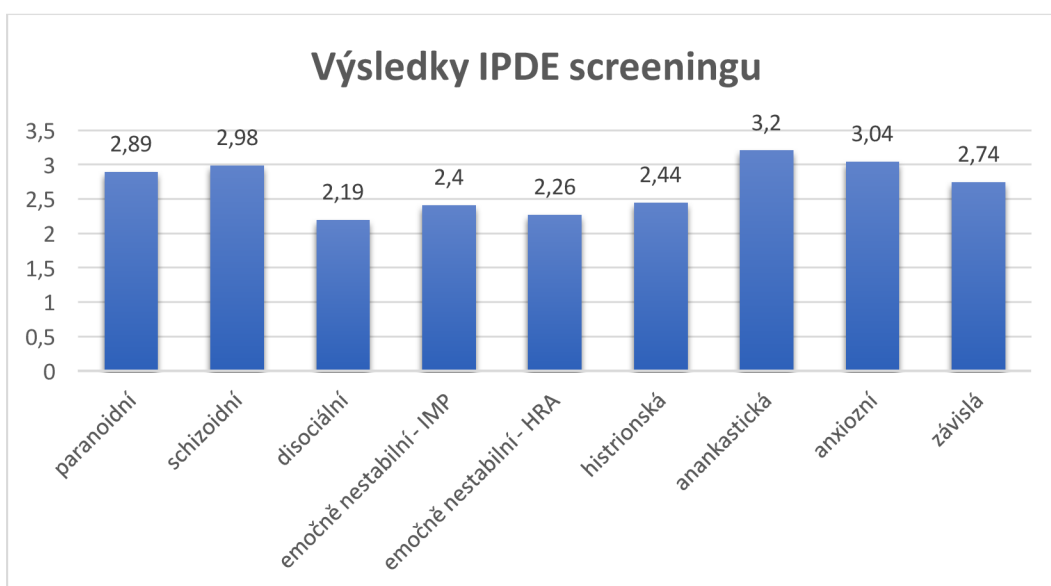
Tabulka č.4 – Průměrné hodnoty IPDE screeningu

Porucha osobnosti	Průměr	Odchylka
Paranoidní	2,89	1,630
Schizoidní	2,98	1,475
Disociální	2,19	1,468
Emočně nestabilní – impulzivní typ	2,4	1,269
Emočně nestabilní – hraniční typ	2,26	1,280
Histrionská	2,44	1,311
Anankastická	3,2	1,657
Anxiózní	3,04	1,618
Závislá	2,74	1,652

Z uvedených hodnot v Tabulce č.4 je patrné, že hranici tříbodové hodnoty respondenti překonali poruch anankastická ($M = 3,20$; $sd = 1,657$) a anxiózní ($M = 3,04$; $sd = 1,618$). Velice blízkých hodnot pak dosáhli u paranoidní ($M = 2,89$; $sd = 1,630$) a schizoidní poruchy osobnosti ($M = 2,98$; $sd = 1,475$).

Z výše uvedených informací můžeme potvrdit hypotézu H1. Prokázali jsme, že adiktologičtí pacienti dosahují v IPDE screeningu skóru naznačujících přítomnost poruchy osobnosti.

Graf č.4 – Výsledky IPDE screeningu



Přesto, že to nebylo předmětem hypotézy, byl navíc proveden t-test pro nezávislé výběry, pomocí kterého byly porovnány dosažené skóry u jednotlivých skupin. Tyto rozdíly nebyly signifikantní na hladině významnosti $p < 0,01$, přesto nabízejí zajímavý přehled drobných nuancí mezi skupinami.

Tabulka č.5 – IPDE screening, rozdíly mezi skupinami

Porucha	Skupina	Průměr	Odchylka	F	p
Paranoidní	alkohol	2,63	1,68	0,55	0,46
	drogy	3,15	1,56		
Schizoidní	alkohol	2,73	1,43	0,44	0,83
	drogy	3,23	1,49		
Disociální	alkohol	1,93	1,42	0,52	0,47
	drogy	2,45	1,48		
Emočně nestabilní - IMP	alkohol	1,93	1,21	0,94	0,76
	drogy	2,88	1,16		
Emočně nestabilní - HRA	alkohol	2,18	1,3	0,008	0,928
	drogy	2,35	1,29		
Histrionská	alkohol	2,08	1,16	2,397	0,126
	drogy	2,8	1,37		
Anankastická	alkohol	3,33	1,86	2,994	0,088
	drogy	3,08	1,44		
Anxiózní	alkohol	2,88	1,68	0,635	0,428
	drogy	3,2	1,56		
Závislá	alkohol	2,9	1,6	0,698	0,406
	drogy	2,58	1,71		

V úvodní fázi statistického zpracování dat byla také provedena korelace jednotlivých poruch osobnosti dle IPDE a oblastí inventáře PID-5. Jak můžeme vidět v Tabulce č.6, většina oblastí dosahovala pozitivního vztahu s jednotlivými poruchami osobnosti. Je překvapivé, že korelace anankastické poruchy osobnosti s oblastmi PID-5 byla zanedbatelná, vzhledem k tomu, že se tato porucha vyskytuje také na seznamu poruch v pojetí alternativního modelu.

Z výsledků korelace nelze přesně určit, zda korelují také jednotlivé poruchy osobnosti v pojetí obou nástrojů mezi sebou, protože pro uvažování o některé z diagnóz při užití inventáře PID-5 musí jedinec dosáhnout určité kombinace nejvyšších a nejnižších skóre jednotlivých aspektů. Důležité ale je, že se potvrdil vztah mezi patologickými rysy osobnosti u obou nástrojů.

Tabulka č.6 – Korelace IPDE a oblastí PID-5

	Negativní afektivita	Odtažitost	Antagonismus	Desinhibice	Psychoticismus
Paranoidní	0,558**	0,293**	0,412**	0,531**	0,485**
Schizoidní	0,302**	0,459**	0,328**	0,386**	0,317**
Disociální	0,214	0,194	0,354**	0,504**	0,308**
Emočně nestabilní -IMP	0,471**	0,278**	0,511**	0,643**	0,487**
Emočně nestabilní - HRA	0,569**	0,408**	0,397**	0,664**	0,534**
Histriónská	0,350**	0,255**	0,260**	0,429**	0,327**
Anankastická	0,323**	0,191	0,133	-0,57	0,101
Anxiózní	0,553**	0,374**	0,233*	0,303**	0,300**
Závislá	0,719**	0,468**	0,243**	0,482**	0,451**

**Signifikantní na hladině $p < 0,01$, *Signifikantní na hladině $p < 0,05$

13.3. Oblasti PID-5 u adiktologických pacientů (H2)

Druhá hypotéza se týká porovnání hodnot v jednotlivých oblastech PID-5 u výzkumného a referenčního vzorku. Referenční vzorek představoval soubor 351 osob bez psychiatrické anamnézy. Referenční vzorek byl zahrnut do studie zkoumající psychometrické vlastnosti české verze inventáře PID-5, která se mimo jiné zabývala zjišťováním validity a reliability nástroje. Osobnostní inventář PID-5 prozatím nemá českou

standardizaci, naměřené hodnoty ve studii ale prokázaly vnitřní konzistenci aspektů i oblastí PID-5. Průměrné hodnoty Cronbachova koeficientu pro soubor běžné populace dosahoval hodnoty 0,82. Výsledky paralelní analýzy pak potvrdily jednodimenzionální povahu většiny aspektů.

Hypotézu jsme ověřovali jednovýběrovými t-testy, kdy jsme průměry referenční skupiny v jednotlivých aspektech porovnávali s průměry výzkumného souboru.

Výsledky analýzy ukázaly statisticky významné rozdíly ve všech pěti oblastech PID-5 ($p < 0,01$), jednotlivé hodnoty jsou uvedeny v Tabulce č.7.

Tabulka č.7 – Porovnání skóru oblastí u adiktologických pacientů a ref. skupiny

Oblast	Skupina	Průměr	Odchylka	T	sv	p
Negativní afektivita	Ref. skupina	0,86	0,54	7,179	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,33	0,58			
Odeltažitost	Ref. skupina	0,65	0,46	6,763	79	0,000**
	Výzkumný soubor	0,98	0,44			
Antagonismus	Ref. skupina	0,59	0,59	5,474	79	0,000**
	Výzkumný soubor	0,92	0,54			
Desinhibice	Ref. skupina	0,7	0,7	8,689	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,21	0,53			
Psychoticismus	Ref. skupina	0,48	0,48	6,958	79	0,000**
	Výzkumný soubor	0,9	0,54			

**Rozdíly jsou statisticky významné na hladině $p < 0,01$

Na základě těchto výsledků tak můžeme potvrdit hypotézu H2 a říct, že existují signifikantní rozdíly v hodnotách oblastí Negativní afektivita, Odeltažitost, Antagonismus, Desinhibice a Psychoticismus dosažených adiktologickými pacienty a referenční skupinou.

13.4. Aspekty PID-5 u adiktologických pacientů (H3)

Tato hypotéza je založena na stejné premise jako hypotéza H2 s tím rozdílem, že je rozšířena o zmapování jednotlivých aspektů. Aspekty oproti oblastem nabízí podrobnější popis struktur osobnosti.

Statistický postup byl stejný jako v případě předchozí hypotézy, byly tedy porovnávány jednotlivé průměry aspektů u referenční skupiny a výzkumného souboru.

Výsledky analýzy ukázaly, že na hladině významnosti $p < 0,01$ byly nalezeny signifikantní rozdíly ve 24 případech z 25. Jediným aspektem, kde nebyl nalezen rozdíl byla Poddajnost ($t = 2,232$; $p < 0,280$), kdy průměr referenční skupiny byl 0,99 ($sd = 0,62$) a průměr výzkumného vzorku 1,16 ($sd = 0,86$).

Příčinu tohoto výsledku můžeme hledat zejména v povaze položek nástroje a pojetí Poddajnosti („*Dělám, co mi druzí řeknou, abych dělala*“). Vezmeme-li v úvahu fakt, že závislí jedinci často jednají v rozporu s očekáváním ostatních a jejich chování je determinováno závislostí, není tento výsledek už tolik překvapivý. Zároveň Poddajnost zahrnuje pouze čtyři položky z celkového počtu 220, takže musíme výpovědní hodnotu tohoto aspektu brát s určitou rezervou.

Na základě získaných výsledků tak nelze potvrdit hypotézu H3 a nemůžeme tedy souhrnně říci, že adiktologičtí pacienti dosahují vyšších hodnot u všech aspektů PID-5 než referenční vzorek populace.

Tabulka č.8 – Porovnání skóre aspektů PID-5 u adiktologických pacientů a ref. vzorku

Aspekt	Skupina	Průměr	Odchylka	T	sv	p
Anhedonie	Ref. skupina	0,69	0,54	7,357	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,13	0,53			
Úzkostnost	Ref. skupina	0,91	0,66	6,835	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,42	0,67			
Vyžadování pozornosti	Ref. skupina	0,77	0,67	3,015	79	0,003**
	Výzkumný soubor	1,03	0,76			
Bezohlednost	Ref. skupina	0,34	0,37	8,145	79	0,000**
	Výzkumný soubor	0,77	0,47			
Prolhanost	Ref. skupina	0,56	0,49	5,983	79	0,000**
	Výzkumný soubor	0,96	0,6			
Depresivita	Ref. skupina	0,41	0,52	7,886	79	0,000**
	Výzkumný soubor	0,94	0,6			
Těkavost	Ref. skupina	0,74	0,64	6,35	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,17	0,6			
Výstřednost	Ref. skupina	0,65	0,72	6,288	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,14	0,68			
Emoční labilita	Ref. skupina	0,87	0,63	4,479	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,21	0,68			
Grandiozita	Ref. skupina	0,54	0,56	4,805	79	0,000**
	Výzkumný soubor	0,86	0,6			
Hostilita	Ref. skupina	0,8	0,52	4,554	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,11	0,61			
Impulzivita	Ref. skupina	0,79	0,55	6,952	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,27	0,62			
Vyhýbání se intimitě	Ref. skupina	0,54	0,56	3,549	79	0,001**
	Výzkumný soubor	0,76	0,56			
Nezodpovědnost	Ref. skupina	0,56	0,48	8,452	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,2	0,68			
Manipulativnost	Ref. skupina	0,67	0,58	3,392	79	0,001**
	Výzkumný soubor	0,93	0,68			
Dys. Myšlení a vnímání	Ref. skupina	0,39	0,44	7,109	79	0,000**
	Výzkumný soubor	0,82	0,54			
Perseverace	Ref. skupina	0,85	0,58	5,955	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,23	0,57			
Omezená afektivita	Ref. skupina	0,96	0,54	3,474	79	0,001**
	Výzkumný soubor	1,14	0,47			
Rigidní perfekcionismus	Ref. skupina	0,99	0,62	3,151	79	0,002**
	Výzkumný soubor	1,22	0,64			
Riskování	Ref. skupina	1,16	0,53	4,154	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,43	0,58			
Nejistota z odloučení	Ref. skupina	0,77	0,63	7,447	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,35	0,69			
Poddajnost	Ref. skupina	0,99	0,62	2,232	79	0,280
	Výzkumný soubor	1,16	0,68			
Podezřavost	Ref. skupina	0,8	0,47	10,234	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,32	0,46			
Neobvyklé představy a prožitky	Ref. skupina	0,4	0,53	4,694	79	0,000**
	Výzkumný soubor	0,73	0,63			
Sociální stažení	Ref. skupina	0,73	0,56	5,469	79	0,000**
	Výzkumný soubor	1,06	0,53			

** Rozdíly jsou statisticky významné na hladině $p < 0,01$

13.5. Rozdíly ve strukturách osobnosti u dvou diagnóz závislosti (H4a a H4b)

Po zjištění přítomnosti rozdílů mezi referenční skupinou a výzkumných souborem byly zjišťovány rozdíly mezi jednotlivými typy závislostí. Každá tato podskupina zahrnovala 40 osob, jejichž výsledky byly porovnány pomocí t-testu pro nezávislé výběry.

V případě zkoumání rozdílů v jednotlivých oblastech nebylo dosaženo statisticky významných výsledků. Největší rozdíl byl zaznamenán v oblasti Antagonismus (Alkohol $M = 0,79$; Drogy $M = 1,04$), přesto tyto hodnoty nedosáhly statistické významnosti.

Nemůžeme tak potvrdit hypotézu H4a, že adiktologičtí pacienti dosahují významně rozdílných hodnot vzhledem k typu závislosti.

Tabulka č.9 – Srovnání hodnot oblastí u skupiny Alkohol a Drogy

Oblast	Skupina	Průměr	Odchylka	F	p
Negativní afektivita	Alkohol	1,38	0,59	0,003	0,96
	Drogy	1,28	0,58		
Odtazitost	Alkohol	0,98	0,46	2,06	0,155
	Drogy	0,98	0,42		
Antagonismus	Alkohol	0,79	0,55	0,866	0,355
	Drogy	1,04	0,49		
Desinhibice	Alkohol	1,1	0,5	0,11	0,741
	Drogy	1,35	0,53		
Psychoticismus	Alkohol	0,82	0,54	0,11	0,74
	Drogy	0,97	0,53		

Druhou fází mapování rozdílů mezi skupinou závislých na alkoholu a drogách bylo zjištění rozdílů mezi hodnotami u jednotlivých aspektů. Oproti porovnávání oblastí je tato komparace vzhledem k většímu počtu jednotlivých subškál detailnější.

Pomocí t-testu pro nezávislé výběry bylo zjištěno, že ani rozdíly mezi jednotlivými aspekty nejsou signifikantní. O významném rozdílu ($p < 0,05$) mezi skupinami můžeme hovořit pouze u aspektu Neobvyklé představy a prožitky ($F = 4,27$; $p < 0,042$).

Na základě těchto hodnot tak nemůžeme potvrdit ani hypotézu H4b a nelze tedy tvrdit, že hodnoty v aspektech PID-5 se liší v souvislosti s typem závislosti.

Tabulka č.10 – Srovnání hodnot aspektů u skupiny Alkohol a Drogy

Oblast	Skupina	Průměr	Odchylka	F	p
Anhedonie	Alkohol	1,12	0,51	0,808	0,372
	Drogy	1,14	0,56		
Úzkostnost	Alkohol	1,51	0,68	0,298	0,587
	Drogy	1,34	0,65		
Vyžadování pozornosti	Alkohol	0,89	0,72	0,27	0,871
	Drogy	1,16	0,79		
Bezohlednost	Alkohol	0,66	0,47	1,017	0,316
	Drogy	0,88	0,45		
Prolhanost	Alkohol	0,84	0,62	0,365	0,547
	Drogy	1,1	0,57		
Depresivita	Alkohol	0,96	0,63	0,117	0,733
	Drogy	0,92	0,58		
Těkavost	Alkohol	1,1	0,57	0,175	0,677
	Drogy	1,25	0,63		
Výstřednost	Alkohol	1,04	0,68	0,212	0,647
	Drogy	1,23	0,68		
Emoční labilita	Alkohol	1,15	0,68	0,005	0,942
	Drogy	1,27	0,68		
Grandiozita	Alkohol	0,78	0,59	0,062	0,804
	Drogy	0,96	0,61		
Hostilita	Alkohol	1,02	0,61	0,175	0,677
	Drogy	1,2	0,6		
Impulzivita	Alkohol	1,1	0,57	0,265	0,608
	Drogy	1,45	0,61		
Vyhýbání se intimitě	Alkohol	0,76	0,6	1,984	0,163
	Drogy	0,76	0,52		
Nezodpovědnost	Alkohol	1,05	0,67	0,39	0,843
	Drogy	1,35	0,66		
Manipulativnost	Alkohol	0,77	0,66	0,166	0,685
	Drogy	1,09	0,66		
Dys. myšlení a vnímání	Alkohol	0,8	0,58	0,168	0,683
	Drogy	0,84	0,5		
Perseverace	Alkohol	1,23	0,57	0,191	0,663
	Drogy	1,24	0,58		
Omezená afektivita	Alkohol	1,1	0,51	0,273	0,603
	Drogy	1,18	0,44		
Rigidní perfekcionismus	Alkohol	1,24	0,61	0,325	0,571
	Drogy	1,19	0,67		
Riskování	Alkohol	1,19	0,56	0,581	0,448
	Drogy	1,67	0,49		
Nejistota z odloučení	Alkohol	1,47	0,66	0,755	0,388
	Drogy	1,22	0,71		
Poddajnost	Alkohol	1,08	0,68	0,52	0,821
	Drogy	1,24	0,67		
Podezíravost	Alkohol	1,23	0,46	0,744	0,391
	Drogy	1,41	0,44		
Neobv. představy a prožitky	Alkohol	0,63	0,55	4,27	0,042*
	Drogy	0,83	0,7		
Sociální stažení	Alkohol	1,07	0,57	1,442	0,233
	Drogy	1,05	0,5		

*Rozdíly jsou statisticky významné na hladině $p < 0,05$

Přesto, že se nepodařilo dosáhnout signifikantních rozdílů mezi skupinami, nabízí se možnost jednotlivé struktury popsat. K deskripci využijeme pěti aspektů, u kterých bylo dosaženo nejvyšších a nejnižších skóre.

Skupina závislých na alkoholu dosáhla nejvyššího skóre u aspektů Úzkostnost ($M = 1,51$), Nejistota z odloučení ($M = 1,47$), Rigidní perfekcionismus ($M = 1,24$), Perseverace ($M = 1,23$) a Riskování ($M = 1,19$). Nejnižších naproti tomu v aspektech Neobvyklé představy a prožitky ($M = 0,63$), Bezohlednost ($M = 0,66$), Vyhýbání se intimitě ($M = 0,76$), Manipulativnost ($M = 0,77$) a Grandiozita ($M = 0,78$).

Závislí na drogách dosáhli nejvyšších skóre v aspektech Riskování ($M = 1,67$), Impulzivita ($M = 1,45$), Podezřívavost ($M = 1,41$), Nezodpovědnost ($M = 1,35$) a Úzkostnost ($M = 1,34$). Nejnižších skóre pak u aspektů Vyhýbání se intimitě ($M = 0,76$), Neobvyklé představy a prožitky ($M = 0,83$), Dysregulace myšlení a vnímání ($M = 0,84$), Bezohlednost ($M = 0,88$) a Depresivita ($M = 0,92$).

Porovnání těchto aspektů naznačuje, že určité rozdíly ve struktuře osobnosti u závislosti na alkoholu a drogách přítomny být mohou. Na základě výsledků je ale nemůžeme určit jako charakteristické.

13.6. Genderové rozdíly ve strukturách osobnosti (H5a, H5b)

Přesto, že nemáme vyrovnaný výzkumný vzorek z genderového hlediska, rozhodli jsme se pro zmapování rozdílů struktur i mezi pohlavími.

Na základě výsledků t-testů pro nezávislé výběry se výsledky opět neukázaly jako signifikantní. V oblastech inventáře PID-5 nebyl zjištěn žádný rozdíl mezi pohlavími. Mezi aspekty pak na hladině významnosti $p < 0,05$ dosáhl statisticky významného rozdílu pouze aspekt Těkavost ($F = 5,698$; $p < 0,019$), přičemž průměr u žen dosahoval hodnoty $M = 1,10$; $sd = 0,71$ a u mužů $M = 1,19$; $sd = 0,66$. Tento aspekt je navíc sycen devíti položkami a je součástí tripletu pro výpočet skóru oblasti Desinhibice, takže je pro celkový profil velmi důležitý.

Tabulka č.11 – Genderové rozdíly mezi oblastmi

Oblast	Skupina	Průměr	Odchylka	F	p
Negativní afektivita	muži	1,26	0,55	0,753	0,388
	ženy	1,49	0,65		
Odtazitost	muži	1,01	0,45	0,037	0,849
	ženy	0,91	0,41		
Antagonismus	muži	0,98	0,54	0,557	0,458
	ženy	0,77	0,5		
Desinhibice	muži	1,2	0,55	0,311	0,579
	ženy	1,27	0,48		
Psychoticismus	muži	0,88	0,51	0,312	0,578
	ženy	0,95	0,6		

Nelze tak potvrdit ani hypotézy H5a a H5b. Mezi pohlavími u této výzkumné skupiny neexistují rozdíly v dosažených hodnotách oblastí a aspektů PID-5.

Tabulka č.12 – Genderové rozdíly mezi aspekty

Aspekt	Skupina	Průměr	odchylka	F	p
Anhedonie	muži	1,15	0,54	0	1
	ženy	1,09	0,53		
Úzkostnost	muži	1,36	0,64	0,327	0,569
	ženy	1,57	0,73		
Vyžadování pozornosti	muži	1,06	0,74	0,12	0,73
	ženy	0,95	0,83		
Bezohlednost	muži	0,79	0,47	0,288	0,593
	ženy	0,71	0,47		
Prolhanost	muži	1,04	0,61	0,305	0,582
	ženy	0,76	0,54		
Depresivita	muži	0,92	0,62	0,184	0,699
	ženy	0,98	0,56		
Těkavost	muži	1,19	0,66	5,698	0,019*
	ženy	1,1	0,44		
Výstřednost	muži	1,09	0,69	0,217	0,642
	ženy	1,26	0,71		
Emoční labilita	muži	1,11	0,65	0,184	0,67
	ženy	1,46	0,71		
Grandiozita	muži	0,91	0,62	0,64	0,426
	ženy	0,75	0,59		
Hostilita	muži	1,09	0,62	0,32	0,573
	ženy	1,17	0,59		
Impulzivita	muži	1,18	0,61	0,001	0,973
	ženy	1,48	0,58		
Vyhýbání se intimitě	muži	0,79	0,59	2,533	0,116
	ženy	0,7	0,47		
Nezodpovědnost	muži	1,2	0,64	1,317	0,255
	ženy	1,2	0,78		
Manipulativnost	muži	0,98	0,69	0,394	0,532
	ženy	0,79	0,65		
Dysregulace myšlení a vnímání	muži	0,9	0,52	0,072	0,789
	ženy	0,87	0,59		
Perseverace	muži	1,2	0,53	2,176	0,144
	ženy	1,31	0,68		
Omezená afektivita	muži	1,14	0,49	0,071	0,791
	ženy	1,16	0,42		
Rigidní perfekcionismus	muži	1,27	0,63	0,014	0,907
	ženy	1,08	0,65		
Riskování	muži	1,45	0,57	0,084	0,772
	ženy	1,37	0,68		
Nejistota z odloučení	muži	1,31	0,64	3,772	0,056
	ženy	1,43	0,81		
Poddajnost	muži	1,19	0,72	2,164	0,145
	ženy	1,08	0,58		
Podezíravost	muži	1,33	0,57	0,205	0,652
	ženy	1,43	0,6		
Neobvyklé představy a prožitky	muži	1,19	0,72	0,486	0,488
	ženy	1,08	0,58		
Sociální stažení	muži	1,1	0,5	0,924	0,339
	ženy	0,94	0,59		

* Rozdíly jsou statisticky významné na hladině $p < 0,05$

Zaměříme-li se opět na deskripci struktur osobnosti jednotlivých skupin pomocí aspektů, nalezneme oproti porovnání struktur u dvou typů závislosti více společných znaků. Muži dosahovali nejvyšších skóre v aspektech Riskování ($M = 1,45$), Úzkostnost ($M = 1,33$), Podezíravost ($M = 1,33$), Nejistota z odloučení ($M = 1,31$) a Rigidní perfekcionismus ($1,27$). Stejně tak u žen patřily aspekty Úzkostnost ($M = 1,57$), Podezíravost ($M = 1,43$) a Nejistota z odloučení ($M = 1,43$) spolu s Impulzivitou ($M = 1,48$) a Emoční labilitou ($M = 1,46$) mezi položky s nejvyšším dosaženým skórem.

Mezi aspekty s nejnižším skórem nalezneme dva shodné u mužů a žen. Jsou jimi Bezohlednost a Grandiozita.

14. Diskuse

Výzkumem realizovaným v empirické části práce s nám podařilo splnit hlavní cíle práce. Těmi bylo zmapování patologických rysů osobnosti u adiktologických pacientů pomocí Osobnostního inventáře PID-5 a sekundárně tak poukázat na možnosti využití tohoto nástroje u jiných klinických diagnóz, než kterými jsou poruchy osobnosti. Předpoklad výskytu patologických rysů navíc potvrdily hodnoty, které jsme u respondentů naměřili pomocí IPDE screeningu.

Celý vzorek adiktologických pacientů přesáhl hodnotu 3 bodů u skóru anankastické a anxiózní poruchy osobnosti. Lze tedy uvažovat nad komorbidní přítomností těchto poruch u našeho výzkumného vzorku. Velmi blízkých skóre kritické hodnotě dosáhli pacienti také u paranoidní a schizoidní poruchy. Vzhledem k výsledkům předchozích výzkumů (Fernández-Montalvo & Enrique Echeburúa, 2004; Skodol, Oldham & Gallaher, 1999, Kienast, Stoffers, Berman & Lieb, 2014) toto zjištění neodpovídá závěrům, ke kterým výzkumníci dospěli a sice že u závislých pacientů je nejčastější komorbidní poruchou osobnosti dle IPDE hraniční porucha osobnosti.

Zaměříme-li se na rozdíly mezi skóry u jednotlivých poruch osobnosti vzhledem k typu závislosti, lze si povšimnout, že závislí na drogách dosahují hodnoty 3 u více poruch než závislí na alkoholu. Na základě těchto zjištění lze usuzovat na častější komorbiditu některé z poruch osobnosti u závislých na drogách. Na nižší komorbiditu poruch osobnosti u závislých na alkoholu oproti jiným závislostem poukázal i v minulosti výzkum Fernández-Montalva a kolektivu (2006).

Výsledky porovnávání hodnot u pěti oblastí PID-5 korespondují s předchozími zjištěními (Riegel et al., 2017; Quilty, Ayerst, Chmielewski, Pollock & Bagby, 2013) a nejsou tedy příliš překvapivé. Na druhou stranu musíme myslet na skutečnost, že jsme hodnoty porovnávaly s nereprezentativním vzorkem populace, který se skládal zejména ze studentů psychologie a dobrovolníků z řad pracujících a důchodců. U takového složení souboru lze očekávat nízké hodnoty v některých oblastech patologických rysů, zejména pak u Odtajitosti a Antagonismu, vzhledem k tomu, že jsou tyto oblasti protipóly extravertze a přívětivosti, jejichž hodnoty u studentů humanitních oborů jsou standardně vyšší (Kline & Lapham, 1992).

Připomenout také musíme, že rozdílných výsledků bylo dosaženo také téměř u všech aspektů PID-5. Jediným aspektem, kde rozdíl nedosáhl statisticky významných hodnot byla Poddajnost. U závislých jedinců je většinou pozorována vysoká míra impulzivity a projevy antisociálního chování (Regier et al., 1990; Wilson, Kevin, Frederick, James & Bridget, 2005), toto zjištění tedy není vzhledem k této skutečnosti nijak překvapivé. Průměr aspektu Poddajnost navíc vzniká výpočtem průměru pouhých čtyř položek, což je nejméně ze všech aspektů a jeho vypovídající hodnota je tak diskutabilní. Této domněnce přispívá také fakt, že Poddajnost nepatří mezi psychometricky relevantní aspekty, ze kterých se vypočítává průměr jednotlivých oblastí (Riegel et al., 2017).

Pro možnost zobecnění zjištěných výsledků je tedy v budoucnu nezbytné získat hodnoty reprezentativního vzorku populace na základě rozsáhlých studií stanovit normy pro jednotlivé oblasti i aspekty.

Potvrdit se nepodařilo hypotézy spojené s rozdíly mezi jednotlivými podskupinami výzkumného souboru. Mezi oblastmi u skupiny závislých na alkoholu a skupiny závislých na drogách nebyl zaznamenán rozdíl. Jediným signifikantním rozdílem pak byla rozdílnost v aspektu Neobvyklé představy a prožitky ($F = 4,47$; $p < 0,042$), když vyšších skóre dosahovala skupina drogově závislých ($M = 0,83$) oproti závislým na alkoholu ($M = 0,63$). Zajímavým faktem je, že tento aspekt je u obou skupin zařazen mezi ty s nejmenší dosaženou hodnotou. Z tohoto důvodu se tak zdržíme tvrzení, že by byly hodnoty tohoto aspektu pro skupinu závislých na drogách charakteristickým v porovnání se skupinou závislých na alkoholu. Přesto je možné uvažovat, že příčinou vyšší hodnoty tohoto aspektu u skupiny závislých na drogách může být samotná povaha jejich účinků, vzhledem k tomu, že například halucinogeny mohou zprostředkovávat nerealistické zážitky a halucinace (Hynie, 1995).

Ve výzkumné části byly dále popsány některé aspekty, ve kterých jednotlivé skupiny dosáhly nejvyšších a nejnižších skóreů. Tento způsob interpretace výsledků je přitom hlavní výsadou alternativního modelu. Hodnotitel, případně klinický pracovník se tak nemusí uchýlovat ke stanovování konkrétní diagnózy, kterou je na základě pouhého popisu rysů osobnosti velmi těžké stanovit, ale může jedince popsat v pojmech patologických osobnostních rysů, které mohou a nemusí být následně ke konkrétním typům poruch osobnosti přiřazeny (Riegel et al., 2016). Toto pojetí interpretace navíc nabízí terapeutům příležitost vedle negativních rysů vyzdvihnout také některé pozitivní, na základě poukázání na vysoké a nízké skóre ve výsledném profilu jedince (Samuel et al., 2013).

Skupina závislých na alkoholu dosáhla nejvyšších skóreů v aspektech Úzkostnost, Nejistota z odloučení, Rigidní perfekcionismu, Perseverace a riskování. Pokud se ohlédneme za výsledky dosažených v IPDE screeningu skupinou závislých na alkoholu, můžeme říci, že spolu vzájemně korespondují. Skupina závislých na alkoholu dosáhla nejvyšších hodnot u anxiózní a anankastické poruchy osobnosti.

Skupina závislých na drogách pak dosáhla nejvyšších hodnot v aspektech Riskování, Impulzivita, Podezřívavost, Nezodpovědnost a Úzkostnost. Určíme-li tyto aspekty za charakterističtější oproti jiným pro skupinu závislých na drogách, můžeme vidět jistou souvislost také ve skórech dosažených v IPDE screeningu, kdy tato skupina dosahovala vysokých skóreů u emočně nestabilní – IPM, paranoidní a schizoidní poruchy osobnosti.

Zkoumání genderových rozdílů nebylo předmětem této studie, přesto jsme předpokládaly, že vzhledem k odlišnostem v prožívání závislostí u mužů a žen (Nelson-Zlupko, Kauffman & Dore, 1995; Wilsnack, Vogelanz, Wilsnack & Harris, 2000) se zde vyskytnou určité rozdíly. Jedním z důvodů nepotvrzení této premisy ale může být nevyváženost mezi počtem mužů a žen ve výzkumném souboru. Ta byla navíc umocněna nerovnoměrným rozdělením mužů a žen i uvnitř obou skupiny.

Výsledky této studie prokázaly, že existují rozdíly mezi neklinickým vzorkem populace a adiktologickými pacienty. Abychom ale mohli toto tvrzení zevšeobecnit, je zapotřebí dalších studií, ve kterých bude vzorek adiktologických pacientů rozšířen o další typy závislostí a ty pak budou srovnávány s reprezentativním vzorkem populace. Zjištěné poznatky naznačují, že lze zachytit rozdíly mezi jednotlivými typy závislostí, zejména z pohledu deskripce struktur osobnosti, pro dosažení statisticky významných výsledků by ale bylo potřeba většího vzorku pacientů. Zároveň by bylo v budoucnu dobré zjistit, kteří pacienti mají zkušenost pouze s jednou drogou v průběhu života a zařadit do studie pouze ty, kteří ani v minulosti jinou drogu neužili, aby nedocházelo ke zkreslení výsledků

(například dříve drogově závislý se nyní léčí se závislostí na alkoholu a tím pádem jsou jeho výsledky zahrnuty do této skupiny).

Zároveň by podnětem pro další studie mohl být přesah Osobnostního inventáře DSM-5 do klinické praxe, zejména pak při plánování terapie u různých typů diagnóz.

Na základě předložených poznatků by předmětem dalšího zkoumání mohlo být srovnání rozložení skóre (profilů) mezi jednotlivými skupinami s cílem porovnat tyto trendy napříč různými skupinami (například charakteristické struktury vzorku, referenční skupiny a jednotlivých pohlaví).

15. Limity

Hlavní limitem výzkumné studie sledujeme použití referenčního vzorku pro porovnávání hodnot výzkumného souboru. Významným negativem je také fakt, že tento referenční soubor byl složen převážně ze studentů vysokých škol, pracujících dobrovolníků a dobrovolníků z řad penzistů. U takového složení skupiny můžeme do určité míry očekávat nižší hodnoty patologických rysů osobnosti. Zároveň nebyl tento vzorek rovnoměrně rozložen z genderového hlediska.

Dalším problémem, který se týká výzkumných skupin je otázka primární a kombinované závislosti. V demografickém dotazníku byli respondenti dotazováni pouze na závislost, kvůli které právě podstupovali léčbu. Nebylo tedy ošetřeno, zda v minulosti užívali také látky jiné, případně jejich kombinace.

Z povahy výzkumu a použitých metod také nelze určit, zda je struktura osobnosti příčinou dané závislosti, nebo jejím důsledkem. Osobnostní inventáře hodnotí pouze aktuální stav, lze na základě nich s opatrností stanovit určité prognózy, nelze už ale určit, co je příčinou a co následkem.

16. Závěr

Problematika závislostí je problémem nejen v individuálním, ale také sociálním měřítku. Léčba adiktologických pacientů má svá specifika a pravidla, důležitým aspektem při léčbě všech duševních poruch je ale také individuální přístup. Pro lepší poznání individuálních charakteristik jedince, na základě kterých lze rozhodovat další směřování léčby, lze využít Osobnostní inventář PID-5, který je součástí alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti. Na základě těchto poznatků bylo zvoleno téma práce, které se snaží propojit tyto dvě problematiky a zároveň tak poukázat na využití alternativního modelu u jiných diagnóz, než jsou poruchy osobnosti.

Cílem teoretické části práce bylo představit problematiku závislosti, přiblížit koncept struktury osobnosti a podrobně popsat alternativní model DSM-5. V empirické části pak bylo hlavním cílem zmapovat patologické rysy osobnosti u adiktologických pacientů. Dílčími cíli pak bylo srovnání výskytu těchto rysů mezi dvěma typy závislostí a pohlavími za účelem stanovení charakteristické struktury osobnosti u jedinců z těchto skupin.

Výsledky analýzy dat ukázaly, že patologické rysy osobnosti jsou ve větší míře přítomny u adiktologických pacientů než u osob bez psychiatrické diagnózy. Nebyly už však nalezeny směřodátne rozdíly mezi jednotlivými strukturami osobnosti u jednotlivých skupin závislostí. Na základě toho bylo pouze poukázáno na rozdílnost v nejvyšších a nejnižších dosažených skórech v jednotlivých aspektech u závislých na alkoholu a závislých na drogách, tyto rozdílnosti ale měly pouze popisný charakter a nelze je považovat za obecně platné. Stejně tak nebyly nalezeny genderové rozdíly v aspektech popisující struktury osobnosti.

V předložené práci se podařilo prokázat možnost užívání Osobnostního inventáře DSM-5 (PID-5) jako zdroj informací o pacientech se závislostí. Přesto, že nebylo možné určit pomocí tohoto nástroje charakteristické struktury osobnosti pro diagnózy závislost na alkoholu a závislost na drogách a nelze se tedy na základě výsledků práce zamýšlet nad obecnými závěry o specifikách léčby těchto závislostí, nabízí nové poznatky a podněty k dalšímu využití alternativního modelu u psychiatrických pacientů.

Zdroje

Ahern, J., Galea, S., Hubbard, A., Midanik, L., & Syme, S. L. (2008). "Culture of drinking" and individual problems with alcohol use. *American journal of epidemiology*, 167(9), 1041-1049.

Akhtar, S. (1987). Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *American Journal of Psychotherapy*, 41(4), 499-518

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Association, Arlington, VA.

Balcar, K. (1991). Úvod do psychologie osobnosti. *Chrudim: Mach*.

Běláčková, V., Nechanská, B., Chomynová, P., & Horáková, M. (2012). Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008 [General Population Survey on Substance Use and attitudes towards it in the Czech Republic in 2008]. *Praha: Úřad vlády české republiky*.

Black, D. W., & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services*, 49(11), 1434-1439.

Blair, R. J. R. (2001). Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 71(6), 727-731.

Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada

Bornstein, R. F. (2010). Dependent personality disorder. *Corsini Encyclopedia of Psychology*. John Wiley & Sons.

Campbell, B. K., & Stark, M. J. (1990). Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *International journal of the addictions*, 25(12), 1467-1474.

Carlotta, D., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., Frera, F., Somma, A., ... & Fossati, A. (2015). Adaptive and maladaptive personality traits in high-risk gamblers. *Journal of personality disorders, 29*(3), 378-392.

Carrol, E. N., & Zuckerman, M. (1977). Psychopathology and sensation seeking in “downers,” “speeders,” and “trippers”: A study of the relationship between personality and drug choice. *International Journal of the Addictions, 12*(4), 591-601.

Clarkin, J.F. (1998): Research findings on personality disorders. *Psychotherapy in practice, 4*, s. 91-102.

Compton III, W. M., Cottler, L. B., Jacobs, J. L., Ben-Abdallah, A., & Spitznagel, E. L. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry, 160*(5), 890-895.

Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., Colliver, J. D., & Grant, B. F. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry.*

Compton, W. M., & Volkow, N. D. (2006). Abuse of prescription drugs and the risk of addiction. *Drug & Alcohol Dependence, 83*, S4-S7.

Conway, K. P., Kane, R. J., Ball, S. A., Poling, J. C., & Rounsaville, B. J. (2003). Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug & Alcohol Dependence, 71*(1), 65-75.

Costa, P., Samuels, J., Bagby, M., Daffin, L., & Norton, H. (2005). Obsessive—Compulsive Personality Disorder. *Personality disorders, 8*, 405.

Creswell, K. G., Bachrach, R. L., Wright, A. G., Pinto, A., & Ansell, E. (2016). Predicting problematic alcohol use with the DSM–5 alternative model of personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 7*(1), 103.

- Crews, F. T., & Vetreno, R. P. (2011). Addiction, adolescence, and innate immune gene induction. *Frontiers in psychiatry*, 2, 19.
- Ewen, R. (2014). *An introduction to theories of personality*. New York: Psychology Press
- Eysenck, H. J. (1950). *Dimensions of personality* (Vol. 5). New Jersey: Transaction Publishers.
- Eysenck, H. J. (Ed.). (2012). *A model for personality*. Springer Science & Business Media.
- Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha T., Jenkins R., Lewis G., Marsden J., Taylor C. & Meltzer H. (2001) Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry* **179**: 432–437.
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of personality disorders*, 18(5), 500-505.
- Fisher, L. A., Elias, J. W., & Ritz, K. (1998). Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(5), 1041-1047.
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2002). The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: Results from a community sample. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 10(4), 425.
- Garnefski, N., & Okma, S. (1996). Addiction-risk and aggressive/criminal behaviour in adolescence: Influence of family, school and peers. *Journal of adolescence*, 19(6), 503-512.
- Gervasi, A. M., La Marca, L., Lombardo, E., Mannino, G., Iacolino, C., & Schimmenti, A. (2017). Maladaptive personality traits and internet addiction symptoms among Alternative DSM-5 model for personality disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(1).

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545.

Grekin, E. R., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2006). Personality and substance dependence symptoms: Modeling substance-specific traits. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 415.

Grof S. (1992). *Za hranice mozku*. Praha: Gema.

Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. (1.vyd.) Praha: Tigis.

Hughes, J.R., Higgins, S.T. and Bickel, W.K. (1994) Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities. *Addiction* 89(11): 1461– 1470.

Hynie, S. (1995). *Psychofarmakologie v praxi*. Praha: Galén.

Chemerinski, E., Triebwasser, J., Roussos, P., & Siever, L. J. (2013). Schizotypal personality disorder. *Journal of personality disorders*, 27(5), 652-679.

Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and individual differences*, 38(6), 1283-1291

Ibáñez, M. I., Moya, J., Villa, H., Mezquita, L., Ruipérez, M. Á., & Ortet, G. (2010). Basic personality dimensions and alcohol consumption in young adults. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 171-176.

Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 56(7), 600-606.

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.

- Kamil, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Kendler, K. S., Jacobson, K. C., Prescott, C. A., & Neale, M. C. (2003). Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *American Journal of Psychiatry*, *160*(4), 687-695.
- Kernberg, O. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization. *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient*, 87-121.
- Kernberg, O. F. (1993). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Khantzian, E.J. (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* *4*(5): 231–244.
- Kienast, T., Stoffers, J., BERPohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, *111*(16), 280.
- Kline, P., & Lapham, S. L. (1992). Personality and faculty in British universities. *Personality and Individual Differences*, *13*(7), 855-857.
- Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M., & Cooper, A. M. (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2,462 patients. *The American journal of psychiatry*.
- Koob, G. F. (1992). Neural mechanisms of drug reinforcement. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *654*(1), 171-191.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, *136*(5), 768.

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879-1890.

Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In Kalina K. a kol. Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kap 2/3. Praha: NMS – Úřad vlády ČR

Lea, P. M., & Faden, A. I. (2006). Metabotropic glutamate receptor subtype 5 antagonists MPEP and MTEP. *CNS drug reviews*, 12(2), 149-166.

Links, P. S., Heslegrave, R. J., Mitton, J. E., Van Reekum, R., & Patrick, J. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: consequences of comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 40(1), 9-14.

Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2005). *Major theories of personality disorder*. Guilford Press.

Loranger, A. W. (1997). International personality disorder examination (IPDE). *Assessment and diagnosis of personality disorders. The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*, 43-51.

Martin, E. D., & Sher, K. J. (1994). Family history of alcoholism, alcohol use disorders and the five-factor model of personality. *Journal of studies on alcohol*, 55(1), 81-90.

McKENNA, M. I. K. E., Chick, J., Buxton, M., Howlett, H., Patience, D., & Ritson, B. (1996). The SECCAT survey: I. The costs and consequences of alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 31(6), 565-576.

McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. *Handbook of personality: Theory and research*, 2, 139-153.

McGue, M., Slutske, W., & Iacono, W. G. (1999). Personality and substance use disorders: II. Alcoholism versus drug use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 394.

- Meloy, J. R., & Yakeley, A. J. (2011). Antisocial personality disorder. *A. A*, 301(F60), 2.
- Mentzos, S. (2012). *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch*. Praha: Portál.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. (2008-) (2., aktualiz. vyd.). Praha: Bomton Agency.
- Miller, J. D., MacKillop, J., Fortune, E. E., Maples, J., Lance, C. E., Campbell, W. K., & Goodie, A. S. (2013). Personality correlates of pathological gambling derived from Big Three and Big Five personality models. *Psychiatry research*, 206(1), 50-55.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, axis II*. John Wiley & Sons.
- Mioviský M. (2000). *LSD a jiné halucinogeny*. Praha: Albert
- Murray, H. (2008). *Explorations in personality*. (70th anniversary ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E., & Dore, M. M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social work*, 40(1), 45-54.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nielsen, D. A., Utrankar, A., Reyes, J. A., Simons, D. D., & Kosten, T. R. (2012). Epigenetics of drug abuse: predisposition or response. *Pharmacogenomics*, 13(10), 1149-1160.
- Norton, K. (1992): Health of nation: personality disorders. *British Medical Journal*, 304, s. 255-256.

Nurco, D. N., Kinlock, T. W., O'Grady, K. E., & Hanlon, T. E. (1998). Differential contributions of family and peer factors to the etiology of narcotic addiction. *Drug & Alcohol Dependence*, 51(3), 229-237.

Oscar-Berman, M. (1980). Neuropsychological Consequences of Long-Term Chronic Alcoholism: Refined tests have been used to explore the subtle disorders that manifest themselves as memory impairment in alcoholics with Korsakoff's syndrome. *American Scientist*, 68(4), 410-419.

Paclt, I., & Florian, J. (1998). *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*. Praha: Grada.

Padwa, H., & Cunningham, J. (2010). *Addiction: A reference encyclopedia*. California: Abc-clio.

Petry, N. M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and alcohol dependence*, 63(1), 29-38.

Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*.

Praško, J. et al. (2015). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál

Presl J. (1994) *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf.

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.

Riegel, K., Preiss, M., Harsa, P. (2015). Strukturované interview organizace osobnosti (STIPO): představení metody v kontextu DSM-5. *Psychiatrie*, 19(1), 20-29.

Riegel, K. D., Preiss, M., Harsa, P. (2016). Užitečnost Alternativního modelu DSM-5 pro poruchy osobnosti v klinické praxi. *Psychiatrie*, 20(3), 139-146.

Riegel, K. D., Preiss, M., Ksinan, A., Michalec, J., Samánková, D., & Harsa, P. (2017). Psychometrické vlastnosti české verze osobnostního inventáře pro DSM-5: vnitřní konzistence, validita a rozlišovací schopnost nástroje. *Československá Psychologie*, 61(2), 128.

Sacco, P., Cunningham-Williams, R. M., Ostmann, E., & Spitznagel, E. L. (2008). The association between gambling pathology and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 42(13), 1122-1130.

Samuel, D. B., & Griffin, S. A. (2012). Obsessive–compulsive personality disorder. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. John Wiley & Sons.

Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1350-1365.

Sher, K. J., Bartholow, B. D., & Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: a prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 818.

Simons-Morton, B. (2007). Social influences on adolescent substance use. *American journal of health behavior*, 31(6), 672-684.

Skodol, A. E., Oldham, J. M., & Gallaher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 733-738.

Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895-905.

Sutin, A. R., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2013). Personality traits and illicit substances: The moderating role of poverty. *Drug & Alcohol Dependence, 131*(3), 247-251.

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry, 58*(6), 590-596.

Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of abnormal psychology, 103*(2), 350.

Tuchman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of addictive diseases, 29*(2), 127-138.

Váchová, P. E., Racková, S., & Janů, L. (2009). Neuromechanismy účinku návykových látek, systém odměn. *Čes. a Slov. Psychiat, 105*, 263-268.

West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction*. John Wiley & Sons.

Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction, 95*(2), 251-265.

Wright, A. G., & Simms, L. J. (2014). On the structure of personality disorder traits: Conjoint analyses of the CAT-PD, PID-5, and NEO-PI-3 trait models. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(1), 43.

Zilberman, M., Tavares, H., & El-Guebaly, N. (2004). Gender Similarities and Differences: The Prevalence and Course of Alcohol and Other Substance—Related Disorders. *Journal of addictive diseases, 22*(4), 61-74.

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 162*(10), 1911-1918.

Seznam tabulek:

Tabulka č.1 - Seznam oblastí a primárních aspektů osobnostního inventáře PID-5.....	23
Tabulka č.2 - Přehled aspektů pro výpočet průměrů oblastí PID-5.....	23
Tabulka č.3 - Genderové rozdělení výzkumného souboru.....	49
Tabulka č.4 - Průměrné hodnoty IPDE Screeningu.....	51
Tabulka č.5 - IPDE screening, rozdíly mezi skupinami.....	52
Tabulka č.6 – Korelace IPDE a oblastí PID-5.....	53
Tabulka č.7 - Porovnání skóru aspektů PID-5 u adiktologických pacientů a ref. vzorku...	54
Tabulka č.8 - Porovnání skóru aspektů PID-5 u adiktologických pacientů a ref. vzorku...	56
Tabulka č.9 - Srovnání hodnot oblastí u skupiny Alkohol a Drogy.....	57
Tabulka č.10 - Srovnání hodnot aspektů u skupiny Alkohol a Drogy.....	58
Tabulka č.11 - Genderové rozdíly mezi oblastmi.....	60
Tabulka č.12 – Genderové rozdíly mezi aspekty.....	61

Seznam grafů:

Graf č.1 - Četnost pohlaví ve výzkumném souboru.....	49
Graf č.2 - Průměrný věk výzkumného souboru.....	49
Graf č.3 - Rodinný stav respondentů.....	50
Graf č.4 - Výsledky IPDE screeningu.....	52

Seznam příloh:

Příloha 1 – Demografický a anamnestický dotazník

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

1. Věk ČÍSLO = VĚK V LETECH **musí být minimálně 18**
 2. Pohlaví: MUŽ 1 – ŽENA 2
 3. Druh závislosti v této léčbě: ALKOHOL 1 – DROGY 2 – GAMBLING 3 – LÉKY 4
 3. Rodinný stav:

svobodný/á	1	
ženatý/vdaná	2	
rozvedený/á	3	
vdovec/vdova	4	
s druhem/družkou	5	
bez partnerského vztahu	6	

4. Prožil/a jste v minulém roce (posledních 12 měsíců) nějakou výrazně nepříjemnou, **nežádoucí událost** (např. rozvod, závažná nemoc v rodině, úmrtí blízké osoby)?
 ANO 1 – NE 2

5. V současné době hodnotíte svoji materiální situaci (majetek, příjem) jako:
Velmi dobrou 1 2 3 4 5 **Špatnou**

6. Prosím zakroužkujte na škále od 1 do 5, jak se dnes cítíte:

Výborně 1 2 3 4 5 **Velmi špatně**

7. Nejvyšší dosažené vzdělání:

Zakroužkujte	Zakřížkujte
základní - 1	Jste:
vyučení bez maturity - 2	- student – 1 <input type="checkbox"/>
střední odborné bez maturity - 3	- zaměstnanec - 2 <input type="checkbox"/>
učební obory s maturitou - 4	- osoba samostatně výdělečně činná - 3 <input type="checkbox"/>
úplné střední všeobecné s maturitou - 5	- v pracovní neschopnosti; rehabilitace – 4 <input type="checkbox"/>
úplné střední odborné s maturitou - 6	- na mateřské dovolené - 5 <input type="checkbox"/>
nástavbové studium, absolvování dvou nebo více středních škol - 7	- v částečném invalidním důchodu - 6 <input type="checkbox"/>
vyšší odborné vzdělání - 8	- v ČID + pracujete - 7 <input type="checkbox"/>
vysokoškolské bakalářské - 9	- v invalidním důchodu - 8 <input type="checkbox"/>
vysokoškolské vzdělání – 10	- ve starobním důchodu - 9 <input type="checkbox"/>
vědecká příprava (Ph.D.) – 11	- v domácnosti - 10 <input type="checkbox"/>
	- pobíráte sociální podporu - 11 <input type="checkbox"/>
	- jiné <input type="checkbox"/>

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

	Prosíme zakroužkujte právě jednu z možností
1. Byl/a jste Vy sám/a někdy psychiatricky léčen/a?	ANO - NE
2. Byli Váš vlastní otec, matka, bratr nebo sestra psychiatricky léčeni?	ANO - NE
3. Měl/a jste někdy problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na alkoholu?	ANO - NE
4. Měl/a jste někdy problémy s nadměrným užíváním nebo závislostí na drogách (např. marihuana, pervitin...)?	ANO - NE
5. Nadužíval/a jste někdy v minulosti nebo v současnosti nějaké léky? Pokud ano, jaké?	ANO - NE
6. Trpíte nějakou tělesnou chorobou? Pokud ano, jakou?	ANO - NE
7. Berete v současnosti nějaké léky, které ovlivňují Vaši náladu, výkonnost?	ANO - NE
8. Měl/a jste někdy epileptický záchvat?	ANO - NE
9. Byl/a jste někdy více než 5 minut v bezvědomí?	ANO - NE