

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**OSOBNOSTNÍ A SOCIODEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY
DROGOVĚ ZÁVISLÝCH V ÚSTAVNÍ LÉČBĚ
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí práce:

Doc. PhDr. Helena Záškodná, CSc.

Autor:

Klára Jarošová

22.5.2007

Abstrakt

Many Psychiatrists and Psychologists agree that researching Addictive Personality is a difficult subject. It is associated with many problems as research into the Personality traits is complex. Therefore some mental health experts find it useful to view addiction as „compulsive” and „self-destructive” behavior. By accumulating existing and ongoing research of the Personality’s role in addiction, primarily that of Drug users and Alcoholism; most scientists have concluded that there is no one set of Psychological characteristics that define all addictions. However, scientists have found that there are several Personality factors that contribute to Addictions. These include: Impulsive behavior, difficulty in relaying gratification, antisocial behavior and a disposition towards sensation seeking. They are often nonconformists and have little or no interest in the goals and achievements that society places value on. A feeling of alienation and a tendency for deviance is also found to be common among types of addiction, along with a heightened sense of stress.

The first theoretical part of this thesis concerns the definition of Drugs, types of Drugs and Drug Addiction. The second part concerns Personality Traits, Addictive Personalities and Empathy. The goal of this research is to identify some Personality characteristics of drug users whom are in institutional treatment.

The research was carried out in Červený Dvůr, an institutional mental home for drug users and gamblers. Research was devised through a questionnaire that was given to 41 drug users being treated at the home.

For the practical part of this research six Hypotheses were stated.

Hypotheses H1 claim that clients of mental home Červený Dvůr show higher level of neuroticism in comparison to equal population.

Hypotheses H2 claim that clients of mental home Červený Dvůr show higher variability extraversion and intraversion in comparison to equal population.

Hypotheses H3 claim that clients of mental home Červený Dvůr show lower level of openness to experience in comparison to equal population.

Hypotheses H4 claim that clients of mental home Červený Dvůr show lower level of Agreeableness in comparison to equal population.

Hypotheses H5 claim that clients of mental home Červený Dvůr show lower level of conscientiousness in comparison to equal population.

Hypotheses H6 claim that clients of mental home Červený Dvůr show lower level of empathy in comparison to equal population.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Osobnostní a sociodemografické charakteristiky drogově závislých v ústavní léčbě“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

V Českých Budějovicích 20.5.2007

.....

Klára Jarošová

Na tomto místě bych ráda poděkovala Doc. PhDr. Heleně Záškodné, CSc. za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování bakalářské práce. Děkuji také vedení a klientům psychiatrické léčebny Červený Dvůr za ochotu a vstřícnost při provádění mé výzkumné práce.

Obsah

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	9
1.1. Vysvětlení základních pojmů.....	9
1.1.1. Definice drogy.....	9
1.1.2. Drogová závislost.....	9
1.1.3. Druhy drogové závislosti.....	10
1.2. Příčiny vzniku drogové závislosti.....	11
1.2.1. Vývojové stupně vzniku závislosti.....	12
1.3. Důsledky užívání psychoaktivních látek.....	14
1.4. Rozdělení návykových látek.....	14
1.4.1. Opiáty a opioidy.....	15
1.4.2. Stimulancia.....	16
1.4.3. Halucinogeny.....	17
1.4.4. Konopné drogy.....	18
1.4.5. Alkohol.....	18
1.5. Prevence zneužívání psychoaktivních látek.....	20
1.5.1. Primární prevence.....	20
1.5.2. Sekundární prevence.....	20
1.5.3. Terciární prevence.....	20
1.6. Léčba závislostí.....	21
1.5.1. Psychoterapie.....	21
1.5.2. Farmakoterapie.....	22
1.5.3. Nízkoprahová kontaktní centra.....	22
1.5.4. Ambulantní péče.....	23
1.5.5. Terapeutické komunity.....	23
1.5.6. Ústavní léčba.....	23
1.7. Osobnost.....	24
1.7.1. Vymezení pojmu osobnost.....	24

1.7.2. Osobnostní rysy - Velká pětka (Big Five).....	26
1.7.2.1. Neuroticismus (labilita).....	27
1.7.2.2. Extroverze – introverze.....	28
1.7.2.3. Otevřenost ke zkušenosti.....	29
1.7.2.4. Přívětivost.....	30
1.7.2.5. Svědomitost.....	30
1.7.3. Osobnost závislého.....	31
1.8. <i>Empatie</i>	33
1.8.1. Metody empatizování.....	35
1.8.2. Psychologické perspektivy.....	35
2. Cíl práce a hypotézy.....	37
2.1. <i>Cíl práce</i>	37
2.2. <i>Hypotézy</i>	37
3. Metodika.....	38
3.1. <i>Metody a techniky sběru dat</i>	38
3.2. <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	38
4. Výsledky.....	39
4.1. <i>Obecné informace o výzkumném souboru</i>	39
4.2. <i>Výsledky k hypotéze H1</i>	41
4.3. <i>Výsledky k hypotéze H2</i>	45
4.4. <i>Výsledky k hypotéze H3</i>	48
4.5. <i>Výsledky k hypotéze H4</i>	51
4.6. <i>Výsledky k hypotéze H5</i>	54
4.7. <i>Výsledky k hypotéze H6</i>	57
5. Interpretace a diskuse.....	58
6. Závěr.....	67
7. Seznam použitých zdrojů.....	68
8. Klíčová slova.....	73

Úvod

*„Nesud’ mě, dokud jsi neušel míli
v mých mokasínách.“*

Indiánské přísloví

V listopadu roku 2006 se mi naskytla příležitost absolvovat třítydenní stáž v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, což je zařízení specializované na střednědobou ústavní léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr byla založena v roce 1966. V současnosti je kapacita léčebny 103 lůžek, ročně absolvuje terapeutický program v léčebně 550 až 750 pacientů. Střednědobá (3-6 měsíců) ústavní léčba se provádí ve specializovaných lůžkových odděleních nemocnic a psychiatrických léčeben. Jde o vysoce strukturované léčebné programy založené na principech terapeutické komunity a s náplní velice obdobnou jako v denní léčbě (skupinová a individuální terapie, rehabilitační, vzdělávací a volnočasové aktivity, práce s rodinou a sociální práce). Dodržování léčebného režimu a zapojení klienta do léčby je často hodnoceno pomocí bodovacího systému (kladné body za žádoucí chování, záporné za nežádoucí).

V ČR v současné době provádí léčbu odpovídající tomuto popisu 12 zařízení, z toho je však pouze jeden program krátkodobý. Ústavní léčba je indikována tam, kde existují závažné překážky pro léčbu ambulantní, v ČR je však touto překážkou především nedostatek ambulantních kapacit a častý zvyk indikovat drogově závislé ústavní léčbou.

Program celé léčby v zařízení psychiatrické léčebny má jasně danou strukturu, mimo jiné se dbá na dodržování práv a plnění povinností klientů. Existuje zde pevný týdenní program, jsou stanovena i základní pravidla pobytu v léčebně. K základním pravidlům pobytu v léčebně patří udržování bezdrogového prostředí, spolupráce při všech terapeutických aktivitách, zákaz fyzické agrese, psychického nátlaku, projevů rasismu a zákaz sexuálních kontaktů.

Během své stáže v psychiatrické léčebně Červený Dvůr jsem měla sama možnost tuto realitu blíže poznat. Zpočátku se mi striktní pravidla života v léčebně jevila jako velmi přísná. Ale všechna pravidla, činnosti a požadavky jsou účelně

směřovány ke svobodnému životu bez závislosti. Dosáhnout cíle (abstinence) není možné bez podřízení se programu léčby. Měla jsem možnost blíže poznat i klienty léčebny, a to i z jiné stránky než sami terapeuti. Mnoho z nich bylo léčeno opakovaně a často se u nich objevovaly podobné rysy. Mnoho z nich mělo osobní problémy, často jsem u nich pozorovala i shodné osobnostní vlastnosti jako např. snížené sebevědomí, uzavřenost, nízkou frustrační toleranci, labilitu aj. Problematika osobnosti závislého mě proto velmi zaujala a rozhodla jsem se ji zpracovat ve své bakalářské práci.

V současné době vznikla řada odborných studií, které se zabývají osobnostními rysy toxikomanů. Výzkum osobnosti závislého, jak se shoduje mnoho psychologů a psychiatrů, není jednoduchý. Je spojen s řadou problémů, které vyplývají z toho, že je velmi obtížné vyzkoumat osobnostní rysy, které charakterizují drogově závislého jedince. Někteří vědci nahlízejí na závislost jako na sebedestruktivní a kompulzivní jednání. Řada odborníků tvrdí, že nelze jednoduše stanovit psychologické charakteristiky, vedoucí častěji k vytvoření určitých typů závislosti. Shodují se ale na tom, že existují významné osobnostní rysy, které mohou k závislosti přispět.

1. Současný stav

1.1. Vysvětlení základních pojmů

1.1.1. Definice drogy

T. Zábranský uvádí, že za drogu lze považovat každou látku, ať už přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

- 1) má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, působí na psychiku
- 2) může vyvolat závislost; má tedy tzv. závislostní potenciál, který je u různých drog různě intenzivní, ale přítomen je vždy **(45)**.

1.1.2. Drogová závislost

V souladu s 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992 definuje K. Nešpor závislost jako soubor tělesných a psychických změn, které vznikají v důsledku opakovaného užívání psychoaktivní látky a způsobují změnu v jednání daného jedince i přesto, že původního jednání si cenil více. Závislost lze chápat jako syndrom, kde hlavní popisnou charakteristikou je touha (často silná, někdy přemáhající) po užití psychoaktivní látky (která může, avšak nemusí být lékařsky předepsána), alkoholu nebo tabáku. U závislých jedinců se po období abstinence často vyskytuje rychlejší znovuobjevení jiných rysů syndromu než u jedinců bez závislosti. Definitivní diagnózu závislosti lze stanovit pouze tehdy, jestliže během období jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha neboli bažení (craving) látku užít
- b) velké potíže v sebeovládání při užívání látky
- c) tělesný odvykací stav, kdy je látka užívána za účelem zmenšení příznaků, které vznikly předchozím užíváním této látky
- d) vyžadování vyšších dávek látky (růst tolerance), touha po dosažení původního účinku vyvolaného nižšími dávkami (jako příklad lze uvést závislé na alkoholu)

- a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance)
- e) omezování jiných aktivit nebo zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky, postupné získávání dominantního postavení drogy v životě jedince
 - f) malá snaha o ukončení užívání drogy i přes zjevně škodlivé následky, které s sebou její požívání přináší (poškození jater nadměrným pitím; depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek, nebo toxické poškození myšlení) **(33)**.

1.1.3. Druhy drogové závislosti

Jednotlivé psychoaktivní látky mají na jedince různý účinek a v důsledku toho mohou vyvolat i různě velký závislostní potenciál. Obecně lze závislost na návykových látkách rozdělit do dvou oblastí podle jejího působení, a to na závislost psychickou a fyzickou **(41)**.

1) Psychická závislost

Psychická závislost je duševní stav navozený konzumací drogy projevující se nutkavým přáním drogu opět požívat. Vznik psychické závislosti bývá vázán na prožití jistých požitků, nestačí tedy pouhá pasivní konzumace drogy. Psychickou závislost na droze často provází závislost na některé okolnosti, se kterou má jedinec požití drogy spojeno (jistá společnost, doba, prostředí, forma drogy nebo rituál spojený s jejím užitím). Pokud je přerušeno podávání drogy, neměly by se dostavovat žádné tělesné abstinenci příznaky, prakticky se však objevují i projevy fyzické jako je třes, pocení atd., tedy klamné abstinenci příznaky **(15)**. Může se dostavovat úzkost a podrážděnost vyvolaná i pouhou představou, že by závislý svou dávku neměl. Závislý jedinec se naučil takto reagovat, zafixoval si, že mu droga něco přináší **(41)**. Je důležité zdůraznit, že psychická závislost je nejsilnějším faktorem, který vede k zneužívání drogy, je tedy nejčastější příčinou, která vede k její opětovné nadměrné konzumaci **(15)**.

2) Fyzická závislost

Fyzická závislost na droze je definována jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí **(15)**. Jedná se o stav vzniklý zpravidla dlouhodobějším a častým požíváním drogy (výjimečně se ale uvedený stav závislosti může vytvořit již po krátkodobé konzumaci trvající jen několik týdnů, nebo dokonce dnů). Organismus již fyzicky závislý na droze se jí přizpůsobil, vytvořil si „pseudopotřebu“ a zahrnuje ji do své látkové výměny, takže na přerušení přísunu této drogy reaguje poruchou – abstinenčním syndromem **(41)**. Ten může mít v závislosti na druhu dané látky různé příznaky, ale téměř vždy zahrnuje neklid, napětí a vegetativní potíže, jakými jsou zvýšené pocení a třes **(15)**.

1. 2. Příčiny vzniku drogové závislosti

Podle S. Kudrleho nelze jednoznačně prokázat predispozice pro vznik drogové závislosti. Nejčastěji se zdůrazňuje kombinace řady faktorů, jako jsou například určité fyziologické faktory, buď dědičné nebo získané, kombinující se s faktory psychologickými nebo sociokulturními **(20)**.

M. Frouzová považuje za hlavní příčinu drogové závislosti především subjektivní účinky drog, které buď pomáhaly řešit stávající stav (např. pocity odcizení, frustrace, apatie či samoty) či nabízely něco, po čem jedinec toužil (odvaha, vzpoura, vzdor, únik, uvolnění, legrace). Někdy může dojít ke vzniku závislosti pouhým využíváním příležitosti spojeným s ignorancí **(10)**. M. Vágnerová udává také jednu z možných příčin složení psychoaktivní látky a její působení na lidský organismus. Za další etiologicky významný faktor, který může zvýšit tendenci užívat psychoaktivní látku, se považují genetické dispozice a biologický základ jedince vedoucí k určitému způsobu zpracovávat psychoaktivní látky v organismu. Dále se podílejí na vzniku drogové závislosti psychické a sociální faktory. Mezi psychické faktory řadíme emoční prožívání, způsob uvažování, hodnocení situace, faktor učení, tendence k určitému způsobu chování a osobnostní vlastnosti jedince, k sociálním lze přiřadit společnost, městské prostředí, rodinu, sociální skupinu, sociální deprivaci a nižší úroveň vzdělání **(41)**.

S. Kudrle uvádí bio-psycho-socio-spirituální model závislosti F. Rotgerse, kde se na rozvoji drogové závislosti podílí biologická, psychologická, sociální a spirituální úroveň jednotlivce. Za biologické faktory jsou považovány některé problematické okolnosti v těhotenství matky a porodu dítěte, ale i psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, tedy přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů. Z významných psychologických faktorů lze uvést úroveň postnatální péče a dále podpory v době dospívání, v krizi hledané identity a adekvátnost pomoci v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob. Sociální faktory zahrnují nejobecnější okolností, jakými jsou rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování. Ve spirituální úrovni je hlavním cílem učení se pokornému naslouchání a přijetí možností, které život reálně poskytuje (20).

1.2.1. Vývojové stupně vzniku závislosti

Riziko vzniku závislosti na drogách je nejvyšší v období dospívání. Navíc se obecně zvyšuje tendence experimentovat s rizikem. Mladistvým často chybí zkušenost a náhled na vlastní zranitelnost. Užívání drog je atraktivní právě proto, že je sociálně odmítáno. V období dospívání a hledání vlastní identity se dospívající často dostává do situace, kdy je nejistý a nemá dostatek sebedůvěry. Prostřednictvím drogy může dosáhnout euforie, uvolnění a hlavně dostatečné sebejistoty. Má pocit, že vše je snadné a o případném riziku neuvažuje. Návyk užívat drogy, resp. rozvoj vzniku závislosti, je procesem komplexní proměny v oblasti tělesné, psychické a sociální (41).

Vývoj vzniku drogové závislosti lze rozdělit do čtyř stádií:

1) Fáze experimentování a občasného užívání

Experimentátor bere drogu s druhými, jen pokud je mu to nabídnuto. Návyk zatím nemá, a tak ji neužívá pravidelně. V této fázi většinou tají, že drogu občas bere, a takové jednání popírá. Ještě jsou pro něj důležité i jiné hodnoty. Záleží mu na vztazích s lidmi i na přijatelném plnění běžných rolí (41). Zdraví nemá narušené, pracovní

způsobilost a výkonnost rovněž ne. Tento druh užívání neovlivňuje ani finance experimentátora. V emocionální sféře převažuje pouze zvědavost **(45)**.

2) Fáze pravidelného užívání

V tomto období už jedinec popírá rizikovost svého jednání. Nechce si připustit jeho závažnost a snaží se přesvědčit sebe sama i své okolí, že „sice občas něco vezme, ale má to pod kontrolou“. Iluze kontroly je typická pro počínající závislost. Změny v chování a úbytek zájmů jsou důležitými signály vznikající závislosti **(41)**. V této fázi se uživatel drog sdružuje s ostatními uživateli a vyděluje se z původního okruhu lidí. Vytváří si vlastní zdroje a zásoby drog, dělí se s ostatními, kteří je berou s ním. Zdraví má nenarušené, i když se dostavují první „dojezdy“ a „kocoviny“ **(45)**.

3) Fáze návykového užívání

Závislý člověk ztrácí motivaci a mění se i jeho hodnoty. Už se nesnaží svůj návyk skrývat. Rozbívá vztahy s přáteli, s rodinnými příslušníky, a přestože má občas výčitky, není schopen nic udělat. V této fázi se závislý jedinec pokusí omezit dávku nebo přestat, ale většinou jde jen o střídání období abstinence a relapsů **(41)**. Na pracovišti již podává horší výkony, mívá výpadky, vypadá neupraveně, mění svůj vzhled a distancuje se od původního prostředí. Utrácí nadměrné částky za drogy a zadlužuje se **(45)**.

4) Fáze terminální

Nadměrné užívání psychoaktivních látek poškozuje člověka biologicky i sociálně. Dochází u něj k celkovému úpadku osobnosti a rozpadu sociálních vazeb. Udržuje kontakty pouze s lidmi, kteří jsou vázání na příslušnou subkulturu. Závislý se stává zcela nespolehlivým a bezohledným. Jeho jediným zájmem je získání potřebné dávky drogy, bez ohledu na způsob, jakým si ji opatří. Často lže, prodává drogy a vypůjčuje si peníze na dluh. Bere, aby se cítil normálně a je plně zaujat drogou **(41)**.

1.3. Důsledky užívání psychoaktivních látek

S užíváním psychoaktivních látek je spojeno mnoho negativních jevů. Za hlavní důsledky užívání psychoaktivních látek lze považovat:

- § fyzické důsledky - vysoký krevní tlak, gastrointestinální obtíže, poruchy spánku, úbytek na váze, poranění či nehody související s požíváním alkoholu nebo drog, onemocnění jater a ledvin atd.
- § právní důsledky - konflikt se zákonem, např. zadržení pro řízení v opilosti, pro držení či prodej nelegálních látek, pro nevhodné chování atd.
- § sociální důsledky - konflikty v mezilidských vztazích, v rodině nebo v zaměstnání, uživatelé drog se často odcizují svým partnerům, jejich pracovní výkon se postupně zhoršuje, selhávají v rodičovské roli
- § psychické důsledky - úzkost, deprese, nedostatečná kontrola zlosti, poruchy spánku a příjmu potravy, podrážděnost, syndrom nemotivovanosti a zmatené myšlení, není vzácný výskyt sebevražedných myšlenek i sebevražedných pokusů
- § sexuální důsledky - zneužívání alkoholu a jiných drog je spjato nejen se sexuálními dysfunkcemi u žen i mužů, ale často je také spojeno se sexuální viktimizací a zneužíváním
- § finanční důsledky - růst nákladů na drogy samotné, ale i na řešení důsledků vyplývajících z jejich požívání (37).

1.4. Rozdělení návykových látek

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí lze návykové látky rozdělit do 10 skupin. Jednotlivé druhy závislosti se kódují následovně: F10.2 Závislost na alkoholu, F11.2 Závislost na opioidech, F12.2 Závislost na kanabinoidech, F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotikách, F14.2 Závislost na kokainu, F15.2 Závislost na jiných stimulantech, včetně kofeinu a pervitinu, F16.2 Závislost na halucinogenech, F17.2 Závislost na tabáku, F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech, F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách (33).

V další části práce je podrobněji charakterizováno jen 5 skupin návykových látek, a to těch, které jsou nejčastěji zneužívány klienty psychiatrické léčebny Červený Dvůr, kde byla provedena praktická část této práce.

1.4.1. Opiáty a opioidy

Mezi opiáty řadíme morfin, heroin a kodein. Opioidy nazýváme všechny přírodní či uměle připravené látky, které jsou účinkem podobné morfinu. Opioidy ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů. V lékařství se používají jako nejsilnější léky proti bolesti. Opioidy způsobují potlačení percepční a lokalizační i psychické a emocionální složky bolesti. Člověk pocítuje euforii a zklidnění až ospalost. Opioidy a opiáty, zejména heroin, mají vysoký potenciál pro vznik závislosti somatického typu. Vyznačují se ztrátou kontroly nad užíváním a neovladatelným dychtěním po droze. Závislost se rozvíjí již po několika týdnech, nebo případně po několika měsících užívání (22).

Prvními příznaky akutní intoxikace jsou nevolnost, hučení v uších, pocit tepla v obličeji a svědění. Intoxikovaný se škrábe po celém těle i v komatu a dýchání je povrchní. Mezi hlavní příznaky odvykacího stavu patří bolest břicha, otok jazyka, rozšíření zornic, neklid a nespavost. Léčba odvykacího stavu může být při vysokých dávkách komplikovaná a je vhodné ji svěřit specializovanému pracovišti. Nejčastější a nejrizikovější je aplikace nitrožilní. Méně rizikovými způsoby užívání jsou šňupání, kouření a inhalace z aluminiové folie (34).

Mezi důležité zástupce opiátů patří bezpochyby heroin, uživateli často označovaný jako herák, Horse, Smack, H, junk, happydust nebo Cash. Vzhledem připomíná hnědý někdy bílý prášek se slabou octovou vůní. V dnešní době lze sehnat i černý heroin, který octem přímo zapáchá. Obvyklé dávkování je 10 mg čistého heroinu. Letální dávky parenterálně jsou při kombinaci s alkoholem a jinými látkami 50 až 70 mg. Při dlouhodobém užívání dochází nejčastěji k poškození organismu. Nejvíce se objevuje onemocnění jater a ledvin, oslabení činnosti srdce a pokles krevního tlaku, oslabení imunitního systému, poruchy v zažívání, poruchy menstruace u žen a poruchy potence u mužů, poruchy spánku, únava a podrážděnost s apatií (22).

Mezi hlavní rizika užívání se řadí poměrně rychlý vznik fyzické závislosti, předávkování a následná smrt, otravy příměsemi drogy, infekce při používání nesterilních jehel, asociální jednání, celková psychická i fyzická zchátralost, pocity bezvýchodnosti a viny, které mohou vést až k sebevraždě. Účinkuje podobně jako morfin, ale rychleji a intenzivněji. Oproti morfinu stačí až desetkrát menší dávka. Nástup příjemného pocitu je velmi rychlý - tzv. kick. Po dobu 1 až 7 hodin způsobuje příjemný pocit zvaný high. Heroin se šňupá nebo se aplikuje intravenózně. Při první aplikaci se nemusí dostavit žádné účinky. K dosažení žádaného stavu se musí dávky zvyšovat (34).

1.4.2. Stimulancia

Jsou to přírodní (kokain) či syntetické (fenmetrazin, pervitin, extáze) látky. Psychostimulancia zvyšují psychomotorické tempo a bdělost. Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a pocit síly a energie. Společnou vlastností je stimulační efekt. Povzbuzují centrální nervovou soustavu. Dříve byl kokain používán v očním lékařství jako lokální anestetikum, do roku 1908 v potravinářství v Coca Cole (35).

Dlouhodobým užíváním vzniká psychická závislost, která se vyznačuje především cravingem. Užívání stimulancií znamená zátěž pro celý organismus, především stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Při dlouhodobém užívání se také může objevit toxická psychóza. Stimulancia se aplikují nitrožilně. Kokain se nejčastěji užívá sňupáním, případně ve formě tablet (extáze) (23).

V České republice je nejčastěji zneužívaným stimulanciem pervitin, který bývá často uváděn jako tradiční česká droga. Tato droga však není českým vynálezem. Poprvé byla syntetizována již v roce 1888, a to v Japonsku. V polovině 70. let byl vyvinut poměrně jednoduchý systém domácí výroby pervitinu za použití dostupných látek. Hlavní surovinou je efedrin, který bylo možno získat z běžně dostupného léku proti kašli. Pervitin je dnes často zneužívanou drogou. Více než polovina drogově závislých v České republice je léčena s diagnózou závislosti na pervitinu (34).

Pervitin, genericky metamfetamin, chemicky pravotočivý fenylmethylaminopropan je účinnější než amfetamin. Čistý má formu mikrokrytalického bílého prášku bez zápachu, hořké chuti. Výchozí látkou je efedrin, k výrobě se používá louh a červený fosfor. Běžné dávky se pohybují od 50 do 250 mg. Účinek nastupuje po intravenózním podání ihned, u sniffingu (šňupání) za 5-10 minut, při užití per os do 1 hodiny. Příznaky intoxikace mizí po dobu 8-24 hodin. Pervitin v CNS zvyšuje koncentraci mediátorů monoaminů (dopaminu, noradrenalinu a serotoninu) v synapsích. Pervitin je psychomotorické stimulant (psychostimulant), které zřetelně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce. Užití vede k euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní chování a způsobuje nechutenství. Pervitin uvolňuje v těle zásoby energie a zvyšuje výkonnost celého organismu, ale také riziko křečí. Po jeho aplikaci ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím sil až do vyčerpání. Zlepšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Při dlouhodobém užívání mohou vznikat psychotické stavy podobné schizofrenii (23).

1.4.3. Halucinogeny

Mezi halucinogeny nejčastěji řadíme LSD, psilocybin, psilocin, atropin a mezkalin. Jsou to látky, které deformují vnímání objektivní reality. Účinky halucinogenů v intoxikaci se projevují zvýšenou intenzitou a jakostí vjemů. Při vizuálním vjemu žijí části vnímaného obrazu jakoby vlastním životem. Čas plyne pomalu. Při těžší intoxikaci může nastat porucha vnímání vlastního těla a porucha propriocepce - např. iluze létání. Při chronické intoxikaci dochází ke vzniku psychózy nebo silné deprese. Užívání látky může vést ke zdůraznění dřívější duševní nemoci. Objevuje se flashback. Fyzická závislost nevzniká. Pocit blaha při užívání může vést ke vzniku psychické závislosti. LSD se aplikuje ve formě tripů, někdy ve formě krystalů. Psilocybin se vyskytuje v houbě lysohlávce. Drcené a sušené kloboučky se pojídají za syrova (16).

Za nejznámější syntetický halucinogen je považována droga LSD. Ta se na našem území vyskytuje výhradně ve formě tzv. tripů či krystalů. V případě tripů se jedná o malé papírky s potiskem různých symbolů. Krystaly bývají malé granulky

většinou tmavomodré či zelené barvy, vzhledem připomínají hnojivo. Obě formy LSD se užívají perorálně, postupným rozpouštěním v ústech pod jazykem. Účinnou látkou je diethylamid kyseliny lysergové. Užívání této drogy je vázáno především na subkulturní prostředí se specifickou hudbou a oblékáním. Výlučné užívání LSD v uměleckých a meditačních experimentech tak, jak to bylo obvyklé z 50. a 60. let, se vyskytuje zřídka (16,35).

1.4.4. Konopné drogy

Mezi konopné drogy řadíme především marihuanu (tráva, zelí, maruška apod.) a hašiš. Marihuanou se označuje sušené květenství a horní lístky ze samčí rostliny konopí. Hašiš je konopná pryskyřice, obvykle obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot. Za psychicky nejaktivnější látky jsou považovány 8-trans-tetrahydrocannabinol a delta-9-trans-tetrahydrocannabinol, jenž je současně řazen za psychicky nejaktivnější látku obsaženou v marihuaně a hašiši. Za nejvíce charakteristické účinky konopných látek lze považovat sucho v ústech, jemný pocit chladu, hlad, kašel, překrvení spojivek a tachykardii. Typickými projevy konopné intoxikace bývají deformace ve vnímání času, bezdůvodná veselost, nepotlačitelný smích, radost, vnitřní uspokojení aj. (34)

Případy předávkování s následkem smrti nebyly dosud popsány. Obecně je sdílen názor, že konopné drogy nevyvolávají somatickou závislost. Psychická závislost bývá prokázána asi u 8-10% dlouhodobých uživatelů. Konopné drogy se především kouří. V menší míře se mohou přidávat do pokrmů či nápojů. Účinky požití drogy jsou patrné během několika desítek sekund až minut. Celková doba účinku drogy se pohybuje od 3 do 6 hodin. Lísty a květy marihuany se často suší a balí do cigaret, tzv. jointů, které se následně vykouří. Hašišové kostky nebo placičky se drolí a přidávají se do jointů s tabákem (24).

1.4.5. Alkohol

Alkohol je nejvíce zneužívanou drogou na celém světě. Závislost na alkoholu přináší zdravotní rizika pro jedince a značné materiální ztráty pro společnost. Česká

republika se v konzumaci alkoholu zařadila v roce 2003 na druhé místo v Evropské unii za Lucembursko. Alkoholová závislost se vyvíjí postupně. Jedinec může konzumovat alkohol příležitostně, problém ale nastává tehdy, změní-li se příležitostná konzumace v pravidelnou. Obecně lze říci, že čím mladší osoba s alkoholem začíná, tím dříve se stane na alkoholu závislá. U mladých lidí je častá konzumace alkoholu východiskem z pocitu nudy nebo souvisí s nemožností či neschopností využít smysluplněji volný čas. Ale i zde můžeme mluvit o závislosti až tehdy, pokud člověk začne v alkoholu hledat zdroj změny nálady, zapomnění, obveselení, a řeší tak své problémy. Po požití většího množství alkoholu dochází k opilosti. Podle množství alkoholu v krvi rozlišujeme tato stadia opilosti:

- 1) 1-1,5 promile – zvýšená veselost, smích, sdílnost, pocit sebejistoty, výřečnost
- 2) 1,5-3 promile – nekritičnost, zčervenání, zvýšená tepová frekvence, neobratné pohyby, zdvojené vidění
- 3) 3 a více promile – únava až bezvědomí, inkontinence, zpomalené dýchání, rozšířené zornice až zástava dechu **(36)**.

Závislí se často vyznačují velmi složitým alibismem a racionalizací svého pití. Svůj problém si nepřipouští. V konečné fázi závislosti nastupují tyto změny psychického stavu:

- § okénka (výpadky paměti, závislý si nepamatuje své jednání)
- § alkoholové halucinace (sluchové nebo zrakové, doprovázené úzkostnými stavy)
- § delirium tremens (výskyt u dlouhotrvající závislosti, stav šílenství z nedostatku alkoholu v organismu, objevují se zrakové, sluchové a tělové halucinace, vzniká náhle, často v souvislosti s epileptickým záchvatem)
- § Korsakova psychóza (často navazuje na delirium, postižení výbavnosti paměti, tento stav se řadí mezi alkoholové demence)
- § paranoidní psychózy (bludy a obavy z pronásledování, postihují přednostně psychopatické osobnosti) **(14)**.

Alkohol (chemicky etylalkohol) vzniká chemickým procesem kvašení z jednoduchých sacharidů obsažených v ovoci nebo z polysacharidů obsažených v obilných zrnech nebo bramborách. Nadměrná konzumace alkoholických nápojů je

označována jako „alkoholismus“. Účinky alkoholu závisí zejména na množství požitého alkoholického nápoje. Akutní intoxikace alkoholem se projevuje většinou jako prostá opilost (ebrieta). Dochází při ní k psychomotorické excitaci, mnohmluvnosti, zvýšenému sebevědomí, posléze se objevuje snížená sebekritičnost a agresivita. Charakteristickými projevy alkoholového odvykacího stavu jsou třes rukou, pocení, závratě, poruchy stability a koordinace pohybů, úzkost, zvracení, bolesti hlavy atd. Odvykací stav může být komplikován křečemi (36).

1.5. Prevence zneužívání psychoaktivních látek

Rozlišujeme dva hlavní strategické přístupy drogové politiky, první směřuje ke snižování nabídky drog a druhý ke snižování poptávky po drogách. Ústředním pojmem pro opatření snižující poptávku po drogách je prevence (18). Pod pojmem prevence lze rozumět snahu předcházet nemoci, jejímu zhoršení, případně zhoršení celkového stavu nemocného (45).

1.5.1. Primární prevence

Cílem primárně preventivních aktivit je předcházet zneužívání drog a nebo alespoň oddálit první setkání dětí a mladých lidí s drogami do (co nej) pozdějšího věku. Cílovou skupinou primární prevence je dosud nezasažená populace (45).

1.5.2. Sekundární prevence

Cílem je zamezit vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, a umožnit jim prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace vést smysluplný a spokojený život. Do sekundární prevence řadíme léčebné a resocializační programy dvou typů: nízkoprahové a vysokoprahové (18,45).

1.5.3. Terciární prevence

Terciární prevence je zaměřena na uživatele drog, kteří nejsou schopni nebo ochotni se užívání drog vzdát. Cílem je předejít vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Radíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů **(18)**.

1.6. Léčba závislostí

Drogové závislosti jsou již řadu let řazeny mezi chronická onemocnění CNS. Jsou tedy posuzovány jako onemocnění, která je možno diagnostikovat, je třeba je léčit a kterým je možno předcházet **(9)**. Oblast léčby a sociální rehabilitace osob závislých na návykových látkách představuje velmi komplexní spektrum různých metod a přístupů. Mnohé z nich lze vzájemně kombinovat, jiné nikoli. Podmínkou efektivnosti programu je jeho schopnost zaměřit se na skutečné potřeby klienta. Důležitým prvkem jednotlivých metod je jejich vzájemná provázanost realizovatelná pouze prostřednictvím týmové práce **(25)**.

1.6.1. Psychoterapie

Nejčastěji se v léčbě závislostí užívá individuální, skupinová a behaviorální psychoterapie. Psychoterapie individuální se zaměřuje na práci s jednotlivcem a jejím hlavním prostředkem je rozhovor. Odehrává se v rámci série sezení v pravidelných intervalech. Délka sezení se pohybuje od 50 do 90 minut. Podle časové náročnosti je rozdělena na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou individuální psychoterapii. Dále rozeznáváme dvě různá zaměření terapeutické práce. Prvním je psychoterapie zaměřená na symptom, tedy na řešení konkrétního problému. Druhým přístupem je psychoterapie zaměřená na osobnostní růst klienta, tedy řešení příčiny vzniku drogové závislosti. Individuální psychoterapie je velmi účinná **(26)**.

Skupinová psychoterapie působí léčebně na určitou skupinu osob a využívá v různé míře skupinové dynamiky. Vztahy a interakce probíhají jak mezi členy psychoterapeutické skupiny navzájem, tak i mezi členy skupiny a psychoterapeutem. Léčebné působení je cílené na nemoc, poruchu či anomálii osobnosti. Hlavním cílem je

odstranění nebo zmírnění obtíží a podle možností i odstranění její příčiny. Skupinová psychoterapie bývá volena jako vhodná forma pomoci tam, kde je problém klienta spojen s mezilidskými vztahy (26).

Behaviorální terapie vychází z teorie učení. Behaviorální terapeuti považují chování člověka za zákonité, funkční a zaměřené k dosažení určitého cíle. Pečlivým prozkoumáním kognitivních procesů můžeme podle behaviorálních terapeutů porozumět tomu, proč a jak se chováme. Cílem terapeutických postupů je změna konkrétního chování člověka. K základním metodám behaviorální terapie patří např. operační podmiňování, expoziční terapie, relaxační postupy a nácviky sociálních dovedností (26).

1.6.2. Farmakoterapie

Podle D. Bayera sehrává farmakologická (medikamentózní) léčba návykových nemocí nezastupitelnou roli při celkové léčebné intervenci. Farmakoterapii lze rozdělit na medikaci cílenou k závislosti (disulfiram, metadon a další), na medikaci podávanou k mírnění škod vzniklých při užívání návykové látky a na medikaci klientely s duální diagnózou, která je specifická pro danou duševní poruchu. Farmakologická léčba je dnes prokazatelně efektivní minimálně ve dvou případech – a to jednak v léčbě závislosti na alkoholu a v léčbě závislých na opioidech. Ve druhém případě se jedná o léčbu substituční (3).

1.6.3. Nízkoprahová kontaktní centra

Kontaktní centra jsou určena především k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě. Abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením. Klientům je umožněn anonymní kontakt, dochází k navazování kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky. Kontaktní centra nabízejí široké spektrum služeb. Jedná se především o kontaktní práci, výměnný program (výměna injekčního náčiní), základní zdravotní péči, základní poradenství, strukturované poradenství, motivační trénink a doplňkové služby (21).

1.6.4. Ambulantní péče

Ambulantní péče o závislé se poskytuje především v ambulantních léčebných střediscích, odpovídajících našim ordinacím AT pro prevenci a léčbu závislostí, a ve střediscích strukturované denní péče, která odpovídají našim denním stacionářům. Další ambulantní péči poskytují střediska zdravotně sociálních služeb a nízkoprahové agentury odpovídající našim kontaktním centrům. Léčebnou péči je nutno přizpůsobit stavu pacienta, druhu užívané látky a dalším okolnostem. Součástí ambulantní péče je psychoterapie, která zpravidla probíhá ve formě rodinné, individuální nebo skupinové současně s farmakoterapií a socioterapií (12).

1.6.5. Terapeutické komunity

Terapeutickou komunitu (TK) definujeme jako specializované rezidenční (pobytové) zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a k sociální rehabilitaci. V terapeutických komunitách se poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná péče v délce 6-18 měsíců. Cílovou populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, často s psychosociálním nebo somatickým poškozením. Cílem léčby v TK je změna životního stylu. Terapie se zaměřuje na vývoj osobnosti a emoce, na chování, na duchovní rozměr osobnosti a etiku, na dovednosti přežít a být profesně zajištěn. Život v TK se maximálně snaží přibližovat reálnému životu, který má také pravidla, řád a režim. Režim v TK je tvořen pravidly programu TK. Ta zahrnují časovou strukturu dne a týdne, povinnosti klienta a požadavky na jeho chování, způsoby hodnocení požadovaného chování, sankce za režimové přestupky a výhody za dodržování režimu. Mezi jednotlivé aktivity programu TK patří setkání komunity, skupinová, individuální a pracovní terapie, volnočasové, sportovní, zátěžové aktivity a sociální práce. Pobyt klienta je členěn do fází, z nichž každá má svá pravidla, v každé z nich má klient určitá práva a povinnosti (1).

1.6.6. Ústavní léčba

Ústavní léčba je střednědobá léčba závislosti vymezená trváním v délce 3-6 měsíců. U nás je zpravidla poskytována psychiatrickými léčebnami, eventuálně

některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic. Tým zařízení je složen převážně ze zdravotnických pracovníků. Kromě lékařů, středních zdravotnických pracovníků a klinických psychologů patří do týmu i odborníci (psychoterapeuti, sociální pracovníci, pracovní terapeuti aj.). Tým je zpravidla veden psychiatrem. Střednědobé léčby vycházejí v našich podmínkách z apolinářského modelu zavedeného Jaroslavem Skálou. Základem komplexního terapeutického programu je strukturovaná léčba. S její strukturou úzce souvisí soubor pravidel - režim. Smyslem je podporovat takové vzorce chování, které vedou klienta k získání odměny bezpečněji, perspektivněji a nikoli nutkavě a jeví se být méně rizikové z hlediska potencionálního relapsu. Střednědobá léčba závislostí probíhá v prostředí léčebného společenství. Základními aktivitami v rámci strukturovaného programu jsou psychoterapeutické skupiny a komunitní sezení. Pacienti se také účastní pravidelné pracovní terapie a podílejí se na chodu oddělení a zařízení. Součástí strukturovaného programu jsou i volnočasové aktivity, propustky (vycházky) a edukativní terapie. Průběh léčby se dělí do 4 fází: (7)

1. fáze (1-3 týdny) – detoxifikace (základní stabilizace pacienta k zahájení terapeutického vztahu, k posilování motivace)
2. fáze (1 měsíc) - adaptace na terapeutický program a zařízení (seznámení s režimem, s léčebným společenstvím)
3. fáze (2-3 měsíce) - fáze aktivní léčby (vlastní aktivní spolupráce v psychoterapii, aktivně se řeší důsledky drogové kariéry a zpřesňuje motivace k abstinenci)
4. fáze (1 měsíc) - fáze přípravy na návrat do původního prostředí (pacient si vytváří plány o životě po léčbě, zajišťuje si práci a bydlení) (7).

Mezi hlavní komplikace střednědobé léčby patří relaps v průběhu léčby, předčasné ukončení léčby nebo porušení zásadních pravidel léčebného společenství (7).

1.7. Osobnost

1.7.1. Vymezení pojmu osobnost

V psychologickém pojmosloví se jedná o pojem nejednoznačný, užívaný v různém významu a rozsahu podle zdůraznění nebo zúžení zaměření na jednotlivé

složky lidské osobnosti **(11)**. Pojem osobnost definují P. Hartl a H. Hartlová jako celek duševního života člověka **(13)**. Podle psychologického slovníku B. Geista lze osobnost vymezit jako integrovaný, jedinečný a neopakovatelný dynamický celek tělesných, psychických a sociálních kvalit individua, tvořící jeho identitu se sebou samým a odlišnost od ostatních **(11)**. M. Vágnerová charakterizuje osobnost prostřednictvím základních dimenzí, resp. faktorů, které určují obecnější tendence k určitému způsobu chování a prožívání. V těchto základních dimenzích jsou zahrnuty různé dílčí vlastnosti, které ovlivňují chování a prožívání mnohem specifičtěji **(42)**.

Etymologie pojmu osobnost je odvozena z termínu „osoba“, který se shoduje s latinským termínem „persona“. Termín „persona“ původně označoval masku herců představujících boha podsvětí v antickém dramatu. Význam slova pochází z „personare“, což znamená vlastně „proznívati“, „zníti skrz“ **(39)**.

Osobností se rozumí konkrétní člověk formující se v přírodních, historických a společenských podmínkách, který zároveň prochází svou individuální životní vývojovou cestou. Osobnost se tedy utváří v průběhu společensko-historického vývoje. Na utváření osobnosti se podílejí vnitřní (endogenní) a vnější (exogenní) činitelé. Rozlišujeme primární a sekundární vlastnosti osobnosti. Za primární (vrozené) vlastnosti považujeme např. organické potřeby a vrozené vlastnosti temperamentu. Sekundární (druhotné) vlastnosti osobnosti vznikly v důsledku ontogenetického vývoje. Vznik získaných vlastností je závislý na vrozených vlastnostech **(19)**.

D. Kováč vyčlenil tři typy osobnosti: rudimentární, adjustovanou a kultivovanou. Rudimentární osobnost funguje převážně z vrozenosti a z pudových vzorců chování při částečném spolupůsobení prostředí a výchovy. Adjustovaná osobnost je formována převážně vnějším prostředím a výchovou. Kultivovaná osobnost je především výsledkem působení duševních funkcí sebeutváření a seberealizace. Je tvůrcem sebe sama **(19)**.

M. Nakonečný chápe člověka jako aktivní bytost, která se aktivně a záměrně utváří, i když ne vždy zcela vědomě. Aktivitou rozumí vše, co vychází z dané struktury osobnosti. Aktivitu lze chápat jako funkci konkrétních potřeb jedince (např. pocit jistoty, odpočinku atd.). Důkazem aktivního přístupu člověka ke světu je především

skutečnost, že svět dnešního člověka je jiný než svět dřívějších generací. Vysvětlování procesu utváření osobnosti pouze v termínech učení se tedy jeví jako jednostranné (30).

Pojem struktura osobnosti vyjadřuje její vnitřní uspořádání, vytvářející základnu pro další elementy. Tyto elementy struktury osobnosti tvoří psychické vlastnosti osobnosti nebo také psychické rysy osobnosti. Pojem rys osobnosti vyjadřuje nějakou její psychologickou charakteristiku např. samotářský, zdvořilý atd. Rysy osobnosti lze vyjádřit pomocí pozorovatelných projevů osobnosti (tj. z jejího chování) a postulováním vnitřních determinantů, faktorů či dispozic nebo zobecněním klinických zkušeností. R. Cattell v tomto smyslu rozlišil povrchové a pramenné rysy osobnosti. Povrchovými rysy rozumíme popisné psychické vlastnosti osobnosti pozorovatelné z chování a pramenné rysy chápeme jako vnitřní determinanty, faktory. Toto odlišení vyjadřuje rozdíl deskripce a explanace, tj. popisu a vysvětlení. Zatímco popisné charakteristiky vyjadřují komplexní charakteristiky osobnosti (např. „je společenský“), explanační rysy vyjadřují trvalejší dispozice (např. úzkostlivost) (31).

1.7.2. Osobnostní rysy - Velká pětka (Big Five)

Počátky výzkumu osobnostních rysů se v literatuře spojují se jménem F. Galona (1884). Na jeho práci navázali G. Allport a H. S. Odbert sestavením nejobsáhlejšího anglického slovníku složeného z osmnácti tisíc přídavných jmen popisujících osobnost. Z tohoto gigantického seznamu pak vybrali čtyři tisíce slov, která lze vzít v úvahu jako pozorovatelné a relativně trvalé rysy osobnosti. V roce 1946 analyzoval R. Cattell Allportův a Odbertův seznam a uspořádal slova do 181 skupin. Vyptával se lidí, komu ze svého okolí by přiřadili příslušné přídavné jméno ze seznamu. Výsledkem byla hypotéza, že lze lidi charakterizovat pomocí šestnácti primárních faktorů. Z nich zkonstruoval R. Cattell šestnáctifaktorovou analýzu, která se užívá dodnes (5).

Vědci se shodli na dvou rovinách faktorů, pro něž se užívá termínu „řády“. Faktory prvního řádu se obvykle rozumí vlastnosti jako např. bezprostřednost, dominance, sebedůvěra apod. K faktorům druhého řádu jsou řazeny nejvyšší obecnosti jako jsou např. stabilita - labilita a extroverze - introverze (38).

V roce 1963 zopakoval W. T. Norman Cattellovy experimenty a rozhodl, že pět faktorů by mělo pro charakteristiku osobnosti stačit. V souladu s výsledky empirických výzkumů se okolo roku 1989 ustálil konsensus zahrnující 5 základních faktorů, označovaných jako Velká Pětka. Faktory Velké pětky jsou rozděleny do pěti následujících dimenzí: (5)

- § Neuroticismus (labilita)
- § Extroverze, introverze
- § Otevřenost ke zkušenosti
- § Přívětivost, vstřícnost
- § Svědomitost (5).

1.7.2.1 Neuroticismus (labilita)

Labilita se vztahuje ke zkušenosti s negativními emocemi. Ti, kteří mají vysoké skóre lability, prožívají primárně specifické negativní pocity jako je strach, zlost nebo deprese. Labilní lidé reagují často emotivně. Reagují emotivně i v situacích, které většina lidí prožívá stabilně. Jejich reakce jsou více intenzivní, než je normální. Běžné situace si vykládají jako ohrožující a menší frustrace se jim jeví jako beznadějná. Jejich negativní emocionální reakce přetrvávají neobvykle dlouhou dobu, což znamená, že jsou po většinu času ve špatné náladě. Tyto problémy v emocionální oblasti může zmenšit schopnost jasně myslet, dělat rozhodnutí a vypořádat se efektivně se stresem. Na druhou stranu lidé s nízkým skóre lability se nechají snadno vyvést z míry a reagují méně emocionálně. Mají tendenci být chladní, emocionálně stabilní a odolní proti negativním emocím. Zbavení se negativních pocitů ale neznamena, že lidé s nízkým skóre lability prožívají mnoho pozitivních emocí. Pozitivní emoce jsou nejvíce doménou extroverze (5).

Položky lability:

- § Snadno se nechám rozrušit.
- § Snadno mě něco naštve.

- § Snadno podlehnu stresu.
- § Často má nálada kolísá.
- § Často se cítím sklíčený.
- § Dělán si starosti.

Položky stability:

- § Většinu času se cítím odpočatý.
- § Málokdy se cítím sklíčený (5).

1.7.2.2. Extroverze - introverze

Extroverze bývá označována jako otevřenost vůči vnějšímu světu. Extroverti si libují, když mohou být s lidmi. Jsou plni energie a často jsou naladěni pozitivně. Bývají nadšení pro věc a často vyhledávají příležitost, jak vyjít z denního stereotypu. Mluví rádi ve skupině, prosazují se a strhávají na sebe pozornost ostatních. Introverti trpí nedostatkem průbojnosti a aktivity. Bývají tiší, opatrní a méně závislí na sociálním světě. Nedostatečnost jejich sociálního zapojení lze vykládat i jako stud nebo deprese. Introvert jednoduše potřebuje méně stimulace než extrovert a více času být sám (5).

Položky popisující extroverzi:

- § Nevadí mi, když jsem v centru pozornosti.
- § Cítím se příjemně, když jsou kolem mne lidé.
- § Rád začínám konverzaci.
- § Mluvím s mnoha rozdílnými lidmi.

Položky popisující introverzi:

- § Jsem potichu, když jsou okolo mne lidé.
- § Nemám rád, když jsem v centru pozornosti.
- § Moc nemluvím.
- § Mám málo co říct.
- § Zdržuji se v ústraní (5).

1.7.2.3. Otevřenost ke zkušenosti

Otevřenost ke zkušenosti popisuje ty dimenze osobnosti, které rozlišují lidi mající představivost od lidí, kteří jsou konvenční a „stojí nohama na zemi.“ Otevření lidé jsou intelektuálně zvědaví, vnímaví k umění a citliví na krásu. Pokud je porovnáme s lidmi uzavřenými, jsou si více vědomi svých pocitů. Směřují k nekonvenční a individualistické víře, ačkoli jejich jednání může být konformní. Lidé s nízkým skóre k otevřenosti mají omezené a běžné zájmy. Upřednostňují plánování a směřování dopředu. Mohou na umělce a vědce nahlížet s podezřením, že jejich chování je těžko pochopitelné a v praktickém životě obtížně akceptovatelné. Uzavření lidé preferují více rodinu než jiný způsob života. Jsou konzervativní a odolní vůči jakékoli změně. Otevřenost je často prezentována jako zdravější nebo více vyzrálější rys. Otevřené nebo uzavřené myšlení je třeba hodnotit v kontextu prostředí. Intelektuální otevřenost může například dobře posloužit profesorovi, ale výzkum ukazuje, že „uzavřené myšlení“ lépe vyhovuje těm, kteří jsou zaměstnáni v oblasti obchodu nebo služeb, u policie apod. (5)

Položky otevřenosti:

- § Jsem plný nápadů.
- § Rychle věcem porozumím.
- § Mám bohatou slovní zásobu.
- § Mám jasnou představivost.
- § Excelentně přemýšlím.
- § Trávím čas uvažováním o věcech.
- § Používám složité výrazy.

Položky popisující uzavřenost:

- § Nezajímám se o abstraktní myšlení.
- § Nemám dobrou představivost.
- § Obtížně rozumím abstraktním pojmům (5).

1.7.2.4. Přívětivost

Přívětivost odráží individuální rozdíly dotýkající se spolupráce a sociální harmonie. Pro přívětivé lidi je největší hodnotou kooperace s ostatními. Proto jsou ohleduplní, přátelští, štedří, ochotní pomoci a přistoupit na kompromisní řešení. Přívětiví lidé mají také optimistický náhled na lidskou povahu. Věří, že lidé jsou v základu čestní, mravní a spolehliví. Nepřívětiví jedinci nadřazují vlastní zájem nad zájmy jiných lidí. Jsou neohleduplní a neradi se obětují pro ostatní lidi. Někdy jsou skeptičtí v hodnocení motivace ostatních, a proto bývají podezřívaví a nespolupracující. Vstřícnost je samozřejmě výhodou pro dosažení popularity. Přívětiví lidé jsou více oblíbeni než lidé nepřívětiví. Na druhou stranu přívětivost může být na obtíž v situacích, kde se vyžaduje nesnadné nebo objektivní rozhodnutí. Nepřívětiví lidé mohou být výbornými vědci, kritiky nebo vojáky (5).

Položky vstřícnosti:

- § Zajímám se o ostatní lidi.
- § Vnímám emoce ostatních.
- § Mám měkké srdce.
- § Rád lidem pomáhám.
- § Sympatizuji s jinými.
- § Vždy mám čas pro ostatní.

Položky popisující nevstřícné chování:

- § Nezajímám se o problémy ostatních.
- § Opravdu se nezajímám o ostatní lidi.
- § Málo sympatizuji s ostatními.
- § Urážím lidi (5).

1.7.2.5. Svědomitost

Svědomitost se podílí na kontrole, regulaci a řízení našich impulsů. Ty nejsou vrozeně špatné. Příležitostně je požadováno rozhodnutí v nátlaku a impulsivní jednání

může být efektivní odpovědí. Také v době hry může být spontánní a impulsivní jednání zábavou. Impulsivní osobnosti se mohou jevit ostatním jako zábavní a hraví lidé. Svědomitost obsahuje také faktor známý jako „potřeba po výkonu“. Užítky z vysokého stupně svědomitosti jsou samozřejmé. Svědomití jedinci se obvykle vyvarují potíží a dosahují více úspěchu díky účelovému plánování a odolnosti. Ostatními jsou vnímáni jako pozitivní, inteligentní a spolehliví lidé. Na druhou stranu mohou být kompulsivními perfekcionisty a workoholiky. Na extrémně svědomité jedince lze nahlížet jako na nudné a zkostnatělé. Nesvědomití jedinci mohou být kritizováni za svou nespolehlivost a nedostatek ambicí. Ale protože se umějí radovat a těšit, nebudou nikdy označeni za nudné a zkostnatělé (5).

Položky svědomitosti:

- § Jsem vždy připraven.
- § Jsem přesný v práci.
- § Dodržuji řád.
- § Mám rád pořádek.
- § Zaměřuji se na detaily.
- § Uklízím správným způsobem.

Položky nesvědomitosti:

- § Mám kolem sebe nepořádek.
- § Často zapomínám položit věci na správné místo.
- § Vyhýbám se povinnostem (5).

1.7.3. Osobnost závislého

Řada odborníků se ptá, které aspekty psychologického ustrojení jedince vedou k závislosti na návykových látkách. Někteří vědci nahlízejí na závislost jako na sebedestruktivní a kompulzivní jednání. S prohlubujícími se vědomostmi o roli ustrojení osobnosti při vzniku drogové závislosti vědci usoudili, že nelze jednoduše stanovit psychologické charakteristiky, vedoucí častěji k vytvoření závislosti (určitých typů

závislosti). Existují ale významné osobnostní rysy, které mohou ke vzniku závislosti přispět. Jedná se o: **(32)**

- § impulzivní chování, potíže v odkládání uspokojení, antisociální osobnost a touha po vyhledávání něčeho nového
- § vysoká nekonformnost kombinovaná se slabou cílevědomostí k výkonu hodnocenému společností
- § pocit sociálního odcizení a všeobecný sklon k deviaci
- § pocit zvýšeného stresu, to vysvětluje, proč puberta a jiné stresově náročné periody života jsou často nejvíce spojovány s užíváním návykových látek a problémy s alkoholem **(32)**.

A. R. Lang, profesor psychologie na univerzitě ve Floridě, věří, že pokračování ve výzkumu osobnostních rysů hraje důležitou roli v rozvinutí rozsáhlého boje proti závislosti a tento názor sdílají i ostatní vědci v tomto oboru. A. R. Lang tvrdí, že pokud lépe rozpoznáme faktory osobnosti, můžeme lépe navrhnout léčbu a zvolit nové strategie vedoucí k eliminaci závislosti. Doktor O'Brien uvádí, že existují velmi důležité podobnosti v osobnostních charakteristikách ve studiích závislých. Často se u nich objevuje tendence k depresi, závislému chování a koncentrace je zaměřena na krátkodobé osobní cíle namísto dlouhodobých **(32)**.

J. Bergeret vyloučil výskyt pouze jediného typu osobnosti závislého a své úvahy shrnuje takto:

- § jakákoli psychická struktura může být podkladem pro vznik závislého chování
- § struktura osobnosti nebývá účinkem návykových látek změněna, pouze dochází k zesílení některých osobnostních rysů
- § závislost nevzniká pouze kvůli uspokojení potřeby jedince, ale i jako kompenzace deficitů **(4)**.

M. Vágnerová uvádí, že tendence k užití návykové látky mohou mít lidé, kteří často pocítují nepohodu, nedovedou se dobře orientovat, často bývají nejistí, labilní a nejsou neschopní zvládat své problémy. Pokud přijde stresová, pak v důsledku těchto dispozic nemohou snést takovou zátěž a droga pro ně často bývá přijatelným řešením. Podle Cloningerovy typologie osobnosti se jedná o lidi se zvýšenou potřebou

vyhledávat nové a vzrušující zážitky. Často jsou ochotni více riskovat a mívají menší citlivost k ohrožení. Uživatelé psychoaktivních látek se velmi často stávají lidé s poruchou osobnosti (zejména disociální a emočně labilní). Avšak specifický typ osobnosti předurčený k závislosti na psychoaktivních látkách neexistuje (41).

P. Jeřábek specifikuje osobnostní charakteristiky závislých do šesti následujících skupin:

- § nízké sjednocení sebepojetí a sebeúčinnosti
- § nižší úroveň obranné organizace
- § nízké sjednocení superega, z toho vyplývající problémy s prožíváním viny a studu
- § zkreslení smyslově poznávacího zpracování reality (pacienty označováno jako „vytváření konstrukcí“)
- § mezilidská senzitivita (nejistota až pocit ohrožení ve vztazích a nízká frustrační tolerance)
- § nízké sjednocení emocí včetně schopnosti jejich vědomého prožívání, projevující se emoční labilitou a nepřiměřeností (17).

1.8. Empatie

Empatie je slovo řeckého původu. Empatie je běžně definována jako schopnost rozpoznat, vnímat a vlastní zkušeností přesně pocítit emoce druhého. Bývá označována jako stav mysli, víry a touhy. Často je charakterizována jako schopnost „obout se do bot druhého“ nebo jako zkušenostní vhled do pocitů ostatních. Staré indiánské přísloví to vystihuje slovy: „Nesud' mě, dokud jsi neušel míli v mých mokasínách“ (8).

Empatický jedinec se cítí nepříjemně, pokud je nepříjemně i druhým, a tento pocit ustupuje spolu se zlepšením situace druhých. Když se např. trápí dítě, jeho rodiče se zpravidla trápí také. Některé chování tedy může být motivováno snahou získat odměnu, jakou je např. příjemný pocit, jiné je vedeno pouze snahou porozumět druhé osobě. Experimenty testující tyto hypotézy dokázaly, že empatie má za následek pomoc druhým pouze v těch případech, kdy je pomáhající přesvědčen, že druhá osoba jeho pomoc skutečně obdrží, bez ohledu na to, zda se dozví, odkud pomoc přicházela (2).

Dokážeme-li se vžít do situace druhého člověka, můžeme lépe rozpoznat jeho prožívání a pomoci mu tak lépe odstranit nepříjemný stav. Novější výzkumy ukazují, že prožívání tíživé situace druhého vyvolává dva druhy reakcí. První reakce se zaměřuje na vymizení především vlastního nepříjemného stavu (egoistická reakce). Druhá reakce směřuje především k touze pomoci druhému (altruistická reakce). V prvním případě jedinec pociťuje stavy úzkosti, znepokojení, zmatení, které aktivují egoisticky zaměřenou motivaci k odstranění vlastních nepříjemných pocitů. Jedinec se svým chováním snaží redukovat zejména svůj vlastní nepříjemný emocionální stav. Ve druhém případě je empatie charakterizována pochopením a soucitem s druhou osobou, což vede k odstranění tíživého stavu druhého **(44)**

Empatie zahrnuje porozumění pocitům ostatních lidí. Emoce jsou ústředně charakterizovány tělesnými pocity. Jestliže jsou emoce více charakterizovány tělesnými pocity, pak chápání těchto pocitů jiného bude základní i pro empatii. Pokud jsou emoce více charakterizovány kombinací víry a touhy než chápáním tělesných pocitů, tyto víry a touhy budou více součástí empatie. Rozdíl je ovšem v tom, když si někdo záměrně představí, že je jinou osobou nebo v její situaci, a schopností prostě rozpoznat pocity druhého. Schopnost představit si sám sebe jako jinou osobu je sofistikovaný imaginativní proces, který se rozvine až časem nebo významným tréninkem. Jakkoli základní schopnost rozpoznat emoce je pravděpodobně vrozená a lze ji dosáhnout nevědomě. Tuto schopnost lze trénovat a člověk v ní může dosáhnout různých stupňů intenzity. Lidská schopnost rozpoznat tělesné pocity jiných se vztahuje ke schopnosti napodobovat a zdá se, že je založena na vrozené schopnosti vnímat tělesné pohyby a výrazy obličeje. Lidé tak spatřují bezprostřední spojení mezi tónem hlasu, jinými hlasovými vyjádřeními a vnitřními pocity. Rozvíjí se diskuse, týkající se toho, jak by měly být vědomé zkušenosti empatie charakterizovány. Základní myšlenkou je to, že pozorováním výrazů obličeje, tělesných pohybů jiného nebo posloucháním tónu jeho hlasu může pozorovatel bezprostředně poznat pocity druhého. Avšak plně rozvinutá empatie požaduje více než jen prosté rozpoznání emocionálního stavu druhého **(8)**.

Měla by být zaznamenána míra pozorovatelnosti osobních pocitů a jejich vzájemné rozpoznatelnosti stejně jako jejich významné sociální následky. Empatické

rozpoznání může, ale i nemusí být sociálně žádoucí. Předem daná role empatie je dohodnuta s ostatními a je vysoce závislá na okolnostech. Pokud je například požadováno, aby se lékaři či pečovatelky starali o pocity ošetřovaných a byli senzitivní, riskují vyčerpání svých vlastních sil (vydáváním svých emocí) (8).

1.8.1. Metody empatizování

Když usilujeme o komunikaci s druhými, může pomoci, jestliže demonstrujeme empatii ostatním. Existují dvě možné metody empatie:

§ předstírat výklad víry, touhy, charakterových rysů a pozorovat, které emoce k tomu mohou vést

§ předstírat emoce a poté se pokoušet odhalit jejich příčinu

Plná empatická povinnost se předpokládá v případě, že chceme pomoci porozumět a předvídat chování ostatních. Empatie může být bolestivá. Pokud například vidíme bolest ostatních (běžně publikovanou médií), může to vést k dočasné nebo trvalé klinické depresi. Tento fenomén bývá často označován jako „weltschmerz“. Bez základního emocionálního porozumění jiným však nelze vytvořit základy žádného vztahu (8).

1.8.2. Psychologické perspektivy

Ne všichni lidé mají schopnost empatie, schopnost vnímat pocity ostatních. Například autismus a Aspergerův syndrom jsou často charakterizovány zredukovanou schopností empatizovat s ostatními. Někteří jedinci s poruchou osobnosti jsou zdánlivě schopni demonstrovat výskyt senzuálních emocí jiných, často demonstrují péči a přátelství přesvědčivým způsobem, ale současně je výrazně charakterizuje zásadní nedostatek sympatie nebo soucitu, tedy důležitých aspektů empatie. Empatie rozhodně neznamena garanci shovívavosti. Stejná schopnost může tvořit základ škodolibosti a sadismu. Některé výzkumy trvají na tom, že lidé jsou více ochotni empatizovat s lidmi více podobnými. Empatie vzrůstá s podobnostmi v kultuře a ve způsobu života. Jsme také více ochotni empatizovat s těmi, se kterými jsme více v kontaktu. Rozvíjení dovednosti empatie je také často ústředním tématem při léčebném procesu drogově

závislých osob. Lidé mohou empatizovat i se zvířaty. Schopnost empatie je tu založena na mnoha reálných podobnostech mezi emocionálními zkušenostmi zvířat a lidí. Někteří znalci zvířecího chování tvrdí, že empatie není omezena pouze na lidi. Jako příklad uvádí delfíny, kteří zachraňují lidi před utopením nebo útoky žraloků **(8)**.

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Cíl bakalářské práce spočívá ve zjištění některých osobnostních charakteristik u vybraného souboru léčených drogově závislých osob v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Měřené osobnostní charakteristiky chápeme jako případné koreláty závislosti. Práce nezjišťuje osobnostní charakteristiky drogově závislých před užíváním návykové látky, tedy nezkoumá osobnostní rysy vedoucí k drogové závislosti tzv. prediktory a ani nezkoumá změny osobnostní charakteristiky drogově závislých vzniklé v průběhu užívání dané látky. Výzkum má pouze orientační charakter, tj. nesleduje případné difference související s typem užívané drogy, s délkou závislosti, s délkou a typem léčby závislosti, s případnými psychickými a somatickými nemocemi a s jinými dalšími možnými souvislostmi. Měření těchto faktorů by překračovalo rámec bakalářské práce.

2.2. Hypotézy

H1: Respondenti vykazují vyšší hladinu úzkostnosti ve srovnání s populačním průměrem.

H2: Dotazovaní vykazují větší variabilitu extroverze a introverze. Mezi dotazovanými je větší počet „silných“ extrovertů a naopak „silných“ introvertů ve srovnání s populačním průměrem.

H3: Dotazovaní vykazují nižší míru otevřenosti ke zkušenosti ve smyslu menší intelektuální zvědavosti a citlivosti ve srovnání s populačním průměrem.

H4: Dotazovaní vykazují nižší hladinu přívětivosti ve smyslu ohleduplnosti, přátelskosti, štědrosti a ochotě pomoci ostatním ve srovnání s populačním průměrem.

H5: Respondenti vykazují nižší skóry svědomitosti, jsou impulzivnější a méně odolní ve srovnání s populačním průměrem.

H6: Klienti psychiatrické léčebny Červený Dvůr vykazují nižší hladinu empatie ve srovnání s tabulkovými hodnotami odpovídajícími normě (IRI).

3. Metodika

3.1. Metody a techniky sběru dat

Pro zpracování výzkumné části byl použit kvantitativní výzkum. Ten byl proveden formou dotazníkového šetření s použitím dvou psychodiagnostických metod. První z nich, standardizovaný psychodiagnostický dotazník Big Five, druhý- nestandardizovaný psychodiagnostický dotazník IRI.

Dotazník Big Five, byl u nás M. Hřebíčkovou a T. Urbánkem pod názvem NEO pětifaktorový osobnostní inventář standardizován pro českou populaci. Za autory Big Five jsou považováni P.T. Costa a R.R. McCrae. Dotazník měří pět obecných faktorů, z nichž každá zahrnuje 12 otázek na pětibodové škále. Pět obecných dimenzí osobnosti tvoří faktor neuroticismu (lability), faktor extroverze - introverze, faktor otevřenosti vůči zkušenosti, faktor přívětivosti a faktor svědomitosti (popsané výše) (28).

Dotazník IRI má charakter multidimenzionální škály. Jeho autor M. Davis jej nazval indexem interpersonální reaktivity. Dotazník tvoří 28 položek, které jsou respondenty posuzovány na pětibodové Likertově škále. Do češtiny dotazník přeložil Z. Mlčák (27).

Získané výsledky obou dotazníků byly vyhodnoceny elementární statistikou a seřazeny do tabulek. Vzhledem k povaze diagnostických metod nejsou uvedeny v příloze. Jejich vyhodnocování bylo provedeno ve spolupráci s vedoucí bakalářské práce Doc. PhDr. Helenou Záškovou, CSc.

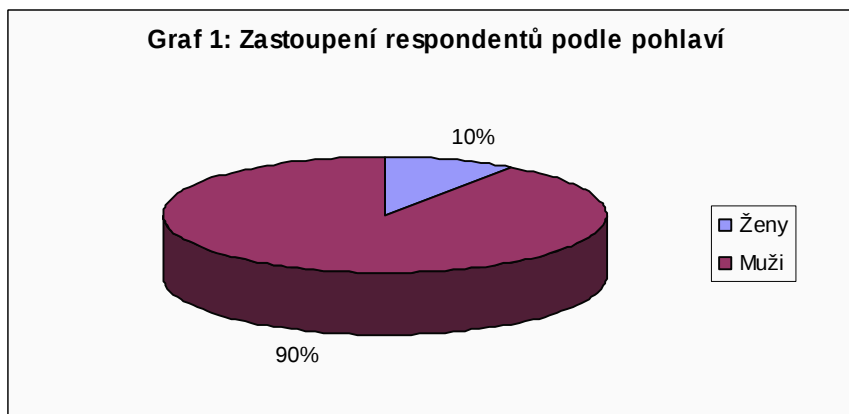
3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 41 respondenty ve věku 18 až 59 let, ve všech stádiích léčby a s různou diagnózou závislosti, kteří v době výzkumu (listopad 2006) prodělávali léčbu drogové závislosti v zařízení psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Soubor zahrnoval 37 mužů a 4 ženy.

4. Výsledky

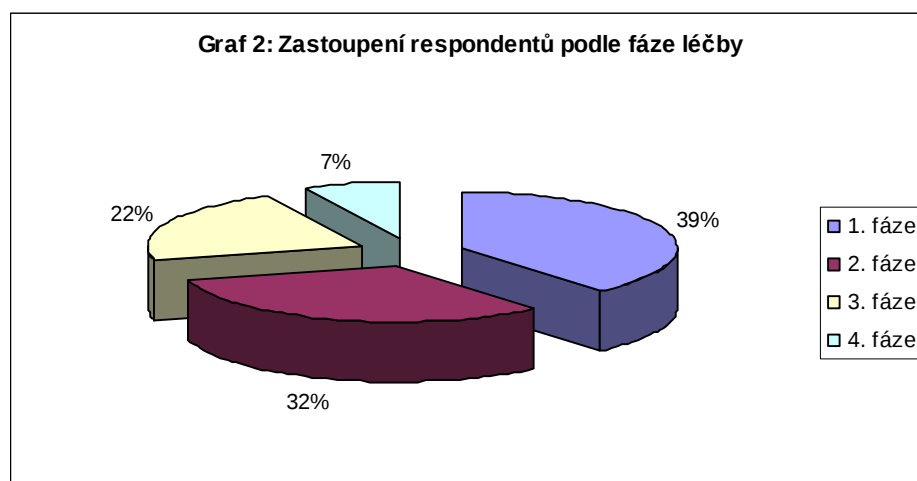
4.1. Obecné informace o výzkumném souboru

Rozložení výzkumného souboru podle pohlaví prezentuje *graf 1*.



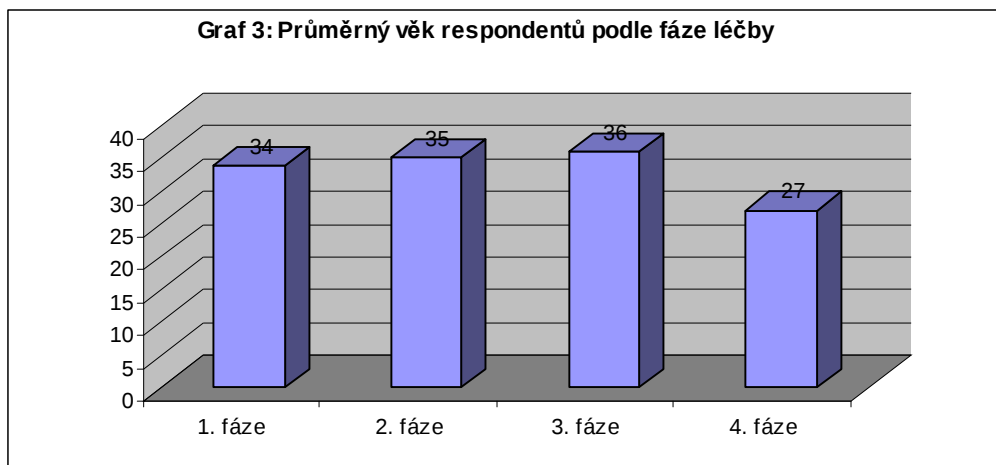
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje, v jakých fázích léčby se respondenti nacházeli. 16 respondentů, tedy 39 %, se nacházelo v první fázi léčby. Ve druhé fázi léčby se nacházelo 13 respondentů, což představuje 32 %. Ve třetí fázi léčby se nacházelo 9 respondentů, tedy 22 % a 3 respondenti se nacházeli ve čtvrté fázi léčby, což činí 7%.



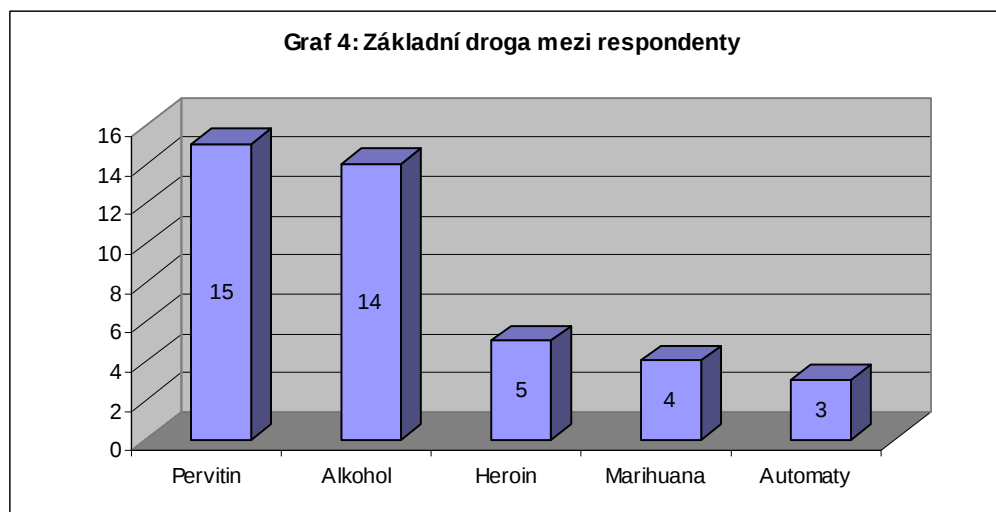
Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrný věk respondentů znázorňuje *graf 3*. V první fázi činil průměrný věk respondentů 34 let, ve druhé fázi představoval průměrný věk respondentů 35 let. Ve třetí fázi se nacházeli respondenti v průměrném věku 36 let a čtvrtá fáze se vyznačovala průměrným věkem 27 let.



Zdroj: Vlastní výzkum

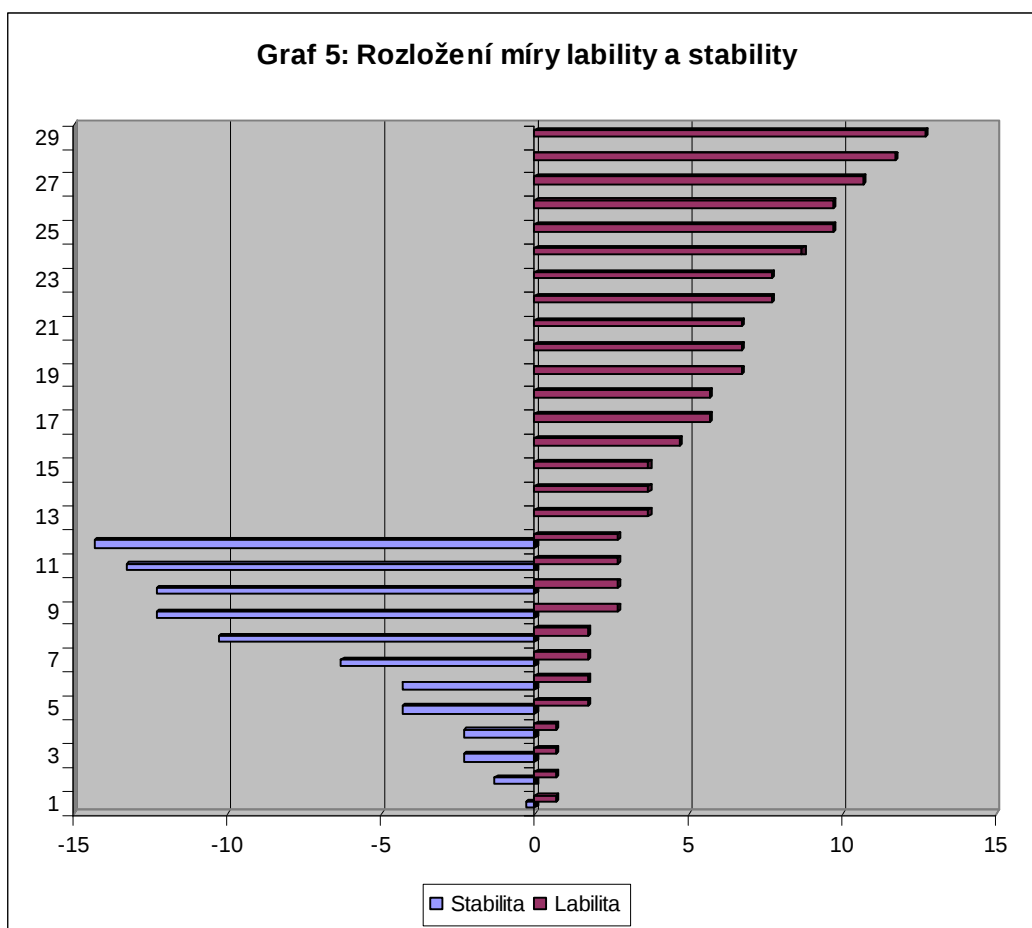
Pervitin byl základní drogou u 15 dotazovaných (37%). Problémy s alkoholem udávalo 14 respondentů (34%). Pro 5 dotazovaných byl heroin základní drogou, což představuje 12%. Marihuanu jako svoji základní drogu udávali 4 dotazovaní (10%) a závislost na hracích automatech uváděli 3 respondenti (7%). (*graf 4*)



Zdroj: Vlastní výzkum

4.2. Výsledky k hypotéze H1

Graf 5 se zaměřuje na rozložení hodnot faktoru neuroticismu (lability). Znázorňuje se zde celkové rozložení míry lability a stability u respondentů ve srovnání s populačním průměrem. Z výsledku je patrné, že převážná část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké faktoru lability. Z toho vyplývá, že 29 respondentů mělo hodnoty blízké faktoru neuroticismu a 12 dotázaných vykazovalo hodnoty opačné k faktoru neuroticismu – tedy stabilitu.



Zdroj: Vlastní výzkum

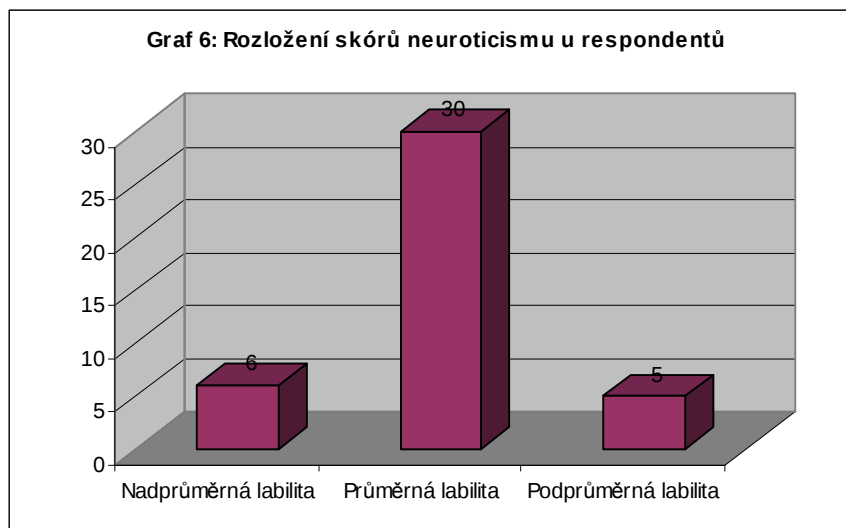
Z celkového počtu respondentů zhruba 3/4 dotázaných vykazovaly průměrné skóre neuroticismu ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývajících 1/4 dotázaných se vyznačovala typickými znaky neuroticismu nebo opačným pólem – stabilitou. Z této 1/4 se ale více respondentů jevílo neurotickými než stabilními. (Tabulka 1)

Tabulka 1: Rozložení skóre neuroticismu u respondentů

	Počet respondentů	Procentuelní vyjádření
Nadprůměrná labilita	6	15%
Průměrná labilita	30	73%
Podprůměrná labilita	5	12%

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6 znázorňuje rozložení skóre neuroticismu mezi respondenty. Průměrnou labilitu vykazovalo 30 dotázaných (73%). 6 dotázaných (15%) bylo nadprůměrně labilních a 5 respondentů (12%) bylo podprůměrně labilních.



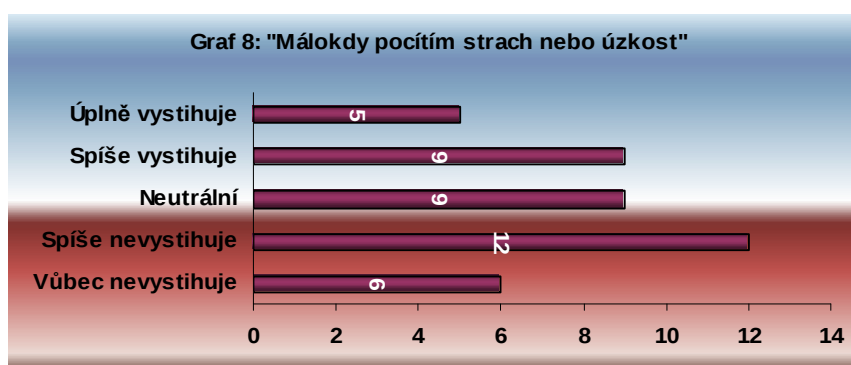
Zdroj: Vlastní výzkum

Následující otázky pocházejí z dotazníku Big Five a zaměřují se na měření neuroticismu. Vybranými otázkami se zjišťuje sklon k neuroticismu mezi respondenty. *Graf 7* zachycuje potvrzení nebo vyvrácení výpovědi „Někdy se cítím zcela bezcenný.“ Nejvíce respondentů, tedy 12 (29%) odpovědělo spíše vystihuje. 10 respondentů (24%) uvedlo neutrální odpověď a 8 (20%) dotázaných zvolilo odpověď úplně vystihuje. 7 respondentů (17%) uvedlo odpověď vůbec nevystihuje a 4 dotázaní (10%) uvedli odpověď spíše nevystihuje.



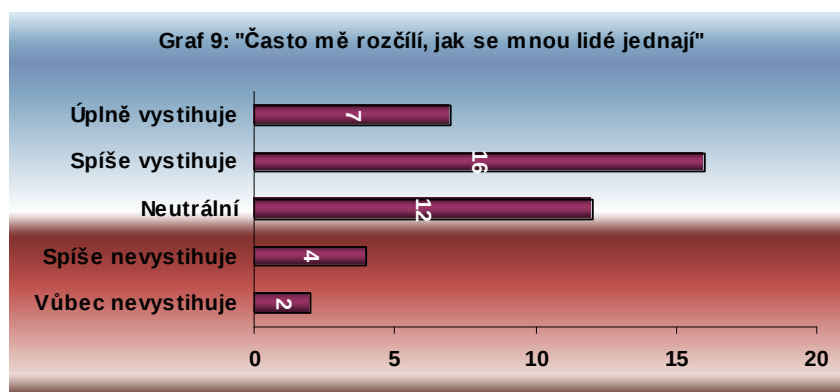
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8 zobrazuje výpovědi respondentů na otázku „Málokdy pocítím strach nebo úzkost.“ Nejvíce dotázaných odpovědělo spíše nevystihuje, tedy 12 respondentů (29%). 9 dotázaných (22%) zvolilo odpověď spíše vystihuje a 9 respondentů (22%) odpověděli neutrálně. Odpověď vůbec nevystihuje zvolilo 6 dotázaných (15%) a odpověď úplně vystihuje uvedlo 5 respondentů (12%).



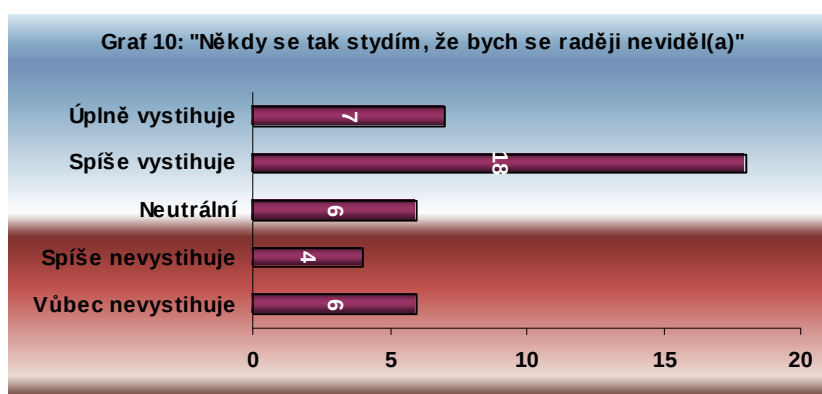
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 zobrazuje výpovědi respondentů na otázku „Často mě rozčílí, jak se mnou lidé jednají.“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 16 dotázaných (39%). 12 respondentů zvolilo neutrální odpověď a 7 dotázaných (17%) odpovědělo úplně vystihuje. Odpověď spíše nevystihuje uvedli 4 respondenti (10%) a 2 dotázaní (5%) odpověděli vůbec nevystihuje.



Zdroj: Vlastní výzkum

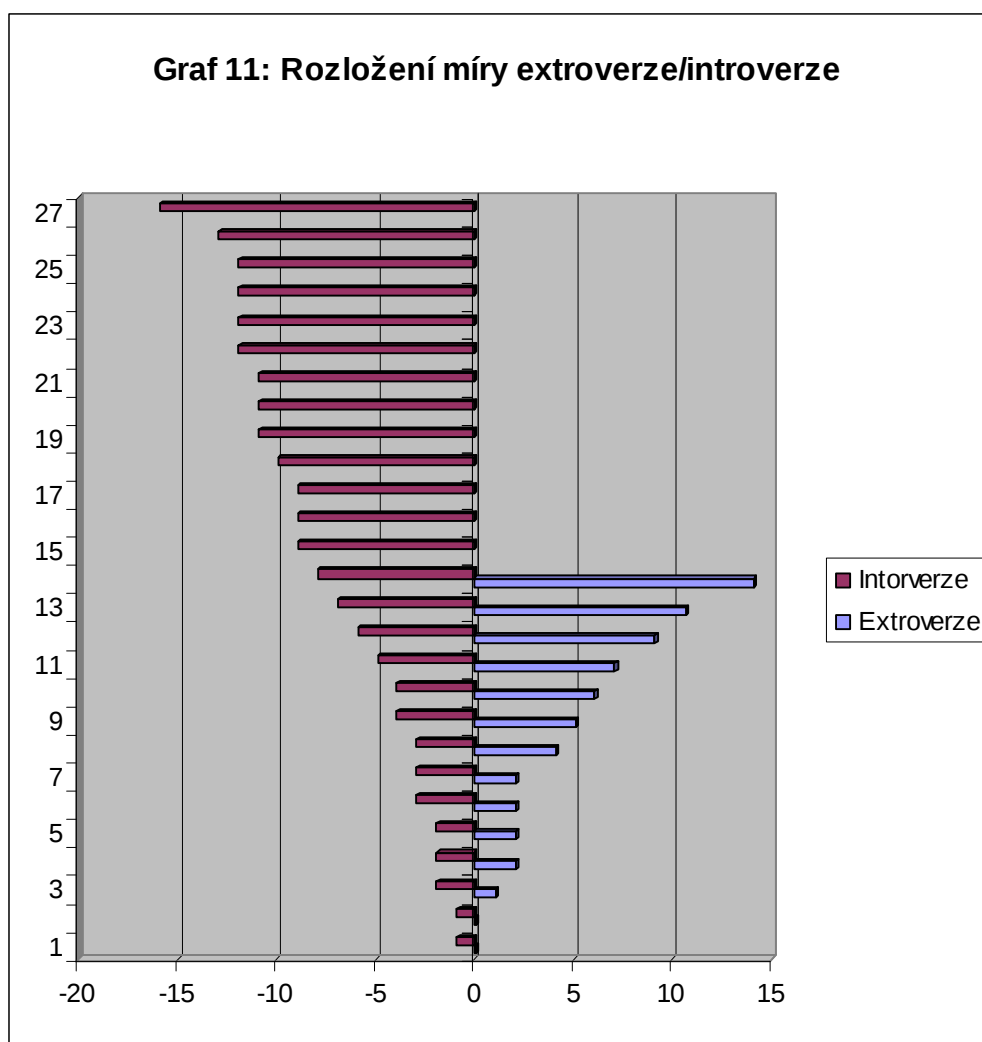
Graf 10 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku „Někdy se tak stydím, že bych se raději neviděl(a).“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 18 dotázaných (43%). 7 respondentů (17%) odpovědělo úplně vystihuje a 6 dotázaných (15%) zvolilo neutrální odpověď. Odpověď vůbec nevystihuje uvedlo 6 dotázaných (15%) a 4 respondenti (10%) zvolili odpověď spíše nevystihuje.



Zdroj: Vlastní výzkum

4.3. Výsledky k hypotéze H2

Graf 11 znázorňuje výsledné rozložení míry extroverze a introverze u respondentů ve srovnání s populačním průměrem. Z výsledku je patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru introverze než extroverze. Z toho vyplývá, že 27 respondentů vykazovalo spíše introvertní znaky a 14 dotázaných mělo hodnoty blízké faktoru extroverze.



Zdroj: Vlastní výzkum

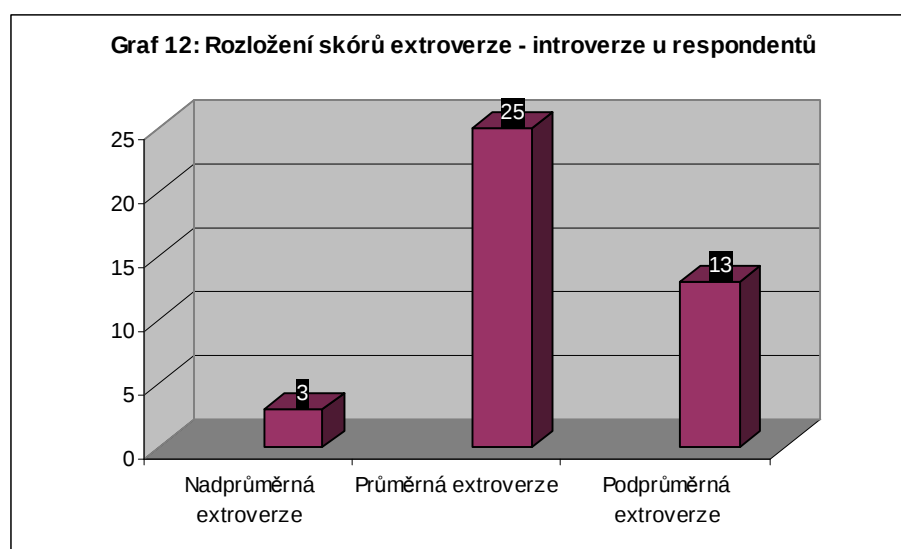
Z celkového počtu respondentů byla více než polovina (3/5) dotázaných s průměrným skóre extroverze ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 2/5 dotázaných se vyznačovala typickými znaky extroverze nebo opačným pólem – introverzí. Z 2/5 se ale více respondentůjevilo introvertními než extrovertními. (Tabulka 2)

Tabulka 2: Rozložení skóre extroverze – introverze u respondentů

	Počet respondentů	Procentuelní vyjádření
Nadprůměrná extroverze	3	7%
Průměrná extroverze	25	61%
Podprůměrná extroverze	13	32%

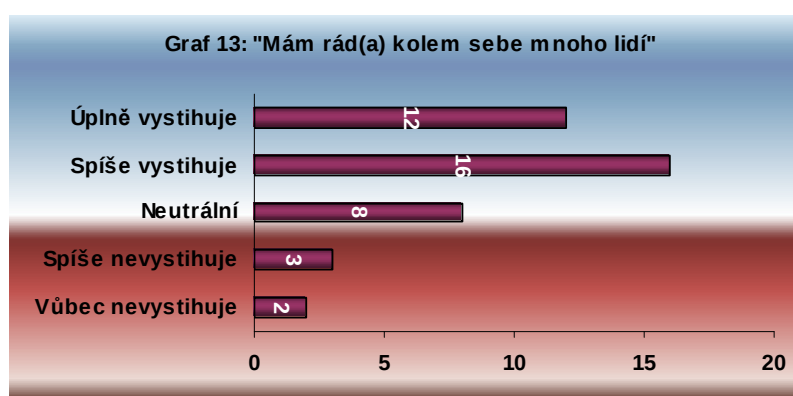
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12 znázorňuje rozložení skóre extroverze - introverze mezi respondenty. S průměrnou hodnotou extroverze bylo 25 dotázaných (61%). 13 dotázaných (32%) bylo podprůměrně extrovertních a 3 (7%) vykazovali nadprůměrnou hodnotu extroverze.



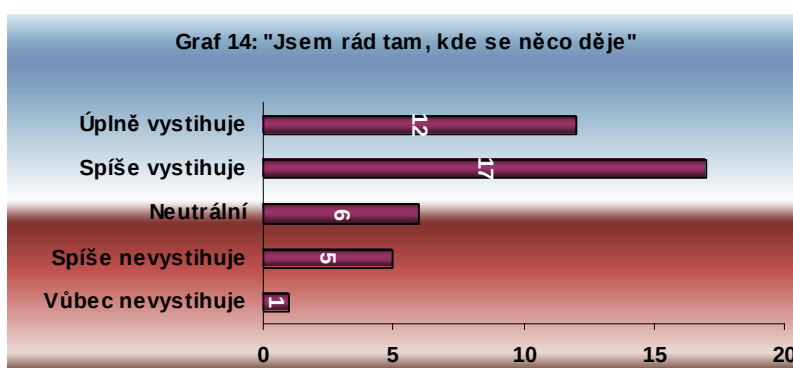
Zdroj: Vlastní výzkum

Následující otázky pocházejí z dotazníku Big Five a zaměřují se na měření extroverze a introverze. Vybranými otázkami se zjišťuje sklon k extroverzi - introverzi mezi respondenty. *Graf 13* zachycuje potvrzení nebo vyvrácení výpovědi na otázku „Mám rád(a) kolem sebe mnoho lidí.“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 16 dotázaných (39%). Odpověď úplně vystihuje uvedlo 12 dotázaných (29%) a neutrální odpověď zvolilo 8 respondentů (20%). 3 respondenti (7%) uvedli spíše nevystihuje a 2 (5%) zvolili odpověď vůbec nevystihuje.



Zdroj: Vlastní výzkum

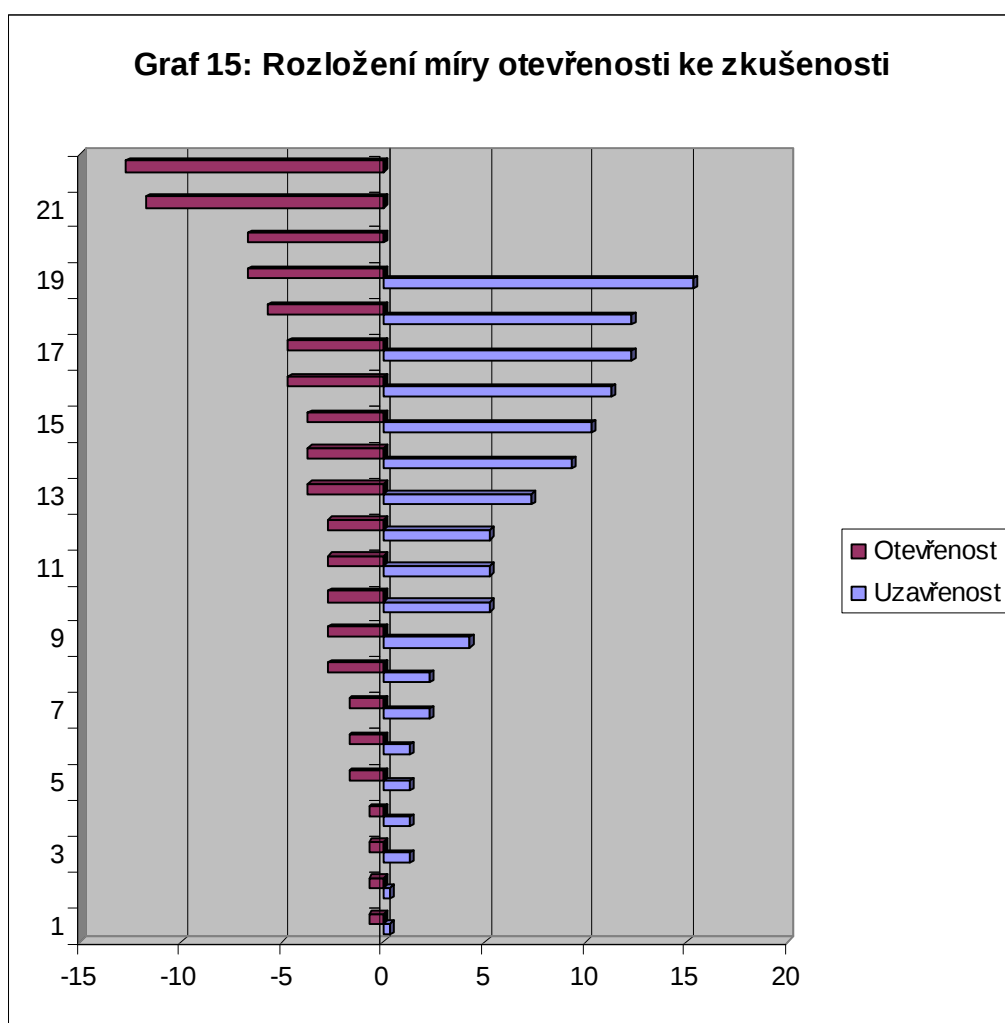
Graf 14 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku „Jsem rád tam, kde se něco děje.“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 17 dotázaných (42%). 12 respondentů (29%) odpovědělo úplně vystihuje a neutrální odpověď zvolilo 6 dotázaných (15%). 5 respondentů (12%) odpovědělo spíše nevystihuje a 1 dotázaný (2%) vypověděl vůbec nevystihuje.



Zdroj: Vlastní výzkum

4.4. Výsledky k hypotéze H3

Graf 15 zobrazuje rozložení míry otevřenosti u respondentů ve srovnání s populačním průměrem. Z výsledku je patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty opačné k faktoru otevřenosti. Z toho vyplývá, že 22 respondentů vykazovalo spíše otevřenost ke zkušenosti a 19 dotázaných mělo hodnoty blízké uzavřenosti.



Zdroj: Vlastní výzkum

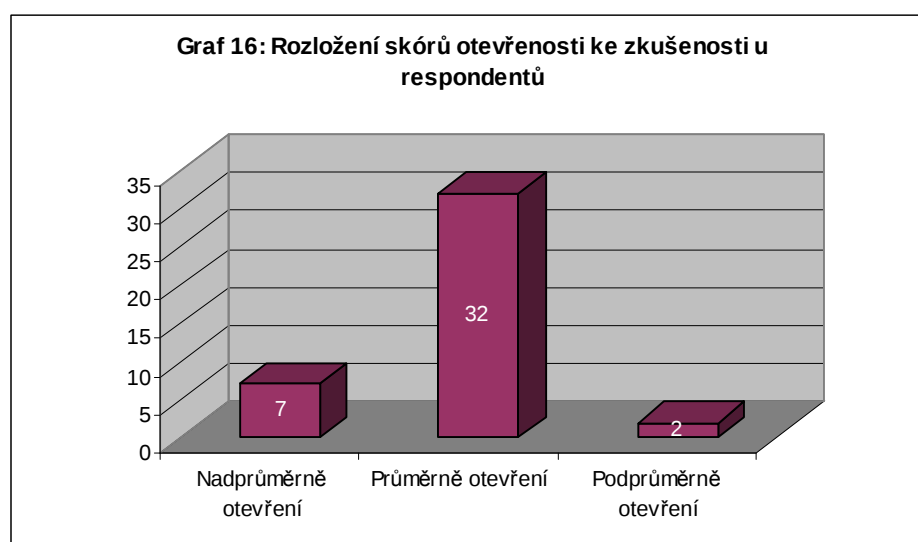
Z celkového počtu respondentů se zhruba 3/4 dotázaných řadí do průměrného skóre otevřenosti ke zkušenosti ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/4 dotázaných se vyznačovala typickými znaky otevřenosti nebo opačným pólem – uzavřeností. Z 1/4 se ale více respondentůjevilo otevřenými než uzavřenými. (Tabulka 3)

Tabulka 3: Rozložení skóre otevřenosti ke zkušenosti u respondentů

	Počet respondentů	Procentuelní vyjádření
Nadprůměrná otevřenost	7	17%
Průměrná otevřenost	32	78%
Podprůměrná otevřenost	2	5%

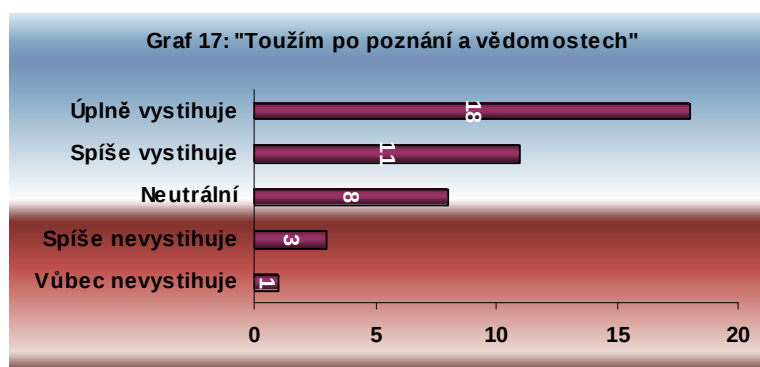
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16 znázorňuje rozložení skóre otevřenosti ke zkušenosti mezi respondenty. Nejvíce dotázaných vykazuje průměrnou míru otevřenosti ke zkušenosti, což představuje 32 respondentů (78%). Vysokou míru otevřenosti ke zkušenosti má 7 dotázaných (17%) a 2 respondenti (5%) vykazují podprůměrnou míru otevřenosti ke zkušenosti.



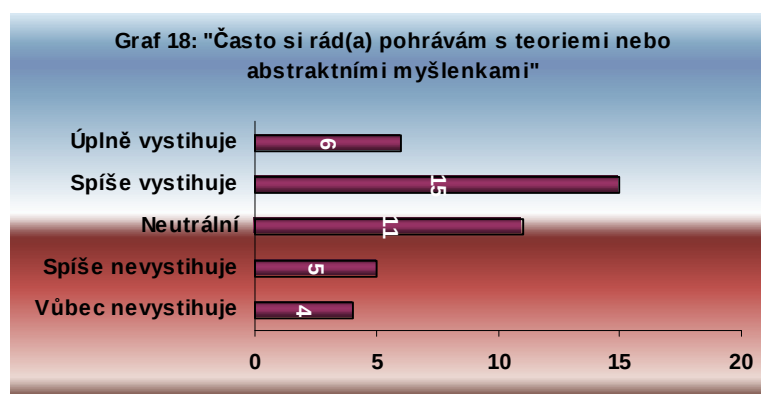
Zdroj: Vlastní výzkum

Následující otázky pocházejí z dotazníku Big Five a zaměřují se na měření otevřenosti ke zkušenosti. Vybranými otázkami se zjišťuje sklon k otevřenosti mezi respondenty. *Graf 17* zachycuje potvrzení nebo vyvrácení výpovědi na otázku „Toužím po poznání a vědomostech“, kdy nejvíce odpověděli úplně vystihuje, což představuje 18 dotázaných (44%). 11 respondentů (27%) odpovědělo spíše vystihuje a 8 dotázaných (20%) zvolilo neutrální odpověď. Odpověď spíše nevystihuje uvedli 3 respondenti (7%) a 1 dotázaný (2%) odpověděl vůbec nevystihuje.



Zdroj: Vlastní výzkum

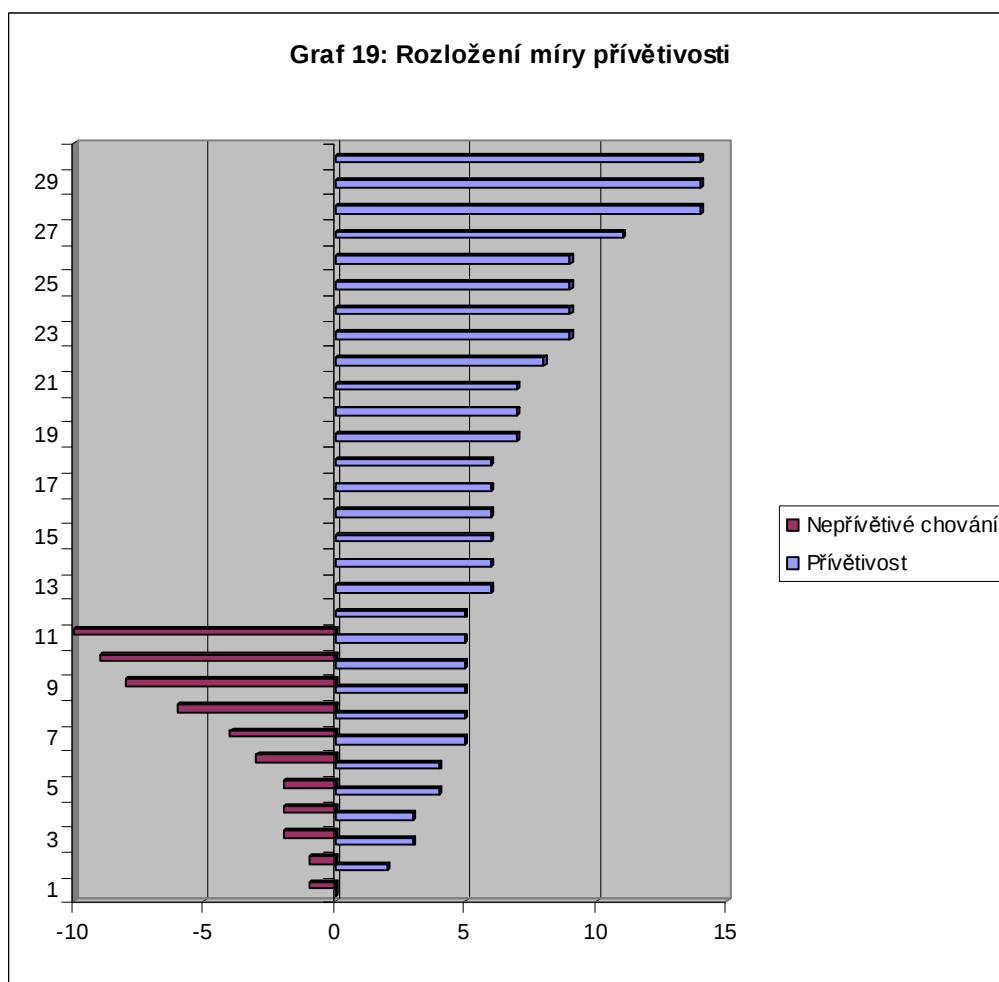
Graf 18 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku „Často si rád(a) pohrávám s teoriemi nebo abstraktními myšlenkami.“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 15 dotázaných (36%). 11 dotázaných (27%) uvedlo neutrální odpověď a 6 respondentů (15%) odpovědělo úplně vystihuje. Odpověď spíše nevystihuje zvolilo 5 dotázaných (12%) a odpověď vůbec nevystihuje uvedli respondenti (10%).



Zdroj: Vlastní výzkum

4.5. Výsledky k hypotéze H4

Graf 19 znázorňuje výsledné rozložení míry přívětivosti ve srovnání s populačním průměrem. Z výsledku je patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru přívětivosti než k nepřívětivému chování. Z toho vyplývá, že 30 respondentů vykazovalo spíše přívětivé chování a 11 dotázaných mělo hodnoty blízké k nepřívětivému způsobu chování.



Zdroj: Vlastní výzkum

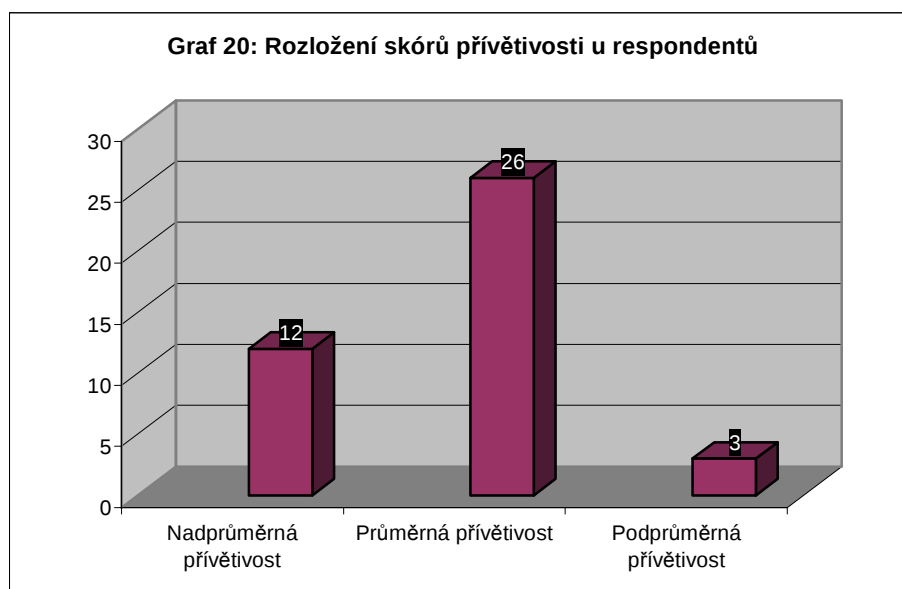
Z celkového počtu respondentů byla více než polovina (zhruba 2/3) dotázaných s průměrným skóre přívětivého chování ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/3 dotázaných se vyznačovala typickými znaky přívětivého chování nebo opačným pólem – nepřívětivým chováním. Z 1/3 respondentů bylo ale více s přívětivým chováním. (Tabulka 4)

Tabulka 4: Rozložení skóre přívětivosti u respondentů

	Počet respondentů	Procentuelní vyjádření
Nadprůměrná přívětivost	12	29%
Průměrná přívětivost	26	64%
Podprůměrná přívětivost	3	7%

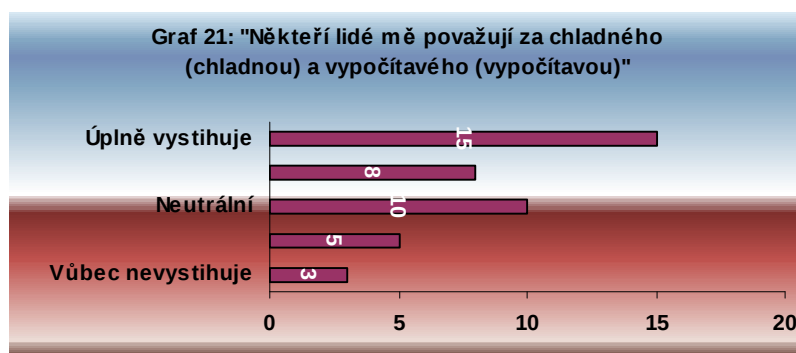
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 20 znázorňuje rozložení skóre přívětivého chování u respondentů. 26 dotázaných (64%) vykazovalo průměrnou hodnotu přívětivosti. 12 dotázaných (29%) mělo nadprůměrné hodnoty přívětivosti a 3 respondenti (7%) měli podprůměrné hodnoty.



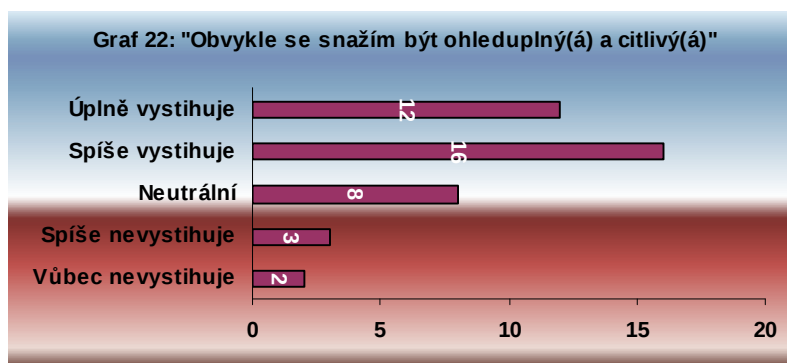
Zdroj: Vlastní výzkum

Následující otázky pocházejí z dotazníku Big Five a zaměřují se na měření přívětivosti. Vybranými otázkami se zjišťuje sklon k přívětivému chování mezi respondenty. *Graf 21* zachycuje potvrzení nebo vyvrácení výpovědi na otázku „Někteří lidé mě považují za chladného (chladnou) a vypočítavého (vypočítavou).“ Nejvíce respondentů odpovědělo úplně vystihuje, což představuje 15 dotázaných (37%). 10 respondentů (24%) zvolilo neutrální odpověď a 8 dotázaných (20%) odpovědělo spíše vystihuje. 5 respondentů (12%) odpovědělo spíše nevystihuje a 3 respondenti (7%) vypověděli vůbec nevystihuje.



Zdroj: Vlastní výzkum

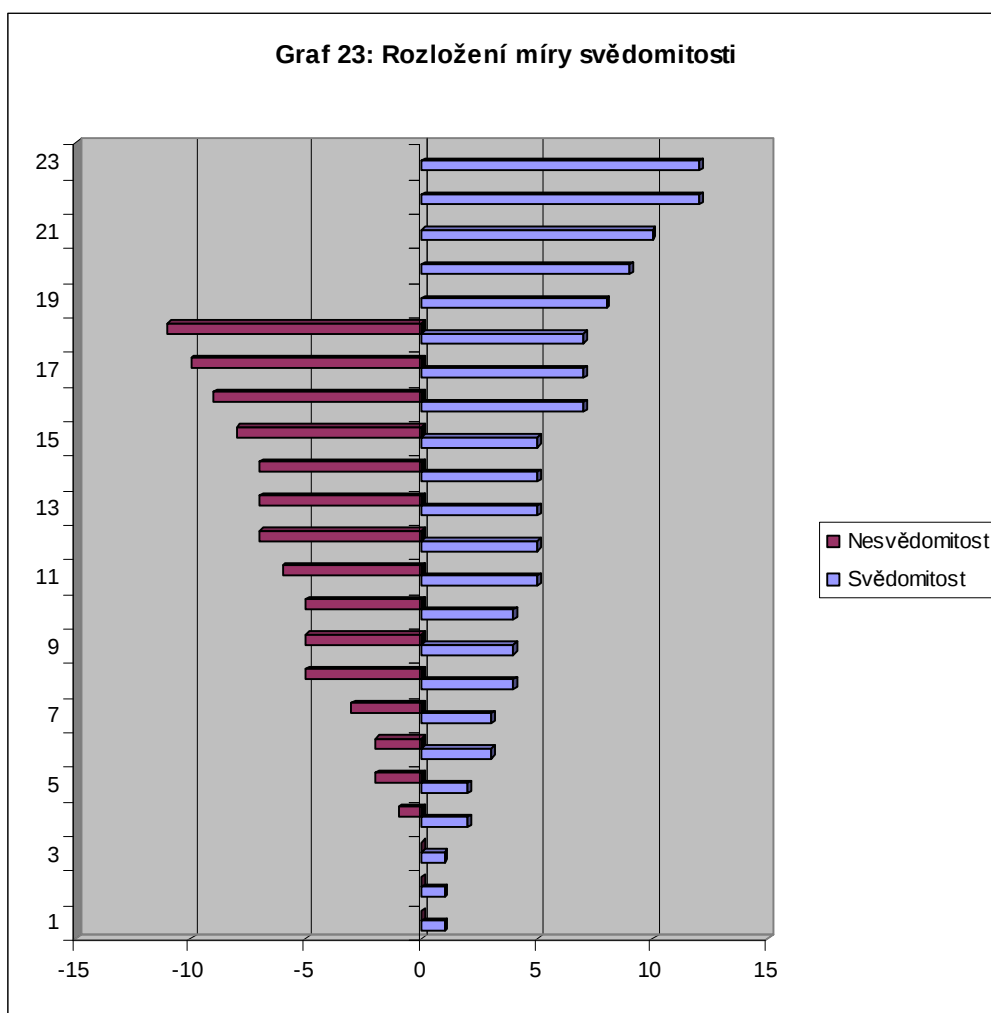
Graf 22 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku „Obvykle se snažím být ohleduplný(á) a citlivý(á).“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 16 dotázaných (39%). 12 dotázaných (29%) uvedlo úplně vystihuje a 8 respondentů (20%) zvolilo neutrální odpověď. Odpověď spíše nevystihuje zvolili 3 dotázaní (7%) a odpověď vůbec nevystihuje uvedli 2 respondenti (5%).



Zdroj: Vlastní výzkum

4.6. Výsledky k hypotéze H5

Graf 23 znázorňuje výsledné rozložení míry svědomitosti ve srovnání s populačním průměrem. Z výsledku je patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru svědomitosti než nesvědomitého chování. Z toho vyplývá, že 23 respondentů vykazovalo spíše svědomité chování a 18 dotázaných mělo hodnoty blízké k nesvědomitému způsobu chování.



Zdroj: Vlastní výzkum

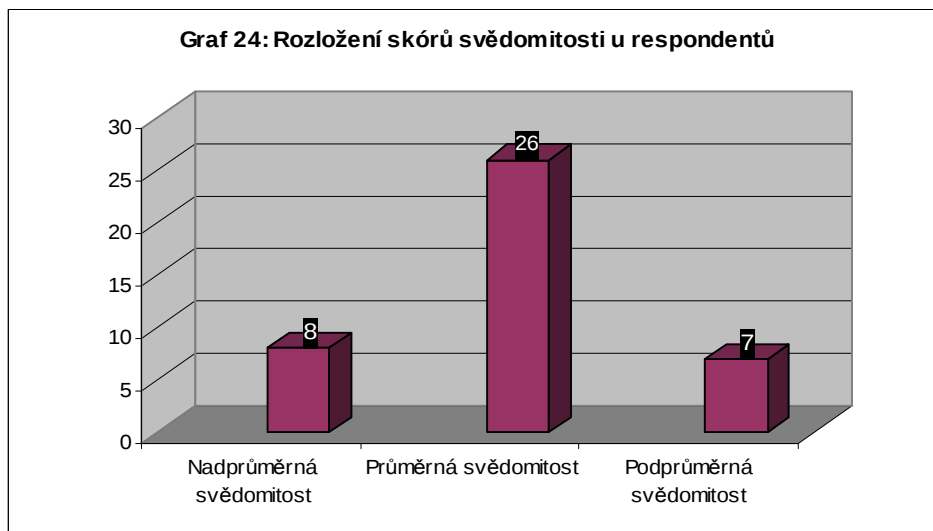
Z celkového počtu respondentů byla více než polovina (zhruba 3/5) dotázaných s průměrným skóre svědomitého chování a to ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 2/5 dotázaných se vyznačovali typickými znaky svědomitého chování nebo opačným pólem – nesvědomitým chováním. Z 2/5 respondentů bylo ale více se svědomitým chováním. (Tabulka 5)

Tabulka 5: Rozložení skóre svědomitosti u respondentů

	Počet respondentů	Procentuelní vyjádření
Nadprůměrná svědomitost	8	20%
Průměrná svědomitost	26	63%
Podprůměrná svědomitost	7	17%

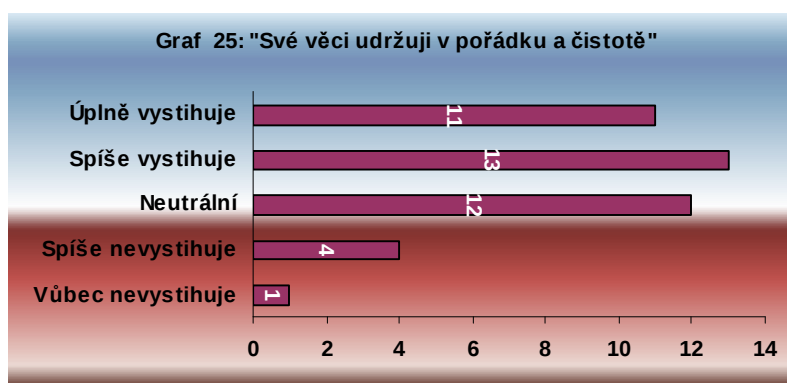
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 24 znázorňuje rozložení skóre svědomitosti mezi respondenty. 26 dotázaných (63%) mělo průměrnou hodnotu svědomitosti. 8 dotázaných (20%) bylo nadprůměrně svědomitých a 7 respondentů (17%) vykazovalo podprůměrnou svědomitost.



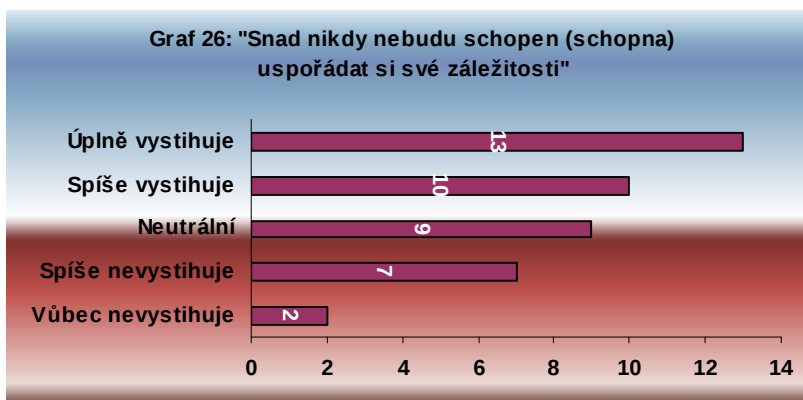
Zdroj: Vlastní výzkum

Následující otázky pocházejí z dotazníku Big Five a zaměřují se na měření svědomitosti. Vybranými otázkami se zjišťuje sklon ke svědomitosti mezi respondenty. *Graf 25* zachycuje potvrzení nebo vyvrácení výpovědi na otázku „Své věci udržuji v pořádku a čistotě.“ Nejvíce odpověděli spíše vystihuje, což představuje 13 dotázaných (32%). 12 respondentů (29%) zvolilo neutrální odpověď a 11 dotázaných (27%) odpovědělo úplně vystihuje. Odpověď spíše nevystihuje uvedli 4 respondenti (10%) a 1 dotázaný (2%) odpověděl vůbec nevystihuje.



Zdroj: Vlastní výzkum

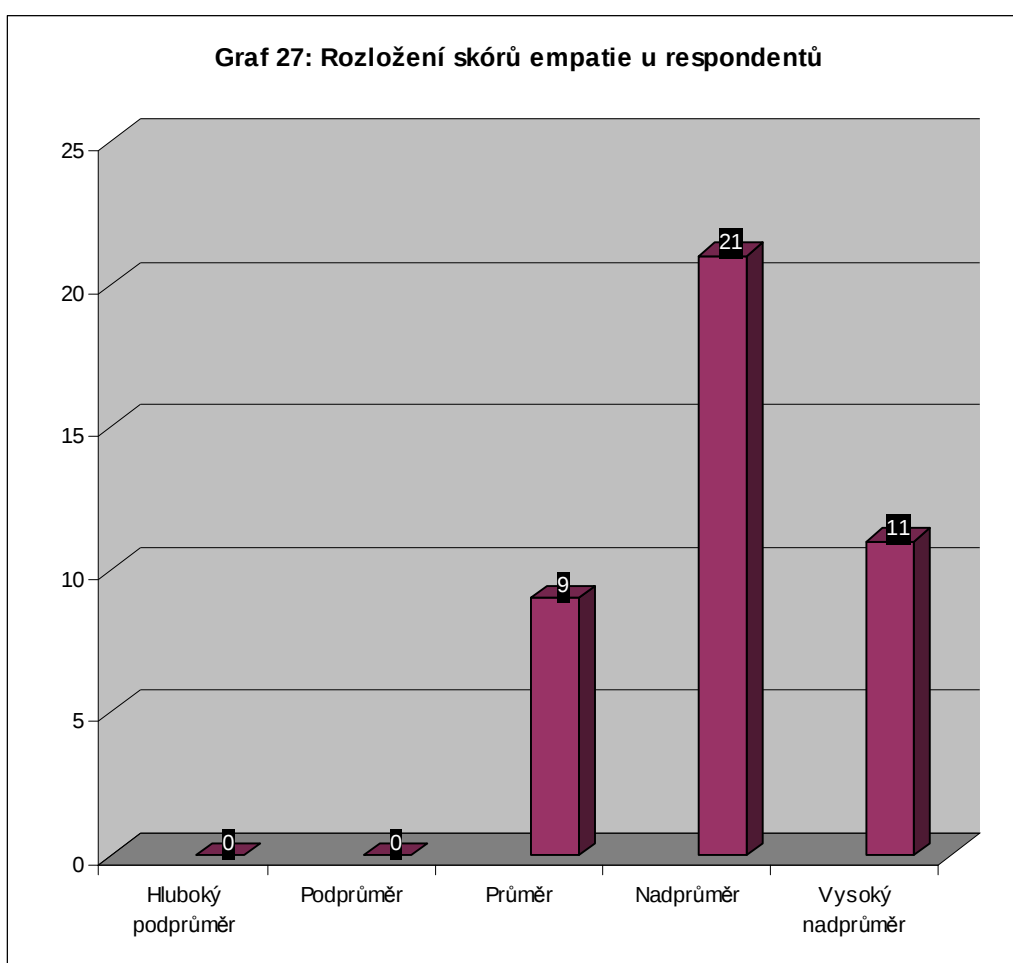
Graf 26 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku „Snad nikdy nebudu schopen (schopna) uspořádat si své záležitosti.“ Nejvíce respondentů odpovědělo úplně vystihuje, což představuje 13 dotázaných (32%). 10 dotázaných (24%) uvedlo spíše vystihuje a 9 respondentů (22%) zvolilo neutrální odpověď. Odpověď spíše nevystihuje zvolilo 7 dotázaných (17%) a odpověď vůbec nevystihuje uvedli 2 respondenti (5%).



Zdroj: Vlastní výzkum

4.7. Výsledky k hypotéze H6

Graf 27 znázorňuje rozložení skóre empatie u respondentů. Nikdo z dotazovaných nevykazoval hluboký podprůměr empatie ani podprůměrnou hodnotu empatie. 9 dotázaných (22%) mělo průměrnou schopnost empatie. 21 dotázaných (51%) bylo s nadprůměrnou hodnotou empatie a 11 respondentů (27%) bylo s vysokým nadprůměrem empatie.



Zdroj: Vlastní výzkum

5. Interpretace a diskuse

Cíl výzkumné práce spočíval ve zjištění některých osobnostních charakteristik u vybraného souboru drogově závislých osob v ústavní léčbě. Výzkum byl proveden v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, v zařízení specializovaném na léčbu závislosti. Měřené osobnostní charakteristiky chápeme jako případné koreláty závislosti. Práce nezjišťovala osobnostní charakteristiky drogově závislých před užíváním návykové látky, tedy nezkoumala osobnostní rysy vedoucí k drogové závislosti tzv. prediktory a ani nezkoumal změny osobnostní charakteristiky drogově závislých, které vznikly v průběhu užívání dané látky. Výzkum měl pouze orientační charakter, tj. nesledoval případné difference související s typem užívané drogy, s délkou závislosti, s délkou a typem léčby závislosti, s případnými psychickými a somatickými nemocemi a s jinými dalšími možnými souvislostmi. Měření těchto faktorů by překračovalo rámec bakalářské práce.

Zvolený výzkumný soubor byl složen z klientů psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Klienti se nacházeli ve všech stádiích léčby, v různém věku a s různou diagnózou závislosti. Samotnému výzkumu předcházela ústní domluva s komunitou a nakonec i schválení možnosti konání výzkumu hlavním terapeutem skupiny. Byla vybrána místnost, kde si klienti mohli pohodlně posadit a nerušeně vypracovávat dotazníky. Byli přesně instruováni a poučeni o anonymitě výzkumu a o výzkumném účelu dotazníkové metody. Výzkum měl povahu kvantitativní metody a byl proveden formou dotazníkového šetření za přispění dvou psychodiagnostických metod.

Psychodiagnostické dotazníky jsou založeny na subjektivní výpovědi vyšetřované osoby o jejích vlastnostech, citech, postojích, názorech, zájmech, způsobu reagování v nejrůznějších situacích atd. **(40)** Úkolem zkoumaného souboru klientů tedy bylo označit výpovědi, které podle jejich názoru nejlépe vystihují zkoumaný znak. Jednalo se o metodu nepřímého posouzení, neboť zkoumaný soubor nebyl tázán přímo na osobnostní rys, ale pouze popisoval své chování v určitých konkrétních situacích.

Ze dvou psychodiagnostických metod byl použit standardizovaný psychodiagnostický dotazník Big Five a nestandardizovaný psychodiagnostický

dotazník IRI. Dotazník Big Five byl využit ke zjištění některých osobnostních dimenzí. Dotazník měří pět obecných dimenzí: faktor neuroticismu (lability), extroverze – introverze, faktor otevřenosti ke zkušenosti, faktor přívětivosti a faktor svědomitosti. Dotazník IRI má charakter multidimenzionální škály. Jeho autor M. Davis jej nazval indexem interpersonální reaktivity. Dotazník je tvořen 28 položkami, které respondenti posuzovali na pětibodové Likertově škále **(28)**.

Byl sestaven výzkumný soubor, který byl složen z klientů psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Výzkumný soubor zahrnoval 37 mužů (90 %) a 4 ženy (10%) *(Graf 1)*. Počet hospitalizovaných na poruchy vyvolané užíváním alkoholu a dalších psychoaktivních látek v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2005 byl celkem 11 948 osob, z toho 8 798 mužů a 3 150 žen. Z toho vyplývá podíl léčených mužů a žen v zařízení psychiatrických léčeben 3:1 **(29)**. Podle výroční zprávy EMCDDA za rok 2006 obecně mezi uživateli drog výrazně převažuje mužské pohlaví. U mužů je i vyšší pravděpodobnost vzniku problémů, vyhledání léčby a úmrtí v důsledku užívání drog **(43)**. Výsledky shromážděné od roku 1995 potvrzuje předpoklad většího rozšíření drog mezi chlapci. Při všech měřeních bylo mezi chlapci častější užívání marihuany než mezi dívkami. V případě ostatních návykových látek jsou zkušenosti podle pohlaví vyrovnané **(6)**.

Respondenti tvořící výzkumný soubor byli členění podle jednotlivých fází léčby. Z výsledků vyplývá, že 16 respondentů, tedy 39 %, se nacházelo v první fázi léčby. Ve druhé fázi léčby se nacházelo 13 respondentů, což představuje 32 %. Ve třetí fázi léčby se nacházelo 9 respondentů, tedy 22 % a 3 respondenti se nacházeli ve čtvrté fázi léčby, což činí 7% *(Graf 2)*.

V České republice je léčba zajišťována širokým spektrem služeb, které lze dle typu rozlišit na ambulantní a rezidenční a podle délky léčby na léčbu krátkodobou (4-8 týdnů), střednědobou (3-6 měsíců) a dlouhodobou (déle než 6 měsíců). Počet psychiatrických léčeben je v ČR sedmnáct. Kapacita psychiatrických léčeben v roce 2005 byla 9 538 lůžek, léčily se v nich však pouze 3 104 osoby. V roce 2005 bylo v psychiatrických lůžkových zařízeních realizováno celkem 16 492 hospitalizací na

poruchy užíváním návykových látek, z toho 11 748 na poruchy vyvolané užíváním alkoholu a 4 744 na poruchy vyvolané užíváním jiných psychoaktivních látek (29).

Z výzkumného souboru byl zjištěn průměrný věk respondentů podle jednotlivých fází léčby. V první fázi činil průměrný věk respondentů 34 let, ve druhé fázi představoval průměrný věk respondentů 35 let. Ve třetí fázi se nacházeli respondenti v průměrném věku 36 let a čtvrtá fáze se vyznačovala průměrným věkem 27 let (*Graf 3*). Věk žadatelů o léčbu se zvyšuje, nejpočetnější věkovou skupinou byli v r. 2005 25-39 letí (39% všech žadatelů), prvožadatelé byli v roce 2005 poprvé nejčastěji (33,7%) ve věku 20 - 24 let (dříve 15-19 let). Průměrný věk žadatelů o léčbu se nejrychleji zvyšuje u uživatelů opiátů a těkavých látek (29). Podle mého názoru je příčina zvyšujícího se počtu starších žadatelů o léčbu v dostupnosti služeb nízkoprahových kontaktních center a v nabídce substitučních programů. Proto mnoho drogově závislých může vstup do léčebného programu oddalovat a přetrvávat ve stávajícím stavu drogové závislosti bez motivace ke změně. Často podstoupí léčbu až po zjištění některých tělesných nebo duševních komplikací, které se vytvořily v důsledku užívání psychoaktivní látky.

Výsledky výzkumu ukázaly diagnózy závislosti u respondentů jako hlavní indikátor k přijetí do léčebného procesu. Z výzkumu vyplynulo, že pervitin byl základní drogou u 15 dotazovaných (37%). Problémy s alkoholem udávalo 14 respondentů (34%). Pro 5 dotazovaných byl heroin základní drogou, což představuje 12%. Marihuanu jako svoji základní drogu udávali 4 dotazovaní (10%) a závislost na hracích automatech uváděli 3 respondenti (7%) (*Graf 4*). Zpráva z roku 2005 ukazuje zvyšující se počet uživatelů stimulancií. Nárůst počtu uživatelů pervitinu je patrný z registru žadatelů o léčbu. Nejvíce, přes 57% vyhledalo léčbu v souvislosti s užíváním stimulancií, zejména pervitinu, mezi prvožadateli je podíl uživatelů stimulancií ještě vyšší (60%). S diagnózou závislosti na stimulanciích bylo v roce 2005 hospitalizováno v zařízení psychiatrických léčeben celkem 892 lidí, z toho bylo 590 mužů a 302 žen. Druhou nejpočetnější skupinou mezi všemi žadateli o léčbu jsou uživatelé opiátů (24%), podíl uživatelů opiátů mezi prvožadateli je 13%. Uživatelé opiátů jsou v průměru nejstarší (26,4 roku). S diagnózou závislosti na opiátech bylo v roce 2005

hospitalizováno v zařízení psychiatrických léčen celkem 386 lidí, z toho 289 mužů a 97 žen **(29)**. Většina uživatelů opiátů vyhledává léčbu v ambulantních podmínkách, avšak ve srovnání s uživateli jiných drog se větší procento klientů užívající opiáty léčí v lůžkových zařízeních **(8)**. S diagnózou závislosti na alkoholu bylo v roce 2005 hospitalizováno v psychiatrických léčebnách nejvíce osob, celkem 8 844 osob, z toho 6 549 mužů a 2 295 žen **(29)**.

Diskuse k hypotéze H1

Výzkum byl zaměřen na zjištění některých osobnostních charakteristik u drogově závislých. M. Vágnerová charakterizuje osobnost prostřednictvím základních dimenzí, resp. faktorů, které určují obecnější tendence k určitému způsobu chování a prožívání. V těchto základních dimenzích jsou zahrnuty různé dílčí vlastnosti, které ovlivňují chování a prožívání mnohem specifičtěji **(42)**. Při výzkumu se vycházelo z předpokladu, že struktura osobnosti drogově závislých se vyznačuje určitými společnými znaky. Tyto předpoklady byly formulovány i v hypotézách této práce a jejich pravdivost ověřována na vybraném souboru.

Výzkum byl proveden psychodiagnostickými metodami, které se zaměřují na zkoumání základních dimenzí nebo faktorů osobnosti. Jako první faktor, který se zkoumal, byl faktor neuroticismu (lability). Z výsledků vyplynulo, že převážná část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké faktoru lability. Z toho vyplývá, že 29 respondentů mělo hodnoty blízké faktoru neuroticismu a 12 dotázaných vykazovalo hodnoty blízké faktoru stability (*Graf 5*). Z celkového počtu respondentů se zhruba 3/4 respondentů (30 dotázaných) zařadilo do průměrného skóre neuroticismu a to ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/4 (11 dotázaných) se vyznačovala typickými znaky neuroticismu nebo opačným pólem – stabilitou. Z 11 respondentů bylo 6 neurotických a 5 stabilních (*Tabulka 1*). 6 respondentů s vysokým skórem lability prožívá primárně specifické negativní pocity jako je strach, zlost nebo deprese. Často mají sklon reagovat emotivně, a to i v situacích, které většina lidí prožívá stabilně. Jejich reakce jsou více intenzivní než normálně. Běžné situace si vykládají jako ohrožující a menší frustrace se

jim jeví jako beznadějná. Jejich negativní emocionální reakce přetrvávají neobvykle dlouhou dobu, což znamená, že jsou po většinu času ve špatné náladě (5). Často se nemohou vypořádat s pocitem zvýšeného stresu. Toto vysvětluje, proč puberta a jiné stresově náročné periody života jsou často nejvíce spojovány s užitím návykových látek a s problémy s alkoholem (32). V této souvislosti je používán pojem riziková mládež. Právě tato skupina vyznačující se úzkostností, hypersenzitivitou, zvýšenou dráždivostí a emocionální labilitou je nejvíce ohrožena drogovou závislostí (14).

Podle charakteristiky osobnosti drogově závislého, jak ji uvádí M. Vágnerová, bývají závislí nejistí, labilní a neschopni zvládat své problémy. V důsledku těchto dispozic, pokud přijde stresová situace, nemohou snést takovou zátěž a často pro ně bývá droga přijatelným řešením (41). Podle P. Jeřábka se jedná o jedince s nízkou mezilidskou senzitivitou. Jsou to tedy jedinci silně nejistí s nízkou frustrační tolerancí a ve vztazích často prožívající pocit ohrožení. Charakterističtí jsou zejména nízkým sjednocením emocí včetně schopností jejich vědomého prožívání, projevující se emoční labilitou a nepřiměřeností (17). Sklon k labilitě vystihují i odpovědi na otázku „Někdy se cítím zcela bezcenný“, kdy nejvíce respondentů, tedy 12 (29%) odpovědělo, že spíše vystihuje (Graf 7). Na otázku „Málokdy pocítím strach nebo úzkost“ odpovědělo nejvíce dotázaných spíše nevystihuje, tedy 12 respondentů (29%) (Graf 8). Zbývajících 5 respondentů s nízkým celkovým skóre lability se vyznačuje absencí nepřiměřeného emocionálního způsobu reagování. Tito respondenti mají tendenci být chladní, emocionálně stabilní a odolní proti negativním emocím. Odolnost proti negativním pocitům lze mimo jiné považovat za jeden z cílů v léčebném procesu drogově závislých.

Hypotéza H1 byla potvrzena. Dotazovaní vykazovali vyšší hladinu úzkostnosti, ve srovnání s populačním průměrem.

Diskuse k hypotéze H2

Jako další faktor, který se zkoumal u respondentů, byl faktor extroverze – introverze. Z výsledku bylo patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru introverze než extroverze. Z toho vyplývá, že 27 respondentů vykazovalo spíše introvertní znaky a 14 dotázaných mělo

hodnoty blízké faktoru extroverze (*Graf 11*). Ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky byla více než polovina (25 dotázaných) z celkového počtu respondentů s průměrným skóre extroverze. Zbývajících 16 dotázaných se vyznačovalo typickými znaky extroverze nebo opačným pólem – introverzí. Ze 16 respondentů se 13 respondentů jevílo introvertními a 3 dotázaní byli extrovertními typy (*Tabulka 2*). 13 respondentů s jasnými znaky introverze mají často sklon být tiší, opatrní a méně závislí na sociálním světě. Jejich nedostatek sociálního zapojení se může vykládat jako stud nebo deprese. Introvert jednoduše potřebuje méně stimulace než extrovert a více času být sám (5). Následující 3 dotázaní jevíli jasné znaky extroverze. Tito dotázaní si užívají, když mohou být s lidmi. Jsou plni energie a často jsou naladěni pozitivně. Bývají nadšeni pro věc a často vyhledávají příležitost, jak vyjít z denního stereotypu. Mluví rádi ve skupině, prosazují se a strhávají na sebe pozornost ostatních (5). Často jsou aktivní, družní a vyhledávají společnost. Mají sklon k důraznému dominantnímu sebeprosazování až k panovačnosti (38). Jejich sklon k dominantnímu sebeprosazování může být ceněn při vedení komunitního sezení v léčebném procesu anebo se tento typ osobnosti může stát aktivní osobou při různých volnočasových činnostech v komunitě.

Hypotéza H2 byla vyvrácena. Mezi dotazovanými nebyl větší počet „silných“ introvertů a „silných“ extrovertů ve srovnání s populačním průměrem. Mezi dotazovanými byl větší počet introvertů než extrovertů.

Diskuse k hypotéze H3

Další faktor, který byl zkoumán, byl faktor otevřenosti ke zkušenosti. Z výsledku je patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty opačné k faktoru otevřenosti. Z toho vyplývá, že 22 respondentů vykazovalo spíše otevřenost ke zkušenosti a 19 dotázaných mělo hodnoty blízké k uzavřenosti (*Graf 15*). Ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky bylo 32 respondentů s průměrnou hodnotou otevřenosti ke zkušenosti. Zbývajících 9 dotázaných se vyznačovalo typickými znaky otevřenosti nebo opačným pólem – uzavřeností. Z 9 dotázaných se 7 respondentů jevílo vysoce otevřenými ke

zkušenosti a 2 respondenti vykazovali uzavřenost (*Tabulka 3*). Tito respondenti s vysokým skóre otevřenosti jsou velice otevření lidé, intelektuálně zvědaví, vnímaví na umění a citliví na krásu. Pokud je porovnáme s uzavřenými lidmi, jsou si více vědomi svých pocitů. Směřují k nekonvenční a individualistické víře, ačkoli jejich jednání může být konformní (**5**). Tuto charakteristiku otevřených lidí potvrzují i výsledky odpovědí na otázku „Toužím po poznání a vědomostech“, kdy nejvíce respondentů odpovědělo úplně vystihuje, což představuje 18 dotázaných (44%) (*Graf 17*). Na otázku „Často si rád(a) pohrávám s teoriemi nebo abstraktními myšlenkami“ nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 15 dotázaných (36%) (*Graf 18*). Tento výsledek potvrzuje Cloningerova typologie osobnosti drogově závislého, podle které se jedná o lidi se zvýšenou potřebou vyhledávat nové a vzrušující zážitky. Jsou často ochotni více riskovat a mívají menší citlivost k ohrožení (**41**). Zbývající 2 respondenti s nízkým skórem k otevřenosti mají omezené a běžné zájmy. Upřednostňují plánování a směřování dopředu. Abstraktní myšlení a umění chápou jako těžko pochopitelné pro praktické použití. Uzavření lidé preferují rodinu než novost. Jsou konzervativní a odolní vůči jakékoli změně (**5**).

Hypotéza H3 byla vyvrácena. Dotazovaní nevykazovali nižší míru otevřenosti ke zkušenosti ve smyslu menší intelektuální zvědavosti a citlivosti ve srovnání s populačním průměrem. Dotazovaní vykazovali vyšší míru otevřenosti ke zkušenosti.

Diskuse k hypotéze H4

Dále byl pro výzkum zkoumán faktor přívětivého chování. Větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru přívětivosti než k nepřívětivému chování. Z toho vyplývá, že 30 respondentů vykazovalo spíše přívětivé chování a 11 dotázaných mělo hodnoty blízké k nepřívětivému způsobu chování (*Graf 19*). Z celkového počtu respondentů byla více než polovina (26 dotázaných) s průměrným skóre přívětivého chování a to ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývajících 15 dotázaných se vyznačovalo typickými znaky přívětivého chování nebo opačným pólem – nepřívětivým chováním. Z 15 respondentů bylo 12 s přívětivým chováním a 3

s nepřívětivým chováním (*Tabulka 4*). Přívětivé chování vystihují odpovědi respondentů na otázku „Obvykle se snažím být ohleduplný(á) a citlivý(á)“, kdy nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 16 dotázaných (%) (*Graf 22*). Pro přívětivé lidi je největší hodnotou kooperace s ostatními. Proto jsou ohleduplní, přátelští, štedří, nápomocní a ochotni ke kompromisům s ostatními. Přívětiví lidé mají také optimistický náhled na lidskou povahu. Věřící, že lidé jsou v základu čestní, mravní a spolehliví (5). Lidé se vstřícným chováním mají sklon jednat čestně a upřímně a raději spolupracují než soutěží (38). Podle mého názoru, je přívětivé chování velice žádoucí v léčbě drogově závislých. V léčebném procesu je nutné spolupracovat s ostatními a být vůči nim i ohleduplný. Na přívětivé chování může být zaměřena i psychoterapie se závislými, kde je právě hlavní podmínkou důvěřovat druhým a spolupracovat nežli soutěžit.

Hypotéza H4 byla vyvrácena. Dotazovaní nevykazovali nižší hladinu přívětivosti, ve smyslu ohleduplnosti, přátelskosti, štedrosti a ochotě pomoci ostatním ve srovnání s populačním průměrem. Dotazovaní vykazovali vyšší hladinu přívětivosti.

Diskuse k hypotéze H5

Jako poslední faktor, který byl zkoumán, byl faktor svědomitosti. Větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru svědomitosti než k nesvědomitému chování. Z toho vyplývá, že 23 respondentů vykazovalo spíše svědomité chování a 18 dotázaných mělo hodnoty blízké k nesvědomitému způsobu chování (*Graf 23*). Z celkového počtu respondentů byla více než polovina (26 dotázaných) s průměrným skórem svědomitého chování a to ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývajících 15 dotázaných se vyznačovalo typickými znaky svědomitého chování nebo opačným pólem – nesvědomitým chováním. Z 15 respondentů bylo 8 velice svědomitých a 7 s nesvědomitým chováním (*Tabulka 5*). Svědomité chování vystihuje otázka „Své věci udržuji v pořádku a čistotě“, kdy respondenti nejvíce odpověděli spíše vystihuje, což představuje 13 dotázaných (32%) (*Graf 25*). Těchto 8 respondentů lze charakterizovat jako svědomité jedince, kteří se snadno vyhnou potížím a dosahují více úspěchu díky

účelovému plánování a odolnosti. Ostatními jsou vnímáni jako pozitivní, inteligentní a spolehliví lidé (5). Častý je u nich sklon být vždy připraven a ochoten efektivně řešit úkoly. Bývají pořádkumilovni, spolehliví a zodpovědní v plnění povinností a dodržování pravidel (38). Vysoké skóre svědomitého chování je v léčebném procesu drogově závislých významným prvkem. Svědomitost je vysoce důležitá při plnění povinností a dodržování pravidel, která jsou nezbytnou podmínkou každé léčby drogově závislých. Respektování průběhu léčby a schopnost spolupráce je i bezpochyby cílený požadavek pro zdárné ukončení léčby. Zbývajících 7 dotázaných s nízkým skórem svědomitého chování se vyznačují nízkou úrovní pro organizaci, nízkou motivací a vytrvalostí. Jsou označováni za nespolehlivé, nedbalé a lhostejné (5).

Hypotéza H5 byla vyvrácena. Respondenti vykazovali vyšší skóry svědomitosti, jsou méně impulzivnější a více odolní ve srovnání s populačním průměrem.

Diskuse k hypotéze H6

Dále se výzkum zaměřoval na měření empatie u respondentů. Z výsledků bylo patrné, že nikdo z dotazovaných nevykazoval hluboký podprůměr empatie ani podprůměrnou hodnotu empatie. 9 dotázaných (22%) mělo průměrnou schopnost empatie. 21 dotázaných (51%) mělo nadprůměrné hodnoty empatie a 11 respondentů (27%) bylo s vysokým nadprůměrem empatie (Graf 27). Jak z výsledků vyplývá, byla u respondentů zjištěna vysoká míra empatie. Rozvíjení dovedností v empatii je často ústředním tématem v léčebném procesu u drogově závislých osob (8). Výslednou vysokou míru empatie u respondentů lze vysvětlit aktivním psychoterapeutickým působením na klienty psychiatrické léčebny, kde je toto chování záměrně posilováno a zpevňováno.

Hypotéza H6 byla vyvrácena. Klienti psychiatrické léčebny Červený Dvůr nevykazovali nižší hladinu empatie ve srovnání s tabulkovými hodnotami odpovídající normě (IRI). Dotazovaní vykazovali vysoké hodnoty empatie.

6. Závěr

Práce si kladla za cíl zjištění některých osobnostních charakteristik u vybraného souboru léčených drogově závislých osob. Na základě výzkumného šetření, které bylo prováděno s klienty psychiatrické léčebny Červený Dvůr, byly tyto charakteristiky zjištěny a následně blíže popsány. Cíl práce byl splněn.

Stanovená hypotéza H1, která předpokládala u respondentů vyšší hladinu úzkostnosti, ve srovnání s populačním průměrem, byla potvrzena.

Hypotéza H2, která tvrdila, že dotazovaní vykazují větší variabilitu extroverze a introverze, tedy že mezi dotazovanými je větší počet „silných“ extrovertů a naopak „silných“ introvertů ve srovnání s populačním průměrem, byla vyvrácena.

Hypotéza H3, jež předpokládala, že dotazovaní vykazují nižší míru otevřenosti ke zkušenosti, ve smyslu menší intelektuální zvědavosti a citlivosti ve srovnání s populačním průměrem, byla vyvrácena.

Hypotéza H4, která vycházela z předpokladu, že dotazovaní vykazují nižší hladinu přívětivosti, ve smyslu ohleduplnosti, přátelskosti, štedrosti a ochotě pomoci ostatním ve srovnání s populačním průměrem, byla vyvrácena.

Hypotéza H5, která tvrdila, že respondenti vykazují nižší skóry svědomitosti, jsou impulzivnější a méně odolní ve srovnání s populačním průměrem, byla vyvrácena.

Hypotéza H6, která předpokládala, že klienti psychiatrické léčebny Červený Dvůr vykazují nižší hladinu empatie ve srovnání s tabulkovými hodnotami odpovídající normě (IRI), byla vyvrácena.

Pokusit se odpovědět na otázku týkající se společných charakteristik drogově závislých může být velmi důležité pro praxi, a to hlavně v přizpůsobování preventivních a léčebných programů specifické povaze závislosti a potřeb klientů.

Pokračování ve výzkumu osobnostních rysů drogově závislých hraje důležitou roli v rozvinutí rozsáhlého boje proti závislosti. Pokud lépe rozpoznáme faktory osobnosti, můžeme lépe navrhnout léčbu a zvolit nové strategie, jak zakročit a zlomit modely závislosti.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) ADAMEČEK, D. a kol. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (2)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 201-206 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 2) ATKINSON, R. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. 862 s. ISBN 80-85605-35-X.
- 3) BAYER, D. Farmakoterapie závislostí a psychopatologických komplikací a komorbidit. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (2)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 19-23 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 4) BERGERET, J. *Osobnost toxikomana*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. 91 s. ISBN 80-7187-003-X.
- 5) *Big Five personality traits* [online]. Poslední aktualizace 31. 3. 2007. [cit. 2007-04-1]. Dostupné z: <http://en.wikipedia.org/wiki/Big_Five>
- 6) CSÉMY, L. a kol. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledný průzkum v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 120 s. ISBN 80-86734-94-3.
- 7) DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (2)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 195-199 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 8) *Empathy* [online]. Poslední aktualizace 31.3.2007. [cit. 2007-04-1]. Dostupné z: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Empathy>>
- 9) FIŠEROVÁ, M. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2007-04-01] Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm>
- 10) FROUZOVÁ, M. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (1)*. Kalina,

- Kamil a kol. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 124-128 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 11) GEIST, B. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Vodnář, 2000. 425 s. ISBN 80-86226-07-7.
- 12) HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (2)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 172-176 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 13) HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- 14) HELLER, J. – PECINOVSKÁ O. a kol. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1996. 168 s. ISBN 80-7169-277-8.
- 15) HONEJ, P. *Látková závislost* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2007-3-12]. Dostupné z: <<http://www.biotox.cz/drogy/>>
- 16) HONEJ, P. *Psychedelika* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2007-4-12]. Dostupné z: <<http://www.biotox.cz/drogy/>>
- 17) JEŘÁBEK, P. Osobnostní dispozice k drogové závislosti: Klinický pohled. *Adiktologie. Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. 2006, roč. 6, č. 4, 493-503 s. ISSN 1213-3841.
- 18) KALINA, K. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (1)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 15-23 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 19) KOHOUTEK, R. *Základy psychologie osobnosti*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2000. 263 s. ISBN 80-7204-156-8.
- 20) KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spiritálního modelu závislosti. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup.(1)*. Kalina, Kamil a kol. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 91-94 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 21) LIBRA, J. Níkoprahová kontaktní centra. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (2)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 165-170 s. ISBN 80-86734-05-6.

- 22) MINAŘÍK, K. Opioidy a opiáty. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (1)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 159-162 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 23) MINAŘÍK, K. Stimulancia. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (1)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 164-168 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 24) MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (1)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 174-178 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 25) MIOVSKÝ, M. Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (2)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 15-17 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 26) MIOVSKÝ, M. - BARTOŠÍKOVÁ, I. Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (2)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 36-42 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 27) MLČÁK, Z. - SOTORNÍKOVÁ, J. Motivace ke studiu sociální práce a úroveň emocionální empatie. In: *Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Ostraviensis*, Ostrava: FF OU, 2004. 165 - 175 s. ISBN 80-7042-646-2.
- 28) MLČÁK, Z. - ZÁŠKODNÁ, H. Analýza vztahu mezi prosociálními tendencemi, empatií a pětifaktorovým modelem osobnosti u studentek pomáhajících oborů. *Kontakt*. 2006, roč. 2, 316-328 s. ISSN 1212-4117.
- 29) MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České Republice v roce 2005*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 98 s. ISBN 80-86734-99-4.
- 30) NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Academia. 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
- 31) NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia. 2003. 336 s. ISBN 80-200-0628-1.

- 32) NELSON, B. *The addictive personality: common traits are found* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2007-04-1]. Dostupné z: < <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?sec=health&res=950DE1DF1138F93BA25752C0A965948260> >
- 33) NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 151 s. ISBN 80-7178-831-7.
- 34) NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: Livingstone, 1997. 347 s. ISBN 80-85917-36-X.
- 35) PENDELL, D. *Pharmako dynamis : excitanty a empatogenika : rostliny, drogy, odvary, jedy, byliny*. 1. vyd. Praha : Dubbuj, 2005. 317 s. ISBN 80-86862-06-2
- 36) POPOV, P. Alkohol. In *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. (1)*. Kalina, Kamil a kol. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 151-156 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 37) ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.
- 38) ŘÍČAN, P. *Psychologie: příručka pro studenty*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 288 s. ISBN 80-7178-923-2.
- 39) SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 1. vyd. Praha: Barrister & Principal, 2002. 517 s. ISBN 80-85947-80-3.
- 40) SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. 2. vyd. Praha: Portál, 1999. 342 s. ISBN 80-7178-327-7.
- 41) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- 42) VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
- 43) *Výroční zpráva za rok 2006: Stav drogové problematiky v Evropě* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2007-5-1]. Dostupné z: < <http://ar2006.emcdda.europa.eu/cs/page004-cs.html> >
- 44) VÝROST, J. – SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: ISV, 1997. 453 s. ISBN 80-85866-20-X.

- 45) ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 96 s. ISBN 80-244-0709-4.

8. Klíčová slova

Big Five

Droga

Drogová závislost

Osobnost

Ústavní léčba