

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Nelátkové závislosti: Závislost na sportu

Tereza Abrahamová

vedoucí práce:

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2017

Prague College of Psychosocial Studies



THESIS

Non-substanced Addictions: Sport Addiction

Tereza Abrahamová

Thesis Supervisor:

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Prague 2017

ANOTACE

Diplomová práce s názvem Nelátkové závislosti: Závislost na sportu shrnuje problematiku od vzniku sportu až po její současnou podobu a problémy spojené s fyzickou aktivitou. Zabývá se fyziologickými i psychickými projevy během sportu, protože tyto změny mohou být jednou z možných příčin vzniku závislosti. Popisuje i další oblasti z psychologie sportu, které nikoliv jednoznačně souvisejí s možnou závislostí na sportu, a to motivy nebo osobnost. Dále se zabývá otázkou, zda závislost na sportu opravdu existuje, a jestli by měla být oficiálně přiřazena do všech odborných pramenů zabývajících se návykovým chováním a závislostmi. K zodpovězení těchto otázek se využil dotazník EDS-21.

KLÍČOVÁ SLOVA

Závislost, závislost na sportu, sport, osobnost, psychologie sportu, ESD-21 (Excercise Dependence Scale – 21), fyziologie, psychologie, návykové chování, motivy.

ABSTRACT

The thesis called *Non-substance Addictions: Sports Addiction* summarizes the issue from the birth of sport up to its current form and problems related to physical activity. It deals with physiological as well as psychical manifestations during sports since these changes represent one of the possible causes of an addiction. It also describes areas from sport psychology which are – not univocally – related to possible sports addiction, namely motives or personality. Besides other things, it considers whether sports addiction really exists and if it should be officially linked to all professional sources dealing with addictive behaviour and addictions. The EDS-21 (Exercise Dependence Scale-21) questionnaire was used to answer these questions.

KEY WORDS

Addiction, sports addiction, sport, personality, sport psychology, ESD-21 (Exercise Dependence Scale-21), physiology, psychology, addictive behaviour, motives.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla veškerou literaturu a jiné prameny, které jsem použila.

V Praze, 15. 4. 2017

.....

Poděkování

**Tímto bych chtěla poděkovat MUDr. Dostálové., CSc.,
za podporu a rady při vedení mé diplomové práce a
doc. PhDr. Hnilicovi, CSc., za odborné konzultace.**

Obsah

Úvod	1
1 Sport	3
<i>1.1 Vymezení pojmu sport</i>	3
<i>1.2 Fyziologické projevy sportu</i>	5
<i>1. 3 Sport a emoce</i>	14
<i>1.3.1 Úzkost a strach</i>	19
<i>1.3.2 Radost</i>	22
2 Psychologie sportu	24
<i>2. 1 Vývoj psychologie sportu</i>	24
<i>2.2 Typologie sportů z psychologického hlediska</i>	26
<i>2.3 Motivační struktury</i>	27
<i>2.4 Sport a osobnost</i>	29
3 Závislost	34
<i>3.1 Typy závislostí</i>	34
<i>3.2 Závislost na sportu</i>	40
<i>3. 3 Rizikové faktory závislostí</i>	48
4 Vlastní výzkumné šetření	50

4.1 Cíle výzkumu.....	50
4.2 Hypotézy.....	51
4.3 Použité metody	51
4.3.1 Vývoj dotazníku.....	54
4.4 Zkoumaný soubor	55
5 Výsledky výzkumu	58
5.1 Skupina A.....	61
5.2 Skupina B.....	65
5.3 F-test.....	69
5.4 Korelační analýza	70
5.5 Přehled výzkumu jiných autorů.....	71
5.6 Zhodnocení výzkumu.....	73
Závěr.....	75
Souhrn	77
Seznam literatury.....	78

ÚVOD

Závislost a sport. Pro některé laiky, ale i odborníky dva neslučitelné pojmy. Přestože pojem závislost na sportu se používá desítky let, nemáme stále definici, která by přesně vystihla tuto problematiku. Návykové chování a závislost jsou odborníky, ale i masmédií, stále častěji řešeny. Největší pozornost se klade na látkové závislosti, jako závislost na alkoholu nebo halucinogenech. Právě tyto závislosti se považují za “pravé“. Návykové chování spojené s behaviorální závislostí jako patologické hráčství nebo závislost na sexu není podle některých autorů závislostí v pravém slova smyslu. Jejich původ není v užívání chemických substancí, ale v jednání, na kterém se člověk stane závislým.

Při podrobnějším zkoumání projevů závislosti odborníci zjistili, že látkové i nelátkové závislosti mají obdobné znaky. Stejně charakteristiky má i závislost na sportu. Závislý jedinec, který je vytržen ze své cvičební rutiny, pociťuje úzkost, podrážděnost nebo trpí poruchou spánku. Stejně negativní vlivy může vnímat i závislý na opioidech. Cílem závislého bude zamezit těmto nepříznivým důsledkům prostřednictvím zintenzivnění cvičebního režimu. Předmět závislosti se stává organizačním prvkem celého dne a pracovní, společenské i interpersonální vztahy ztrácejí na důležitosti. Stejně jako u ostatních závislostí je prvním krokem k léčbě uvědomění si nezdravého vztahu ke sportu. V případě behaviorálních závislostí se nejčastěji využívá metody kognitivně-behaviorální terapie. Důležitou součástí léčby je vnímání znaků závislosti. Kdy jde pouze o fyzickou aktivitu sloužící primárně k zábavě, a kdy se jedná o problémové chování? To pomáhá určit rozlišení čtyř fází závislosti na sportu.

Cílem této práce je přiblížit pojem závislosti na sportu a zjistit, zda závislost na sportu opravdu existuje. Je možné najít hranici frekvence, která už značí závislost? Diplomová práce by měla pomoci k zodpovězení těchto, ale i jiných otázek.

1 SPORT

1. 1 Vymezení pojmu sport

Vývoj člověka sahá pět milionů let do historie. Základním předpokladem pro určení sociální pozice byla psychomotorická zdatnost. „Zdatnější jedinci se snáze dostávali k potravě a k reprodukčním příležitostem“ (SLEPIČKA aj., 2009, s. 11). Úroveň motoriky ovlivňovala všechny vrozené instinkty a reakce související s nimi: sebezáchovu, obživu, reprodukci, útěk, útok aj. Původní úloha motoriky v průběhu evoluce ztrácí na důležitosti v běžném životě a motorické schopnosti se využívají v imaginárním pohybovém procesu, psychologicky charakterizovaném jako hra.

Nejprve mohlo jít o nápodobu loveckých a bojových situací, která se postupně transformovala do manifestace pohybových schopností. Manifestace slouží i ke společenským účelům, iniciačním rituálům. Tyto výkonové zkoušky daly vznik prvkům konkurenčního sportovního prostředí. Historii sportu z psychologického hlediska můžeme datovat v období, kdy motorický výkon začal sloužit k radosti a zábavě. První zmínky jsme díky písemným dokumentům mohli dohledat až 5 000 let zpátky.

„Sport je individuální nebo skupinová aktivita prováděná jako cvičení nebo pro zábavu, často s prvky zkoušky fyzických schopnosti a ve formě soutěže“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 524). Velký vliv na popularizaci sportu měla a stále má televize. Pro většinu lidí se stal vrcholový sport elitním. S tím i souvisí podceňování volnočasových rekreačních sportů, přestože je jejich bio-psychosociální prospěšnost dokázána. I ve sportovní psychologii je věnována pozornost převážně vrcholovým sportovcům, v porovnání s rekreačním sportem. Avšak právě rekreační sport přináší pozitivní vlivy na kvalitu života. Pohyb jako takový má vliv na více oblastí našeho života.

„Význam pohybu pro člověka je zásadní, jeho prostřednictvím vykonává svou existenci, užívá si života, potvrzuje platnost svého bytí a vyjevuje svou intencionalitu“ (SLEPIČKA aj., 2009, s. 13).

Východiskem k chápání psychologie sportu je studium psychologických otázek emancipované motoriky člověka. Souvislosti tohoto tématu sahají do různých oblastí, do filosofie, sociologie, kultury, ale i pedagogiky. Ve spojení s touto problematikou se používá termín *ludologie*. Jde o vědu zabývající se problematikou her. Existují různé teorie, které kladou důraz na rozličné momenty. Adler říká, že ve hře se projevuje snaha o seberealizaci jako hlavní lidská tendence (cit. dle KULKY, 2008, s. 34). Hru však nejde kategorizovat na jednotlivé prožitky podle teorií. Jde o komplexní prožitek, v rámci něhož se jednotlivé druhy prožitku prolínají. Součástí her je i skupinová dynamika podporující sílu prožitku. Tato skutečnost však není zahrnuta do teorií her. Porozumění motivaci her vede přes pochopení herních prožitků.

Sport nachází určité historické prvky v rituálech. Příkladem je ceremoniál na Olympijských hrách. Dříve měly rituály za účel odehnat nešťastné události, nebo naopak je příznivě ovlivnit. V sociálním kontextu rituál působil jako skupinový tmel.

Vývoj her a tělesného cvičení se posouvá a mění s potřebami společnosti a kulturou. Můžeme odlišit proamerické a orientální tradice. Rozdělení se pojí s historickými kořeny. Západní svět se vyznačoval velkou náklonností k boji a vítězství. Přecházela tomu i důkladná příprava na boj. Tendence soustředit se na výkon byla znatelná a do pozadí ustupuje politický účel, mírotvornost.

Dnes je smyslem sportu pozitivní fyziologická a psychická změna člověka. V posledních desítkách let tíhneme k východním přístupům (SLEPIČKA aj., 2009). Západní svět objevuje autoregulační a harmonizující cvičení. Tyto prvky se rozvíjejí v souladu s filosoficko – náboženskými systémy. Výsledek tělesného cvičení nesouvisí se soutěží

nebo bojem, má pouze individuální hodnotu. Smysl nachází v rovnováze mezi tělem a duchem. I bojová umění se soustředí na autoregulaci. Základem je obrana a vnímání průběhu pohybu, fyziologických změn. Příznivý vliv má i na organismus, zklidňuje, uvolňuje a snižuje dráždivost. Přispívá ke zvýšené schopnosti ovládat organismus v případě potřeby i uvést do funkční pohotovosti.

1. 2 Fyziologické projevy sportu

Fyzická aktivita, jako je sport, pozitivně ovlivňuje jak psychiku, tak tělesný stav. Zvláště u vyšší intenzity a objemu se zvyšuje aktivita metabolických dějů a evokuje změny zejména v nervosvalovém a kardiorespiračním systému prostřednictvím nervových a humorálních regulací.

Zdrojem energie pro pohybovou činnost je přeměna látek. Glycidy, lipidy a proteiny se pro získání energie štěpí a přeměňují v produkty intermediárního metabolismu. Nenahraditelný vliv má zejména oxidoredukce glycidů a lipidů. Základním regulátorem získání energie je poměr ATP/ADP (adenosintrifosfát/adenosindifosfát), makroergních fosfátů. V důsledku nadbytku ATP a nedostatku ADP není tělo schopno uvolňovat další energii. Vyšší energetický výdej způsobí navýšení podílu uvolňování fosfátu a molekul ADP důsledkem využití ATP (HAVLÍČKOVÁ, 1997).

V klidovém režimu lidský organismus čerpá energii ze všech živin. Při intenzivním pohybu jsou výhradním zdrojem cukry. Respirační kvocient (R) informuje o tom, jaké živiny právě procházejí látkovou výměnou. Ukazatelem je poměr mezi vydýchaným oxidem uhličitým a spotřebovaným kyslíkem (OTOVÁ aj., 2009).

Zásoba ATP dosahuje maximálně desítek gramů, tedy energii vystačující jen na několik sekund aktivity. Kreatinfosfát (CP) a dále štěpení živin – cukrů, tuků a bílkovin neustále obnovuje ATP. 400 – 600 g zásoby cukru tvoří jaterní a svalový glykogen. Poskytuje energii na 2 hodiny sportovní aktivity. Jako zásobárna energie pro déletrvajícím zatížením slouží tuky, tělo je málokdy nuceno sáhnout k bílkovinám jako zdroji energie, jen při dlouhotrvajících zatíženích.

„Při uvolňování energie pro svalovou činnost dochází k specifickému uplatňování jednotlivých zón metabolického energetického krytí“ (HAVLÍČKOVÁ, 1997, s. 4). O alaktátovém neoxidativním anaerobním způsobu hrazení energie mluvíme v případě krátkodobé činnosti s maximální intenzitou (10 – 20 s), kdy se tělo neokysličuje, a zároveň neroste hladina kyseliny mléčné v krvi. Pohyb je vyvíjen v laktátové zóně, tzn. na základě glykolytických vláken kosterního svalu zabezpečující vysokou intenzitu stahů, ale i rychlou únavu.

Pohyb vykonávaný 45 – 90 s má povahu submaximální intenzity a převažuje u něj laktátový neoxidativní (anaerobní) systém hrazení energie. Stoupá koncentrace kyseliny mléčné a jejích soli (laktátu – LA) v krvi, odbourává se svalový glykogen neoxidativním způsobem. Uplatnění ATP je dvakrát pomalejší, než v zóně laktátové, což vede ke snížení intenzity pohybové činnosti v důsledku vyplavení LA. Stále jako podklad pohybové činnosti slouží rychlá glykolytická vlákna zajišťující intenzivní svalový stah s rychle nastupující únavou. Hladina LA v krvi se považuje za ukazatele laktátové anaerobní kapacity organismu, nepřímo stejnou službu prokazuje výkon či pomalá následná složka kyslíkového dluhu mezi 5 – 60 min zotavení (POKORNÝ, 1995).

O oxidativním – aerobním způsobu hrazení energie mluvíme v případě pohybové činnosti s trváním nad 90 s pohybující se mezi střední či mírnou intenzitou. Zde se už kosterní svalstvo dostatečně prokrvuje. Oxidativní cvičení má takovou povahu, která nevyvolává zvýšení

hladiny kyseliny mléčné v krvi (MURRAY aj., 2002). Teoreticky by se dalo říci, že kapacita aerobního systému je neomezená, avšak je limitována typem pohybové činnosti i rychlostí schopnosti oxidativního systému dodávat makroergní fosfáty činným svalům. Oxidativní způsob činnosti je daleko účinnější, ale i pomalejší. K jeho činnosti je zapotřebí pomalých vláken kosterního svalu.

K zachování stálosti vnitřního prostředí, homeostaze, se předpokládá zachování stabilní hodnoty pH, iontového složení, osmotických poměru, objemů a průtoků tekutin ve fyziologickém rozmezí. Krev, lymfa a tkáňový mok představují extracelulární tekutiny vnitřního prostředí. Tyto tekutiny zajišťují přísun živin, vody, hormonů, protilátek, odsun katabolitů, oxidu uhličitého, stabilitu objemu tělesných tekutin, stabilitu iontového složení a stabilitu teploty. Lidský organismus má několik úrovní regulace homeostázy (HAVLÍČKOVÁ, 1997):

a) molekulární úroveň (ústojné – nárazníkové systémy krevní)

b) makromolekulární úroveň (enzymy)

c) buněčná úroveň (transport látek přes membránu, aktivní transport, sodíko-draslíková pumpa)

d) orgánová úroveň (plíce, ledviny, játra, krev)

e) neuroendokrinní systém

Udržení stálého objemu extracelulární tekutiny (prostřednictvím baroreceptorů a osmoreceptorů) je jedním z homeostatických mechanismů, dalším je udržení stálého osmotického tlaku, koncentrace vodíkových iontů – pH, koncentrace látek v krevní plasmě a stálé teploty. Stálost teploty souvisí se změnami provokovanými pohybovou činností a udržení acidobazické, vodní a iontové rovnováhy (OTOVÁ, 2012).

Spojujícím prvkem zevního a vnitřního prostředí lidského organismu je krev. V krvi se promítají všechny změny vnitřního prostředí a některé

z vnějšího. V průběhu pohybové aktivity pozorujeme větší změny ve složení krevní plasmy a množství cirkulující krve. Zvyšuje se její množství z krevních zásobáren přibližně o 10 %.

Ke svalové práci nedojde bez přísunu kyslíku a živin do činných svalů zajištěného transportním kardiorespiračním systémem. V oběhovém systému dochází k reaktivním, bezprostředním reakcím (na pohybové zatížení) a adaptačním změnám (jako výsledku dlouhodobého opakovacího procesu, tréninku). Reaktivní změny postihují periferní (cévy) a centrální složky (srdce) (HAVLÍČKOVÁ, 1997).

Přísun kyslíku zajišťuje dýchací systém. Jeho zatížení je vyšší při zvýšené intenzitě metabolismu, jelikož to vyžaduje i zvýšenou výměnu plynu. Pro zásobení těla kyslíkem potřebujeme nezbytnou a úzkou spolupráci dýchacího a oběhového systému (PAULÍK, 2010). Základním předpokladem je účast vyšších nervových center, zvláště zvýšené činnosti mozkové kůry i podkorových center, hypotalamu.

Hypotalamus řídí hypofyzární sekrece. Změny v dýchacím systému, stejně jako oběhovém, dělíme na reaktivní (bezprostřední) a adaptační (dlouhodobé). Reaktivní se projevují již před začátkem aktivity, tj. zvýšení hodnot ventilačně-respiračních ukazatelů. Předstartovní stav ovlivňují emoce, ale i podmíněné reflexy nebo paměťové stopy u sportovců. Začátek práce charakterizují dvě stadia: iniciální fáze rychlých změn (30 – 40 s) a fáze přechodná s pomalejšími změnami. Během aktivity vyžadující střední až maximální intenzitu výkonu a trvající déle než 40 – 60 s může dojít k projevům mrtvého bodu, tj. nouze o dech, svalová slabost, bolest ve svalech, tíha a tuhnutí svalů (POKORNÝ, 1995).

Mrtvý bod vede k poklesu výkonu, horší koordinaci, narušení dynamického stereotypu, hlavně však k narušené ekonomice dýchání, ale i řadě změn v kardio - respiračních funkcích.

„Pomocí renální a extrarenální exkrece dochází k vylučování katabolitů, většinou látek pro organismus nepotřebných“ (HAVLÍČKOVÁ, 1997, s. 40). Avšak při extrarenální exkreci (termoregulačním mechanismu) se ztrácejí látky pro organismus životně důležité jako sůl a voda. Pot se mění nejen z hlediska množství, ale i složení. Změna probíhá v závislosti na zatížení a vždy je hypotonická vzhledem k ECT. Za hodinu se ztrácí přibližně 0,2 až 1,0 litr potu. Stejně jako při extrarenální exkreci probíhají změny i během renální (ledvinné). Jednou ze změn je kompenzační vasokonstrikce odehrávající se v ledvinách na začátku pohybového zatížení. Prokrvení ledvin je v důsledku vasokonstrikce sniženo a poklesá glomerulární filtrace. Sniženo prokrvení způsobuje hypoxii ledvinné tkáně.

Aktivaci sympatoadrenální soustavy jsou podřízeny hemodynamické změny. Stoupnutí tlaku způsobují autoregulační mechanismy systému reninu a angiotensinu, nastává zvýšené vyplavování reninu způsobené drážděním baro- a chemoreceptorů v juxtaglomerulárním aparátu. Zvýšení ECT způsobuje zvýšená resorpce Na^+ .

V důsledku vyšší nervové dráždivosti stoupá v předstartovním stavu diuréza z původního množství 60 – 90 ml v klidovém stavu. Pokles nebo stoupaní definitivní moči ovlivňuje psychika reflexí nebo hromadění kyselých katabolitů. Pohybovou aktivitou je ovlivněna i kyselost moče důsledkem vylučování kyselých produktů (zejména H^+) a fosfátu. Množství hodnot se zvyšuje až 5násobně oproti klidovému stavu. Je to způsobené zvýšenou koncentrací laktátu v krvi, který se navyšuje více při anaerobním výkonu. Nejvyšší hodnoty výskytu proteinurie se pozorují u kolektivních her a projevy vymizí do několika desítek minut až hodin po výkonu, maximálně do 24 až 48 h (POKORNÝ, 2002).

Termoregulační mechanismy udržují stálou teplotu vnitřního prostředí člověka ($36 - 37^\circ \text{C}$). Teplota však kolísá v rozmezí 4°C . Teplota lidského těla závisí na tvorbě tepla, ale i na vnějších faktorech, teplotě,

vlhkosti, proudění vzduchu a tepelném záření. Výše tělesné teploty vyvolává změny buněčných struktur. Při teplotě - 1° C se v buňce tvoří krystalky ledu a vzniká ireverzibilní (nenávratné) poškození buňky, 45° C zase vyvolává koagulaci bílkovin.

S fyzickou zátěží a zvýšením svalového metabolismu stoupá intenzita oxidačních reakcí a uvolňuje se energie ve formě tepla. Pohybová činnost zvyšuje teplotu až 20krát více než při bazálním metabolismu. Do určitého stupně je zvýšení tělesné teploty pro člověka příznivé. Ve spojitosti s fyzickou námahou stoupá nejdříve teplota ve svazech, následně se rozvádí prostřednictvím krevního oběhu do celého organismu, a tak stoupá teplota celého jádra (tj. teplota dutiny hrudní a břišní). Přehřátí organismu brání mechanismy fyzikální termoregulace, bez kterých by teplota stoupla každých 5 minut o 1° C (HAVLÍČKOVÁ, 1997).

Kožní teplotu určuje kombinace zevního prostředí i úrovně teploty tělesného jádra. Krev se přesouvá k svalům při smršťování krevního řečiště. Důsledkem toho kožní teplota klesá, následně se však zpět přenáší teplota vzniklá ve svazech a zvyšuje teplotu povrchu těla a kožní cévy se opět rozšiřují.

Pokud fyzikální termoregulace pro odstraňování tepla nestačí, nastupuje nejmohutnější mechanismus, a to evaporace (odpařování potu). Pocení vzrůstá a klesá podle intenzity zatížení a teploty zevního prostředí. 28° C je stanovených jako ideální teplota zevního prostředí pro svlečeného člověka v klidovém režimu, pro lehkou práci se doporučuje 20° C, pro vytrvalostní zatížení 15° C (POKORNÝ, 1995).

Iniciátorem a regulátorem svalové činnosti je nervový systém. Konkrétně zvýšená úroveň aktivity gama systému podmiňuje vzruchovou aktivitu alfa motoneuronů a předchází pohybu. Informace přicházejí z hybného systému a iniciátorem konkrétní svalové činnosti je primární i sekundární motorický kortex. Hybnosti akčních svalů, svalů mimických,

oko-hybných a svalů jazyka zprostředkuje pyramidová dráha kortikospinální z primární korové oblasti. O hybnost kořenovou a osovou se starají extrapyramidové dráhy. Neurity těchto hybných drah končí neurosvalovými ploténkami na svalových vláknech kosterních svalů, nazývaných společnou hybnou drahou. Motorický kortex umožňuje volní pohyb a zpřesnění náležitosti aferentní vzruchové aktivitě.

„Pro vypracování nervového vzorce pohybu má velký význam proces učení, při kterém vzniká paměťová stopa, engram“ (HAVLÍČKOVÁ, 1997, s. 73). Pohybové dynamické stereotypy, které jsou základem pro tělovýchovné dovednosti, se zakládají na složitých pohybových strukturách zakotvených do pohybového vzoru. Metodické postupy z oblasti speciálních didaktik jednotlivých sportovních disciplín slouží k jejich dokonalému vypracování.

Aktivační úroveň korová vyvolává vzestup aktivity v podkoří, zejména v hypotalamu, v souvislosti se svalovou činností. Změna aktivační úrovně v určitých částech hypotalamu vyvolává proměny aktivity (tonusu) sympatického a parasympatického oddílu vegetativního nervstva i neurosekreční aktivity hypotalamických jader. Neurosekreční aktivity uvolňují a inhibují látky řídící přes hypofýzu činnost ostatních endokrinních žláz.

S endokrinní regulací a nervovými regulacemi pomalejšího typu úzce souvisí vegetativní regulace. Výsledkem endokrinní regulace je noradrenalin (NA) vznikající prostřednictvím dřeně nadledvinek a mediátor postgangliových sympatických vláken (POKORNÝ, 1995). Ve vztahu k fyzickému zatížení se změny vzruchové aktivity sympatiku (S) a parasympatiku (PS) podílejí na reakčních a adaptačních změnách organismu. Aktivita sympatoadrenální soustavy stoupá již při předstartovním stavu a vyvolává zvýšenou tvorbu a vyplavování katecholaminů (KA) z dřeně nadledvin. Převaha sympatiku je patrná po celou dobu zátěže a umožňuje mobilizaci organismu pro prvotní

stresovou pudovou komplexní pohybovou reakci – útok a útěk. S touto pudovou reakcí souvisí i potřeba dostatečných zdrojů energie, přístup k nim zajišťují katabolické reakce, které v těle převažují. Umožňují dostatečnou opětovnou syntézu ATP pro okamžitou zvýšenou potřebu. Vozomotorické reakce zajišťují dostatečný přísun krve ke svalům a srdci (vasodilatace) a omezení prokrvení ostatních oblastí (vasokonstrikce). Intenzita práce je přímo-úměrná aktivitě sympatoadrenální vzrůstající až do vyčerpání.

Pravidelný trénink vede ke snížení tonu sympatiku v klidovém režimu a k poklesu produkce KA při konstantní zátěži. Negativní vlivy organismu jsou obecně spouštěčem sympatiku, zvláště stres. Stres v podobě nepříznivé události narušuje fyzickou integritu a chemickou stabilitu organismu (OTOVÁ, 2012).

V období rekonvalescence je zvýšená aktivita sympatiku nahrazen zvýšenou aktivitou parasympatiku, jehož význam spočívá v urychlení regeneračních procesů. Parasympatikus není anatomicky napojen na endokrinní systém jako sympatikus. Parasympatikus způsobuje rozšíření krevního řečiště v gastrointestinální oblasti a tím zvyšuje vstřebávání živin, umožňuje obnovu energetických rezerv a vede k hospodárné práci s kardiorespirací, zpomaluje srdeční činnost. Také stimuluje anabolické reakce, tj. ukládání glykogenů a tuků. O tréninkové parasympatikonii mluvíme, pokud trénovaný jedinec má v klidu zvýšený tonus parasympatiku.

Při zatížení stoupá vylučování adrenokortikotropního hormonu (ACTH), a tím stimuluje tvorbu glukokortikoidů kůry nadledvin urychlující procesy glukoneogeneze. Obnovou cukrů z tuků a bílkovin zvyšují glykémii. Nález zbytnělé kůry nadledvin u výkonnostních a vrcholových sportovců dokládá o významu korových hormonů v tréninkovém procesu. Tyreotropin (TTH) řídí činnost štítné žlázy a ovlivňuje její vylučování hormonů. Nejdůležitějším hormonem je tyroxin, který

zvyšuje tkáňovou oxidaci živin a uvolňování energie pro resyntézu ATP. Hypotalamus řídí vylučování dalšího hypofyzárního hormonu, somatotropinu (STH), který má klíčový význam v období růstu. Vylučování STH stimuluje anaerobní metabolismus s tvorbou laktátu, což znamená, že navýšená aerobní kapacita tréninkem snižuje sekreci STH. Poslední skupiny hypofyzárních hormonů tvoří gonadotropiny, jejich prostřednictvím je ovlivněna sekrece pohlavních hormonů. Při zatížení stoupá prolaktin (PRL) obdobně jako STH. Vyšší hladina tohoto hormonu u sportujících žen může utlumovat vývoj vaječníků a přispívat ke zpoždění první menstruace, později i narušení menstruačního cyklu. Androgeny přispívají zejména k proteoanabolickému účinku a udržení glykogenových svalových zásob spolu s inzulínem. Inzulín patří mezi nejvýznamnější hormony periferních endokrinních žláz. Podílí se na zátěžových regulacích bez přímého hypofyzárního řízení. Zastává opačné funkce oproti adrenalinu. Snižuje množství cukru v krvi v důsledku přestupu glukózy z krve do buněk při zatížení, zejména svalovém, a stimuluje proces tvorby glykogenu z glukózy (glykogeneze). Při zatížení klesá sekrece inzulínu s aerobním zatížením, naopak při anaerobní práci se jeho sekrece zvyšuje, stejně tak i tvorba laktátu. Anaerobní cvičení tedy není vhodné k redukci tělesné hmotnosti (HAVLÍČKOVÁ, 1997).

Endorfíny, endogenní opioidy, jsou humorální regulátory ovlivňující sekreci některých hormonů. Peptidy s výrazným narkoticko-analgetickým účinkem, beta – endorfíny (BE), jsou nejúčinnější. Zastávají funkci mediátora a modulátora nervového přenosu. Většina beta-endorfinů vzniká v hypotalamu, kde ovlivňují sekreci hypofyzárních hormonů, prodlužují hypertermii, zvyšují chuť k jídlu a evokují příjemný pocit nasycení. Tvorba beta-endorfinů stoupá při intenzivním zatížení, u méně trénovaných jedinců i při poklesu intenzity. Hraniční fyzická zátěž zpomaluje sekreci beta-endorfinů a způsobuje pak poruchu neuroendokrinních regulací. Navozuje stav euforie (POKORNÝ, 1995).

GRIFFITHS (1996) navrhl po zpracování detailní případové studie závislosti na pohybu 3 možné biologické mechanismy, které by měly vysvětlit spojitost mezi zlepšením nálady a cvičením:

a) Termogenní hypotéza – cvičení zvyšuje tělesnou teplotu, čímž snižuje somatickou úzkost. Snížení úzkosti je spojené se zvýšenou teplotou v určitých oblastech mozku.

b) Katecholaminová hypotéza – cvičení uvolňuje katecholamin, který silně ovlivňuje kontrolu nálady, pozornosti a pohybu, stejně tak endokrinní a kardiovaskulární reakce vázané na stres.

c) Endorfinová hypotéza – cvičení uvolňuje endorfiny, které jsou opiáty přirozeně se vyskytující v těle. Příjemná zkušenost s cvičením tak může mít neplánované důsledky. Při pravidelném a intenzivním aerobním cvičení snižuje původně zvýšená produkce endorfinu ve finále produkci endorfinu v mozku. Pokud se toto stane, jedinec bude vnímat potřebu pokračovat ve cvičení za účelem zachování přirozené rovnováhy mozku.

Otázkou zůstává, jak moc velkou roli u závislosti na sportu hrají biochemické procesy v těle.

1. 3 Sport a emoce

Se sportem se pojí slovo emociogenní. Jinými slovy je sport zdrojem emocí. Spolu s hazardem, sexem a uměním patří k nejvíce emociogenním zájmovým činnostem. Hlavním důvodem, proč sport můžeme zařadit mezi první čtyři činnosti, je, že sport v nás vyvolává soutěživost vedoucí k bouřlivé emoční dynamice a nejistotě sportovního výkonu.

Sportovními prožitky se zabývají různí odborníci. Prožitkoví pedagogové, filosofové z hlediska autentičnosti, a psychologové pak

zkoumají prožitek sportu jako silnou emoční vzpomínkovou epizodu. V této souvislosti velmi dobře funguje asociační schopnost člověka a vzpomínky z těchto aktivit podléhají vzpomínkové – věkové idealizaci, často v kladném směru. Z neutrálních vzpomínek se po čase může stát kladná vzpomínka, kterou si jedinec rád připomíná.

Vzhledem k dnešnímu kulturnímu vývoji jsme vychováváni tak, abychom své emoce ovládali. Stále častěji tedy utíkáme k aktivitám, které nám dopřejí své emoce svobodně projevit. Uchylujeme se do imaginativní a virtuální sféry. Důkazem je obliba hororových filmů, četby a zvláště počítačových her. Všechny tyto aktivity přinášejí člověku formu psychohygieny. Může tak uniknout od každodenních starostí. S tím i souvisí riziko závislosti. Stejný princip funguje i u sportu, na rozdíl od výše uvedených aktivit, je zde zapojena svalová činnost, která poskytuje lepší možnost emočního odreagování a zbavení se nepříjemného napětí. Sport je tedy přínosem nejen pro svůj biologický efekt, ale i pro emoční prožitkovou příležitost. Zvyšuje kvalitu života (KŘIVOHLAVÝ, 1994).

K měření emocí, tedy emočního napětí, slouží psychofyziologické metody, tj. elektroencefalografie, elektromyografie nebo měření kožního odporu. *“Dynamiku emocí v závislosti na programu činnosti nejlépe vystihuje aktivační teorie emocí“* (SLEPIČKA aj., 2009, s. 57). Právě z elektroencefalografie vychází aktivační teorie emocí a opírá se o neurofyziologické poznatky o součinnosti mozkové kůry a podkorových center. Na vytváření tonizujícího napětí mozkové kůry se podílejí podkorová centra, především retikulární formace a limbický systém.

Ukazatelem aktivační úrovně organismu je pak míra integrované elektrické aktivity mozkové kůry, ale existují i další: změny v kožně galvanické reakci, pupilární reflex nebo změny fyziologických ukazatelů ovlivněné emocemi, změny výrazu aj. Zvyšování a snižování aktivační úrovně závisí na působení vnitřních a vnějších faktorů. Změny nastávají

náhle nebo postupně. Na základě těchto ukazatelů vytváří aktivační teorie výklad dynamické stránky chování, podává i informace o energetizujících a aktivujících vlivech různých vnějších a vnitřních činitelů, tj. emocí nebo motivů (KUČERA, 2013).

Díky zátěži a přitažlivosti programu sportu je sportovní činnost charakteristická silnou emocionalitou. Zvyšování aktivační úrovně je zapříčiněno náročným programem sportovní činnosti, jehož prostřednictvím dochází k mobilizaci všech sil organismu, především jeho energetického zdroje. Vlivem mobilizace se vytváří připravenost k činnosti. Míru připravenosti ovlivňuje význam programu nebo podnětu. Málo významný stimul vyvolá malý aktivační efekt, avšak u silného psychologického motivu nastává silný mobilizační a energetický účinek (SLEPIČKA aj., 2009)

Změna aktivační úrovně nemusí vždy souviset s programem jednání. Farmakologie (hormony, psychofarmaka, ale i placebo), tělesné cvičení (protahování, rozcvičení), autoregulační zásahy (uvolnění, soustředění) a psychické vlivy (představa, volní úsilí aj.) způsobují jednostranné změny. Avšak nejvýznamnější vliv na aktivační úroveň člověka mají vědomé procesy. Hlavním prostředkem je pochopení individuálního a společenského významu situace.

Tento mechanismus napomáhá přizpůsobení organismu situaci. Zvláště je nápomocným v případě situací se zátěžovým charakterem vyžadující velkou mobilizaci rezerv organismu. Obdobné podmínky nastávají při sportovní aktivitě. Sportovní výkon si vynucuje přizpůsobení oběhového systému, elektrolytickou rovnováhu uvnitř organismu a dostatečnou dávku energie pro svalstvo. Během intenzivního pohybu se aktivační úroveň zpravidla zvyšuje a nachází se v horní části aktivačního kontinua, představovaného emocemi až afekty.

Experimenty prokázaly, že centra emocí sídlí v bazálních a limbických strukturách. Tyto struktury jsou spojeny s endokrinním systémem,

hlavně hypofýzou a nadledvinkami. Spojení se sympatickou inervací umožňují vyplavení katecholaminu z organismu. Adrenalin je regulátor cévního tonu a se zvýšeným rozpadem tuků zajistí dodávky glukózy a mastných kyselin pro myokard. Při aktivaci energetických zdrojů si organismus také vytváří zálohy cukru z uvolněných aminokyselin. K uvolnění dochází po vyplavení hydrokortizonu na humorální podnět ACTH z hypofýzy. V této fázi aktivační úroveň zahrnuje i zvýšenou neurohumorální a vegetativní činnost (KUČERA, 2013).

Všechny tyto prvky aktivačního procesu patří k základním předpokladům intenzivní pohybové činnosti. Po zmínění vědeckých poznatků týkajících se aktivační úrovně můžeme říci, že intenzita emoce úzce souvisí s předpokladem k výkonu. Sportovní výkon vyžaduje navození správné aktivační úrovně, pro optimální výkon je vhodné vyvolat střední úroveň aktivace.

Této problematice se věnuje hypotéza převrácené U-křivky soustředící se na vztah mezi aktivační úrovní a úrovní výsledku činnosti (cit. dle SLEPIČKY aj., 2009). Stejně tak jako určitá míra stresu dopomůže k lepšímu výkonu, hypotéza předpokládá, že se výkon se stoupající aktivační úrovní zvyšuje pouze do určitého bodu, následně už dochází ke snižování výkonu. Nízká nebo příliš vysoká aktivace vysvětluje nízký výkon. Přestože se tato hypotéza může osvědčit během zkoumání výkonu profesionálních sportovců nebo u sportů s nárokem na přesnost a jemnou koordinaci, její platnost je omezená.

Příkladem může být situace, kdy horolezec bojuje o život a aktivační úroveň je zjevně velmi vysoká, ale přesto podá neuvěřitelný výkon. Dalo by se tedy říci, že optimální aktivační úroveň není pro všechny sporty stejná. Hypotéza převrácené U-křivky byla často kritizována, zvláště kvůli povaze výzkumu. Šlo převážně o výzkumy prováděné v terénu a ne v laboratořích. Zpochybňována byla zvláště validita a kvalitativní pestrost sportovních situací. Tyto úvahy vedly k alternativní

katastrofické teorii emocí ve sportu. Podkladem pro tuto teorii byly mimo sportovní poznatky o diskontinuitě ve fyzikálním i společenskovedním prostředí. Teorie se přiklání k názoru, že výkonnost po dosažení optimální aktivace neklesá symetricky, ale náhle a dramaticky.

Optimální aktivace organismu je středobodem obou teorií a je považována za vhodné interpretační schéma pro sport. Je třeba však brát v potaz, že jde o velmi labilní jev měnící se v důsledku psychických zátěží a emocí. Spojitost emočních prožitků s tělesnými změnami v organismu člověka lze pozorovat u profesionálních sportovců. Jejich výkon často kolísá a může dosáhnout až k projevům apatie.

Kant rozlišil emoce na stenické a astenické. Stenické emoce (např. vztek) povzbuzují, posilují a stenické (např. strach) naopak činnost tlumí (cit. dle NAKONEČNÉHO, 2000, s. 23). K tomuto rozlišení pomohly teorie popisující emoční dezorganizaci chování nadměrnou excitací (narušení korových funkcí, např. při panice) a emoce usnadňující chování (zvětšení citlivosti individua vůči významným podnětům vedoucí ke zvýšení produktivity činnosti, např. pozitivní vliv emočního zaujetí).

Emoce nemají jen kvantitativní povahu, z jaké byla zkoumána u aktivační teorie, ale i kvalitativní, založenou na hédonistické funkci. Při hledání center emocí v mozku byl doložen fakt, že z kvalitativního hlediska se určují dvě citové dimenze: libost (pozitivní) a nelibost (negativní).

Dochází tak k rozporu s dosavadními názory o jednodimenzionálnosti aktivačního kontinua, ve které emoce představují jeho vrchní část, přičemž je libost níž než nelibost. Nesrovnalosti při vycházení z jednodimenzionálnosti nabízejí úvahu o dvojdimenzionálním průběhu aktivace.

„V této souvislosti se poukazuje na zásadní význam pozitivního nebo negativního směru stoupající aktivační úrovně“ (SLEPIČKA aj., 2009, s. 61). K výrazné diferenciaci aktivační úrovně dochází až na vysokém

stupni aktivace, lze potom mluvit o pozitivní, nebo negativní ve smyslu vhodnosti k určitému druhu aktivity. Záleží tedy nejen na výšce určité aktivace, jak to bylo zmiňováno už u předchozích teorií, ale i na vztazích mezi aktivační úrovní kladného a záporného typu.

Zvýšení aktivační úrovně záporného charakteru se projevuje pohotovostí k averzi, k obranným reakcím, vede k obavám, strachu a úzkosti. Výsledkem této aktivace vzniká odpor k činnosti. Stejně tak v podmínkách sportovních soutěží převládá nadměrně vysoká aktivační úroveň záporným směrem, která je podmíněna namáhavými až bolestivými procedurami vyvolávající negativní city, jež musí být následně usměrňovány, zpravidla za podpory volního úsilí. Výjimečně vyústí přímo v útěk, zanechání činnosti, ale je vždy původcem vnitřního konfliktu stavícího překážku k úspěšné činnosti. Průběh poznávacích procesů je negativně ovlivněn a jedinec se dopouští omylů ve zpracování informací. Cílem emoční regulace u sportovce je mobilizační připravenost prostřednictvím vysoké aktivační úrovně pozitivního typu, bojové pohotovosti.

1.3.1 Úzkost a strach

Se sportem je spojovaná celá řada emocí, z těch negativních můžeme jmenovat hlavně úzkost a strach. Tyto pojmy jsou si úzce příbuzné, ale přesto je mezi nimi rozdíl. Úzkost přichází z nereálného, neurčitého ohrožení, ale strach pojí sportovce s určitým konkrétním objektem. Úzkost je nespecifická, méně pochopitelná, protože jde o nejasnou předtuchu nebezpečí a prožívá se s bohatým somatickým a aktivačním doprovodem. Považuje se za patologický jev. Ve vysvětlování úzkosti panují neshody, ale k větší shodě dochází při výčtu průvodních jevů a následků úzkosti. Ke shodě dochází u psychologického neklidu, třesu, zadržování v řeči, pocitu bezmoci, stereotypii v jednání, zúžení vědomí, poruchy hodnocení, deformaci

vztahu k okolí, ale i vlastní osobě, rozvratu v motivech, vtíravosti obrazů, somatických potížích a dalších (SLEPIČKA aj., 2009).

Úzkost přináší i závažné fyziologické důsledky, z hlediska sportovní výkonnosti si největší pozornost zaslouží celková svalová ochablost, redukce výkonnosti následkem zvýšení tvorby kyseliny mléčné a vzájemné ovlivňování při využití kyslíku a cukru ve svalovém metabolismu.

Existuje předpoklad pozitivního jevu, že se stoupající úzkostí roste celková aktivita člověka. Avšak při přesažení určitého bodu se mění v neurotickou reakci podepisující se na výkonnosti negativně a projevující se chaoticky. Anxiozita je aktuální problém u výkonnostních sportovců, dokonce je vyšší než u nespportující populace, zvláště je patrná v případě závodně starších sportovců stále bojujících o udržení své pozice. Sociálně – psychologické vlivy ovlivňují vznik, ale i průběh úzkosti, proto můžeme pozorovat transkulturní rozdíly mezi anxiozitou sportovců z různých zemí. Původ úzkosti není jednoznačný. Tato hypotéza vidí vznik úzkosti v nahromaděných obavách z dosažení sportovních cílů. Nejistota sportovního výkonu vede ke strachu z dosažení aspirační úrovně. Sportovní anxiozita pak vzniká z obav, které se upevní jako trvalá součást psychického stavu sportovce.

Konstrukci dotazníkových metod diagnostiky úzkosti v posledních letech ovlivňuje dvou komponentní pojetí úzkosti sportovců. Tento koncept předpokládá existenci složky poznávací (kognitivní) a složky emocionální a pojetí metod je orientované na obě hypotetické složky. Ve spojení s úzkostí se řeší i čas, může jít o trvalý rys nebo aktuální stav ovlivňující psychodiagnostiku a psychologickou přípravu sportovce (MARTENS, 1990).

K rozlišení krátkodobé a trvalé úzkosti, tedy povahového rysu, slouží dvě diagnostické metody. SAS (Sport Anxiety Scale) měří rysové úzkosti

sportovců a závodní úzkost hodnotí SCAT (Sport Competition Anxiety Test).

Za nejvíce příbuznou emoci úzkosti můžeme považovat strach, který od úzkosti odlišují reálné obavy. Obecně jde o ohrožení hodnot. S fyziologického hlediska se přiblížení nebezpečí projevuje snížením aktivity, ochrnutím volní svalové činnosti a třesem způsobenými zvýšením aktivační úrovně negativního směru. Strach má více podob. Jedním z nich je úlek. Můžeme jej chápat jako první stupeň přechodu překvapení ve strach nebo také jako druh okamžitého strachu před neočekávaným nebezpečím. Úlek nemusí přijít jen při závažném důvodu, ani nemusí jít o přímé nebezpečí, působí svou neočekávaností a relativní intenzitou vzhledem k prostředí.

Intenzitu strachu ovlivňuje i zkušenost závodníků, méně zkušený profi sportovec bude spíše podléhat strachu než zkušený. Strach se také častěji objevuje u určitých druhů sportů, konkrétně typů sportů spojených s bolestivým až rizikovým programem. Určitý stupeň obavy se však vyskytuje u všech sportovců a sportů. Předmět strachu se samozřejmě různí, je vázán na konkrétní strachové podněty či situace (KIRCHNER, 2009). Strach je také velmi dobře přenosný ve smyslu citové nákazy na druhou osobu. Stupňováním představ negativních důsledků obávané situace dochází k zesílení strachu neboli autokatalýze. Autokatalýza se projevuje diskoordinací, nepřiměřenými reakcemi, vyhýbavostí samostatných akcí, ztrátou sebedůvěry i bojovnosti. Silný strach má ochromující účinky na rozlišovací schopnost a negativně působí na aktivní adaptaci. Nižší míra strachu nebo středně silná naopak mobilizuje schopnosti člověka ke zvýšené aktivitě. Dlouho trvajícím strach nepozorovaně a pozvolna oslabuje kvalitu a produktivitu psychických i tělesných funkcí.

Váhání, odkládání cvičení, dávání přednosti ostatním v pořadí nebo zdůvodňování odložení pokusu jsou dokladem prvních příznaků strachu.

Mezi prostředky využitelnými k překonání strachu patří momenty nápodoby, zlehčení pokusu, dopomoc, diváci (zvláště opačného pohlaví), sugestivní přemlouvání, slib odměny nebo odlehčení ve formě herního prvku.

Za opak strachu považujeme odvalu, riskování. Je to vlastně specifická odolnost vůči strachovým stresům (CHARVÁT, 1969). U adrenalinových sportů a některých jedinců mizí strach jako ochranný faktor. Stejně jako hraniční osobnosti se vyznačují tito lidé citovou chladností. U takto riskujících osob se objevují časté spojitosti s nižší mentální úrovní nebo neschopností anticipace možných důsledků.

1.3.2 Radost

Radost ze sportu je nejčastěji spojována s rekreačním sportem, ale musí být i nezbytnou součástí profesionálního sportu, přestože se z psychologického hlediska dostává profesionální sport na úroveň práce. Z psychologického hlediska bychom ani činnost čistě výdělečnou, drilovou nebo rozumovou nemohli nazvat sportem. Právě radost přinášející z aktivity dělá sport sportem z pohledu psychologie. Sečenov poukázal na pocit slasti při komfortních pohybech jako protahování (cit. dle SLEPIČKY aj., 2009, s. 73). Z organického hlediska považujeme za příčinu radosti prokysličení mozku díky lepšímu prokrvení, zlepšení nálady v důsledku vylučování norepinefrinu, také vylučování endogenních opiátů (endorfinů) po delším cvičení, prohřívání organismu a vertiginální efekt některých pohybů (kolébání, houpání, lety, skluzy aj.).

Psychologické zdroje radosti nacházíme v nárůstu sebehodnocení a sebedůvěry, hrdosti po výkonu, zlepšení pocitu kompetence, zlepšení profilu nálad, zlepšení sebekontroly v důsledku precizace zpětných vazeb, vědomí prospěšnosti aktivity z hlediska zdraví, tvořivosti sportovní aktivity, estetické momenty, úspěch ve smyslu dosažení.

Radost má i svůj sociální původ a to v sociální opoře, odezvě, uznání, ale i v boji a srovnávání, pocitu sounáležitosti, rituálních momentech, sportovním humoru, posportovních sociálních aktivitách nebo trumfu při vítězství.

Některé sporty dovolují provádění aktivity v přírodním prostředí a přinášejí tak člověku pocit očisty. Posledním zdrojem radosti tak je i radost environmentální. Přírodní okolnosti, spojené se sportovní aktivitou, jako sníh, slunce, les, moře aj. navozují pocit radosti a způsobují zlepšení nálady.

2 PSYCHOLOGIE SPORTU

2. 1 Vývoj psychologie sportu

Vztahem mezi sportovní činností a psychikou člověka se zabývá psychologie sportu. Jde o dvě rozsáhlé oblasti bez konkrétní hranice. V rámci tohoto odvětví se dále specifikují další oblasti jako psychologie pohybových cvičení, psychologie tělesné výchovy aj. V řadě přístupů se pozornost soustředí na využití psychologických prostředků ke zvýšení výkonnosti sportovců. Kladou se však hlavně dvě otázky, jak sport ovlivňuje psychické procesy a osobnost člověka, a jak je průběh sportovní činnosti ovlivňován psychikou člověka. Poznatky oboru vycházejí z představ a zkušeností v souvislosti mezi tělesnem a duchovnem.

Orient tuto souvztažnost chápal už ve starověku. Jako důkaz slouží jóga či čínské kung-fu. U evropských tradic můžeme důkaz nalézt u Juvenálových výroků, pocházejících ze starověku: „Je žádoucí, aby byla zdravá duše ve zdravém těle“. S křesťanstvím se duchovno začíná chápat spíše jako víra v Boha. Tělesno se dostalo do pozadí a působilo až opovrženímhodně. Bylo totiž spojováno s hříšnými potřebami. Dodnes stále ještě způsobují přístupy minulosti podceňování lidské tělesnosti, ale i psychiky v oblasti tělesného výkonu.

Sportovní psychologie se jako vědní obor prosadila až v druhé polovině devatenáctého století. Započala cesta odborníků s aplikací výzkumných metod na oblast sportu. Hlavní metodou bylo zúčastněné pozorování a následná interpretace za pomocí psychologických zákonitostí. Mohli bychom to spíše nazvat nesystematickým bádáním (HOSKOVEC a HOSKOVCOVÁ, 2000).

První vysoké školy orientované na sport a tělovýchovu vznikly po první světové válce. Na školách působili odborníci věnující se systematickému výzkumu v psychologii sportu. Tak vznikly i první laboratoře. Výzkum

se nejdříve soustředil na vývoj senzomotorického výkonu, průběh senzomotorického učení, osobnosti sportovců, jejich vůle či volních regulací.

Chudoba a Pechlát se stali průkopníky oboru v rámci Československa. Chudoba ve své práci odlišuje roli trenéra a kouče. Trenér plní roli odborníka na sportovní techniku a tréninkové dávky. Kouč pak vede sportovce v soutěži, kdy dominuje především schopnost regulovat emotivitu. Pechlát se věnoval klasickému obsahu sokolského cvičení z psychologického hlediska, to znamená, otázkám námahy, únavy, ale i vůle a charakteru cvičenců (cit. dle HOSKOVCE a HOSKOVCOVÉ, 2000, s. 175) .

S koncem druhé světové války přichází rozmach olympijských sportů, které plní i politickou roli. Příprava sportovců nabývá na důležitosti včetně přípravy psychologické. Je to i příčinou zvýšení výzkumného zájmu o psychologické otázky limitní výkonnosti. Zodpovědět otázky vlivu psychiky na sportovní výkon se snaží stále více odborníků (WILLIAMS a CRANE, 2006; BURTON a RAEDEKE, 2008).

První světový kongres psychologie sportu napomohl ke vzniku ISSP (International Society of Sport Psychology). Jako zakladatel mezinárodních odborných komunikací pořádá kongresy, organizuje projekty, pomáhá publikacím a stimuluje odbornou činnost.

Po Chudobovi a Pechlátovi se rozvoj psychologie sportu spojuje se jménem profesora Vaňka. Díky svým studiím (např. Několik příspěvků k psychologii tělesné výchovy, Vědecké základy psychologické přípravy sportovce) byl zvolen na třetím kongresu ISSP prezidentem organizace. Svou prací přispěl k integraci psychologie sportu v celosvětovém měřítku (cit. dle *Československé psychologie*, 1986, s. 286).

Jedním z významnějších konceptů psychologie sportu je koncept morálně-volní přípravy sportovců. Spočíval v budování osobní odpovědnosti za sportovní výkony. Mezi prostředky této metodologie

patřil rozvoj volního úsilí a veřejný závazek k dosažení určité normy výkonu (VANĚK aj., 1983). U sportovců byl tento přístup neoblíbený, zvláště kvůli míře vyvolaného stresu. Morálně-volnímu přístupu kontroval individuální přístup. Stavěl hlavně na klinických a psychoterapeutických základech. Poslední z nejznámějších přístupů vycházel převážně z psychologie práce a psychologie osobnosti, koncept psychosportografie. Smyslem konceptu bylo vymezení ideálního profilu osobnostních předpokladů pro vynikající výkon. Odlišovaly se také jednotlivé disciplíny. Z rivality a orientace na výkon se pozornost začala přesouvat na otázky prožitku ve sportu a zvyšování kvality života prostřednictvím sportovních aktivit.

2. 2 Typologie sportů z psychologického hlediska

Čas, prostředí, počet lidí a organizační povaha (tzn. zimní, letní, sálový, outdoorový, vodní, letecký, jezdecký, bojový atd.) jsou tradiční kritéria pro selekci sportů. Jednotlivé sporty se rámcově prolínají. Jde o prvky, které nemají co dočinění s psychologickým vlivem. Se vzrůstající oblibou adrenalinových sportů vzniká otázka i psychologických kritérií sportu. Kódým se tohoto tématu dotkl v 70-tých letech, kdy zpracoval první psychologickou typologii sportovních činností. Snažil se o vymezení psychologických otázek výběru sportovních talentů. Určil tak několik skupin: senzomotorickou, funkčně-mobilizační, anticipační a sportovně technickou/rizikovou (cit. dle SLEPIČKY aj., 2009, s. 24).

Senzomotorickou označil skupinu sportů s vysokými nároky na koordinaci pohybu. Podmínky ovlivňuje rychlé a přesné vnímání v rámci sportovní činnosti. Nejčastější typy, se kterými se setkáváme je „oko – ruka“ a esteticko-koordinační.

Pod první patří sporty soustředěné na míření a spouštění vzhledem k cíli, střelecké. Do druhé řadíme gymnastiku, krasobruslení, freestyly

aj., sporty vyžadující vysoké nároky na ladné provedení pohybu. Zpravidla se zde posuzuje umělecký dojem sportovcova vystoupení. Pod pojmem funkčně-mobilizační sporty si můžeme představit ty sportovní aktivity, které kladou vysoký nárok na uvedení energetických funkcí sportovce do provozu. Jejich povahu určujeme podle času, tedy krátkodobou/jednorázovou. Řadíme sem atletické disciplíny jako skoky, hody nebo vzpěračské trhy. Zmobilizovat síly lze také prostřednictvím sportů s dlouhodobou povahou, jde tak o vytrvalostní sporty, dlouhé běhy, dálkové plavání, veslování, kanoistika apod. Velkou roli zde hraje vůle. Předvídání následných dějů a hledání, případně vymyšlení řešení, je určujícím prvkem pro anticipační sporty. Jde o velmi oblíbenou oblast her. Z psychologického hlediska určujeme podskupiny, individuální a skupinové. U individuálních sportovců řeší otázku předvídání činnosti soupeře a vymyšlení taktické reakce. Účastník skupinového sportu se zabývá otázkou součinnosti týmu v souvislosti s reakcí na činnost soupeře. Právě skupinová dynamika a herní tvořivost dělá tuto podskupinu populární. Speciální kategorií jsou sporty technické/rizikové. Sem zahrneme sporty jako jachtaření, plachtění, parašutismus nebo sjezdové, tj. lyže, snowboardy, kola aj. Do této řady spadá i velké množství adrenalinových aktivit.

Jednotlivé aktivity mohou zároveň patřit do více skupin nebo může být obtížné je vůbec zařadit do nějaké z nich.

2. 3 Motivační struktury

Příčina podněcující sportovního jednání, motivace ke sportu, je centrální tématikou psychologie sportu. Nemůžeme určit jeden izolovaný motiv vedoucí k jednání, ale mluvíme prakticky vždy o shluku motivů označovaných jako motivace. Každého sportovce ovlivňuje řada motivů, hlavních a vedlejších, navzájem splývajících, ale někdy i protichůdných

(TOD aj., 2012). Tyto struktury, jak nazýváme soubor motivů k jednání, souvisejí s osobností sportovce a podléhají určitému vývoji. Mezi hlavní faktory ovlivňující změny struktury patří věk a výkonnost sportovce.

První stádium se projevuje menší výběrovostí při volné sportovní činnosti, rozptýleností sportovních zájmů a častou fluktuací mezi sporty. Jde o fázi na počátku sportovní kariéry pojmenovanou jako generalizace motivační struktury sportovce. Rozhodování řídí vnější podněty a libost prožitků, ale i nahodilé okolnosti, jako vzdálenost od bydliště, četba, vliv blízkých lidí aj. Z anamnéz špičkových sportovců vyplývá, že v této etapě nebývá zastoupen sport, který sportovec nakonec dělá na profesionální úrovni.

Diferenciace motivační struktury, tedy rozdělování postoje sportovce ke sportovním činnostem na základě úspěchu či neúspěchu nastává ve druhé vývojové fázi. Motivace k dané aktivitě se už nezakládá na pouhém libostním uspokojení, ale trvalý základ motivace k určitému druhu sportu se staví na úspěších v této činnosti. S tím souvisí i převládající zaměření na daný pohyb, systematickosti tréninku, emocionální přístup a jeho doplňování racionálním poznáváním obsahu i teoretických základů určité sportovní disciplíny.

Soutěžní motivy přicházejí s třetím a kulminačním stádiem vývoje motivační struktury, stejně tak i motivy sebeuplatnění a sociální odezvy. Výkonnost je stavěna do služeb cílů osobních (vítězství, rekordy, sláva, finance), společenských (reprezentace, kontakty, mediální viditelnost), ale i řady vedlejších vytvářejících složitou motivační strukturu. Charakteristická pro tuto fázi je racionalita vztahu ke sportu. Jedinec se stane stabilní oporou družstva.

Poslední vývojové stádium se nazývá involuce motivační struktury. Nyní dochází k přeskupování motivační struktury. Seberealizační motivy pohánějící dříve jedince ke sportovní aktivitě ustupují do pozadí, primární pohnutkou ke sportování je samotné provádění činnosti pro ni

samu. Paradoxem ve světě profesionálního sportu je, že takto motivovaní sportovci podávají lepší výkony než dříve. Důvodem jsou získané zkušenosti, ale i vyrovnanost vztahu k úrovni vlastního výkonu. Nemalý vliv má i to, že jsou zbaveni pocitu nadměrné odpovědnosti, který je spojován s prestižním postojem (SLEPIČKA aj., 2009, s. 79).

2. 4 Sport a osobnost

V oblasti sportu, zvláště vrcholového, je osobnost sportovce nezanedbatelné téma. Pozornost věnovaná tomuto tématu vedla ke vzniku odvětví sportovní personologie, vědecké disciplíny, která se dnes považuje v podstatě za samostatnou (ŘÍČAN, 2007, s. 11). Zabýváme se zde hlavně dvěma otázkami: jak systematické sportování ovlivňuje osobnost člověka a obráceně, jak osobnost člověka ovlivňuje výsledky sportování. Zájem o jejich zodpovězení máme jak z pedagogického, tak i psychologického hlediska. K dosažení vysoké sportovní výkonnosti je třeba plánování a cílevědomé kontroly činnosti sportovce, stejně tak respektu k osobnosti sportovce.

Osobnost bychom mohli definovat jako jednotící pojem pro individuální duševní vlastnosti a procesy sportovce spojené s jeho tělesným sebepojetím (SLEPIČKA aj., 2009, s. 91). Vlastnosti se projevují v každé konkrétní činnosti sportovce a ovlivňují tak výkon a dosahování cílů. Rozdíl mezi chápáním osobnosti obecně a v rámci sportovní psychologie je v somatické stránce. Psychologie osobnosti se zabývá primárně osobností jako duševním celkem, ale osobnost sportovce v psychologii sportu je chápána ve vztahu k tělu. Osobnost se ve sportovní činnosti neustále dotváří a mění, stejně tak sebepojetí sportovce promítající se do osobnostních rysů.

Klíčem k trenérské činnosti je skutečné poznání osobnosti sportovce a následná úprava vedení rozvoje výkonnosti. Je třeba chápat rozvoj

výkonnosti v souvislosti s rozvojem celé osobnosti. Pravděpodobnost dosažení světové úrovně vzrůstá s pochopením této spojitosti. Trenér i divák mají možnost poznat sportovce prostřednictvím jednání během sportovní činnosti. Důležité je správně jednotlivé projevy chování rozšifrovat. Každý člověk se snaží intuitivně o psychodiagnostiku ostatních v kontaktu s jejich činností, aby pochopil ostatní a dokázal předvídat jejich chování. (Tato praktická psychologie je pro některé profese ohromou výhodou, patří sem i trenérství a učitelství).

K pochopení osobnosti je potřeba najít záchytné body, které usnadní následnou orientaci v osobnosti. Pomocným nástrojem pro specialisty může být příslušná teorie a psychodiagnostické prostředky. Takovým prostředkem je i biodromální psychologie neboli psychologie životní cesty (KULKA, 2008, s. 54). Jde o vývojové chápání postupných fází života, v rámci něhož je i zahrnuta sportovní kariéra. Osobnost sportovce je dlouhodobě ovlivňována třemi faktory: vrozenými anatomicko-fyziologickými předpoklady sportovce,

životním prostředím předsportovním, sportovním a mimosportovním a sociálním učením. Sociální učení má dvě podoby, nesystematické individuální učení nápodobou a institucionální systematickou výchovu a rozvoj osobnosti (SLEPIČKA aj., 2009, s. 94).

Otázkou, co je u osobnosti člověka podmíněno genetikou a co je ovlivněno výchovou, se zabýváme i ve sportovní psychologii, kde je jasné, že genetika hraje velkou roli u talentovaných sportovců, ale je vidět i vysoká míra trénovatelnosti člověka, kterou dokáže jedinec vykompenzovat nedostatek některých vrozených předpokladů. Jako modelové situace pro tyto dva vlivy slouží vývoj dvou typů sportovců.

První má velmi dobré genetické předpoklady, které mají za výsledek rychlou akceleraci sportovních úspěchů, ale osobnost neprochází velkým vývojem, co se motivovanosti týče. Druhý typ naopak nemá genetické výhody, ale vše dohání svým usilovným tréninkem a houževnatostí.

K cíli se dostane svou vytrvalostí a na tomto základě lze stavět i v dalších obdobích, kdy může nastat krize. Jaký typ vývoje kariéry je lepší pro budoucí úspěch? To nemůžeme jednoznačně určit, jelikož zde výsledek ovlivňuje lidský faktor. Dá se předpokládat, že nejlepší je kombinace obojího, tedy houževnatého talentu. Avšak pokud chceme dosáhnout takového výsledku a přetvořit osobnost jedince, je vhodné skloubit sportovní dispozice a adekvátní postoje k plnění tréninkových povinností. Výše zmíněné vlivy měnící osobnost sportovce jsou velmi rozmanité, proto každý sportovec oplývá zvláštním a neopakovatelným uskupením osobnostních vlastností.

Odpovědi na tři základní otázky: co sportovec může, co chce a jaký je, usnadní poznání osobnosti konkrétního sportovce. Jednotlivé otázky se věnují předpokladům k činnosti, motivačně volní oblasti a profilu osobnosti sportovce, tedy temperamentu, charakteru, sociálním vazbám a rolím, ale i tělesnému schématu.

Tělesný a duševní stav odhalí analýza pohybového projevu člověka. Vnímání sebe sama a hodnocení je ovlivněno tělesným sebepojetím, a ve finále přetváří naše chování a prožívání. *„James (1890) rozlišil dva základní aspekty self „I“ jako subjekt, který vykazuje vědomí jedinečnosti osobních zkušeností vedoucí k odlišení jedince od ostatních a „Me-self“, které je souhrnem všeho, co člověk považuje za sebe. James odlišil také materiální self, které je projevem vnímání vlastního těla a základnou hierarchické struktury sebevnímání“* (SLEPIČKA aj., 2009, s. 95). William James, americký psycholog, byl významnou osobností pro empirickou psychologii a zasloužil se o celou řadu poznatků, na které odkazujeme ještě dnes.

V rámci tělesného sebepojetí nachází Fox vztah mezi celkovou sebeúctou a vnímaným vzhledem. Vývoj jedince, tělesné zkušenosti, osobnostní struktura, hodnocení druhých i fyzické atributy mění tělesné sebepojetí. Ženy pak výrazněji prožívají svůj vzhled (body image), na

rozdíl od mužů, prostřednictvím něhož ovlivňují vztah k sobě samé, sebedůvěru, celkové sebepřijetí (cit. dle *Relationship between exercise and well-being*, 2004, s. 6). Psychiatr Kretschmer na základě tělesné konstrukce vytvořil typologii psychických vlastností. Pojmenoval tři tělesné typy: pyknik, astenik a atletický typ, k nimž i přiřadil osobnostní vlastnosti. Pyknik – tlouštík by měl být extrovert, společenský, otevřený, sociabilní a měl by mít v oblibě zdvořilostní rituály. Astenik – leptosom, který se pozná podle křehkého a vyhublého těla a schizotýmií se pozná podle introverze – samotářství a bohaté fantazii. Atletický typ, u něhož se viskózní osobnost příliš neujala, byl spojován s rozvinutými volnými vlastnostmi (cit. dle CAKIRPALOGLU, 2012, s. 71).

Sheldon rozpracoval somatotypy: endomorfie (viscerotonie), ektomorfie (cerebrotonie), mesomorfie (somatotonie) (cit. dle CAKIRPALOGLU, 2012, s. 73). Terminologie označující tělesné typy se ujala zvláště v oblasti kulturistiky, avšak u pojmů označujících osobnostní vlastnosti se neosvědčila. Viscera znamená vnitřnosti, viscerotonie je sklon k požívačnosti, hedonismu a klidu. Pojem cerebrotonie vychází z latinského označení mozku a má se vyznačovat sklonem k napětí a nepokoji. Jinými slovy jde o přecitlivělost a neurotické tendence v chování. Usilovné řešení problémů, netrpělivost a ctižádostivost je skryta pod pojmem somatotonie. Takový člověk se usilovně snaží o řešení problému, je netrpělivý a ctižádostivý, má sklon k silovému řešení potíží. Ve výzkumech se Sheldonova terminologie tělesných typů neosvědčila, avšak může být inspirativní. Jsou sporty, kde se vyskytují častěji endomorfní typy, např. vrhači, zápasníci nebo vzpěrači, u kterých se častěji objevují prvky dobrosrdečnosti, veselí nebo sociability. U ektomorfů, např. vytrvalostní běžců se setkáváme častěji se schizotýmií.

S rozdělením typů osobností v rámci sportu je spjata i téma problémových sportovců. Osobnost sportovce může být natolik složitá,

že trenéra dostane do bezradné situace. Problematicnost může souviset s výjimečností sportovce, celkově však jsou vymezené tři kategorie:

a) těžko trénovatelný sportovec (vzpíná se trenérovi, kritizuje program, argumentuje jinými autoritami aj.),

b) egocentrický sportovec (výrazné autistické myšlení, dominantní, žárlivý, těžko snášející prohru),

c) úzkostný a labilní sportovec (sklon k nervozitě, kolísající výkonnost, selhává ve vyhrocených situacích).

Výčet překážek však rozdělením těchto tří skupin nekončí, může se objevit řada drobnějších problémů jako uzavřený sportovec, strach z úspěchu, častá zranění atd. (SLEPIČKA aj., 2009, s. 99).

Všechny tyto obtíže jsou součástí charakteru sportovce, který vznikl kultivací a ustálil se v chování. Empirické psychodiagnostické výzkumy také zjistily, že jádro sportovního charakteru se projevuje výraznou potřebou výkonu. Není možné však toto prohlášení zobecňovat, v rekreačním sportu se vyskytuje celá řada sportovců bez výrazného zaujetí s tendencí měnit sporty, ale i špičkový sportovec se může přestat věnovat danému sportu po završení sportovní kariéry, klidně změni zaměření, nebo sportu zanechá úplně.

3 ZÁVISLOST

3. 1 Typy závislostí

Mezinárodní klasifikace nemoci říká, že při závislosti má pro jedince návykové chování mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Základní charakteristikou syndromu závislosti je touha. Definitivní diagnóza by měla padnout v případě, že v průběhu jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících úkazů:

a) silná touha nebo pocit puzení;

b) potíže v sebeovládání, pokud jde o začátek a ukončení chování nebo regulaci intenzity, případně frekvence;

c) tělesný odvykací stav, návykové chování je udržováno s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním, případně dochází k odvykacímu stavu typickému pro danou závislost, případně látku;

d) průkaz tolerance k účinku, vyžadování vyšších dávek případně intenzity, frekvence, aby se dosáhlo původního účinku (příkladem jsou jedinci závislí na alkoholu, kteří užívají takové množství látky, jež by zneschopnilo, nebo usmrtilo uživatele bez tolerance);

e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch závislosti, získávání nebo užívání látky nebo zotavování se z jejího účinku.

f) pokračování v užívání přes zjevně škodlivých následků (NEŠPOR, 2007). „*Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy), nebo širší řadu různých látek*“ (NEŠPOR, 2007, s. 10). Kódy závislostí se vztahují výhradně k návykovým látkám: alkoholu (F10.2), opioidům (F11.2), kanabinoidům (F12.2), sedativům nebo hypnotikám (F13.2), kokainu (F14.2), jiným stimulantům včetně kofeinu a pervitinu (F15.2), halucinogenům (F16.2), tabáku (F17.2), organickým rozpouštědlům

(F18.2) a několika látkám nebo jiným psychoaktivním látkám (F19.2). Z toho kódování jednoznačně vyplývá, že závislosti na práci, internetu, patologické hráčství ani nestřídmé požívání projímadel není závislostí v pravém slova smyslu. Přesto se některá návyková chování dostala do diagnostických manuálů.

Ve spojitosti se závislostí je používán termín carving, neboli bažení. Dá se definovat jako touha pociťovat účinky psychoaktivní látky. Díky Isbellovi odlišujeme bažení tělesné a psychické, projevující se v mozku různě (KALINA aj., 2015, s. 191). Při bažení v případě návykových látek dochází k aktivaci určitých částí mozku: dorsolaterální prefrontální kůry, limbického systému, amygdaly a mozečku. Jde o centra související s emocemi a pamětí. Dochází také k oslabení paměti, prodloužení reakčního času, abnormálním nálezům na elektroretinogramu (záznam elektrické aktivity sítnice), zvýšené tepové frekvenci systolického krevního tlaku, snížení kožního galvanického odporu, vyššímu slinění (u závislých na alkoholu).

Některé výše uvedené příznaky se projevují i při stresu. Stres i bažení může také negativně působit na kognitivní funkce, schopnost rozhodování. Občas craving vede k zvýšenému riziku recidivy, někdy však může vést ke zvětšené opatrnosti vůči nebezpečným situacím.

Craving zhoršuje schopnost sebeovládání, avšak někteří lidé trpící silným bažením mohou mít zachovalé sebeovládání. Také je možné, že si člověk stav bažení nemusí uvědomovat a přesto je schopnost ovládat vztah k látce narušena. Nastává to typicky u lidí, kteří si špatně uvědomují sami sebe a své emoce. To může nastat v důsledku nadměrné únavy, návykové látky, rychlé recidivy návykového chování nebo sklonu k popírání a potlačování bažení.

Nešpor také uvádí tři možnosti schémat vztahu mezi bažením a sebeovládání (NEŠPOR, 2007). První možností je spouštěč, který vyvolá bažení, a to následně zhorší schopnost ovládání sebe sama. Druhé

schéma poukazuje na schopnost učení se. Spouštěč podnítí bažení. To jedinec zvládne, poučí se zkušenosti a začne se vyhýbat spouštěčům. V třetím případě spouštěč vyvolá bažení, to jedinec zvládne, ale následně podcení vliv dané spouštěče, což v budoucnosti může vyvolat další silná bažení a ohrozit tím sebeovládání.

K určení diagnózy somatického (tělesného) odvykacího stavu musí být splněna následující kritéria: čerstvé vysazení či snížení látky po opakovaném /dlouhodobém užívání, příznaky odvykacího syndromu, nevysvětlitelné tělesné onemocnění nezávislé na užívání látky (nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou).

Návykové látky mají i svá typická diagnostická kritéria. Pro odvykací syndrom alkoholové závislosti je charakteristická bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep, vyšší krevní tlak, nevolnost, zvracení, přechodné halucinace nebo iluze, psychomotorický neklid, pocit slabost nebo onemocnění, poruchy spánku, třes prstů, víček nebo jazyka (POKORNÝ, 2002). U kanaboidů (např. marihuany nebo hašiše) se projevy dostavují ve větším časovém rozsahu, od několika hodin do sedmi dní. Dostavuje se úzkost, podrážděnost, svalová slabost, pocení nebo třes rukou. Svá specifika mají i ostatní kategorie, některé projevy se prolínají a někdy se také mohou objevit nestandardní symptomy. Látkové závislosti a mohou v odvykacím stavu přinášet svá nebezpečí, zvláště alkohol, v podobě epileptických záchvatů nebo deliria.

S dlouhodobým užíváním návykové látky roste i tolerance vůči ní a vede k navyšování látek pro dosažení tíženého efektu. Není zcela jasné, jak tolerance vzniká. Může to být v důsledku nižší reaktivity centrálního nervového systému na návykovou látku. Také to může být adaptací organismu na přijímané množství, v jehož důsledku dochází k rychlejšímu odbourávání. Ve spojitosti s morfinem se také mluví o poklesu tolerance v důsledku imunologické reakce organismu. S tolerancí se však navyšují často nejen finanční náklady na závislost, ale

i časová kapacita. Upřednostňování aktivit spojených se závislostí na úkor jiných činností je velmi často se vyskytující známka závislosti. Vyskytuje se také stereotypní chování ve vztahu k návykové látce. Jedním z důležitých kroků po skončení léčby je právě vyplnit tento čas jinými aktivitami, které by člověku vynahradily původní čas strávený bažením (POKORNÝ, 2002).

Posledním znakem závislosti je pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků. Klient musí být o škodlivých následcích informován, aby byl tento příznak diagnosticky validní. V případě, že člověk o negativních důsledcích svého návykového chování ví, a přesto pokračuje, jedná se o znak závislosti. Propojuje se zde s dalším znakem, a to sníženou schopností sebeovládání. Obdobná kritéria pro stanovení diagnózy závislosti jsou uvedena v Diagnostickém a statistickém manuálu psychiatrické asociace (DSM – V).

Nelátkové návykové chování není sice v pravém slova smyslu závislost, ale i přesto je patologické hráčství zařazeno do Mezinárodní klasifikace nemocí mezi „návykové a impulzivní poruchy“. V předchozí verzi však tato diagnostická jednotka neexistovala. Americká psychiatrická asociace už tuto formu závislosti zařadila mezi (MKN-10) stanovila znaky, podle nichž stanovuje diagnózu: během nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě a více hráčství, činnost není výnosná, vyvolává tíseň, narušuje každodenní život, pocit silného puzení ke hře (těžko ovladatelné), zaměstnávají ho také myšlenky na hraní.

Lidé hrající s motivem vzrušení ze hry nebo výhry peněz jsou častěji schopni držet svůj zvyk na uzdě v případě nepříznivých důsledků. Diagnostická kategorie nepatří mezi návykové a impulzivní poruchy, ale toto chování spadá mezi faktory ovlivňující zdraví a kontakt se zdravotnickými zařízeními (VACEK, 2011). V případě patologického hráčství rozlišujeme nadměrné hráčství u manických klientů, u sociopatických osob. Znaky závislosti na návykových látkách jsou velmi

podobné znakům patologického hráčství. Americká psychiatrická asociace uvedla svou definici patologického hazardního hráčství a diagnostické kategorie.

Specifickou kategorií závislostí je abúzus látek nevyvolávající závislost. Nepůsobí přímo na psychiku. V rámci této závislosti byly stanoveny kódy stejně jako u látkových závislostí: antidepresiva (F55.0), laxativa (F55.1), analgetika (F55.2), antacida (F55.3), vitamíny (F55.4), steroidy (F55.5), přírodní nebo lidové preparáty (F55.6), jiné látky nevyvolávající závislost (F55.7) a nespecifikované (F55.8). V zásadě se dá říci, že se dají prakticky zneužívat všechny látky (NEŠPOR, 2007).

U závislosti na počítači a internetu dochází ke stejným projevům jako u látkových závislostí, a to silné touze, potížím se sebeovládáním, odvykacími stavy, toleranci, postupnému zanedbávání jiných potěšení a pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků. Patologický vztah k počítačům patří také mezi návykové a impulzivní poruchy stejně jako patologické hráčství. Psychiatr N. Shapiro se svým týmem studoval skupinu 14 osob a zjistili, že ve skupině se objevuje vysoký výskyt jiných duševních problémů, zvláště bipolární afektivní porucha, úzkostná porucha, bulimie, patologické nakupování, sklon k nezvladatelnému hněvu a zneužívání alkoholu nebo jiných návykových látek (cit. dle SEKNIČKOVÉ, 2012). Jiné výzkumy vedly k závěru, že nadměrné trávení času na počítači a internetu může souviset s nezvladatelným partnerským konfliktem nebo syndromem vyhoření. Problém nadměrného věnování se počítači však také může být symptomem workoholismu. Dnes se často vyskytuje závislost na počítačových hrách, riziko vzniká nejvíce u dětí. U nich jsou rizika spojená se zanedbáváním školy, zaostáváním v sociálních dovednostech, ohrožení zdravého vývoje pohybového systému, prvky násilí a riskování v mnoha počítačových hrách. Internet funguje jako prostředník hazardních a počítačových her, ale je také využíván za účelem sledování pornografie nebo k účasti v diskusních skupinách (NEŠPOR, 2011).

Cesta léčby nadměrného užívání počítače a internetu vede přes práci s motivací, změnu životního stylu, sebeuvědomění – rozpoznání spouštěčů a vyhýbání se jim.

Zpopularizovaným patologickým chováním je závislost na sexu, i zde probíhají obdobné projevy závislosti. U žen tuto hypersexualitu nazýváme nymfománií, u mužů satyriazií. Sex také může sloužit jako forma úniku před nevyřešenými problémy v jiných oblastech života. Sexuální porucha chování se častěji vyskytuje v druhém desetiletí věku nebo v rané dospělosti. Představa o hypersexualitě se různí. Rozdílné názory existují mezi kulturami, ale i v rámci partnerství. V souvislosti s patologickým vztahem k sexu se vyskytují sexuálně orientované myšlenky nutkavého charakteru a opakované problémové chování. Tyto projevy působí často značné utrpení pro samotného člověka, ale i jeho okolí. Závislost na sexu přináší i svá zdravotní rizika v podobě sexuálně přenosných nemocí. Stejně jako je možné navštěvovat skupiny anonymních alkoholiků nebo gamblerů, je možné využívat skupinové i individuální psychoterapie v případě hypersexuality. Jako doplněk léčby slouží i vhodné léky. V některých případech může být doporučeno i ústavní léčení (NEŠPOR, 2011).

Veřejně známá závislost na práci podle Mezinárodní klasifikace do diagnózy závislosti nespadá. Avšak pořád se jedná o reálný problém. Často odbornou pomoc vyhledává partner závislého, než sám postižený. Přestože toto problémové chování není klasifikováno jako závislostní, existují diagnostické testy, např. Work addiction risk test (Test rizika závislosti na práci), které napomáhají k uvědomění si problému. Profesor B. E. Robinson rozlišil typy „workoholiků“: urputný typ dřiče (nadměrná až neustálá práce, která vede k riziku chybných úkonů, pracovním úrazům nebo zdravotním poruchám), záchvatový typ (nárazové záchvaty nadměrné pracovitosti střídané apatií, nezájmem), hyperaktivní typ s poruchami pozornosti, pracovní labužník (pedanti, perfekcionista), opečovávač (obětují se pro blahu druhých) (cit. dle NEŠPORA, 2007, s.

38). Zde není pocit bažení tolik zřejmý jako u předchozích závislostí, za velkým pracovním vyčerpáním se totiž schovává pocit užitečnosti, kompetence nebo zdání jistoty a bezpečí. Často nastává situace, kdy lidé poukazují na svůj nezdravý vztah k práci a berou ho jako svou přednost.

U patologického nakupování dochází ke sporu, projevy nakupování jsou dost obdobné ostatním závislostem, přesto o něm nenajdeme zmínku v Mezinárodní klasifikaci nemocí ani v klasifikaci nemocí Americké psychiatrické asociace. Je spíše řazeno k nutkavým poruchám, k návykovým a impulzivním poruchám, kam patří jiná návyková chování. Jasno není ani v terminologii, někteří používají název nutkavé utrácení, jiní oniomanie, nutkavé nakupování nebo závislosti na nakupování (STATNÍKOVÁ, 2014). Výzkum v USA, Kanadě, Německu a Velké Británii ukázal, že tento problém postihuje 2 – 10 % dospělé populace, ve větší či menší míře. Podle psychologů náchylnost k chorobnému nakupování zesiluje nedostatek sebevědomí nebo stresující situace. Nákupy přicházejí v tazích s přestávkami trvajících od pár dní do týdne, ale i déle. Důležitým předpokladem pro léčbu je identifikace spouštěče návykového chování a hledání cesty k přerušení myšlenkového řetězce, emocí a chování vedoucí k setkání se spouštěčem, následně k návykovému chování nebo debaklu. K ovládnutí nutkání se uvažuje i o antidepresivech, psychoterapii a postupech zlepšujících sebeovládání.

3.2 Závislost na sportu

Pojem závislost na sportu se objevil už v 70. letech. Je často používaný mezi laiky, přesto řada odborných publikací nezahrnuje tento typ závislosti do výčtu návykového chování a závislostí. Avšak najdeme diagnostické manuály, kde je uvedený. Návykové chování je často popisováno jako impulzivní. Impulzivita je charakterizována rychlými a

neplánovanými odpověďmi na vnitřní nebo vnější stimul. Cvičení je příjemná aktivita, která se může stát formou závislosti. Na rozdíl od poruchy kontroly impulzů zde často závislosti předchází významný myšlenka. Závislá osoba často vnímá negativní důsledky, ale ve finále je ignoruje. Také v porovnání s poruchou kontroly impulzů se zde vyvíjí odolnost a abstinční příznaky.

Jistou podobnost závislosti na sportu vidíme i v kompulzivní poruše, který spočívá v ritualizovaném a stereotypním chování. Nejtypičtějším příkladem je častá kontrola (např. zamčených dveří) nebo mytí rukou. Důležitým prvkem kompulzivity je nutkání nebo touha udělat danou věc. Tato porucha je však rozdílná od obsedantně-kompulzivní poruchy. Obsese je zaměřená na nereálné výsledky. Závislá osoba přemítá nad realistickými negativními výsledky svého chování. Kompulzivní porucha, jako typ úzkostné poruchy, je v první řadě udržována negativními myšlenkami prostřednictvím snižování úzkosti. Závislost na cvičení v kompulzivní podobě se projevuje účinkem změny nálad. Patří sem nejen zvýšení úzkosti, ale i další negativní dopady jako vztek, deprese nebo pocity nudy. Závislost je udržována prostřednictvím pozitivních vlivů jako zlepšování nálady, zvyšování sebeúcty nebo zlepšení vzhledu (FREIMUTHOVÁ aj., 2011).

Mezi typické charakteristiky závislosti na sportu patří: častá zvýšená hladina úzkosti pokud jedinec nedodrží cvičební rutinu, omezování pracovních, společenských a interpersonálních vztahů kvůli aktivitě, zvyšování úzkosti a stresu v důsledku sportovní aktivity, rigidní sportovní program, výmluvy na bezstarostnou konzumaci kalorií nebo předcházení špatné náladě, při zranění nebo nemoci stále pokračují ve sportovní činnosti, i když jsou informováni o negativních důsledcích, patří sem i občas obsedantní chování a snaha vyniknout.

HANSENBLASOVÁ a DOWNSOVÁ (2009) identifikovali závislost na cvičení na základě kritérií, která vycházejí z Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM – IV TR):

a) tolerance – vzrůstající množství/intenzita cvičení k docílení pocitu zaslouženého efektu, pocitu vzrušení či úspěchu;

b) abstinenční příznaky – negativní projevy při vynechání cvičení jako úzkost, podrážděnost, neklid či poruchy spánku;

c) ztráta sebeovládání – neúspěšné pokusy o snížení úrovně nebo ustálení množství cvičení na určité období;

d) efekt úmyslu – neschopnost udržet se zamýšlené rutiny cvičení a neustálé překračování zamýšlené intenzity či frekvence cvičení;

e) čas – velká část času strávena přípravou na cvičení, samotným cvičením nebo zotavováním se po fyzické aktivitě;

f) snížení dalších aktivit až stopnutí – sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit ve prospěch cvičení,

g) pokračování – pokračování v dané aktivitě, přestože jedinec ví, že to povede k fyzickým, psychickým nebo mezilidským problémům a jejich zhoršování.

Sedmdesát jedna procent fyzioterapeutů uvádí, že zaznamenali u závislých problémy s komunikací a dodržováním úmluv. Doporučují přístupy k léčbě, které jim v praxi nejvíce fungují. Zahrnuje to vzdělávání, předepsané snižování aktivity nebo aktivitu alternativní, nejčastěji však kombinaci všech tří strategií (KIRKBY, 2009). Vzdělávání se týká především potenciálních důsledků zranění nebo jeho způsobů léčení. Svě metody mají i terapeuti, kteří používají katastrofické scénáře, nazývané šoková terapie. Popíšu nehorší možnou situaci, která může nastat. Tíženým efektem je vystrašit klienta natolik, aby si uvědomil svůj nezdravý vztah ke sportu. Druhou metodou je doporučení. Terapeut může klientovi doporučit různé způsoby chování vedoucí

k pozitivní změně. Třetí metoda je stejná, jakou navrhuji i fyzioterapeuti, a to stanovení omezení aktivity nebo alternativní činnost, která dovoluje fyzický rozvoj bez dalšího zranění. Je potřeba se věnovat i psychoterapeutické léčbě využívající modelové změny chování, poradenství nebo technik sportovní psychologie (KIRKBY, 2009).

Je prokázáno, že fyzická aktivita posiluje fyzické i psychické zdraví. Pokud se cvičení změní v kompulzivní chování, může ohrožovat zdraví a zvyšovat riziko nemoci či zranění. Fenomén kompulzivního nebo nadměrného cvičení byl označen jako závislost na cvičení. Existuje také definice závislosti na cvičení, která říká, že se jedná o fyzickou aktivitu prováděnou pravidelně jednou a vícekrát denně, u níž jedinec postupně zvyšuje prioritu cvičení nad ostatní aktivity. Rozlišujeme také formy závislosti, a to pozitivní, negativní, patologické cvičení, fitness fanatismu nebo atletický neurotismus (KIRKBY, 2009).

Závislost na cvičení je potřeba odlišovat od cvičení, které se provádí ve vysoké frekvenci. Olympijský atlet může většinu času věnovat přípravě na závody a snižuje množství času strávené jinými aktivitami (NOVÁ, 2010). Mohou se také dostavit abstinenční příznaky při přerušení nebo snížení aktivity. Přestože se u dotyčného projevují 3 znaky závislosti na cvičení, nemusí být nutně závislý. I zdravý člověk může sdílet znaky závislosti jako tolerance. Normální pohyb však brání vzniku negativních důsledků ve formě fyzických zranění nebo rušení jiných aktivit. Určení fází závislosti by mělo pomoci s odlišením závislosti od pouhé vysoké frekvence nebo rekreačního cvičení. Tyto fáze mají pomoci odborníkům v různých odvětvích rozhodnout, kdy se normální chování mění v návykové, a kdy se návykové chování vrací k normálnímu. Fáze se řídí třemi složkami: motivací (na základě motivace ke cvičení na dané úrovni), důsledky a četností/kontrolou (FREITMUTHOVÁ aj., 2011).

Fáze 1: Rekreační cvičení – aktivita je příjemná a přináší primárně uspokojení, rekreační cvičení zvyšuje kvalitu života. Výzkum ukazuje,

že zdroje motivace v této fázi vedou ke zdraví a fyzické zdatnosti. Chování je pod kontrolou. Jedinec se drží svého cvičebního programu a je schopný zrušit to, co si naplánoval.

Fáze 2: Rizikový pohyb – rekreační cvičení poskytuje možnosti objevit, zda je jednání opravdu prospěšné, případně zda nese rizika. Odhaluje osoby s potenciálem změn nálad a chování. Pohyb slouží k navýšení pozitivních vlivů jako zvýšení sebevědomí a snížení negativních vlivů spojených s depresí a úzkostí. V některých případech tyto změny nálady byly spojovány se změnou chemických funkcí mozku.

Vliv cvičení na změny nálad se může vyskytovat u kohokoli, ale ne všichni, kteří cvičí s vysokou frekvencí a intenzitou, se musí nezbytně stát závislými na cvičení. Ti, kteří si nevypěstují problém se cvičením, mohou být pouze velkými fanoušky pohybu.

Existuje také výzkum, který ukazuje, že vysoce zainteresovaní jedinci se prokazují 3 běžnými rysy pro závislé: časté myšlenky na daný pohyb, pozitivní pocity spojené se cvičením, tolerance. K předpovědi, že by se z milovníka sportu měl stát plně závislý, slouží ukazatele: biologické (genetické, neurologické), psychologické (negativní vrstevníci, užívání drog u rodičů, nízké sebevědomí, mladistvá delikvence, nízká úroveň sociální konformity). Tyto faktory jsou známé jako ovlivňující závislost všeobecně.

Pravděpodobnost závislosti se zvyšuje pro ty, kteří aktivitu vykonávají za účelem úniku před nepříjemnými emocemi, změny vzhledu nebo zvýšení sebevědomí, v porovnání s těmi, kteří cvičí s cílem zlepšit výkonnost a fyzickou kondici. Důsledkem takového chování bude pravděpodobně zvyšování frekvence a vznik problematického chování. Z hlediska pozorovatelných znaků je tato přechodná fáze velmi důležitá. Je to období, kdy člověk přechází z rizikového bodu do počáteční závislosti a dochází k periodickým ztrátám kontroly chování, které se objevují v delších periodách a větší intenzitě, než je zamýšlena.

Negativní důsledky nabývají na četnosti. V rizikové fázi jsou negativní důsledky hlavně přímým důsledkem cvičení, na rozdíl od pozdějších nepříznivých účinků, které jsou více interpersonálního charakteru.

Fáze 3: Problematické cvičení – třetí fáze nastává, když se rekreační cvičení stane každodenní fyzickou aktivitou. Ti, u kterých se cvičení stává problematickým, začnou organizovat svůj den podle cvičebního režimu a režim se stává více a více přísným. Dalším určujícím prvkem problematické úrovně je charakter negativních důsledků. Předtím neblahé vlivy vznikaly přímo z chování a převažovaly pozitivní projevy fyzické aktivity, na problematické úrovni vedlejší negativní důsledky převažují.

V problematické fázi už nastává situace, kdy jedinec pokračuje ve svém chování, přestože už dosáhl stanovené cíle. Stejně jako problematický piják, který pokračuje v pití, i když se objevila žádaná úleva stresu. Udržet kontrolu svého chování se stává obtížnějším, protože když s cvičením ustane, dostaví se abstinenci příznaky. O myšlence, že závislostní chování u fyzické aktivity je spojené s klasickými znaky závislostní tolerance a abstinenci příznaky, se diskutuje. Minimálně je zde dobrý důkaz, že aerobní cvičení a intenzivní využívání velkých svalů, je spojené se změnami endorfinů (LEUNBERGER, 2006). Když tělo snižuje produkci endorfinů spolu s odpovědí na cvičení, absence pohybu může být spojena s abstinenci příznaky. Na této úrovni cvičení slouží k odstranění efektu změn nálad, ale i k odstranění abstinenci symptomů. Také můžeme zaznamenat, že chování začíná být nediskriminující. Standardně člověk preferuje nějakou formu pohybu, ale v této fázi závislosti se budou zkoušet i jiné formy pohybu, když jeho preferovaná forma není dostupná.

Fáze 4: Závislost na cvičení – frekvence a intenzita cvičení se stále stupňuje, dokud se tento prvek života nestane hlavním organizačním principem. Závislý cítí fyzický úspěch a pocit uspokojení, ale pokračuje

dále v běhu, zvedá více závaží nebo se účastní více lekcí. V souladu s paradoxní povahou návykového chování, které začalo jako způsob jak si udělat život snesitelnější prostřednictvím lepšího zvládnutí situace, nakonec dělá život neovladatelným. Radost z pohybu ustupuje a hlavní motivací se stává snaha vyhnout se abstinčním příznakům. Přímé a vedlejší negativní důsledky se projevují i nadále a vedou k terciálním negativním vlivům ve formě zhoršení zvládnutí každodenních úloh (FREIMUTHOVÁ aj., 2011).

Mimo jiné je důležité mít na paměti, že závislost na sportu se často vyskytuje s jinými závislostmi. Pokud nedojde k jejich odhalení, to často komplikuje celý proces léčby. Velký důraz a pozornost by měla být kladena na spojitost k poruchám příjmu potravy. 39 – 49 % lidí trpících poruchou příjmu potravy má i závislost na sportu. Vztah mezi závislostí na cvičení a poruchou příjmu potravy má význam pro diagnostiku a léčbu.

COVEARLY - VEALIOVÁ (1987) odlišuje primární a sekundární závislost na cvičení. Primární závislost na cvičení se objevuje bez poruchy příjmu potravy. Hubnutí je sekundární ke spotřebě kalorií, diety se dodržují výhradně za účelem zvýšení výkonnosti. Nicméně pro některé jedince je hlavním motivem ke cvičení hubnutí, které dovedou do extrému. Tato primární závislost na cvičení dostala speciální název atletická anorexie. V případě sekundární závislosti se cvičení vyskytuje s poruchou příjmu potravy. Mezi typické znaky patří cvičení spojené se zvracením nebo projímadly. Chování závislým pomáhá předcházet důsledkům konzumování kalorií. Pokud se u jednoho člověka vyskytuje závislost na sportu i porucha příjmu potravy, vzniká zde nebezpečí, že bude léčen pouze jeden problém. Jelikož je porucha příjmu potravy rozšířenější problematikou, může se stát, že závislost na pohybu zůstane bez povšimnutí. V průběhu léčby dojde ke zlepšení vztahu k jídlu, ale klient nemusí stále přibrat na váze. Důvodem je přidružená závislost,

klient ovládá svou váhu zvýšením cvičebního režimu (FORTIER a FARREL, 2009).

Odborníci specializující se na návykové chování a závislosti jako závislost na sexu, práci a nekupování, se budou snažit pochopit závislost na cvičení. Existují důkazy, že cvičení zmírňuje abstinenci příznaky kokainové závislosti. V případě behaviorálních závislostí se frekvence závislého jednání snižuje a je tedy možné, že se původní prostředek ke zmírnění projevů jedné závislosti stane problematickým. Nahradí totiž funkci změny nálad původní závislosti. Potřeba být pozorný ke znakům závislosti na cvičení není omezena jen na ty, kteří závislost léčí. Někteří psychoterapeutičtí klienti využívají cvičení jako hlavní formu regulace nálady. Vědomí o fázích závislosti na cvičení pomůže klinickým pracovníkům s vyhodnocením, jestliže se rekreační nebo rizikové chování stává problematickým nebo plně návykovým. Když je cvičení doporučeno pro svůj efekt změny nálad, odborníci si budou chtít být jistí, že se doporučený režim nepřesáhl, a zůstanou pozorní vůči znakům, že se cvičení stává problematické (KIRKBY, 2009).

Cílem léčby v případě závislosti na sportu není přímo abstinence, která je vyžadována u některých forem závislostí, zvláště u látkových. Cvičení v rozumné míře je potvrzený zdravý prospěšný zvyk. Typickým cílem léčby bude návrat k přiměřenému cvičení. V některých případech je doporučena nová forma pohybu, např. běžci doporučí plavání. V jiných případech osoba pokračuje v provádění stejné aktivity, ale ve více kontrolované nebo rozumnější míře. Ať už se umírňuje původní aktivita nebo se původní nahrazuje jinou, odborní pracovníci mají k dispozici popsané čtyři fáze závislosti, aby pomohli klientům rozeznat problematické nebo závislostní chování od rozumného rekreačního cvičení. Jako u většiny behaviorálních závislostí jsou obvykle doporučované nějaké formy kognitivně-behaviorální terapie. Jednou z prvních záležitostí k řešení bude motivovat klienta k dané léčbě. Poté co je motivovaný, se pozornost může stočit k identifikaci a napravování

automatických myšlenek, které jsou spojené s ovládním těla, a myšlenek, že cvičení je vždy dobré, i když je v nutkové podobě. Behaviorální strategie jako kontingenční management upřednostňuje abstinenci oproti udržení nižší hladiny typu cvičení, které bylo součástí návykového chování.

3. 3 Rizikové faktory závislosti

Jedním z vlivů působících na vývoj a charakter člověka je sociální prostředí, nejbližším je rodina. Rodina může přinášet řadu rizikových, ale i projektivních faktorů, tzn. přímo nebo nepřímo se podílí na vzniku a rozvoji závislosti. Mezi rizikové faktory na úrovni rodiny patří výskyt neléčeného a nezvládaného návykového chování u rodičů, nestanovená pravidla a hranice chování dítěti, nedostatek času, péče a citové vazby věnované dítěti, ale také přehnaná přísnost, nepřiměřené fyzické násilí vůči dítěti, týrání, sexuální zneužívání, schvalování pití alkoholu, užívání drog, nízká očekávání od dítěte a podceňování, vážná duševní choroba rodičů, špatné hmotné podmínky rodiny, špatné fungování rodiny, časté stěhování rodiny, život bez rodiny nebo domova. Pro dospělé se vyskytuje riziko spojené s partnery, pokud partner/ka užívá nějaké návykové látky, zvyšuje se riziko i u jedince. Rizikovým faktorem je i duševní nemoc partnera. V partnerství se také objevují takzvaní umožňovači, ti, kteří usnadňují návykové jednání, chrání závislého před následky. Výsledkem takového jednání může být oslabená motivace k pozitivní změně.

Rodina také přináší řadu protektivních činitelů, které jsou opakem rizikových faktorů, tj. přiměřená péče a věnovaný čas dítěti, pevné citové vazby, stanovená pravidla výchovy a pozitivní hodnoty, spolupráce rodičů při výchově, odmítání návykových látek zejména u dětí a dospívajících, respekt a přiměřená očekávání od dětí, zvládnuté způsoby

zvládání stresu, pocit bezpečí dítěte, duševní zdraví rodičů, zdravý sociální kontakt rodiny, povzbuzování ke zdravým zájmům, dobré mezigenerační vztahy, partneři odmítají návykové látky, duševní zdraví partnera.

Rodina působí na jedince nejvíce, ale jsou tu i další faktory z okolního prostředí jako škola, kamarádi nebo masmédia či životní prostředí. Také se uplatňuje špatný prospěch, necitlivý přístup učitele, ale názory vrstevníků nebo tlak masmédií může vést k návykovému chování.

Nedá se říci, že pokud se rodina drží všech projektivních činitelů, vyhnout se tak závislosti. Žádná osobnost není zcela chráněna proti vzniku závislosti. Avšak riziko některé z podob závislosti roste u osob citlivých, zranitelných, úzkostných, trpících komplexem méněcennosti, ale také extrovertních, které mají tendenci být impulzivní, dramatizovat, také jedinci se zvýšenou sebestředností, u konfliktních nebo agresivních lidí. Bohužel zde mohou hrát důležitou roli i genetické předpoklady nebo životní události jako mozkové poškození, duševní porucha nebo dlouhodobé onemocnění (GÖHLERT a KÜHN, 2001).

4 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

4.1 Cíle výzkumu

Tento výzkum byl proveden z několika důvodů. Hlavním důvodem bylo zjistit, zda existuje závislost na sportu, vzhledem k tomu, že ji některé odborné prameny nepovažují za závislost v pravém slova smyslu. Přesto se do popředí zájmu v posledních desítkách let dostávají behaviorální závislosti, které si už našly místo v odborné literatuře specializované na rozlišení závislostí. Návykové chování u těchto závislostí, jako je závislost na sexu nebo počítači, provázejí obdobné projevy jako u závislosti na sportu. I zde je důležité rozlišit, kdy vztah ke sportovní aktivitě začíná být problémový. K rozlišení rekreačního sportovce od profesionálního nebo závislého slouží popis jednotlivých fází závislosti na cvičení, které vycházejí z fází závislosti látkové. Charakteristické znaky jednotlivých stádií napovídají, co právě jedinec ve vztahu k fyzické aktivitě prožívá.

Druhým důvodem výzkumu této diplomové práce je normalizace úrovně, při které roste riziko vzniku závislosti na sportu. Proto výzkum jsem zvolila dvě skupiny respondentů, které by měly pomoci s odpověďmi na otázky. První vzorek skupiny (skupina A) by měl ověřit platnost hypotéz. Tvoří ho sto respondentů od osmnácti let, kteří provozují nějakou sportovní aktivitu dvakrát a vícekrát týdně pravidelně po dlouhou dobu. Kontrolní skupina (skupina B) se skládá také ze sta respondentů od osmnácti let, ale cvičení se věnují málo nebo nepravidelně, maximálně jedno týdně. Předpokladem pro tuto domněnku je, že znaky rizikového až problémového chování v případě první skupiny budou častější, než u skupiny druhé.

4.2 Hypotézy

Hypotéza 1: V důsledku pravidelného a dlouhodobého sportování je možné získat závislost na sportovní aktivitě.

Hypotéza 2: Normativní hranice pro vznik závislosti je při pravidelném a dlouhodobém provádění aktivity minimálně dvakrát týdně.

4.3 Použité metody

Výzkum byl proveden pomocí kvantitativní dotazníkové metody vzhledem k nesporným výhodám, které tato metoda přináší. Pokud je dostatečně velký vzorek, lze výsledky výzkumu zobecnit na populaci. Oproti kvalitativnímu výzkumu poskytuje rychle a přímočaře sběr potřebných dat. Vzhledem k povaze dat jsou údaje přesné a rychle analyzovatelné, zvláště v současné technicky zaměřené době. Výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi. Avšak v porovnání s kvalitativním výzkumem nedává prostor pro nové objevy. Může pouze potvrdit nebo vyvrátit již zavedené teorie.

Sběr dat byl proveden formou dotazníků. I dotazníková metoda přináší své nepopiratelné klady, proto je i nejčastějším diagnostickým nástrojem. Výpovědi dotazníků jsou minimálně ovlivněny výzkumníkem. Jsou založené na subjektivní výpovědi vyšetřované osoby a jejích vlastnostech, citech, postojích, názorech, zájmech aj. Konstrukce dotazníku vychází z principu introspekce, protože odpovědi jsou závislé na vnitřních prožitcích dotazového. Respondent označí odpověď, které podle jeho názoru nejlépe vystihuje zkoumaný znak. Potřeba introspekce u respondenta je i nevýhodou, jelikož ne vždy je dotazovaný schopen sám sebe adekvátně ohodnotit.

Vzhledem k požadavku specifických vlastností skupin respondentů jsem zvolila pravděpodobnostní výběr, konkrétně systematicky náhodný. U

skupiny A jsem oslovovala sportovní kluby, centra, ale i weby zaměřené na různé sporty. K získání vyplněných dotazníků jsem využila on-line dotazníky, ale některé kluby jsem navštívila osobně s dotazníky v papírové formě. Sběr dat u skupiny B byl o poznání jednodušší. Vzhledem k množství sociálních sítí stačilo dotazník k výzkumu zveřejnit a požádat cílovou skupinu o vyplnění.

Pro účely tohoto výzkumu byl zvolen screening EDS-21 (Exercise Dependence Scale – 21/Dotazník vztahu ke sportu-21). Jde o vícedimenzionální nástroj pro zjištění úrovně závislosti, vytvořený HAUSENBLASOVOU a SYMONS DOWNSOVOU (20002). Jako testovací vzorek pro jeho tvorbu sloužili převážně američtí vysokoškolští studenti, kteří se věnovali převážně fitness. Dotazník EDS-21 řeší závislost na cvičení podle kritérií pro drogovou závislost uvedenou v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch-IV (DSM-IV). Pomocí této metody bychom měli dospět k celkovému průměrnému skóre u příznaků pro závislosti na sportu. Rozlišuje 3 skupiny:

a) s rizikem závislosti na cvičení – rizikovní, do této skupiny jsou zařazeni ti, kteří jsou klasifikováni v rozmezí závislosti ve 3 a více DSM kritériích. Rozmezí závislosti je potvrzeno, pokud skóre ukazuje 5 nebo 6 u dané položky.

b) bez závislosti, ale symptomatické – symptomatici, vykazují znaky závislosti, avšak ne v takové míře, aby byli zařazeni do první skupiny. Jejich bodové odpovědi se pohybují v rozmezí 3 nebo 4. Mohou být teoreticky považováni za rizikovou skupinu v oblasti závislosti na sportu.

c) bez závislosti – asymptomatici, nevykazují žádnou závislost nebo příznaky, bodují v rozmezí 1 až 2.

Čím vyšší je výsledný skór součtem všech odpovědí v rámci dané kategorie, tím proband vyazuje větší míru závislosti v jednotlivých třídách jevů a závislosti na sportu celkově.

V souladu s kritérii DSM-IV pro drogové závislosti byla závislost na sportu diagnostikována a hodnocena jako multidimenzionální maladaptivní projev cvičení, který vede ke klinicky závažné poruše nebo úzkosti, pokud platí tři nebo více hledisek dotazníku:

a) Tolerance – buď se jedná o potřebu stále více cvičit s cílem dosáhnout žádaného efektu, nebo dochází ke snížení efektu při stále stejném množství cvičení.

b) Abstinенční příznaky – projevují se buď charakteristické abstinенční příznaky ve sportu (např. úzkost, únava) nebo to samé (přibližně to samé) množství cvičení slouží ke zmírnění nebo zamezení abstinенčních příznaků.

c) Úmysl a skutek – cvičení je často prováděno ve vyšších dávkách nebo po delší dobu, než bylo zamýšleno.

d) Nedostatečná kontrola – neustálá touha nebo neúspěšné úsilí omezit nebo kontrolovat cvičení.

e) Čas – velké množství času je věnováno činnostem nezbytným k získání prostoru pro sportovní činnosti (např. dovolená s fyzickou aktivitou)

f) Omezení dalších činností – sociální, společenské, pracovní nebo rekreační činnosti jsou omezeny z důvodu sportovních aktivit.

g) Pokračování – sportovní aktivita pokračuje navzdory povědomí o trvalém nebo opakujícím se fyzickém nebo psychickém problému, který je pravděpodobně způsobený nebo zhoršený sportovní aktivitou (např. pokračování v běhání navzdory zranění.) (HAUSENBLASOVÁ a DOWNSOVÁ, 2009)

Na těchto 7 kritériích byl založen Dotazník vztahu ke sportu-21. Dotazník poskytuje možnost, aby byl předkládán jak jednotlivcům, tak v rámci skupin. Používá se u respondentů starších 18 let. Účastníci odpovídají na 21 otázek. Své odpovědi uvádí podle pevně dané

Likertovy stupnice. Byla vytvořena v roce 1932 americkým psychologem Renssem Likertem pro techniku měření postojů v dotaznících. Škála je šestistupňová. 1 znamená nikdy a 6 znamená vždy. Přibližná doba vyplnění testu je 5 minut.

4.3.1 Vývoj dotazníku

Hausenblasová a Symons - Downsová, autorky dotazníku EDS-21, provedly několik studií za účelem validizace a vylepšení tohoto dotazníku. Pomocí definice a kritérií pro závislost na návykových látkách podle DSM-IV vytvořily 35 hodnotících otázek, které podle jejich názoru splňovaly požadavky na odpovědi potřebné k výzkumu. Podkladem byly rozhovory se sportovci, konzultace se 4 odborníky a 4 dalšími náruživými sportovci. Tito měli za úkol posoudit přiměřenost a srozumitelnost jednotlivých položek. Závěrem bylo snížení celkového počtu výroků na 29 a vytvoření tzv. pětibodové Likertovy odpovědní škály.

Poté provedly obě autorky úvodní předvýzkum testující platnost dotazníku a současně zjišťovaly souběžnou validitu s již existujícími dotazníky (např. s Exercise Dependence Questionnaire). Rozhodly se upravit hodnotící stupnici z pětibodové na šestibodovou, čímž vyřadily neutrální odpověď, aby zároveň poskytly lepší rozlišení do navržených 3 skupin. Celkově provedly 5 nezávislých studií s 2 420 respondenty. Vnitřní obsah testu byl po několika úpravách položek perfektní ($\alpha = 0,95$). Obdobného výsledku se dočkaly po sedmi dnech, kdy byl proveden test - retest ($R = 0,92, p < 0,001$).

Další změny nastaly až o 4 roky později, kdy byla prověřována faktorová a souběžná validita dotazníku, i reliabilita ve smyslu vnitřní konzistence. Prostřednictvím 2 studií s celkem 1 263 studenty byl počet položek po provedení faktorové analýzy zredukován na finálních 21 výroků. Znamená to tedy 3 otázky pro každou subškálu. Výsledek testů a studií pojmenovaly Exercise Dependence Scale – 21. Dotazník se prokazuje

adekvátní vnitřní konzistencí (variovala od $\alpha = 0,72$ do $0,92$) a vynikající test – retest reliabilitou ($R = 0,95$). Výjimkou je pouze subškála Omezení dalších činností. Souběžná validita byla podložena i zjištěním, že vyšší míra cvičení než u jedinců bez závislosti byla zjištěna u jedinců zařazených do rizikové skupiny.

Dotazník byl využit i ve Francii, ve výzkumu složeného ze tří studií s 965 respondenty. Dotazník byl předložen i 162 švédským a 269 portugalským sportovcům. Stejně jako výzkum vedený ve Francii, i zde zjistili souhlasnost sedmi faktorového modelu se získanými daty. Výsledkem vzorku švédských a portugalských sportovců bylo, že 9,2 % švédského vzorku zkoumaných osob a 5,2 % portugalského je označeno za závislé na sportu.

Exercise Addiction Inventory představuje další nástroj měření založený na Griffithově modifikaci Brownova modelu závislosti. Jak EDS-21, tak EAI mají dobrou validitu i reliabilitu. ESI s 6 otázkami je navržena k užívání v prostředí lékařské a zdravotní péče, kde je čas na vyhodnocení omezený. Stejně jako EDS-21 má 3 možné kategorie: asymptomatickou, symptomatickou, závislou.

4.4 Zkoumaný soubor

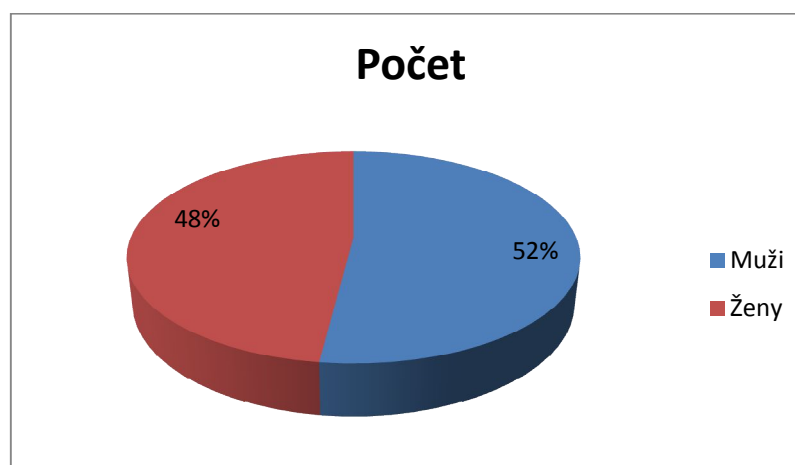
Prostřednictvím systematicky náhodného výběru jsem sesbírala dotazníky od 200 respondentů. Celkově tedy dotazník vyplnilo 106 mužů a 94 žen. Vzorek tedy tvoří z 52 % mužů a ze 48 % ženy. Základním předpokladem pro obě skupiny bylo dosažení věku 18 let. Tento základní požadavek je už potřebný z povahy dotazníku. Dále jsem výzkumný vzorek rozdělila na dvě skupiny. Jednu skupinu tvoří “sportovci“, kteří se věnují nějaké fyzické aktivitě 2x a vícekrát týdně. Druhou tvoří “nesportovci“ věnující se sportovní činnosti nepravdělně, maximálně 1x týdně.

Tab. č. 1. Rozdělení souboru podle pohlaví

		Pohlaví		
		Muž	Žena	Celkem
		Počet	Počet	Počet
Skupina	Skupina A	52	48	100
	Skupina B	56	44	100
	Celkem	108	92	200

Skupinu A tvoří dohromady 100 respondentů, 52 mužů a 48 žen. Věkové rozpětí u mužů se pohybuje od 18 do 49 let. Věkové rozpětí u žen je od 18 do 58 let. Průměrný věk skupiny A je 27, 76. Pokud se zaměříme na ženskou část skupiny, průměrná věková hranice žen je 28, 25. Tedy o necelý rok vyšší, než průměrná věková hranice mužské části této skupiny. Průměrný věk u mužů skupiny A je 27,3.

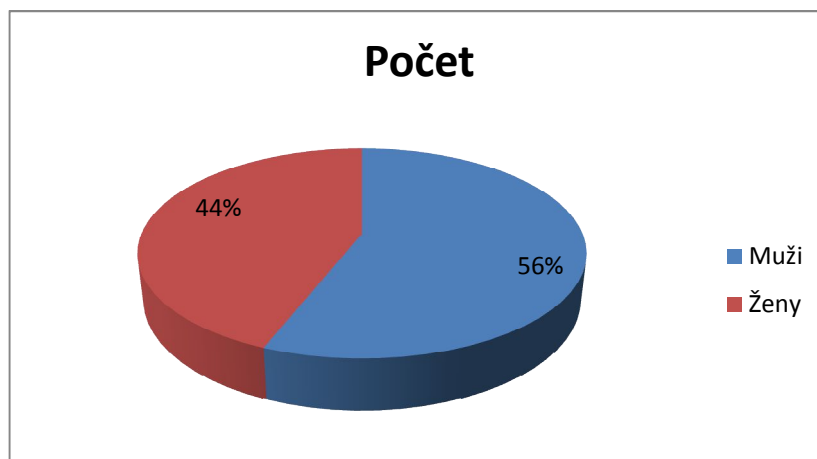
Graf č. 1. Rozložení skupiny A podle pohlaví



Skupina B je tvořena také 100 respondenty, 56 muži a 44 žen. Věkové rozhraní u mužů i žen zde také začíná na 18 letech. U mužů končí na 42. roce. Ženy v této skupině dosahují nejvýše 40 let. Průměrný věk skupiny B je obdobný věku skupiny A, 27, 4 roku. I

zde mužská část dosahuje nižšího průměrného věku, než ženy. Průměrný věk mužů skupiny B je 27, 18. U žen je průměrný věk 27, 68 roku.

Graf č. 2. Rozložení skupiny B podle pohlaví



5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Dotazník sestává z 21 otázek věnující se 7 kritériím vztahu ke sportu. Každé kategorii se věnují tři otázky z dotazníku. Na znaky škály Abstinčních příznaků jsou zaměřené otázky 1, 8 a 15. Kritériem Pokračování (pokračování v dané činnosti i přes psychické nebo fyzické obtíže) se zabývají otázky 2, 9, 16. Toleranci zkoumají 3, 10 a 17. Nedostatečné kontrole se věnuje 4., 11. a 18. otázka. Omezení ostatních činností zkoumá 5., 12. a 19. otázka. Závislostní rysy spojené s časem ověřuje otázka 6, 13 a 20. Poslední oblasti vztahu ke sportu, Úmyslu a skutku, se věnují otázky 7, 14 a 21.

Po sečtení jednotlivých bodů v rámci dané škály jsem získala míru závislosti v jednotlivých kategoriích. Pomocí aritmetického průměru jsem došla k míře závislosti každé skupiny v jednotlivých škálách. Podle zprůměrovaného počtu bodů v rámci jednoho kritéria jsem mohla usoudit, jestli skupina patří do asymptomní, symptomní (rizikové) nebo závislostní skupiny.

Tab. č. 2. Aritmetický průměr škál skupiny A

Kritéria	Skóre	Skóre M	Skóre Ž
Abstinční příznaky	9,13	8,85	9,45
Pokračování	8,44	8,81	8,08
Tolerance	9,51	9,46	9,57
Nedostatek	8,76	8,69	8,84
Omezení	8,31	8,64	7,97
Čas	9,26	9,46	9,04
Úmysl	9,61	9,7	9,5

Výsledky skupiny A (sportovců) ukazují, že se sportovci pohybují ve všech škálách v rozmezí symptomní – rizikové skupiny. Abstinční

příznaky skupiny A ukazují průměrnou hodnotu 9,13. Pokračování ukazuje 8,44. Tolerance je druhou nejvyšší hodnotou ukazující 9,51. Nedostatek kontroly patří spíše k nižším hodnotám, 8,76. Omezení ostatních aktivit vykazuje hodnotu 8,31. Čas a úmysl a skutek ukazují hodnoty vyšší. Čas je v bodovém vyjádření 9,26. Úmysl a skutek je celkově za skupinu A nejvyšší hodnotou, a to 9,61. Nejméně rizikovým kritériem je omezení ostatních činností. U sportovců se tedy vyskytuje menší riziko, že by se sportu věnovali na úkor sociálních, pracovních nebo rekreačních aktivit. Naopak nejvyšší riziko souvisí s úmyslem a skutkem. Respondenti častěji inklinují k tomu, že provádějí cvičení ve vyšší frekvenci nebo déle, než původně zamýšleli.

Pokud bychom porovnávali ženy a muže v rámci této kategorie, objevíme určité odlišnosti, které výsledky přináší. U mužů se ukazuje, že mají o 0,6 bodu průměrně nižší skóre v rámci škály abstinčních příznaků. Vykazují 8,85 bodu. Ženy skupiny A mají 9,45. Rozdíl nastává i u Pokračování, kdy naopak muži vykazují vyšší rizikovitost oproti ženám, muži 8,81 a ženy 8,08. Obdobná míra rizikovitosti se objevuje u Tolerance. U mužů je průměrná hodnota 9,46 a u žen 9,57. Současně je Tolerance nejvyšší hodnotou u žen. Tedy ženy skupiny A nejvíce inklinují k potřebě stále více cvičit s cílem dosáhnout žádaného efektu. Nedostatek kontroly se ukazuje u obou pohlaví obdobně rizikový. Muži odpovídali průměrně tak, že celková hodnota škály vykazuje 8,69 bodu, ženy 8,84. Omezení dalších aktivit je u obou pohlaví nejnižší hodnotou, přesto se poměrně liší. U mužů je hodnota 8,64, u žen 7,97. Rozdíl mezi těmito dvěma hodnotami je 0,67 bodu. Čas se ukazuje jako více rizikový znak u mužů (9,46) i žen (9,04). Úmysl a skutek je však ještě více rizikový, u žen se ukazuje jako druhý nejvíce rizikový faktor. Průměrná hodnota této škály je 9,5. U mužů skupiny A je však Úmysl a skutek nejrizikovější, stejně jako to je pro celou skupinu.

Tab. č. 3. Aritmetický průměr škál skupiny B

Kritéria	Skóre	Skóre M	Skóre Ž
Abstinenční příznaky	8,91	8,62	9,28
Pokračování	9,33	8,84	9,95
Tolerance	8,77	8,39	9,25
Nedostatek	9,35	9,22	9,52
Omezení	9,48	9,75	9,14
Čas	8,88	9,18	8,5
Úmysl	8,52	8,38	8,7

Překvapivě průměrné hodnoty jednotlivých škál skupiny B se pohybují také v rozmezí symptomatické skupiny. Jsou tedy tito sportovci obdobně rizikováni jako "sportovci" skupiny A. Hodnoty se pohybují od 8,52 do 9,48. Abstinenční příznaky vykazují hodnotu 8,91. Pokračování je o něco rizikovější a ukazuje 9,33 bodu. Škála Tolerance skupiny B je v průměru 8,77. Patří mezi méně rizikové znaky skupiny B. Nedostatek kontroly figuruje jako druhá nejrizikovější škála, vykazuje hodnotu 9,35. Omezení ostatních činností je zajímavou škálou, zvláště v porovnání s hodnotami skupiny A. V této skupině se Omezení ostatních činností ukazuje jako nejrizikovější faktor, s hodnotou 9,48. Zdá se, že skupina B má nejvíce sklon k tomu, aby obětovala sociální, pracovní a rekreační aktivity sportovní činnosti. Jak je to možné, že respondenti skupiny B, kteří se věnují sportovní aktivitě maximálně jednou týdně, mají pocit, že obětují čas vyhrazený na další aktivity? Ve skupině A naopak Omezení ostatních činností bylo nejméně rizikovým znakem. Čas věnovaný sportu ukazuje 8,88 bodu. Úmysl a skutek se zde ukazuje jako nejméně rizikový faktor. Nejméně tedy hrozí, že by se věnovali sportu ve vyšší frekvenci nebo intenzitě, než původně plánovali. Srovnání mužů a žen je opět zajímavé. Hodnoty se poměrně liší. U mužů se Abstinenční příznaky projevují jako znak méně rizikový. Ukazuje hodnotu 8,62. Naopak u žen se projevuje

jako rizikovější. Průměrná hodnota u žen je 9,28. Avšak nejvyšší hodnotou (9,95) u žen skupiny B je Pokračování. Zdá se, že ženy u sebe vnímají znaky pokračování v aktivitě navzdory povědomí o trvalém nebo opakujícím se fyzickém nebo psychickém. U mužů se však řadí k těm nižším (8,84). Druhou nejnižší hodnotou u “nesportujících“ mužů je Tolerance, vykazuje 8,39. U žen 9,25. Nedostatek kontroly u mužů udává hodnotu 9,22, u žen 9,52. Omezení dalších aktivit je jednoznačně nejvíce symptomatickou škálou u mužů (9,75), 9,14 je hodnota u žen. Čas je nejméně rizikovým kritériem u žen skupiny B (8,5). Respondentkám nejméně hrozí, že by velké množství času věnovaly činností k získání prostoru pro sportovní činnosti. U mužů nabývá hodnoty 9,18. Nejméně rizikovým znakem závislosti na sportu je u mužů Úmysl a skutek s hodnotou 8,38. U žen je o něco vyšší, 8,7 bodu.

5. 1 Skupina A

Obě skupiny vykazují obdobnou míru rizikovosti navzdory tomu, že frekvence cvičení je rozdílná. Proto jsem se podrobněji zaměřila na jednotlivé respondenty a jejich výsledky. Skupina A celkově vykazuje 2,43 % kritérií, která se projevila jako závislostní. V číselném vyjádření to znamená, že u 100 respondentů, kteří byli hodnoceni v 7 škálách, se 17 škál ukázalo jako závislostních. Hodnota této škály tedy byla vyšší než 15 bodů.

Z celkového počtu 52 mužů se ukázalo, že nikdo z nich není diagnostikován jako závislý na cvičení. Přesto se u 7 z nich objevila kritéria, která se vyznačovala závislostním vztahem. Tento návykový vztah se projevil jen u 3 ze 7, a to Toleranci, Času a Úmyslu a skutku. V případě škály Úmyslu a skutku se 5 respondentů projevilo jako

závislých na sportu. V procentuelním vyjádření 1,9 % kritérií se nese znaky závislosti.

Celá čtvrtina respondentů skupiny A se projevuje ve všech škálách rizikově. 30,77 % vzorku skupiny A mužského pohlaví je zcela rizikových.

Asymptomní výsledky byly častější než závislostní. Tvoří 16,29 % výsledků. V každé škále objevili respondenti, kteří nemají žádné příznaky závislosti v dané škále. Nejvíce respondentů pozbývá příznaky či rizika závislosti ve škále Úmyslu a skutku. Celkem 27 respondentů ze 100 je v případě tohoto kritéria asymptomních. Zajímavé je, že zároveň i v této kategorii je nejvíce respondentů diagnostikováno jako závislých. Stejně tak je tomu u mužů, nejčastěji byli bezpříznakoví v právě v této kategorii.

Tab. č. 4. Skupina A – muži (bodové vyhodnocení kategorií)

MUŽI	Abstinenční příznaky	Pokračování	Tolerance	Nedostatek	Omezení	Čas	Úmysl
M1	9	7	7	5	6	9	11
M2	6	9	5	7	8	10	14
M3	8	6	6	10	8	9	5
M4	8	9	8	10	7	6	9
M5	4	9	11	8	8	7	14
M6	8	9	13	14	7	8	12
M7	8	8	7	8	7	10	15
M8	5	5	9	8	8	12	10
M9	12	15	9	12	7	8	13
M10	5	8	5	5	13	17	12
M11	13	13	14	10	13	8	15
M12	11	7	7	6	11	9	12
M13	10	10	13	13	7	8	8
M14	8	10	8	10	5	9	6
M15	6	5	5	5	11	9	5
M16	9	8	10	12	3	7	8
M17	12	11	14	7	16	13	8
M18	7	7	8	10	7	7	13
M19	11	10	12	7	6	8	10
M20	11	7	12	8	7	8	6
M21	12	14	9	7	7	12	11

Pokr. tabulky							
M22	12	8	5	5	11	13	17
M23	13	7	11	9	7	10	9
M24	11	11	8	10	13	11	12
M25	11	6	11	7	7	12	8
M26	6	8	8	11	13	8	14
M27	11	12	12	7	8	11	13
M28	11	7	13	8	6	10	12
M29	13	8	7	5	14	14	15
M30	8	8	5	10	4	8	10
M31	11	5	12	8	8	11	9
M32	10	6	12	11	13	13	18
M33	7	11	4	9	7	6	4
M34	10	10	6	12	13	8	5
M35	10	10	14	12	8	11	9
M36	10	11	16	7	12	7	3
M37	9	10	12	10	9	10	8
M38	7	10	7	9	11	11	5
M39	6	12	9	6	7	6	10
M40	8	11	14	14	9	8	4
M41	9	13	14	12	12	13	10
M42	6	7	10	4	3	8	4
M43	11	8	7	9	9	14	13
M44	10	10	11	6	9	11	12
M45	10	7	9	12	9	7	13
M46	6	7	7	10	12	7	4
M47	4	9	9	6	8	10	5
M48	13	11	8	6	6	13	16
M49	7	8	13	10	7	7	10
M50	4	4	9	8	5	6	4
M51	7	10	8	11	9	7	6
M52	6	6	9	6	8	7	6

Přestože množství žen ve skupině A je nižší, počet respondentek, u kterých vyšla kritéria v závislostní hodnotě, je vyšší. 2,98 % kritérií se objevují jako závislostní. Stejně jako u mužů se návykové chování projevilo nejvíce u škály Úmyslu a skutku. Celkově to bylo 6 žen. U jedné respondentky bylo diagnostikováno, že nese znaky závislosti v kategorii Abstinčních příznaků, jiná u Tolerance, další u Omezení dalších činností a poslední v Čase.

I u žen můžeme pozorovat respondentky, u kterých se všechna kritéria vyskytují v hodnotách symptomatických. U žen je však procento nižší než u mužů a to 18,75 %.

U skupiny A i u mužů se nejvíce bezpříznakových diagnóz za škálu přisuzuje Úmyslu a skutku, ale u žen je tomu jinak. Je tu rovnost mezi Úmyslem a skutkem a Pokračováním. U obou škál se vyskytuje 12 respondentek, které se neprojeví problematicky u těchto znaků návykového chování.

Tab. č. 5. Skupina A - ženy (bodové vyhodnocení kategorií)

ŽENY	Abstinenční příznaky	Pokračování	Tolerance	Nedostatek	Omezení	Čas	Úmysl
Ž1	8	7	8	9	6	9	11
Ž2	9	9	11	5	8	10	14
Ž3	9	8	8	7	8	9	5
Ž4	8	6	9	10	7	6	9
Ž5	7	7	11	7	8	7	14
Ž6	9	8	10	10	7	8	12
Ž7	11	7	7	6	7	10	15
Ž8	7	10	9	4	8	12	10
Ž9	12	11	12	11	7	8	13
Ž10	8	7	10	9	13	17	12
Ž11	6	4	5	12	13	8	15
Ž12	11	9	9	8	11	9	12
Ž13	4	5	9	8	7	8	8
Ž14	9	7	6	6	5	9	6
Ž15	7	7	11	8	11	9	5
Ž16	12	7	10	9	3	7	8
Ž17	8	12	6	13	16	13	8
Ž18	10	8	10	10	7	7	13
Ž19	6	11	7	10	6	8	10
Ž20	10	12	9	8	7	8	6
Ž21	12	11	7	8	7	12	11
Ž22	10	13	13	10	11	13	17
Ž23	12	9	15	11	7	10	9
Ž24	10	9	13	12	13	11	12
Ž25	13	13	10	10	7	12	8
Ž26	8	7	11	5	13	8	14
Ž27	9	4	6	8	8	11	13
Ž28	9	7	8	13	6	10	12
Ž29	9	9	8	5	14	14	15
Ž30	11	9	10	11	4	8	10
Ž31	5	5	7	7	8	11	9
Ž32	11	9	11	7	13	13	18

Pokr. tabulky							
Ž33	13	6	13	8	7	6	4
Ž34	5	4	8	9	13	8	5
Ž35	10	10	12	7	8	11	9
Ž36	13	9	11	12	12	7	3
Ž37	8	6	12	6	9	10	8
Ž38	10	6	8	12	11	11	5
Ž39	7	10	9	12	7	6	10
Ž40	12	9	9	10	9	8	4
Ž41	10	5	12	10	12	13	10
Ž42	12	13	10	11	3	8	4
Ž43	18	9	12	6	9	14	13
Ž44	8	5	10	10	9	11	12
Ž45	11	8	5	10	9	7	13
Ž46	10	7	15	6	12	7	4
Ž47	6	6	9	9	8	10	5
Ž48	10	8	8	9	6	13	16

5. 2 Skupina B

Respondenti skupiny B se věnují sportovní aktivitě maximálně jednou týdně, přesto někteří jedinci byli v rámci některé ze škál shledáni jako závislí. Může to být špatnou schopností introspekce? Co může způsobit to, že své chování vůči fyzické aktivitě vnímají jako problémové?

Procento škál, které mělo závislostní hodnotu, bylo o 0,43 % nižší v porovnání se skupinou A. 2 % respondentů byla v jedné nebo dvou škálách shledána, že se projevují závislostními znaky daného kritéria. Stejně jako u skupiny A se nejčastěji závislostní znaky projevují u Úmyslu a skutku. U mužské části skupiny B se objevuje diagnóza závislosti v jednotlivých škálách pouze u 1,79%. Objevuje se u 5 kritérií, a to: Pokračování, Nedostatku kontroly, Omezení ostatních činností, Času a Úmyslu a skutku. Pouze v případě Omezení ostatních činností a Úmyslu a skutku vyskytují 2 respondenti, kteří se jeví problémově.

Rizikovitost ve všech škálách se projevuje u 16 %. U mužů je to 16,07 %.

V porovnání se skupinou A je ve skupině asymptomních škál vidět nárůst. V případě skupiny B je to 19,43 %. Nejvíce bezpříznaková je škála Úmyslu a skutku, kde se v této hodnotě pohybuje 26 respondentů. Stejně tomu tak je i u mužů, kde 19 respondentů mužského pohlaví bylo diagnostikováno jako asymptomních v případě tohoto kritéria.

Tab. č. 6. Skupina B – muži (bodové vyhodnocení kategorií)

MUŽI	Abstinenční příznaky	Pokračování	Tolerance	Nedostatek	Omezení	Čas	Úmysl
M1	7	7	5	6	9	10	13
M2	7	8	9	6	9	7	5
M3	9	11	5	6	5	5	7
M4	6	6	6	5	5	5	9
M5	5	10	8	11	7	13	9
M6	9	10	4	12	11	11	4
M7	5	6	11	11	13	8	5
M8	6	8	9	10	8	8	13
M9	13	6	4	7	7	10	13
M10	11	4	10	8	7	6	6
M11	5	11	12	9	11	8	3
M12	10	8	5	6	7	7	9
M13	11	10	11	17	12	7	13
M14	7	11	10	11	12	9	5
M15	5	7	7	6	11	11	11
M16	8	8	9	7	7	10	8
M17	5	8	5	10	10	9	5
M18	11	7	8	12	8	5	10
M19	10	11	12	6	7	11	6
M20	7	10	13	9	10	10	7
M21	7	5	11	14	17	9	3
M22	8	11	7	4	5	11	11
M23	8	9	7	8	11	10	10
M24	10	10	5	8	6	11	7
M25	9	6	10	11	14	11	4
M26	8	10	7	5	6	10	12
M27	8	8	12	13	8	9	8
M28	11	7	8	13	9	6	6
M29	13	8	9	11	9	9	7
M30	9	7	6	10	16	10	15
M31	5	8	10	12	11	9	10
M32	3	10	8	8	8	11	11
M33	11	11	14	12	10	7	15
M34	13	5	11	8	12	7	6
M35	11	11	7	9	11	6	7
M36	10	14	10	7	7	9	9

Pokr. tabulky							
M37	6	9	8	9	8	10	12
M38	13	8	5	12	15	6	4
M39	6	12	8	7	11	14	8
M40	13	7	9	12	13	10	12
M41	4	9	8	7	11	10	4
M42	9	10	11	11	8	12	7
M43	7	12	4	3	10	15	6
M44	11	15	8	11	11	9	6
M45	9	6	6	9	14	11	10
M46	14	8	5	8	10	8	11
M47	12	5	14	11	13	11	8
M48	12	12	7	7	6	4	5
M49	5	7	10	11	13	12	9
M50	11	6	6	12	8	11	10
M51	8	11	7	12	14	8	5
M52	4	9	11	10	8	7	12
M53	10	14	14	7	10	12	6
M54	14	4	6	8	13	12	14
M55	7	11	7	9	5	10	9
M56	7	13	11	12	9	7	9

Závislost u žen skupiny B se projevuje ve vyšší míře v porovnání s muži. Počet respondentek, u kterých se projevilo návykové chování v některé z kategorií, je stejně jako mužů, přestože jejich počet je nižší. Tvoří tedy 2,27 % z kritérií vyhodnocených u žen. Rozdíl oproti mužům je také výskyt, závislostní hodnoty se vyskytují pouze u 4 kritérií, a to: Tolerance, Omezení ostatních aktivit, Čas a Úmysl a skutek. Pouze u Úmyslu a skutku je četnost výskyt častějším jevem.

Po jednotlivém porovnání žen a mužů skupiny A a B jsem zjistila, že u žen skupiny B se nejméně vyskytují respondenti, kteří jsou ve všech škálách rizikovými. Tvoří 15,91 %. Pouze 7 respondentek je tedy symptomatických ve všech kritériích.

Stejně jako v rámci celé skupiny, i zde je asymptomnost ještě častějším jevem než u respondentů skupiny A. Avšak na rozdíl od mužů skupiny B a skupiny B celkově jsou nejvíce asymptomní ženy v případě kategorie Pokračování. Nejméně tedy inklinují k pokračování ve sportovní aktivitě

navzdory vědomí o trvalém nebo se opakujícím fyzickém nebo psychickém problému.

Tab. č. 7. Skupina B – ženy (bodové vyhodnocení kategorií)

ŽENY	Abstinenční příznaky	Pokračování	Tolerance	Nedostatek	Omezení	Čas	Úmysl
Ž1	10	7	8	9	6	9	11
Ž2	14	9	11	5	8	10	14
Ž3	7	8	8	7	8	9	5
Ž4	7	6	9	10	7	6	9
Ž5	9	7	11	7	8	7	14
Ž6	6	8	10	10	7	8	12
Ž7	9	7	7	6	7	10	15
Ž8	7	10	9	4	8	12	10
Ž9	7	11	12	11	7	8	13
Ž10	14	7	10	9	13	17	12
Ž11	7	4	5	12	13	8	15
Ž12	12	9	9	8	11	9	12
Ž13	11	5	9	8	7	8	8
Ž14	10	7	6	6	5	9	6
Ž15	5	7	11	8	11	9	5
Ž16	9	7	10	9	3	7	8
Ž17	9	12	6	13	16	13	8
Ž18	9	8	10	10	7	7	13
Ž19	9	11	7	10	6	8	10
Ž20	10	12	9	8	7	8	6
Ž21	9	11	7	8	7	12	11
Ž22	6	13	13	10	11	13	17
Ž23	9	9	15	11	7	10	9
Ž24	6	9	13	12	13	11	12
Ž25	10	13	10	10	7	12	8
Ž26	6	7	11	5	13	8	14
Ž27	6	4	6	8	8	11	13
Ž28	11	7	8	13	6	10	12
Ž29	6	9	8	5	14	14	15
Ž30	12	9	10	11	4	8	10
Ž31	7	5	7	7	8	11	9
Ž32	12	9	11	7	13	13	18
Ž33	13	6	13	8	7	6	4
Ž34	8	4	8	9	13	8	5
Ž35	12	10	12	7	8	11	9
Ž36	11	9	11	12	12	7	3
Ž37	12	6	12	6	9	10	8
Ž38	10	6	8	12	11	11	5
Ž39	11	10	9	12	7	6	10
Ž40	13	9	9	10	9	8	4
Ž41	9	5	12	10	12	13	10

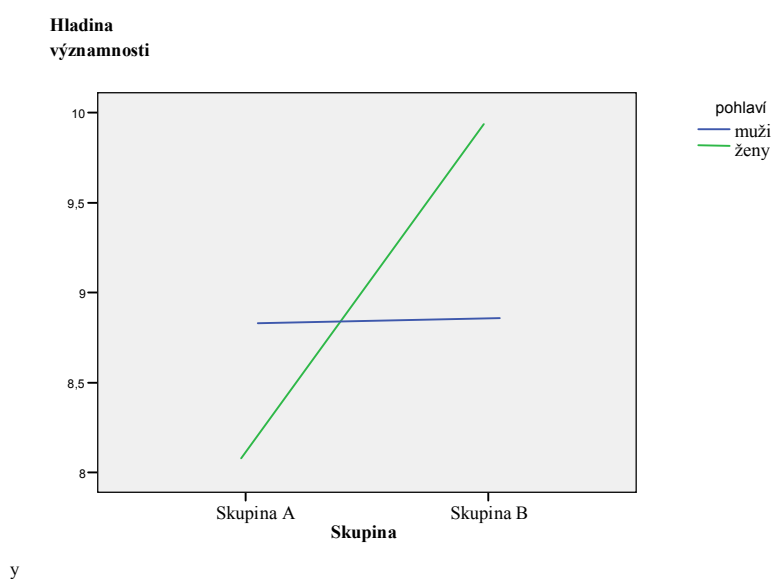
Pokr. tabulky							
Ž42	9	13	10	11	3	8	4
Ž43	7	9	12	6	9	14	13
Ž44	9	5	10	10	9	11	12

5.3 F- test

Hodnocení výsledků jednotlivých skupin (skupina A a skupina B) a podskupin (muži skupiny A, ženy skupiny A, muži skupiny B a ženy skupiny B) jsem provedla i prostřednictvím metody F-testu. Pomohla s měřením významnosti, jak se liší výsledky jedné skupiny od druhé. Principem toho testu je normální rozdělení.

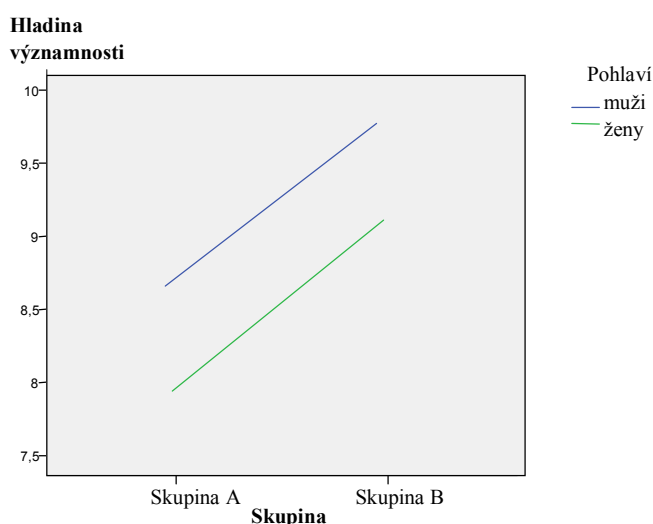
Určitou míru významnosti jsem našla u škály Pokračování, kde ženy skupiny B vykazují vyšší hodnoty než ženy skupiny A, $F(4;195) = 3,072$; $p=0,018$. Muži skupiny A i B mají obdobné hodnoty. Mezi ženami skupiny A a ženami skupiny B probíhá významná interakce.

Graf č. 3. Hladina významnosti škály Pokračování



Výzkumně významná z F-testu vychází i škála Omezení dalších aktivit, která ukazuje, že hodnoty skupiny B jak u žen, tak i u mužů jsou vyšší, než hodnoty skupiny A mužů a žen. $F(4;195)=2,848; p = 0,025$.

Graf č. 4. Hladina významnosti škály Omezení ostatních aktivit



5. 4 Korelační analýza

Pro posouzení souvislosti změn úrovní jednoho znaku a změnami úrovně jiných znaků tohoto dotazníku jsme zvolili korelaci, která nám tuto vztahovost může ukázat. Použili jsme Pearsonův korelační koeficient, který je vhodný pro párovou korelaci za splnění podmínek dvourozměrného normálního rozdělení. Výsledky Pearsonova korelačního koeficientu ukazují, že korelace mezi jednotlivými škálami dotazníku EDS-21 není příliš vysoká. Hodnoty se převážně pohybují okolo 0, mezi škálami není nijak významný lineární vztah. Hodnoty se přesně pohybují v rozmezí od $-0,116$ až do $0,307$. Průměrná míra korelace je $0,83$. Míra intenzity vztahu mezi složkami je nízká, což je v tomto případě dobře. Nejsilnější korelace je mezi škálami Čas a Úmysl a skutek, $0,307$. Důvodem této významnější míry vztahu mezi škálami je souvislost mezi jejich příznaky. Úmysl a skutek se vlastně prokazují

vyšší intenzitou a frekvencí cvičení, než respondent původně zamýšlel. Symptomní až závislý respondent se ve škále Času vyznačuje tím, že věnuje spoustu svého času na přípravu na sportovní aktivitu, sportovní aktivitou nebo regenerací po ní. Oba symptomy se vyznačují časovou náročností. Důkazem toho bude i další korelace, a to mezi Časem a Omezením ostatních aktivit. Míra korelace je 0,263. Stejně jako Úmysl a skutek je Omezení ostatních aktivit náročné otázkou množství času, které je věnované fyzické aktivitě.

Tab. č. 8. Korelace škál dotazníku EDS-21

		Abstinenční příznaky	Pokračování	Tolerance	Nedostatek kontroly	Omezení ostatních aktivit	Čas	Úmysl a skutek
Abstinenční příznaky	R	1	0,152*	0,158*	0,078	0,061	0,088	0,182**
Pokračování	R	0,152*	1	0,188**	0,036	0,041	0,062	0,000
Tolerance	R	0,158*	0,188**	1	0,139	-0,049	-0,004	0,026
Nedostatek kontroly	R	0,078	0,036	0,139	1	0,188**	-0,116	0,012
Omezení ostatních aktivit	R	0,061	0,041	-0,049	0,188**	1	0,263**	-0,057
Čas	R	0,088	0,062	-0,004	-0,116	0,263**	1	0,307**
Úmysl a skutek	R	0,182**	0,000	0,026	0,012	-0,057	0,307**	1

5.5 Přehled výzkumů jiných autorů

Touto problematikou se už více výzkumných pracovníků zabývalo.

Dieknoff v roce 1984 prováděl studii 68 běžců a zjistil, že nutková potřeba běhat byla spojena s prokazatelnými a častými návštěvami lékaře. Došel k závěru, že zranění běžci jsou častěji závislími běžci (cit. dle COVERLEY - VEALEOVÁ, 1987).

Jiný výzkum proběhl na pařížské populaci, konkrétně členech fitness klubu. Zjistilo se, že 42 % členů má zkušenost s projevy závislosti na cvičení (FREIMUTH aj., 2011).

Jak jsem naznačovala v teoretické části, závislost na sportu, ale i v případě jiných závislostí, může být primární nebo sekundární. Odhady naznačují, že 15 – 20 % závislých na sportu jsou také závislí na nikotinu, alkoholu nebo zakázaných drogách. Například atleti, kteří užívají stimulanty jako amfetamin, kokain nebo kofein ke zlepšení atletických výkonů, se mohou stát na látce závislími (FREITMUTHOVÁ aj., 2011).

Sussman S., Lisha N. a Griffiths M. přepokládají, že téměř 25 % lidí s jednou závislostí mají i další závislost. U shopaholiků byla objevena jako běžná přidružená závislost na sportu. U závislosti na sportu je běžná sekundární závislost na sexu (cit. dle FREITMUTHOVÉ aj., 2011).

Analýza Shorter Proms Questionnaire (SPQ) zkoumající 16 potenciálně návykových způsobů chování došla k závěru, že cvičení má sklon se pojít s poruchami příjmu potravy, užíváním kofeinu a nakupováním. Další současné studie objevily ještě jednu přidruženou závislost, a to workoholismus (FREIMUTH aj., 2011).

Odborníci prováděli i výzkumy založené na experimentální metodě. Výzkum s krysami předpokládá další důvod, proč cvičební chování, když se jednou objeví ve vysoké frekvenci, musí být už udržované na dané úrovni. Krysy vystavené extrémní zátěži vykazovaly změny v neurotransmitéru dopaminu, který se jeví jako významný prvek pro další závislosti. Tato intenzita cvičení u krys snížila obohacující účinek jiných látek, které také vyvolávají dopaminergní odezvy. Adams hádá, že je možné, že si u lidí se snížením hédonického potěšení z další aktivity musí člověk udržet intenzitu cvičení, aby optimálně aktivoval oběhy mezolimbického dopaminového systému (cit. dle FREITHMUTHOVÉ aj., 2011)

Gapin, Etnier a Tucker zjistili spojitost mezi asymetrií frontálního laloku a zvýšeným rizikem závislosti na cvičení. Závislost je více pravděpodobná když primární motivace není spojená s radostí ze samotné aktivity, ale spíše s uvolněním stresu nebo typem dysforie (rozlada, pocit nepohody) či zlepšením sebevědomí (GAPIN aj., 2009).

5.6 Zhodnocení výzkumu

Na počátku výzkumného šetření jsem si stanovila 2 hypotézy:

Hypotéza 1: V důsledku pravidelného a dlouhodobého sportování je možné získat závislost na sportovní aktivitě.

Hypotéza 2: Normativní hranice pro vznik závislosti je při pravidelném a dlouhodobém provádění aktivity minimálně dvakrát týdně.

Na základě vyhodnocení získaných dat mohu potvrdit hypotézu 1 i 2. Při bližším zkoumání výsledků skupiny A a B jsem zjistila, že míra závislosti u kontrolní skupiny (skupiny B) je oproti skupině A nižší. Stejně tak pravdivost hypotéz potvrzují výsledky porovnání míry symptomatičnosti u jednotlivých skupin. 25 % respondentů skupiny A se pohybuje ve všech škálách dotazníku EDS-21 v hodnotách rizikových. U kontrolní skupiny množství klesá o 9 %. Finálně podpurným faktem je i míra symptomatičnosti u jednotlivých skupin, která naopak u Skupiny B roste. U “sportovců“ se jako bezpříznakových vyznačuje 16,29 %, avšak u kontrolní skupiny procento narůstá na 19,43 %.

Přestože ani ve skupině A, ani ve skupině B se nevyskytl respondent, který by byl závislý na sportu, mohu říci, že s navyšováním frekvence sportovní aktivity vzrůstají znaky rizikového a návykového chování.

Pomocí F-testu jsem si ověřila zajímavé poznatky, které jsem už zaznamenala při vyhodnocování dotazníku. V případě některých škál se skupina B projevuje jako více riziková, než skupina A, což je po získání

celkových výsledků překvapivé. Jde o skupinu Pokračování a Omezení ostatních činností, kde se vlastně jedná o překračování hranic fyzických, psychických, ale i sociálních. Jde pouze o silně subjektivní vnímání, nebo to může souviset s méně kladným vztahem ke sportovní aktivitě? To by však vyžadovalo další zkoumání, abychom dokázali objasnit, proč vycházejí v případě těchto kritérií tyto hodnoty.

Pearsonův korelační koeficient mi pomohl objasnit, že jednotlivá kritéria dotazníku se navzájem neovlivňují a jejich lineární vztah je velmi nízký.

Ve výzkumné části jsem se také zabývala výzkumy, které už byly zaměřené na závislost na sportu. Tyto výzkumy potvrzují, že závislost na sportu opravdu může vzniknout, a zkoumají blíže příčiny vzniku tohoto návykového chování.

ZÁVĚR

V této diplomové práci jsem se zabývala závislostí na sportu. Hledala jsem odpověď na otázku, co to vlastně závislost na sportu je, a zjistila jsem, že žádná univerzálně platná definice není. V současné době odhalují odborníci 4 fáze závislosti k odhalení problémového chování ve vztahu k závislosti. Cílem této práce bylo provést výzkum, který nám řekne, jestli je možné si vypěstovat závislost na sportu a zda se riziko vzniku závislosti zvyšuje už při frekvenci cvičení 2 – 3x týdně.

Šetření proběhlo na 2 vzorcích po 100 lidech. První skupinu, skupinu A, tvoří “sportovci“, kteří cvičí dlouhodobě 2-3x týdně. Nebylo úmyslně určeno, co to znamená dlouhodobě, jelikož test je založen na introspekci a číselné vyjádření tohoto období není pro všechny respondenty jednotné. Jejich věkové rozpětí je 18 – 58 let. Kontrolní skupinu, Skupinu B, tvoří “nesportovci“, kteří cvičí nepravidelně, maximálně 1x týdně. Jejich věkové rozpětí je 18 – 42 let.

Hodnoty dat jsem zpracovala v rámci dané skupiny (A, B) a podskupiny (muži, ženy) pomocí aritmetického průměru a procentuálně jsem vyjadřovala jejich výskyt v rámci dané skupiny, podskupiny. Zjistila jsem, že u skupiny A je o 0,43 % vyšší míra návykového chování, než u skupiny B. Také je u ní i vyšší rizikovost o 9 % oproti kontrolní skupině. Naopak u skupiny B se vyskytuje daleko více škál v bezpříznakové hodnotě, a to 19,43 %, což je o 3,14 % více než ve skupině A. Mohu tedy říci, že s vyšší frekvencí sportovní aktivity vzrůstají i znaky rizikového a návykového chování. Následně jsem využila metodu F-testu, abych vyzdvihla některé škály, kde je hladina významnosti vyšší. Překvapivě se významnost ukázala u škál Pokračování a Omezení dalších činností, kde hodnoty skupiny B převyšují skupinu A.

Následně také Pearsonova korelace objasnila, že vztah jednotlivých škál není významný a každá škála hodnotí jiné znaky. Výsledky výzkumu nejsou obecně platné, ale mají přesto určitý význam.

SOUHRN

V diplomové práci jsem se věnovala závislosti na sportu, co to sport vlastně je, a co člověka vede k tomu, aby věnoval čas sportovním aktivitám. Nedílnou součástí teoretické části jsou závislosti jako takové, kde jsem se věnovala látkovým i behaviorálním závislostem. Látkové závislosti jsou považovány za “pravé“ závislosti a pomohly k objasnění znaků závislosti behaviorálních, ale i určení fází závislosti na sportu.

Závislosti na sportu už svou pozornost věnovalo pár odborníků. Některé jejich výzkumy jsou zmíněny v praktické části. Zde se věnuji i vlastnímu výzkumu, který by měl podpořit hypotézu existence závislosti na sportu. Také jsem se snažila určit normativní hranici vzniku závislosti na sportu. Hypotézy jsem ověřovala pomocí dotazníku EDS-21.

SEZNAM LITERATURY

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5*. Přeložil Michal HRDLIČKA a kol. Praha: Hogrefe, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

BURTON, Damon a. Thomas RAEDEKE. *Sport Psychology for Coaches*. Champaign (IL US): Human Kinetics, 2008. ISBN-13 9780736039864.

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4033-.

Československá psychologie. 1986, svazek 30, 284 - 287. ISSN 0009-062X.

GAPIN, Jennifer, Jennifer ETNIER a Denise TUCKER. *The relationship between frontal brain asymmetry and exercise addiction*. Journal Psychophysiol, 2009, Vol. 23, Issue 11, p. 135 – 142. ISSN 0269-8803.

GÖHLERT, Frank Ch. a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: z pohledu lékaře; toxikomanie, drogy, účinky a terapie*. Přeložila Dagmar LIEBLOVÁ. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, reprint
2004. ISBN 80-7178-303-X.

HAVLÍČKOVÁ, Ladislava a kol. *Fyziologie tělesné zátěže: skripta pro posluchače fakulty tělesné výchovy a sport Univerzity Karlovy*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-354-7.

HOSKOVEC, Jiří a Simona HOSKOVCOVÁ. *Malé dějiny české a středoevropské psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7172-311-0.

CHARVÁT, Josef. *Život, adaptace a stress*. Praha: Avicenum, 1969.

KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.

KIRCHNER, Jiří. *Psychologie prožitku a dobrodružství: pro pedagogiku a psychoterapii*. Brno: Computer Press, 2009. ISBN 978-90-251-2562-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.

- KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.
- KULKA, Jiří. *Psychologie umění*. 2. vyd.. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2329-7.
- MARTENS, Rainer a Robin S. VEALEY, a. Damon BURTON. *Competitive anxiety in sport*. Champaign: Human Kinetics Books, 1990. ISBN 0-87322-935-5.
- MURRAY, Robert K., Daryl K. GRANNER, Peter A. MAYES a Victor W. RODWELL. *Harperova Biochemie*. Přeložil J. KRAML a J. WILHELM. 3. vyd. Praha: H+H, 2002. ISBN 80-7319-013-3.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
- OTOVÁ, Berta a Romana MIHALOVÁ. *Základy biologie a genetiky člověka*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2109-8.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2959-6.
- POKORNÝ, J. *Přehled fyziologie člověka*. Praha: Karolinum, 1995. Skripta pro posluchače 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. ISBN 80-7184-165-X.
- POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. *Patologické závislosti*. 2. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. 2002. ISBN 80-86568-02-4.
- ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.
- SLEPIČKA, Pavel, Václav HOŠEK a Běla HÁTLOVÁ. *Psychologie sportu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1602-5.
- TOD, David, Joanne THATCHER a Rachel RAHMAN. *Psychologie sportu*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3923-6.

VANĚK, Miroslav, Václav HOŠEK, Antonín RYCHTECKÝ, Pavel SLEPIČKA a Bohuslav SVOBODA. *Psychologie sportu*. Praha: Olympia, 1983.

WILLIAMS, Jean M. a Vikki CRANE, eds. *Applied Sport Psychology: Personal Growth to Peak Performance*. New York, NY: Mc Grave Hill, 2006. ISBN 978-0-07-802270-8.

INTERNETOVÉ ZDROJE

COVERLEY – VEALE, Rebecca De. *Exercise Dependence* [online]. © 1987 [cit. 2017-03-09]. Dostupné z:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01539.x/epdf>

FORTIER, Michelle S. a Robin J. FARELL. *Comparing self-determination and body image between excessive and healthy exercisers* [online]. © 2009 [cit. 2017-03-24]. Dostupné z:

[https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2009_FortierFarrell_HJOP](https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2009_FortierFarrell_HJOP.pdf)

[.pdf](https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2009_FortierFarrell_HJOP.pdf)

FREIMUTH, Marilyn, Sandy MONIZ, Shari. R. KIM. Clarifying Exercise Addiction: Differential Diagnosis, Co-occurring Disorders, and Phases of Addiction. [online]. © 2011 [cit. 2017-03-28] Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3210598/>

GRIFFITHS, Mark. *Behavioural addiction: an issue for everybody?* [online]. © 1996 [cit. 2017-03-26]. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/233809226_Behavioural_addictions_An_issue_for_everybody

HAUSENBLAS, Heather A., Danielle SYMONS DOWNS. *Exercise dependence: A Systematic Review* [online]. © 2009 [cit. 2017-02-26]. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1469029200000157>

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1469029200000157>

KIRKBY, Robert, Jeremy ADAMS. *Exercise dependence: a problem for sports physiotherapists*[online]. © 2009 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0004951414604025>

LEUNBERGER, Andrea. *Endorphins, Exercise, and Addictions: A Review of Exercise Dependence* [online]. © 2006 [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: https://impulse.appstate.edu/sites/impulse.appstate.edu/files/2006_06_05_Leunberger.pdf

NEŠPOR, Karel. *Bažení (craving): Společný rys mnoho závislostí a způsoby zvládnání* [online]. © 1999 [cit. 2016-12-15]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>

NEŠPOR Karel. *Souvislosti mezi internetem, návykovými látkami a hazardem* [online]. © 2011 [cit. 2016-12-15]. Dostupné z: <http://drnespor.eu/addictcz.html>

Relationship between exercise and well-being [online]. © 2004 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://eprints.bham.ac.uk/431/1/PSE.366-04-revised-final.pdf>

SEKNIČKOVÁ, Pavla. *Existuje závislost na internetu?* [online]. © 2012 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <https://www.e-bezpeci.cz/index.php/temata/dalirizika/519-existuje-zavislost-na-internetu>

VACEK, Jaroslav. *Behaviorální závislosti* [online]. © 2011 [cit. 2017-01-17]. Dostupné z: www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3476/Behavioralni-zavislosti-pdf

DIPLOMOVÉ PRÁCE

NOVÁ, Ivana. *Specifické aspekty závislosti na sportu u vytrvalostních sportovců*. Diplomová práce. Brno, 2010. Masarykova univerzita. Filozofická fakulta. Psychologický ústav. 97 s. Vedoucí: PhDr. Martin Jelínek, Ph.D.

STATNÍKOVÁ, Romana. *Závislost na nakupování*. Diplomová práce. Praha, 2014. Univerzita Karlova. Husitská teologická fakulta. 87 s. Vedoucí: PhDr. Anna Arnoldová.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA č. I

Dotazník vztahu ke sportu-21

Pokyny. Pomocí níže uvedené stupnice, vyplňte prosím následující otázky co nejpoctivěji. Tyto otázky se týkají současného sportovního přesvědčení a chování, které se projevuje v posledních 3 měsících. Prosím, vepište odpovědi do prázdného prostoru za každým prohlášením.

1	2	3	4	5	6
NIKDY					VŽDY

1. Cvičím, abych se necítil podrážděný/á. _____
2. Cvičím navzdory opakujícím se fyzickým problémům. _____
3. Neustále zvyšuji intenzitu svého cvičení, abych dosáhl/a požadovaných efektů/výhod. _____
4. Nejsem schopný/a zkrátit dobu svého cvičení. _____
5. Raději bych cvičil/a, než trávil/a čas s rodinou / přáteli. _____
6. Trávím hodně času cvičením. _____
7. Cvičím déle, než mám v úmyslu. _____
8. Cvičím, abych neměl/a pocit úzkosti. _____

9. Cvičím, i když jsem zraněný/á. _____
10. Neustále zvyšuji svou frekvenci cvičení, abych dosáhl/a požadovaných efektů/výhod. _____
11. Nejsem schopen/a omezit, jak často cvičím. _____
12. Myslím na cvičení, i když bych se měl/a soustředit na školu/práci. _____
13. Trávím většinu svého volného času cvičením. _____
14. Cvičím, abych necítil/a napětí. _____
15. Cvičím déle, než jsem očekával/a. _____
16. Cvičím navzdory přetrvávajícím fyzickým problémům. _____
17. Neustále zvyšuji dobu svého cvičení, abych dosáhl/a požadovaných efektů/výhod. _____
18. Nejsem schopen/a omezit intenzitu svého cvičení. _____
19. Abych nemusel/a trávit čas s rodinou/přáteli, raději se rozhodnu pro sportovní aktivitu. _____
20. Většinu času trávím cvičením. _____
21. Cvičím déle, než jsem měl/a v plánu. _____

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Tereza Abrahamová

Studijný program: Mgr.

Studijný obor: Psychologie

Název práce: Nelátkové závislosti: Závislost na sportu

Počet stran (bez příloh): 81

Počet titulů české literatury a pramenů: 30

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 12

Počet internetových odkazů: 12

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2017

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Tereza ABRAHÁMOVÁ

Obor studia: psychologie

Název práce: *Nelátkové závislosti: závislost na sportu*

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 81

Počet stránek příloh: 2

Počet titulů v seznamu literatury: 42 + 12 internetových

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			3	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

			3	
--	--	--	---	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice
(samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím
práce)

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

			3	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

			3	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak by bylo možno pojmout výzkum jiným způsobem, aby byl přesvědčivější?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka věnovala práci značnou pozornost a péči, několikrát práci upravovala podle připomínek.

V části teoretické věnuje až příliš pozornosti fyziologii a čerpá pouze z mála autorů (např. opakovaně Slepíčka), tato část mohla být mnohem stručnější.

Problém praktické části je v reprezentativnosti obou skupin, k jejichž výběru byly zvoleny dotazy na internetu. Rozdělením souboru na dvě skupiny, z nichž jedna cvičí několikrát týdně a druhá jednou týdně a sledování jejich závislosti na sportu, nevede k přílišným možnostem výpovědi o průkazných rozdílech. Odlišnost skupin by měla být vyšší, např. závodní sportovci a rekreační sportovci. Lze pochopit, že výběr zkoumaných osob takto pojatý byl obtížný. Tabulky přesahující více než stránku ztrácejí na přehlednosti, měly být spíše v přílohách. Problém práce také tkví v tom, že autorka nepřistupuje k problematice závislosti na sportu objektivně, je předem přesvědčena, že existuje.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: dobře.

22. 5. 2017

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Tereza Abrahamová
 Obor studia: Psychologie
 Název práce: Nelátkové závislosti – závislost na sportu.
 Oponent práce: doc. Karel Hnilica

HODNOCENÍ PRÁCE

stupnice**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Problém, otázky a hypotézy

Jsou výzkumné otázky jasně formulovány?
 Jsou hypotézy správně formulovány? (lze je testovat?, falzifikovat?)
 Jsou hypotézy přesně operacionalizovány?

	X			
		X		
		X		

Práce s odbornou literaturou

Využití odborných časopiseckých zdrojů
 Využití dalších relevantních pramenů
 Kvalita/původnost zpracování odborné literatury
 Vyplývají výzkumné otázky a hypotézy z teoretické části?

		X		
	X	X		
		X		
	X	X		

Výzkumná metoda

Výběrový soubor (vhodnost, velikost, složení)
 Vhodnost použité výzkumné strategie pro test výzkumných hypotéz
 Popis použitých technik sběru dat (dotazníků, testů atp.)
 Uvedení psychometrických vlastností použitých technik: reliabilita
 Uvedení psychometrických vlastností použitých technik: validita

X				
		X		
X				
				X
				X

Analýza dat

Uvedení základních deskriptivních údajů (M, SD, r, ...)
 Byly adekvátně testovány všechny hypotézy?
 Jsou uvedeny velikosti účinků?
 Jsou testy a jejich výsledky správně prezentovány? (použitý test, počet stupňů volnosti, výsledek, pravděpodobnost, ...)

		X		
		X		
			X	
		X		

Redundantní údaje

Jsou uvedeny pouze údaje relevantní k hypotézám?
 Jsou v textu uváděny pouze nebytné tabulky a grafy?
 Jsou provedeny pouze testy týkající se hypotéz?

		X		
	X			
X				

Interpretace výsledků šetření

Jsou výsledky statistických testů správně interpretovány?
 Pokud se hypotézy nepotvrdily, je proveden rozbor možných příčin?

	X	X		

DALŠÍ KRITÉRIA

Navazuje práce na odborné publikace školitele?
 Navazuje práce na bakalářské a diplomové práce studentů PVŠPS?

ANO	NE
	X
	X

Je dodržen počet předepsaných slov a znaků?
 Je dodržena citační norma?
 Je dodržena pravopisná norma?

X	
X	

** 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – špatně (špatné provedení, ...); 5 – velmi špatně (chybí, ...)

Podrobnější zdůvodnění hodnocení:

V teoretické části práce autorka vymezuje základní pojmy (sport, závislost). Jde o text založený především na studiu českých sekundárních pramenů, z nichž se většina netýká přímo sledovaného cíle práce. Naopak zde chybí přehled současné odborné literatury, který by prokázal, že se autorka orientuje v problematice.

Hypotézy autorky nejsou správně formulované; i kdyby byly, nebylo by je možno pomocí zvolené výzkumné strategie adekvátně testovat.

Data autorka většinou volně interpretuje. Kromě toho uvádí řadu zcela redundantních informací (tabulky 4 až 7 patří do přílohy). F-testy jsou popsány pouze zčásti, takže čtenář neví, co vlastně bylo testováno. Grafy 3 a 4 jsou špatně popsány (osa Y nemůže být hladinou významnosti). Z výsledků není jasné, zda jsou sportovci „závislí“ na sportu; chybí validizace.

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Autorčin přístup vychází z tichého předpokladu, že sportování má vliv na vznik závislosti. Moje otázka proto zní: není tomu tak, že se lidé, kteří propadnou sportu, liší již dopředu od těch ostatních právě svojí tendencí být závislí? Je možné tuto alternativu ve výzkumech kontrolovat?

Práce splňuje podmínky kladené na diplomovou práci a doporučuji ji k obhajobě.

Navrhovaná klasifikace: dobře

Datum, podpis: 16. 5. 2017



doc. Karel Hnilica