

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
katedra psychologie

Diplomová práce

Obranné mechanismy ega u klientů se syndromem závislosti na alkoholu



Helena Červená
vedoucí práce : **Doc. PhDr. Jiří Šípek, Csc.**

Praha, duben 2006

Prohlašuji čestně, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně za použití uvedených literárních a jiných studijních materiálů a že jsem ji nepoužila pro účely získání jiné studijní atestace.

V Praze, dne 11. dubna 2006, *Helena Černá*

Na tomto místě bych ráda vyjádřila své díky všem, kteří mi pomohli s vypracováním mé diplomové práce. Jmenovitě pak Mgr. Marku Preissovi a Mgr. Ivě Červenkové za zapůjčení metody DSQ 40 a jejího manuálu, MUDr. Tomáši Novákovi, který mi velmi pomohl se statistickým zpracováním dat, PhDr. Magdaleně Frouzové a Prof. Jiřímu Hellerovi za odborné konzultace, MUDr. Popovovi i celému lékařskému týmu VFN, PL Bohnice a PL Horní Beřkovice, kteří mi velmi ochotně vyšli vstříc při sběru dat. Děkuji také všem respondentům, kteří projevili ochotu se na tomto výzkumu podílet. Mé díky patří i Ernstu Felsenbergovi a všem blízkým za jejich podporu.

Ráda bych poděkovala také Hlávkově nadaci, jež mi pomohla pokrýt část cestovních nákladů spjatých se studijním pobytem na Universitě Le Mirail v Toulouse, kde jsem získala základní zdroje pro vypracování této práce.

OBSAH:

I. ÚVOD.....	1
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	3
1. Vznik a vývoj konceptu obranných mechanismů.....	4
1. 1. Teoretická východiska a koncepce obranných mechanismů.....	4
1. 2. Adaptabilita - Existují normální a patologické obrany?.....	6
1. 3. Vývoj konceptu obrany a copingu: shody a přesahy.....	8
2. Výčet obranných mechanismů a jejich klasifikace.....	10
2. 1. Obranné mechanismy a psychická struktura.....	10
2. 2. Psychiatrické poruchy a obranné mechanismy.....	12
2. 3. Poruchy osobnosti a obranné mechanismy.....	14
2. 4. Dělení obranných mechanismů dle DSM- IV.....	16
3. Měření obranných mechanismů dotazníkem DSQ 40.....	34
3. 1. Dotazník DSQ 40 – základní charakteristika a vývoj.....	34
3. 2. Reliabilita a Validita dotazníku DSQ 40.....	35
3. 3. Obranné mechanismy měřené dotazníkem DSQ.....	36
3. 4. Rozdělení obranných mechanismů do jednotlivých obranných stylů.....	36
4. Využití obranných mechanismů v klinické praxi.....	39
4. 1. Analýza obran.....	39
4. 2. Diagnostické aspekty obranných mechanismů.....	40
4. 3. Terapeutické intervence zaměřené na obranné mechanismy.....	42
5. Alkoholová závislost.....	43
5. 1. Syndrom závislosti dle MKN-10 a DSM-IV.....	43
5. 2. Závislá osobnost.....	45
5. 3. Specifika návykové nemoci u žen a mužů.....	46
5. 4. Obranné mechanismy v literatuře spojovány se závislostí na alkoholu.....	49

III. EMPIRICKÁ ČÁST	51
6. Pozadí a charakteristika výzkumu	52
6. 1. Předmět výzkumu.....	53
6. 2. Cílová skupina.....	55
6.2.1. Výzkumný vzorek.....	55
6.2.2. Kritéria výběru.....	56
6.2.3. Výběr vzorku.....	58
6.2.4. Popis vzorku.....	59
6. 3. Metodika.....	62
6.3.1. Nástroje.....	62
6.3.2. Sběr dat.....	63
7. Analýza dat	63
8. Výsledky & Zjištění	63
9. Interpretace	74
10. Shrnutí výzkumu a diskuze	80
IV. ZÁVĚR	86
V. LITERATURA	88
VI. PŘÍLOHY	93
Příloha č. 1.....	93
Příloha č. 2.....	94
Příloha č. 3.....	99

Abstract - Ego mechanisms of defense in alcohol-dependent patients

The objective of this dissertation was to examine the Ego defense mechanisms and defense styles in alcohol-dependent patients.

First, we introduced the phenomenon of Ego mechanisms of defense, presented the brief history resumption, outlined the major topics of clinical research interest and described the possibilities of use of defense mechanisms analysis in a clinical practice, particularly in diagnostics and psychotherapy.

The Defense Style Questionnaire (DSQ 40) was used to examine a sample of subjects (n=60) with an alcohol-dependence diagnosis. Bivariate correlation analyses yielded these results: the alcohol-dependence in women was correlated with mechanisms Idealization, Projection, Devaluation and Isolation of affect, whereas in men with mechanisms Suppression and Isolation of affect. There was no relation between this syndrome and certain defense style approved. These results confirmed the psychogonical etiology of the above problem in women and suggest the connections with neurotic, depressive disorder, borderline and narcissistic personality disorder. In men, the possible connection between the mechanisms Isolation of affect and antisocial personality disorder is expected.

I. ÚVOD

Diplomová práce je věnována tématu obranných mechanismů ega ve spojitosti s problematikou alkoholové závislosti. Tématika obranných mechanismů autorku zaujala během jejího studijního pobytu ve Francii, na Univerzitě Le Mirail v Toulouse, kde se studiu obranných mechanismů věnuje velká pozornost. Jejich analýza zde představuje významnou součást diagnostické a klinické práce, jež napomáhá porozumět fungování normální i patologické psychiky. V rámci této stáže měla autorka rovněž příležitost se seznámit se studii, zabývajícími se úlohou obranné organizace v rámci jednotlivých psychických poruch, posuzováním obran z hlediska jejich adaptace a možnými způsoby terapeutické intervence směřující k jejich zvědomování. Za velmi zajímavé považujeme i propojení pojetí obran s konceptem copingu, které otevírá další možné směry terapeutické práce.

V rámci zkoumání obranné organizace jsme se rozhodli zaměřit na problematiku závislosti na alkoholu, a to z důvodu, že se nám na toto téma nepodařilo, v rámci dostupných zdrojů, nalézt relevantní studie. Přišlo nám proto zajímavé tuto tematiku podrobněji zmapovat.

Tato práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. V první části nejprve představíme teoretická východiska a koncepci obranných mechanismů, budeme se zabývat jejich adaptibilitou a představíme jejich možné způsoby členění. Podrobněji se pozastavíme u klasifikace obranných mechanismů v rámci čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch a jejich členění ve vztahu k jednotlivým psychickým poruchám. Představíme zde i nástroj měření, Defense style Questionnaire (DSQ 40), který použijeme jako hlavní výzkumnou metodu v empirické části této práce. Následně se budeme zabývat problematikou syndromu závislosti na alkoholu, definováním tohoto problému v rámci desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí a čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, představíme specifika návykových nemocí u mužů a žen a na závěr uvedeme výčet, v odborných pramenech nejcitovanějších, obranných mechanismů pojících se syndromem závislosti na alkoholu.

Empirickou část jsme koncipovali jako kvantitativní výzkum. Za tímto účelem bylo použito výše zmiňované metody – dotazníku DSQ 40, autorů Bonda a Wesleyho z roku 1983, jehož česká verze byla vytvořena v Psychiatrickém centru Praha. Tento dotazník nám rovněž umožňuje určit úroveň obranného fungování, tzv. obranný styl. Cílem empirické části je zjistit, zda se v souvislosti se syndromem závislosti na alkoholu vyskytuje statisticky významná spojitost s některými konkrétními obrannými mechanismy, resp. obrannými styly, která by je odlišovala od normální populace. Smyslem celé práce pak bude možnost využití zjištěných výsledků v praxi a nastínění možných způsobů, kterými by bylo možné analýzu obranné struktury ega v klinické praxi využít.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Vznik a vývoj konceptu obranných mechanismů

Obranné mechanismy ego představují jeden ze základních teoretických konceptů v psychologii. Tvoří ústřední rys širší organizace osobnosti a jejich poznání je žádoucí v klinické praxi, diagnostice i psychoterapii. Koncepce obran je problematikou velmi komplexní a komplikovanou, opředenou množstvím otázek a nejasností, ani doposud se proto nepodařilo dojít všeobecného konsenzu. K nejdiskutovanějším otázkám současného výzkumu obranných mechanismů patří definování jednotlivých obranných mechanismů a jejich vzájemných vztahů, klasifikace dle různých obranných stylů, stabilita a proměna obranných mechanismů u jednotlivých poruch v průběhu terapie, výskyt obranných mechanismů a jejich vývoj v průběhu života a v neposlední řadě i vývoj nástrojů jejich měření. Těmito tématy se budeme v průběhu naší práce podrobněji zabývat. První kapitola bude proto věnována uvedení do problematiky obranných mechanismů a představení teoretických východisek tohoto konceptu. Dále se budeme zabývat obrannými mechanismy z hlediska adaptability a představíme koncept procesu zvládání neboli copingu.

1.1. Teoretická východiska a koncepce obranných mechanismů

Termín „obrana“ se poprvé objevil r. 1894 ve Freudově studii „Neuropsychózy obrany“, kde ho použil k popisu boje ego proti bolestným či nesnesitelným myšlenkám a afektům (Freud, 1959). Později tento termín nahradil termínem „vytěsnění“ a termín „obran“ začal užívat v obecném slova smyslu pro všechny prostředky, jež ego využívá k obraně proti úzkosti. Poté, co přišel se svým strukturálním modelem osobnosti Id–Ego–Superego, obranné mechanismy charakterizuje jako prostředek, jež pomáhá Egu bránit se proti nepřijatelným pudovým přáním Id (většinou sexuálního charakteru).

Ve Freudově koncepci jsou obranné mechanismy spojeny především s patologií, podílejí se na tvorbě symptomů. Ve svých dalších pracích^{*} proto podrobně rozpracovává problematiku souvztažnosti psychogenních poruch s určitými, pro ně charakteristickými, obrannými mechanismy. Hlavním

^{*} např.: Certain Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality z r. 1922, Instincts and their Vicissitudes z r. 1915, Mourning and Melancholia z r. 1917.

obraným mechanismem tak dle Freuda je: u hysterie *somatická konverse*, u obsedantní neurózy *isolace, retroaktivní anulace a reaktivní formace*, u fobie *přenos afektu* a u paranoi *projekce*. *Vytěsnění* má ve Freudově teorii specifické postavení, jelikož jednak zakládá nevědomí a zároveň je obranným mechanismem *par excellence*, na jehož základě se ostatní tvoří (Postel, 2003).

Motivy vzniku obranných mechanismů dále podrobně rozpracovala Anna Freudová ve své práci „Ego a mechanismy obrany“, kde podává výčet obranných mechanismů, doložený na případech z praxe, a nastiňuje jejich adaptivní i maladaptivní důsledky. Kromě *vytěsnění*, popsala, celkem devět obranných mechanismů: *regrese, reaktivní formace, izolace, odčinění, projekce, introjekce, obrat proti sobě, zvrát a sublimace*. Z hlediska motivace Freudová rozlišuje tři základní typy úzkosti: úzkost superegovou, jež spočívá v konfliktu mezi Superegem a Id, úzkost objektivní, plynoucí ze strachu z vnějšího světa, a úzkost pudovou, jež představuje strach ze síly pudů. Freudová rovněž vyzorovala, že obranné mechanismy se mohou kombinovat – příkladem takového mechanismu je identifikace s agresorem, jež je kombinací mechanismu introjekce a projekce. Mezi další významné přínosy Freudové patří např. definování obranných mechanismů, charakteristických pro období dospívání (viz. Freudová, 1992).

Velkým přínosem k rozšíření teorie obranných mechanismů bylo i dílo M. Kleinové, která během své dlouholeté práce s dětmi zjistila, že již od narození je ego schopno vytvářet primitivní vztahy s objektem ve fantazii i realitě, pociťovat úzkost a užívat obranné mechanismy, čímž vyvrátila hypotézu Freudové, že obranné mechanismy nastupují až poté, co je ego diferencováno (Sayersová, 1999). Kleinová rovněž popsala ranné obrany – *štěpení, idealizaci a projektivní identifikaci*. Problematika obranných mechanismů se stala také centrem zájmu školy objektivních vztahů, mezi jejíž představitele patří např. D. Fairbairn, D. Winnicott, M. Balint, J. Bowlby. Mezi další významné osobnosti, jež se obrannými mechanismy zabývaly, patří zejména psychoanalytik O. Kernberg, který popsal obranné mechanismy u hraničních poruch osobnosti, a H. Kohut, představitel selfpsychologie, který popsal narcistní obrany (Mitchell, Blacková, 1999).

K vývoji konceptu obranných mechanismů přispělo ještě mnoho dalších autorů, s ohledem na cíle této práce se však zaměříme především na jejich současné pojmání a způsob, jak informace, které nám o osobnosti podávají, můžeme využít k jejímu poznávání a v klinické praxi. Pro zájemce o výše zmiňovaná témata proto odkazujeme na práce citovaných autorů.

Jak jsme již v úvodu předesílali, koncepce obranných mechanismů je problematikou velmi složitou, dosud se proto nepodařilo dosáhnout jednoty ani v obecném definování obranných mechanismů. Francouzský psychoanalytik H. Chabrol (Chabrol, Callahan, 2004) se o něco takového pokusil. Provedl analýzu definic devíti, v této oblasti nejcitovanějších, současných autorů, jako jsou: Laplanche a Pontalis (1967, tamtéž), Widlocher (1971-1972, tamtéž), Vaillant a Drake (1985, tamtéž), Holmes (1994, tamtéž), Plutchik (1995, tamtéž), a nevynechal ani definici dle DSM-III a DSM-IV, za účelem syntézy všech podstatných charakteristik, které tito autoři považují pro obranné mechanismy za nejpříznačnější. Došel tak k výsledné syntetizující definici:

„Obranné mechanismy jsou nevědomé psychické procesy, směřující k redukci či anulaci nepříjemných vlivů reálného či imaginárního nebezpečí, rekonstruující vnitřní a/nebo vnější skutečnost, jejíž projevy – chování, myšlenky či afekty – mohou být nevědomé nebo vědomé.“ (Chabrol, Callahan, 2004, s. 27).

1.2. Adaptabilita - existují normální a patologické obrany?

Adaptabilita obranných mechanismů je mezi psychology velmi diskutovanou otázkou. Jak jsme již výše nastínili, klasická psychoanalýza považuje obranné mechanismy za nepříznivé a nežádoucí způsoby psychického fungování. Věří, že obrany by měly být opuštěny jakmile splní svoji úlohu ochrany mladého nezralého ega před propuknutím poruchy vyvolané úzkostí. Měly by proto být nahrazeny neobránnými prostředky, jež řídí a ovlivňují emoce.

Freud považoval vytěsnění vždy za patogenní proces, nazval jej dokonce „*strážcem duševního zdraví*“* (Freud, 1916/1963, s. 294 in Conte, Plutchik et al., 1994). Fenichel (1946, tamtéž) je názoru, že obranné mechanismy mají neblahý

*Ve smyslu: co nebylo vytěsněno - je zdravé.

vliv na psychické fungování a ani psychickému zdraví nenapomáhají. Leowenstein (1967, tamtéž) popisuje obrany jako rigidní, nepřiměřené, stereotypní, spočívající v náhradním uspokojování, neslučitelné s principem reality.

Tento způsob uvažování přerušil Menninger (1954, in Ionescu, Jacquet, Lhote, 2003), který jako první představil obranné mechanismy v širší perspektivě a poukázal na jejich adaptivní funkce. Stejným způsobem uvažoval i Hartmann (1958, Conte, Plutchik et al., 1994) ve své teorii, jež předpokládá, že ne všechny vývoj obran pochází z pudových konfliktů. Podle něho jsou některé obranné mechanismy, jako např. schopnost odsunout či kontrolovat pudy nebo schopnost dělat realistické anticipace, součástí „bez-konfliktového“ vývoje, který je ego-struktuře vlastní, tedy výsledkem normálního lidského vývoje.

V tomto směru úvah pokračoval Vaillant (1993, in Ionescu, Jacquet, Lhote, 2003), který došel k závěru, že obranné mechanismy samy o sobě nejsou důkazem patologie, naopak mohou plnit adaptivní funkci, napomáhat psychické homeostáze obdobným způsobem, jako se jedinec přizpůsobuje svému okolí. Aby bylo možné považovat obranu za adaptivní, musí však, dle Vaillanta, jít o aktivitu směřující k redukci utrpení, nikoliv pouhému „zncitlivění“ či zmizení. Obrana musí mít dlouhodobý charakter, být specifická a uskutečnitelná. Spíše než aby emoce blokovala, by měla dávat průchod k jejich uvolnění, nesmí být rovněž pro jedince nepříjemná.

V současné době je adaptivní funkce obranných mechanismů všeobecně uznávána. *„Člověk není nikdy nemocný protože má obrany, ale protože obrany, které obvykle užívá, mohou být označeny za neefektivní, příliš rigidní, špatně přizpůsobené realitě vnitřní a vnější a/nebo výlučně jednoho typu. Psychické fungování je patrné v poruchách přizpůsobivosti, harmonie a adaptace.“* (Bergeret, 1986, s. 23).

1.3. Vývoj konceptu obrany a copingu: shody a přesahy

S otázkou adaptability obranných mechanismů úzce souvisí koncept coping stylů. Problematiku coping stylů a jejich odlišnost od obranných mechanismů podrobně rozpracoval N. Haan (1977, in Conte, Plutchik et al., 1994). Svoji teorii založil na předpokladu, že ego-procesy je možné rozdělit na dvě širší kategorie – obranné procesy a procesy zvládnání. Obranné mechanismy považuje za nevědomé, mimoděčné, relativně rigidní, orientované na vnitřní konflikty, jež souvisí s psychopatií, zatímco coping považuje za vědomý, záměrný, flexibilní způsob jednání směřující k pozitivnímu zvládnutí vnější reality, jež je běžně spojován s psychickým zdravím a spokojeností.

Obecně by se dalo říci, že zatímco obranné mechanismy představují psychoanalytické pojetí převážně nevědomých obran ega, pomocí kterých čelí intrapsychickým konfliktům, coping (proces zvládnání, či strategie přizpůsobení) je pojmán jako kognitivně-behaviorální reakce, které jedinec záměrně a vědomě užívá k zvládnání nebezpečí a vnějších problémů.

Pojetí obranných mechanismů a coping stylů však nejsou jen opoziční. Lazarus (1990, in Chabrol, Callahan, 2004) přišel s myšlenkou, že mezi obrannými mechanismy a copingem existuje plynulé kontinuum. Tento koncept podpořil i Plutchik (Conte, Plutchik et al., 1994) svou teorií, že obranné mechanismy a procesy zvládnání představují deriváty jedné základní emoce. S každou primitivní nevědomou obranou ega tak podle něho koresponduje určitý realistický, vědomý coping styl. Ve své práci pak podává přehled vzájemně korespondujících obran a copingů (viz . příloha č. 1).

V literatuře převažuje názor, že coping obranám předchází - obranné mechanismy se aktivují až ve chvíli, kdy procesy copingu selžou. Chabrol (Chabrol, Callahan, 2004) však toto pojetí považuje za značně zjednodušující, neboť nebere v úvahu různorodost obranné organizace, kde se obrany a coping mohou vzájemně propojovat či střídat. Svá tvrzení dokládá zkušenostmi z klinické praxe, které ukazují, že jedinec může např. současně užívat formy copingu, orientované na daný problém, a zároveň si zachovat jistou míru popření, jež plyne z obtížnosti tohoto problému.

Dle Chabrola (tamtéž) však jejich vzájemná součinnost nemusí být vždy pozitivní. U jedinců s optimálním mentálním fungováním primární aktivace adaptivních obranných mechanismů připravuje či usnadňuje intervenci efektivních forem copingu. V takovém případě je součinnost obran a copingu pozitivní. U více narušených jedinců, však neurotické či nezralé obranné mechanismy vytváří deformovanou reprezentaci reality, což vyvolá inadekvátní proces copingu. Souhra obran a copingu bude proto v tomto případě naopak negativní. Mezi těmito dvěma extrémy si můžeme představit dlouhé kontinuum funkčnosti, škálu různých reakcí: inadekvátní účinek obran může být částečně kompenzován sekundární intervencí různých druhů funkčnějšího copingu a naopak efekt méně dysfunkčních obran může být zvětšen výběrem kontraproduktivních copingových stylů.

Otázka pořadí intervence obran a copingu je důležitá zejména z hlediska možného terapeutického využití. Pokud mechanismy obrany zasáhnou jako první, není možné se spokojit se zlepšováním copingu a obrany opomíjet. Pokud bychom tak učinili, budeme riskovat, že se proces copingu zaměří na řešení problémů, které jsou sekundární, zástupné, vycházející z intervence obranných mechanismů, zatímco základní problém zůstane opomenut. Učení funkčnějších způsobů copingu, např. v rámci kognitivně-behaviorální terapie, proto může sice problémy vyvolané či vyostřené obrannými mechanismy určitým způsobem zlepšit, pokud však nebudou rozpoznány a identifikovány, popř. vyřešeny problémy, proti kterým obrany zasahují, mohou nově naučené coping styly daný problém naopak udržovat, zvyšovat či ho znovu vyvolávat.

V klinické praxi je společné zohledňování obranných mechanismů a procesů zvládání velmi podnětné a přínosné (sledování vzájemného vztahu, posloupnosti a střídání). Jde o procesy komplementární, koexistující v každém z nás. Jejich společné zkoumání by proto mohlo přinést globálnější pohled na reakce jedince na vnitřní či vnější obtíže a pochopení normálního i patologického fungování.

2. Výčet obranných mechanismů a jejich klasifikace

Ohledně celkového počtu a přesných definic obranných mechanismů se dosud nepodařilo dosáhnout konsensu, existují pouze různé výčty lišící se svou obsažností, vnitřní teoretickou konzistencí a využitelností pro klinické pozorování a výzkum. Příčinou je jejich velká rozmanitost, různorodost, komplexnost a rozsáhlost. Laplanche a Pontalis popisují obranných mechanismů 17, Bergeret 25, Bibring a Valenstein 43, Ionescu, Jacquet, Lhote (2003) jich uvádí 29, provedeno bylo i množství různých členění a škálování dle úrovně jejich zralosti, motivů vzniku, adaptability, výskytu v souvislosti s nějakou poruchou apod.

V této kapitole proto nejprve nastíníme Freudovu teorii psychické struktury, v rámci které se koncept obranných mechanismů zrodil, poté se budeme zabývat současnými studii vztahu obranných mechanismů a psychiatrických poruch a poruch osobnosti a na závěr se pozastavíme u klasifikace obranných mechanismů v rámci čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu. Tato členění nám zároveň poslouží jako teoretická východiska pro následující 4. kapitolu, ve které se budeme zabývat využitím obranných mechanismů v klinické praxi a psychoterapii (viz. kapitola 4).

2.1. Obranné mechanismy a psychická struktura

Jak jsme již výše zmínili, spojitostí psychických poruch s určitými, pro ně charakteristickými, obrannými mechanismy se zabýval již Freud na samém počátku jejich zkoumání. Tento předpoklad vychází z jeho teorie psychické struktury, kterou popsal ve své „Nové řadě přednášek k úvodu do psychoanalýzy“ (Freud, 1997). Princip utváření psychické struktury zde vysvětluje prostřednictvím metafory krystalu. Pokud krystal upustíme na zem – roztříští se, ne však náhodným způsobem - lom, který je z vnějšku nepostřehnutelný, je předem determinován originálním a neměnným typem struktury charakteristickým právě pro krystal. Stejně je tomu podle Freuda i s psychickou strukturou. Krok za krokem, od narození (a bezpochyby i před ním), se spolupůsobením dědičnosti, povahy vztahu s rodiči, zažitými

frustracemi, traumaty, konflikty, rovněž i obrannými mechanismy, psychika jedince organizuje - krystalizuje stejným způsobem, jakým krystal nerostu vytváří svou strukturu, s liniemi štěpení, jež jsou již později neměnné. Tento proces vede k vytvoření stabilní struktury, neurotické či psychotické. Pokud jedinec není vystaven příliš velké vnitřní či vnější zátěži, emocionálnímu traumatu, frustracím či konfliktům příliš velké intenzity, neonemocní - „krystal“ bude držet pevně při sobě. Pokud však dojde následkem nějaké události k „roztříštění krystalu“, rozvine se u jedince s neurotickou strukturou neuróza a u jedince s psychotickou strukturou psychóza. Správný přístup a péče však zajistí návrat psychického zdraví, kompenzaci původní struktury. Stabilita struktury je zaručena nemožností přechodu mezi jednotlivými strukturami od chvíle, kdy bylo ego organizováno jedním nebo druhým způsobem.

U neurotické struktury je základním neměnným prvkem organizace ega okolo genitálu a Oidipovského komplexu. U neurotiků je úzkost charakterizována jako „úzkost z kastrace“, jež je symbolem souhrnu všech nepřekročitelných zákazů, které brání pudovému uspokojení (jako např. incest). Úzkost tedy pramení z konfliktu mezi egem a pudy. Hlavní obranné mechanismy u neuróz jsou také někdy nazývány „taktikami“, neboť slouží k ochraně ega za cenu vyjednávání s ostatními instancemi jedince se svým tělem či vnějším světem. Jsou to: *vytěsnění, exteriorizace, přenos, kondenzace, izolace, anulace, reaktivní formace a konverze*.

U psychotické struktury popření zasahuje část reality, dominuje narcistické libido, které zachvacuje primární proces svým neodkladným, bezprostředním, automatickým charakterem. Vztah k okolí je „splývavý“, symbiotický. Úzkost u psychóz je úzkostí z rozpadu a/nebo smrti ve smyslu rozložení. Hlavními obrannými mechanismy je *popření, projektivní identifikace, rozpolcení ega, štěpení (štěpení ega a objektu)*.

Mezi těmito dvěma strukturami se nachází **organizace hraniční**, která je nosologicky blízká oběma. Představuje se jako organizace, která je křehčí nežli dvě předchozí, není tak stabilní a neměnná. Jelikož není tak strnulá, může „vykrystalizovat“ do kterékoliv ze dvou sousedních organizací. U hraniční organizace dominuje Ideál ega, vztah k okolí je anaklitický, úzkost pramení ze ztráty objektu. Hlavním obranným mechanismem je *štěpení (splitting)* neboli

aktivní separace zcela dobrých a zcela špatných obrazů, jejichž integrace by spustila nesnesitelnou úzkost a pocity viny. S tím souvisí i další obranné mechanismy jako je *primitivní idealizace, devalvace a projektivní identifikace*, jejichž cílem je oddělení lásky a agrese (Kernberg, 1975 in Poněšický, 2003).

2.2. Psychiatrické poruchy a obranné mechanismy

Nové psychometrické nástroje přinesly množství empirických výzkumů vztahů mezi obrannými mechanismy a psychiatrickými poruchami. Většina studií posuzovala úroveň obranného fungování. Studie, pokoušející se hledat spojitosti mezi psychiatrickými poruchami a užíváním specifických obran, jsou však vzácnější.

Většina studií vedla k závěru, že úroveň obranného fungování jedinců s psychiatrickými poruchami se liší od kontrolní skupiny. Studie užívající dotazníku DSQ pravidelně potvrzovaly, že psychiatrické pacienty od kontrolní skupiny odlišuje signifikantně vyšší skóre nezralých obran. Potvrdily to studie dospělých trpících úzkostnou či depresivní poruchou (Sponhoven, Kooiman, 1997 in Chabrol, Callahan, 2004) i studie dospělých trpících silnou depresí, panickou poruchou, generalizovanou úzkostnou poruchou či sociální fobií (Kennedy a kol., 2001, tamtéž), což svědčí o tom, že neurotické a zralé obrany mezi nimi nerozlišují. Stejně výsledky vykazují i dospělí jedinci trpící depersonalizací (Simeon a kol., 2002, tamtéž). U adolescentů, trpících depresí či poruchami příjmu potravy, úroveň nezralých obran odpovídala Beckovu Inventáři deprese (Smith a kol., 1992, tamtéž). Watsonova studie (2002) rozsáhlého vzorku vysokoškoláků navíc prokázala, že nejsilnějšími prediktory psychopatologie je kombinace mechanismů projekce, přenosu, autistické fantazie, somatizace a agování, přičemž mechanismus projekce byl nejsilnějším prediktorem u mužů a mechanismu přenosu u žen.

Většina komparativních studií různých psychiatrických poruch však nezaznamenala velké odlišnosti. Bond s Vaillantem (1986, in Chabrol, Callahan, 2004) zkoumali vzájemné vztahy mezi obrannými styly u čtyř diagnostických skupin: psychóz, poruch nálady, úzkostných poruch a jiných poruch. Jedinci

s poruchami nálady se od kontrolní skupiny nelišili, zatímco zbylé tři skupiny vykazovaly více nezralých a méně zralých obran oproti kontrolní skupině. Sullivan a kol. (1994, tamtéž) zjišťovali obranné styly u dospělých anorektických, bulimických či anorektických a bulimických pacientů a nezjistili mezi těmito skupinami žádné rozdíly. Tordjman et al. (1997, tamtéž) provedl stejný výzkum u adolescentů a dospívajících se shodným výsledkem. Perry a Cooper (1986, in Mullen, Blanco, Vaughan et al., 1999) prokázali slabou korelaci mezi psychiatrickými poruchami za užití Defense Mechanism Rating Scale (DMRS).

Guelfi a kol. (2000, in Chabrol, Callahan, 2004) užil DSQ 40 u dospělých hospitalizovaných na psychiatrii, skóry zralých obran, neurotických a nezralých však neodlišovaly pacienty, kteří se v blízké minulosti pokusili o sebevraždu ($n = 27$) od ostatních. Naopak jedinci trpící silnou depresí ($n = 77$) se od nedeprativních odlišovali signifikantně nižším skórem zralých obran.

Holi a kol. (1999, tamtéž) provedli mnohočetnou regresní analýzu, jak s celkovým skórem SCL-90, tak s prediktorem skóru obran v rámci DSQ, a zaznamenali, že nezralé obrany byly hlavním prediktorem celkového skóru, přínos neurotických a zralých obran byl minimální. Sammallahiti a kol. (1994, tamtéž) zjistili, že úroveň zralých obran se mění s ohledem na závažnost psychiatrické poruchy.

Muris a kol. (2003, tamtéž) zkoumali ve skupině adolescentů vztahy mezi obrannými styly, osobnostními rysy a psychopatologickými symptomy prostřednictvím DSQ, Eisenckova osobnostního dotazníku, jež měří tři dimenze osobnosti: neuroticismus (predispozici k úzkostné a depresivní poruše), extraverci a psychoticismus (predispozici k psychóze, antisociální poruše a poruchám souvisejícím se zneužíváním návykových látek), a dotazníku, zjišťujícího syndromy popsané DSM-IV. Neuroticismus mírně koreloval s neurotickými obranami ($r = 0,41$) a nezralými obranami ($r = 0,47$), psychoticismus silněji koreloval s nezralými obranami ($r = 0,53$). Neurotické obrany mírně korelovaly s úzkostnými poruchami a nezralé obrany s poruchami chování a poruchami souvisejícími se zneužíváním psychoaktivních látek. Regresní analýza ukázala, že dimenze osobnosti a obranné styly se nezávisle podílí na predikci psychopatologických syndromů.

Další studie prokázaly prediktivní schopnost zralosti obran: psychiatrické poruchy mladých dospívajících korelovaly s nezralým obranným stylem pozitivně, zatímco u adolescentů negativně (Tuulio-Henriksson et al., 1997 in Chabrol, Callahan, 2004).

Studie vztahů mezi psychiatrickými poruchami a obrannými mechanismy jsou velmi přínosné, konstatování vztahu mezi nimi však nesmí být interpretováno jako důkaz jejich kauzální role. Aktivace určitých typů obranných mechanismů může být symptomem nějaké psychické poruchy, „...musíme mít však stále na vědomí, že přítomnost obranného mechanismu nemusí reprezentovat reakci na nemoc ale spíše predispoziční charakteristiku“ (Bush et al, 1995, s. 302 in Chabrol, Callahan, 2004).

2.3. Poruchy osobnosti a obranné mechanismy

Dle dotazníku DSQ, vykazují jedinci s poruchou osobnosti signifikantně vyšší skóre tzv. „hraničních“ obran (omnipotence, devalvace, štěpení, popření, projektivní identifikace) než je tomu u neurotiků a zdravých jedinců (Sammallahti, Aalberg, 1995, in Chabrol, Callahan, 2004). Studie Sinha a Watsona (1999, tamtéž) prokázala, že většina poruch osobnosti se v rámci měření DSQ vyznačuje zvýšeným skóre nezralých obran a sníženým skóre obran zralých, rozdíl mezi jednotlivými poruchami navzájem však dotazník nezachycuje.

Drake a Vaillant (1985, tamtéž), za užití klinického rozhovoru a škály obranného fungování dle DSM-IV, potvrdili spojitost mezi konkrétními poruchami osobnosti a užíváním určitých obranných mechanismů:

- ▶ u **paranoidních osobností** zjistili jako hlavní obrany: *projekci a agování*,
- ▶ u **antisociálních a narcistních osobností** *agování, popření a projekci**
- ▶ u **závislých osobností** dominovalo *popření*,
- ▶ u **pasivně-agresivních** osobností převládal mechanismus *pasivní agrese*,
- ▶ u **schizoidních osobností** *autistická fantazie*.

* poslední dvě se lišily pouze výší dosaženého skóru

Blais a kol. (1996, tamtéž), za užití škály obranného fungování DSM-IV, poukázal na specifické vztahy mezi poruchami osobnosti a úrovněmi obran:

- ▶ prediktorem **hraniční osobnosti** byla příslušnost k „závažná image-zkreslující úrovní“.
- ▶ prediktorem **narcistní osobnosti** byla příslušnost k „minoritní image-zkreslující úrovní“
- ▶ prediktorem **histrionické osobnosti** byla příslušnost k „závažná image-zkreslující úrovní“ a „úrovní popření“.*
- ▶ prediktorem **závislé osobnosti** byla příslušnost k „úrovní mentální inhibice“ a „závažná image-zkreslující úrovní“.

Zajímavou studii provedl Sztulman (2001), který zkoumal rozdíly mezi hraniční a závislou poruchou osobnosti. Zjistil, že tyto dvě poruchy mají shodné znaky, resp. že silné závislostní chování může být, z hlediska základní psychické organizace, považováno za hraniční poruchu osobnosti. Tyto výsledky vedly k vytvoření nového konceptu „závislé hraniční poruchy osobnosti“. Následně bylo provedeno na toto téma několik výzkumů, které potvrdily hypotézy existence této poruchy (Catteeuw, 2000, Bernoussi, 1999, Carreau-Rizeetto, 2000 a další, tamtéž). Z hlediska obranných mechanismů jsou v souvislosti s touto poruchou popsány mechanismy: štěpení objektu, popření, idealizace a devalvace.

Výše zmiňované studie ukazují, že DSQ je nedostatečný pro rozlišování jednotlivých poruch osobnosti, za tímto účelem je proto třeba užívat validnější nástroje jako je např. škála obranného fungování v rámci DSM-IV.

* Autoři zdůrazňují, že hodnocení obranného fungování může přispívat diagnostice poruch osobnosti – ať již narcistické, histrionické, které je obtížné rozpoznat na úrovni symptomů, zatímco v této studii prokazuje na jiné úrovni obranných mechanismů.

2. 4. Klasifikace obranných mechanismů dle DSM-IV

Touto škálou jsme se rozhodli zabývat podrobněji, neboť nejvíce vyhovuje současným požadavkům. Její hlavní předností je, že narozdíl od většiny ostatních, jež jsou převážně výsledkem empirických studií za užití faktorové analýzy, je tato škála sestavena na základě konsensu* mezi kliniky, výslednicí jejich společných znalostí a zkušeností. Tato škála byla inspirována pracemi Bonda a Vaillanta a na základě návrhů Perryho a Kardose (1995 in Chabrol, Callahan, 2004) hierarchicky rozčleněna do jednotlivých obranných úrovní.

Tuto škálu jsme se rozhodli popsat podrobněji, neboť ji budeme používat pro srovnání výsledků testu DSQ 40 v praktické části této práce. Nelze na ni pouze odkazovat, neboť, dle autorce dostupných informací, se v českých podmínkách zatím nepoužívá a není proto ani v českém jazyce dostupná.

► Škála obranného fungování dle DSM-IV

DSM-IV podává definici celkem 31 obranných mechanismů, které jsou rozděleny, konceptuálně a empiricky, do 7 příbuzných skupin, tzv. „úrovní obrany“ (Defense Levels). Škála obranného fungování se používá tak, že klinik zaznamená alespoň sedm specifických obranných mechanismů či coping stylů (počínaje tím nejmarkantnějším) a na základě toho určí převládající stupeň obrany daného jedince. Tímto způsobem by měly být zachyceny obranné mechanismy a obranné styly v době hodnocení, doplněné o veškeré informace o obranách jedince v době, jež hodnocení předcházela.

Dle DSM-IV jsou obranné mechanismy (či coping styly) definovány jako: *„bezděčné automatické psychické procesy, které jedince chrání proti úzkosti a uvědomění si vnitřních nebo vnějších nebezpečí a stresorů. Jedinci si často nejsou fungování těchto procesů vědomi. Obranné mechanismy zprostředkovávají reakce na emocionální konflikty a vnitřní a vnější stresory.“* (DSM-IV, 1994, s. 751).**

* pozn.: Zmiňovaný konsensus se týká shody kliniků o existenci daných mechanismů a jejich definici. Obecného konsensu ohledně celkového výčtu či hierarchického uspořádání však, jak jsme výše uvedli, zatím dosaženo nebylo.

** Vaillant (2000, in Chabrol, Callahan, 2004) uvádí, že slučování obranných mechanismů a coping stylů je nepřesné. Charakteristiky „automatické“ a „nevědomé“ však naznačují, že DSM-IV se vztahuje ke klasické definici obranných mechanismů.

► **Obranné mechanismy jsou zde rozděleny do sedmi úrovní obrany:**

1. VYSOKÁ ADAPTAČNÍ ÚROVEŇ

Tato úroveň zajišťuje optimální adaptaci při zvládnání stresu, obrany proto obvykle maximalizují uspokojení a poskytují uvědomění pocitů, myšlenek a jejich důsledků. Napomáhají rovněž vytvoření rovnováhy mezi konfliktními motivy. Tato úroveň obsahuje mechanismy, které se nejvíce blíží procesům copingu, avšak přímo i některé copingové styly (viz kapitola 1.3).*

► **Anticipace (Anticipation)**

Anticipace představuje reakci na emocionální konflikt či vnitřní nebo vnější stresory tím, že jedinec předem vlastní emocionální reakce prožívá anebo předjímá důsledky potenciálních budoucích událostí, realisticky je zvažuje a hledá možné alternativní odpovědi či řešení.

Jedná se o schopnost projekce do budoucnosti, jež zahrnuje dvě složky: emocionální anticipaci, při které jedinec danou emoci zažívá, a anticipaci kognitivní, kdy předvídá následky budoucí události, na kterou se připravuje. Kognitivní anticipace je tedy záměrnou strategií vědomého copingu, při kterém se jedinec soustředí na problém, aby ho ovlivnil nebo kontroloval.

V psychopatologii anticipace chybí obzvláště u osobností psychopatických a antisociálních, které jsou charakteristické svou impulsivitou a neschopností předvídat.

► **Afiliace (Affiliation)**

Jedinec reaguje na emocionální konflikt či stres tím, že se obrací o pomoc nebo podporu na druhé. Tento mechanismus zahrnuje i sdílení problémů s druhými, nevede však k pokusům naléhat na druhé či je činit zodpovědnými.

Jedinec se svěří se svými starostmi a pocity nenaléhavým a neobtěžujícím způsobem. Afiliaci je třeba odlišit od vyhledávání závislého postoje, regresivního

* Vaillant (2000 in Chabrol, Callahan, 2004) však ve své koncepci zralé obranné mechanismy od funkčních copingových stylů jasně odlišuje. Obrany jsou mimovolné, aktivují se automaticky jako např. *vytěsnění*, nemohou být proto užívány vědomě. Zralé obranné mechanismy považuje za nadřazené copingu, neboť mohou regulovat vnímání vnitřní a vnější reality, kterou nejsme schopni změnit. Do této skupiny tudíž zahrnuje pouze: *anticipaci, altruismus, humor, supresi a sublimaci* neboť se vymykají vůli jedince. Začlenění copingových stylů *afiliace, sebepotvrzení, sebepozorování*, jež jsou záměrné, do této klasifikace proto považuje za velmi nešťastné, neboť do celého konceptu vnáší zmatek.

nebo takového, kdy jedinec přijme pasivní postoj a čeká, že se o něho ostatní postarají. Afiliace se blíží jedné složce vědomého copingu - hledání sociální pomoci při řešení problému, čímž představuje jeden z adaptivnějších typů obran.

Z hlediska patologie slouží afiliace jako „kontra-fobický“ mechanismus – přítomnost druhých pomáhá jedinci čelit obávané situaci či objektu. Objevuje se i u jedinců, kteří utrpěli nějaké silné trauma (oběti násilí, terorismu apod.).

Snížená afiliace se objevuje u jedinců s infantilními zkušenostmi separační úzkosti, kteří mají tendenci se uzavřít do sebe, aby se vyhnuli další možné bolesti z opuštění. Odmítání podpory druhých může být však rovněž považováno za známku zralosti, samostatnosti.

► Altruismus (Altruism)

Jedinec řeší emocionální konflikty či stres tím, že se věnuje uspokojování potřeb druhých. Narozdíl od sebeobětování, které se občas vyskytuje u reaktivní formace, jedinec dosahuje uspokojení alespoň zprostředkovaně, skrze reakce druhých. Dosahuje uspokojení svých pudových či narcistických potřeb tím, že se podílí na tom, s čím se identifikuje. Uspokojení navíc umocňuje schválení Superega.

Altruismus není vždy snadné odlišit od tzv. pseudo-altruismu, který Bond a Wesley (1996) řadí mezi mechanismy neurotické. Pseudoaltruismus má tři základní formy:

1. pseudo-altruismus, který maskuje vůli nevědomě manipulovat a kontrolovat druhé. Jedinec pomáhá ostatním nebo předstírá, že jim pomáhá, avšak nevědomě sleduje své cíle - bude to on, kdo bude mít hlavní zisky ze svého chování. Jeho osobní nevědomé potřeby tedy převažují nad opravdovými potřebami druhých. Tento typ pseudo-altruismu však může vzejít i z projekce instinktivních zakázaných potřeb do druhých, které budou uspokojeny náhradně. Anna Freudová (1992) dává příklad jedné staré panny, které se dobrovolně vzdala všech svodů, ale velice živě se zajímala o milostný život své přítelkyně a ráda jí dělala dohazovačku.

2. pseudo-altruismus, pramenící z reaktivní formace proti agresivitě. „Většina soucitných, filantropů, ochránců zvířat v dětství prokázala sadistické sklony“ (Freud, 1915b, in Chabrol, Callahan, 2004).

3. pseudo-altruismus, který je, prostřednictvím sebeobětování, vyjadřování morálního masochismu či sebeobětování, prostředkem, jak ovládat druhé skrze vyvolávání pocitů viny.

► Humor (Humor)

Jedinec se vyrovnává s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory zdůrazněním zábavného či ironického* aspektu daného konfliktu či stresoru. Humor představuje překonání traumatické situace tím, že z ní vytěží její příjemné, ironické a neobvyklé aspekty. Jako obranný mechanismus je ho však možno považovat pouze v případech, kdy ho jedinec uplatňuje na sobě samém. Je proto třeba, abychom ho odlišovali od zesměšňování druhých a sarkasmu. Humor umožňuje snižovat napětí vyvolané konfliktem a přináší prospěch všem zúčastněným.

Existuje jistá paralela mezi humorem a sublimací. Humor představuje překonání a zvládnutí něčeho nepříjemného stejně tak jako sublimace překonání sexuálních pudů, jež jsou považovány za nepřijatelné. (Dubor, 1973 in Ionescu, Jacquet, Lhote, 2003)

► Sebepotvrzení (Self-assertion)

Jedinec reaguje na emocionální konflikt či vnitřní a vnější stresory tím, že vyjadřuje své pocity a myšlenky přímo, způsobem, který není naléhavý ani manipulativní. Tento obranný mechanismus v sobě částečně nese i další procesy: *afiliaci*, v rámci které se jedinec svěruje se svými starostmi a pocity druhým, *abreakci* - emocionální vybití, které prostřednictvím efektu katarse pomáhá jedinci snižovat patogenní potenciál, a *sebepotvrzení v interpersonálních konfliktech*, které se vyznačuje tím, že jedinec vyjadřuje své pocity a potřeby s vůlí respektovat práva druhých a snaží se hledat konstruktivní řešení problému. Jedinec komunikuje jasně, klidně a ve vhodnou chvíli tak, aby bylo možno dosáhnout konsensu.

* výraz „ironický“ zde není užit v pejorativním slova smyslu. Představuje formu humoru založeného na kontrastu, protikladu toho, co je řečeno a reality.

Obranný mechanismus sebepotvrzení prostřednictvím vyjádření vlastních pocitů je nedostatečný zejména u sociálních fobií. Sebeoptvrzení v rámci interpersonálních konfliktů je omezeno zejména u poruch chování u dětí a adolescentů, psychopatických poruch osobnosti a partnerských problémů.

► **Sebepozorování (Self-observation)**

Sebepozorování představuje způsob vyrovnávání se s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory prostřednictvím reflexe vlastních myšlenek, pocitů, motivace a chování, které napomáhá adekvátně reagovat.

Jde o komplexní mechanismus, na němž se podílí několik schopností: 1. *schopnost vnímat a rozpoznávat vlastní pocity*, které mohou být pozměněny popřením či nějakým specifickým deficitem, alexithymií či obtížemi diferencovat a pojmenovávat vlastní pocity; 2. *schopnost zachycovat vlastní myšlenky*, které mohou být pozměněny popřením či narušením některých kognitivních funkcí, jak je tomu např. u depresí a poruch myšlení, jež jsou často automatické a málo přístupné vědomí; 3. *schopnost objektivně pozorovat vlastní chování, pocity a myšlenky* tak, aby bylo možné rozpoznat vlastní motivy, identifikovat konflikty a jasně je formulovat. Tento proces může být oslaben různými deficity a distorzemi jako např. racionalizací či intelektualizací.

Sebepozorování je nefunkční zejména u hraničních osobností, psychopatií a psychóz. Rozvoj „pozorovacího já“ je terapeutickým cílem v psychoanalytické terapii hraničních osobností (Kernberg, 1984).

► **Sublimace (Sublimation)**

Jedinec se vyrovnává s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory tím, že dává průchod potenciálně maladaptivním pocitům a pudům prostřednictvím sociálně přijatelného chování (např. kontaktní sport pro uvolňování agresivních impulsů).

Tato definice nabízí rozšíření původního Freudova konceptu, kde se sublimace týkala přeměny sexuálních pudů směrem k nesexuálním cílům, sociálně hodnotným – především uměleckým aktivitám a intelektuální práci (Schmidbauer, 1994). V této koncepci je pojetí sublimace rozšířeno i na každodenní aktivity.

► **Suprese (Suppression)**

Suprese představuje způsob vyrovnávání se s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory záměrným odložením přemýšlení o těchto rušivých problémech, přáních, pocitech či zkušenostech. Rušivé prvky jsou odsunuty do podvědomí, kde zůstávají přístupné, je však možné si je znovu vybavit. Suprese může být připodobněna k záměrnému zapomenutí, které je reversibilní.

Dle Vaillanta (2000, in Chabrol, Callahan, 2004), nejde o vědomou kognitivní strategii. Zapomenutí se objevuje automaticky, stejně tak jako následné vzpomnutí si ve vhodnou chvíli. Jde o přechodný mechanismus, který jedinec užívá pružně, dle okolností, jež ho od řešení daného problému neodvrátí, ale pouze odsune na vhodnější chvíli. Jedinec je tak schopen se nezatěžovat tímto problémem až do chvíle, kdy se jím bude moci zabývat. Odsunutí se blíží vyhýbavému copingovému stylu, v rámci kterého se jedinec odvrací od zdroje stresu.

Odsunutí je efektivní, když je třeba čelit každodenním událostem, je však nedostatečné v případech příliš silných konfliktů a stresů. Freud upozorňoval na možný vývoj od suprese k vytěsnění v případě nějaké traumatické události, kde záměrně zapomenutý obsah nemůže zůstat ve vědomí, vzpomínku si již proto není možné vybavit.

2. ÚROVEŇ MENTÁLNÍ INHIBICE

Tato úroveň představuje obrany, které drží potenciálně ohrožující myšlenky, pocity, vzpomínky, přání a strachy mimo vědomí. Bývá nazývána i „úrovň mentální inhibice a tvorby kompromisu“ a pojmově koresponduje s výše zmiňovanou skupinou „neurotických“ obran. Tyto střední/neurotické obrany patří rovněž do repertoáru obran užívaných zdravými jedinci v obtížných životních obdobích.

► **Přenos (Displacement)**

Jde o reakci na emocionální konflikt či vnitřní a vnější stresory přenesením pocitů či reakce z jednoho objektu na druhý (většinou méně ohrožující), zástupný objekt. Zástupným objektem může být nejen jiná osoba, ale i zvíře, předmět či situace.

Poprvé přenos zmiňuje Freud (1994a) ve své práci se sny. Tento mechanismus tvoří podstatu fobií. Typickým příkladem přenosu jsou fobie ze zvířat (např. případ malého Hanze, jehož strach z otce byl přenesen na strach z koní (Freud, 1994b)).

► Disociace (Dissociation)

Jedinec se vyrovnává s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory odtržením obvykle spojených funkcí vědomí, paměti, vnímání sebe nebo okolí či senso-motorického chování. Mezi hlavní projevy patří depersonalizace a derealizace: jedinec má pocit, že žije ve snu. Může se cítit odosobněný, jakoby byl vnějším pozorovatelem vlastních mentálních procesů, svého těla a svého chování. Vnější svět se mu zdá cizí a nereálný (Hartl, 1994). Disociaci, jakožto obranný mechanismus, je však třeba odlišit od schizofrenní derealizace, označované jako rozpad osobnosti.

Disociace je především reakcí na větší traumata, jež jedinci dovoluje, aby se odpoutal od neúnosné reality. U dětí je disociace hlavním obranným mechanismem, jímž čelí opakovaným traumatům domácího násilí a sexuálního zneužívání. Vytváří se jako schopnost utéci ze stresové situace. Jedinec následně disociace užívá i v méně stresových situacích. Toto fungování přetrvává až do adolescence a dospělosti.

U hraničních osobností se přechodné příznaky disociací objevují často ve stresových situacích.

► Intelektualizace (Intellectualisation)

Intelektualizace je reakcí na emocionální konflikt či vnitřní a vnější stresory, jež se vyznačuje nadměrným užíváním abstraktního myšlení nebo vytvářením generalizací, za účelem kontroly či minimalizace rušivých pocitů. Dovoluje zvládat emoce tím, že se vyhýbá konfrontaci s důsledky svého vlastního jednání v konfliktních situacích. Generalizace slouží k banalizování, odvolávání se na kolektivní zkušenost. Jedinec vlastní prožitky popisuje neosobním či velmi obecným způsobem typu: „*Takový je život.*“, „*Nechal jsem se trochu unést, to se stává.*“ apod. (Chabrol, Callahan, 2004, s. 30), který dovoluje uniknout z prožité reality.

Intelektualizaci je třeba odlišovat od mechanismu racionalizace. Intelektualizace je výlučně abstraktní a obecný přístup k problému, který se nás týká, zatímco racionalizace představuje únik k hledání logického (avšak klamného) zdůvodňování našich reakcí. Intelektualizace se tedy na rozdíl od racionalizace emocím nevyhýbá, ale připisuje jim obrannou motivaci.

Intelektualizace se může vystupňovat až do „karikaturní podoby“ např. v „chorobném racionalismu či intelektualismu“, pozorovaném u některých typů schizofrenie. Intelektualizace, racionalizace a izolace jsou typickými obrannými mechanismy u obsedantních neuróz.

► Izolace afektu (Isolation of affect)

Izolace afektu představuje reakci na emocionální konflikt či vnitřní a vnější stresory oddělením myšlenek od prožitků, původně s nimi spojených. Jedinec tak ztratí spojitost s pocity souvisejícími s danou představou (např. traumatickou událostí), avšak nepřestává si být vědom jejich kognitivních aspektů (popisných detailů traumatické události). Izolaci afektu je možné chápat jako vytěsnění afektu, aniž by došlo k vytěsnění jeho reprezentace. Izolace afektu a vytěsnění jsou úzce spojeny (Fenichel, 1953, in Chabrol, Callahan, 2004).

Izolace afektu je považována za normální obranu proti náhlé traumatické události, kde plní často adaptivní funkci. Traumatická událost však může přetrvávat v pozadí, aniž by byla psychicky zpracována a připojit se k symptomům posttraumatického stresu.

Izolace je typickou obranou týraných dětí, které, když dospějí, si mohou vzpomenout na prožité násilí, aniž by si vzpomněly na emoce hrůzy, strachu a bezmoci, které při tom zažívaly. Je možné, že právě tento mechanismus usnadňuje transgenerační opakování, což podporuje i časté spojení s mechanismem *identifikace s agresorem*. Naopak vzpomínky na prožité utrpení toto riziko snižují.

Izolace afektu se může objevit v případě ztráty drahé bytosti a obvykle prodlužuje a brzdí práci se zármutkem. Jako stálý obranný mechanismus se vyskytuje u obsedantních neuróz, kde je zodpovědný za jejich typickou „emocionální prázdnotu“.

► **Reaktivní formace (Reaction formation)**

Jde o reakci na emocionální konflikt či vnitřní nebo vnější stresory náhradou chování, myšlenek či pocitů, které jsou pro jedince nepřijatelné, jiným chováním, myšlenkami či pocity, které jsou naprosto opačného charakteru (většinou se objeví ve spojení s jejich vytěsněním). Reaktivní formace tak svým protichůdným přístupem vůči potlačenému přání posiluje jeho vytěsnění. Freudová (1992) tento princip prezentuje na příkladu chlapce, který potlačil své přání smrti otce a nahradil ho strachem o něho.

Tento obranný mechanismus může být dlouhodobý a omezen pouze na kategorii vztahů, hyperprotektivita matky tak například může být reaktivní formací agrese vůči dítěti. Reaktivní formace však může nabýt i obecného charakteru a projevit se jako osobnostní rys – např. agresivita vůči otci může vést k submisivnímu postoji v sociálních vztazích.

Reaktivní formace má však své důležité místo v normálním vývoji. Je to právě ona, které vděčíme za to, že jsou naše děti dobře vychované, způsobné, disciplinované. Pokud je však příliš rigidní, může člověka velmi omezovat. Významnou roli proto hraje u obsedantních neuróz.

Reaktivní formaci je někdy obtížné odlišit od sublimace, neboť oba mechanismy mohou nahrazovat nepřijatelné pudy chováním, které je sociálně uznáváno. Reich (1933, tamtéž) je proto odlišuje dle jejich charakteru - reaktivní formace má impulsivní, naléhavý, strnulý charakter, zatímco sublimace je kreativní, spontánní a přináší radost.

► **Vytěsnění (Repression)**

Jedinec se vyrovnává s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory vytěsněním ohrožujících přání, myšlenek či zkušeností z vědomí. Emocionální složka může zůstat vědomá, je však oddělena od myšlenek, které s ní souvisí. Emoce může být přenesena, izolována či potlačena.

V klasických analytických teoriích se vytěsnění emocí netýká, v jiných, jako např. Kernbergově, se však vytěsnění emocí připouští.

Potlačené obsahy, přestože nejsou přístupné vědomí, zůstávají aktivní a čekají až se jim naskytne nějaká možná cesta uvolnění – např. prostřednictvím

chybných úkonů, snů či neurotických příznaků. Výdaje energie, které vytěsnění vyžaduje, se mohou projevovat únavou, inhibicí a celkovým chátráním osobnosti.

Vytěsnění je základním mechanismem normálního vývoje a samo o sobě není patologické. Patologický je jeho masivní a přehnaný výskyt, jež tvoří základ neurotických poruch, stejně tak jako jeho nedostatek, který je příznačný např. pro hraniční poruchy a psychózy (Capdevielle, Doucet, 1999).

► **Odčinění (Undoing)***

Odčinění představuje reakci na emocionální konflikt či vnitřní a vnější stresory, tím, že slovně či chováním popírá, popř. symbolicky upravuje své myšlenky, pocity, činy, které považuje za nepřijatelné. Jedinec může rovněž přejít k myšlení či jednání opačného charakteru.

Retroaktivní odčinění představuje mechanismus, jež je typický pro obsedantní neurózy, často se pojí s magickým myšlením. Je zřetelné u různých očištných rituálů, které mají odčinit většinou agresivní a sexuální myšlenky, jež jsou prožívány jako nepřijatelné.

Retroaktivní odčinění je třeba rozlišovat od zármutku, výčitek svědomí a touhy napravit vinu, které jsou oprávněné a není na nich nic patologického. Rozdíl spočívá v „magickém mechanismu“ anulace, kterého se mechanismus odčinění snaží docílit, narozdíl od zármutku a výčitek, usilujících o nápravu.

3. MINORITNÍ IMAGE-ZKRESLUJÍCÍ ÚROVEŇ

Tato úroveň je charakterizována zkreslováním image self, vlastního těla a druhých lidí, jež slouží k regulaci sebehodnoty. Jde o obrany charakteristické pro narcistické a hraniční poruchy osobnosti. Objevují se však i v průběhu adolescence.

► **Devalvace (Devaluation)**

Jedinec se vyrovnává s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory tím, že sobě nebo druhým připisuje přehnané negativní vlastnosti. Tento

* Mechanismus „Undoing“ se do češtiny překládá jako „Odčinění“, což může být významově zavádějící. Autorka proto považuje za obsahově výstižnější překlad „Anulace“ z francouzského překladu „Anulation“.

mechanismus slouží k ochraně sebepojetí (ve smyslu: jestliže druhý je bezcenný, není třeba ho brát v potaz), k vyhnutí se prožitkům frustrace v případě ztráty či hrozby ztráty a vyhnutí se bolesti z ní plynoucí. Devalvace představuje jeden z hlavních narcistních obran.

► **Idealizace (Idealization)**

Idealizace představuje způsob vyrovnávání se s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory připsáním sobě nebo druhým přehnaně dobré vlastnosti. Rozlišujeme idealizaci primitivní a neurotickou. Neurotická idealizace se vyskytuje většinou u depresivních pacientů, kde představuje reaktivní formaci proti agresivitě vůči nějaké osobě, sloužící k redukci pocitů viny. Reaktivní formace zde posiluje vytěsnění agresivity: daná osoba je ideální, není proto důvodu jí nic vyčítat. Neurotická idealizace je doprovázena obavami a péčí o idealizovanou osobu, která redukuje pocity viny z agresivních pocitů vůči ní. U neurotické idealizace zůstává obraz dané osoby realistický.

Druhým typem je idealizace primitivní, která vytváří nerealistickou představu osoby, jež je vnímána jako výlučně dobrá, všemocná, zbavena běžných slabostí. Takovýmto objektem se často stává terapeut, zejména u hraničních či narcistických osobností, popř. adolescentů. Primitivní idealizace má několik funkcí: ideální objekt chrání jedince vůči špatným objektům a uspokojuje jeho narcistické potřeby tím, že jej nechá participovat na své velikosti. Idealizace zároveň chrání objekt vůči agresivitě jedince, ochrana však není stálá – čím více objektů je idealizováno, tím více závidi působí. Vztah k ideálnímu objektu se dá rozpoznat podle přehnaně kontrolujícího a vlastnického postoje, jedinec netoleruje sebemenší nedokonalost či slabost, které mohou vyvolat znehodnocení či pocity pronásledování.

► **Omnipotence (Omnipotence)**

Jedinec se vyrovnává s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory tím, že se cítí či chová jakoby byl nositelem nějaké zvláštní moci či schopností, jako by byl nadřazen nad ostatními.

Omnipotence a devalvace jsou odvozeny od mechanismu štěpení self a objektu. Omnipotence představuje identifikaci s objektem „absolutně dobrým“, idealizovaným a všemocným, což ho chrání před špatnými pronásledujícími

objekty. Primitivní idealizace je výsledkem projekce tohoto „absolutně dobrého objektu“ na nějakou osobu. Devalvace prozrazuje projekci devalorizovaných částí sebe do druhých. Tyto tři obranné mechanismy jsou typické pro narcistickou osobnost.

4. ÚROVEŇ POPŘENÍ / DISTANCOVÁNÍ SE

Úroveň popření zahrnuje obranné mechanismy *popření, projekce a racionalizace*, jejichž společným mechanismem je udržováním nepříjemných či neakceptovatelných stresorů, impulsů, myšlenek, afektů a odpovědnosti mimo vědomí. Jde o hlavní obrany u hraničních poruch osobnosti. Vyskytují se však i u neurotiků a „zdravých“ jedinců. Specifické jsou svou schopností být „nakažlivé“ a vzájemně se posilovat. Charakteristické je pro ně i to, že se mohou snadno užívat kolektivně v sociálních skupinách, jsou rozsáhlé a mají velkou schopnost plodit sociální problémy a meziskupinové konflikty.

► Popření (Denial)

Mechanismus popření představuje reakci na emocionální konflikt či vnitřní a vnější stresory, kdy jedinec odmítá uznat některé bolestivé aspekty vnější reality či subjektivní zkušenosti, jež jsou pro ostatní zjevné. Popření se může týkat i myšlenek, pocitů, touhy, impulsů, činů, symptomů apod.

Popření má rovněž svou adaptivní funkci. Lazarus je definuje jako „...nezbytnou „auto-iluzi“, ničím nenahraditelný sebeklam zdravé psychiky, neboť život bez iluze je nesnesitelný.“ (Lazarus, 1983, in Chabrol, Callahan, 2004, s. 40) Svou adaptivní funkci tak popření plní zejména v situacích ohrožení a nemoci.

Stejně jako u vytěsnění, snížená schopnost popření vede k určitému typu psychických poruch. Sníženou schopnost popření Freud spojuje s melancholií: „melancholik nedokáže brát realitu, narozdíl od ostatních lidí, jinak než v její zvýšené palčivosti a naléhavosti.“ (Freud, 1915a, in Chabrol, Callahan, 2004, s. 41), neschopnost normálního popření se pak pojí s depresí.

Oproti tomu excesivní, patologický výskyt popření se vyskytuje u hraničních a psychopatických poruch osobnosti.

► Projekce (Projection)

Jedinec reaguje na emocionální konflikt či vnitřní a vnější stresory externalizací, neboli falešným přisuzováním vlastních nepřijatelných myšlenek, popudů či tuh druhým. Existují dva druhy projekce – projekce, v rámci které jedinec vlastní impulsy nepocituje, a projekce, u které jsou impulsy stále prožívány.

První formu navíc doplňují či posilují mechanismy vytěsnění a popření. Nepřijatelná psychická zkušenost (myšlenky, afekty, touhy a pudy) je potlačena či vytěsněna do vnějšího světa, přisouzením jiné osobě, a následně u ní odsouzena. Typickým příkladem je hysterická pacientka, která má strach, že se jí terapeut snaží svést, aniž by si uvědomovala vlastní sexuální touhy.

U druhé formy, pocity, projikované do druhého, ospravedlňují vlastní prožívané impulsy. *„Můj vlastní pocit „Nenávidím ho.“ se prostřednictvím projekce do druhého přetransformuje do „On mě nenávidí,“, což ospravedlňuje moji nenávisť, kterou k němu chovám.“* (Freud, 1911, in Chabrol, Callahan, 2004, s. 43),

Podle Kernberga (1987, tamtéž) je projekce typickým neurotickým obranným mechanismem. Je vyspělejší než projektivní identifikace, která je typická u hraničních poruch a psychóz.

► Racionalizace (Rationalization)

Jedinec se vyrovnává s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory tím, že skrývá pravou motivaci svých myšlenek, činů a pocitů za nepravými zdůvodněními, které ho uklidňují, slouží v jeho prospěch. Racionalizace je tedy tendencí užívat logických a morálních zdůvodnění, za účelem zakrýt svou pravou motivaci, jež není vědomá.

Užití racionalizace otvírá široké pole sahající od absence patologie, přes obsedantní neurózy až po delirium. Zdravá psychika hledá koherenci a logiku, snaha nalézat racionální zdůvodnění veškerého dění je základem inteligence. Racionalizace proto může posilovat ostatní mechanismy a ospravedlňovat jejich výskyt, jak je tomu např. u reaktivní formace. V excesivní míře se často vyskytuje zejména u schizofrenie, kde nemocný není schopen unést mezery, plynoucí z rozštěpu ega.

Racionalizaci je však třeba odlišit od záměrného klamání či manipulace okolí za plného uvědomování svých počinů.

5. ZÁVAŽNÁ IMAGE-ZKRESLUJÍCÍ ÚROVEŇ

Tato úroveň je charakterizována hrubou distorzí či chybným hodnocením sebeobrazu nebo obrazu druhých lidí. Zahrnuje *autistickou fantazii*, *projektivní identifikaci* a mechanismus *štěpení*.

► **Autistická fantazie (Autistic fantasy)**

Autistická fantazie představuje reagování na emocionální konflikt či vnitřní a vnější stresory nadměrným denním sněním, které nahrazuje mezilidské vztahy a hledání efektivnějších způsobů řešení daných problémů.

Tento mechanismus se běžně vyskytuje u dětí, adolescentů i dospělých a jeho naprostá absence by byla známkou patologie, projevem úpadku fantazijního života.

Patologickou je však i v případě, pokud se objeví v masivní, zaplavující podobě, povahou představ, které jí doprovází, či významným popíráním reality. Vyskytuje se převážně u hraničních poruch a psychóz.

► **Projektivní identifikace (Projective identification)**

Stejně tak jako u projekce, jde o způsob vyrovnávání s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory tím, že jedinec falešně přisuzuje druhým vlastní nepřijatelné pocity, popudy či myšlenky. Rozdíl spočívá v tom, že jedinec zcela nepopírá to, co do druhého projikuje. Je si plně vědom vlastních emocí či impulsů, mylně je ale hodnotí jako oprávněné reakce na chování druhých lidí. Často se však stává, že tyto chybně přisuzované pocity a postoje u druhých svým chováním nakonec opravdu vyvolá. Je proto velmi obtížné zjistit kdo komu co udělal první.

Byly popsány dva druhy projektivní identifikace – shodná a komplementární. Při první jedinec vyvolává v druhém podobné pocity, které u sebe popírá, zatímco u identifikace komplementární jedinec vyvolává pocity opačné.

Tento obraný mechanismus je nejčastěji spojován s psychózami a schizofrenií. Různých symptomů, na kterých se podílí, je však mnoho. Meltzer (1984, in Ionescu, Jacquet, Lhote, 2003) rozlišuje formy patologie podle toho, jaká složka převažuje - zda identifikační či projektivní. Převaha identifikace vypovídá o interiorizaci destruktivních impulsů, které získaly převahu, jak je tomu např. u hysterické konverze, hypochondrie, psychosomatických poruch, ale i manio-

depresivní psychózy. V případě převahy projektivní složky, převažují exteriorizované obsahy, jež nabývají podobu fobií, nejčastěji těch, které se pojí s prostorem – agorafobie, klaustrofobie. „Interpretativní“ patologie zahrnuje distorzi reality či od reality, jež se vyskytuje především u psychotických stavů zmatení.

► **Štěpení vlastního obrazu nebo obrazu druhých (splitting of self-image or image of others)**

Štěpení představuje mechanismus vyrovnávání se s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory, založený na rozštěpení či „rozškatlukování“ protichůdných emocionálních stavů, kdy jedinec není schopen integrovat pozitivní a negativní kvality sebe či druhých do jednotného obrazu. Jelikož ambivalentní pocity nemohou být zažívány simultánně, jemnější vnímání a očekávání od sebe a druhých jsou z emocionálního uvědomování vyloučeny. Vlastní Já a objektové představy alterují mezi naprostými protiklady: jsou proto vnímány jako výlučně milující, mocné, bohaté, pečující a laskavé anebo naprosto špatné, nenávistné, agresivní, destruktivní, odmítavé a bezcenné. Štěpení tedy představuje dělení sebe i druhých na absolutně dobré a špatné, projevuje se náhlými naprostými zvraty všech emocí a představ ohledně sebe samého či druhých lidí. Štěpení se pojí s popřením: když dojde k zvratu z jednoho stavu do druhého, jedinec popře stav předcházející Poněšický (2004).

Štěpení představuje centrální obranný mechanismus u hraničních poruch a psychóz, stejně tak jako vytěsnění u neuróz. U hraničních poruch slouží k ochraně ega před intrapsychickými konflikty, intenzivní ambivalencí a obávanou kontaminací všech láskyplných vztahů nenávisť, zatímco u psychóz slouží k ochraně před úplnou ztrátou hranic ega, úzkostí z rozpadu, dezintegrace, depersonalizace či disociace. U hraničních poruch vede interpretace štěpení k posílení fungování ega, u psychóz však může vyvolat regresi a zhoršení vnímání reality Kernberg (1975, in Chabrol, Callahan, 2004).

6. ÚROVEŇ AKCE

Tato úroveň zahrnuje obranné mechanismy, které se vyrovnávají s vnitřními a vnějšími stresory přechodem do aktivity anebo naopak stažením se do pasivity.

► Agování (Acting out)

Jedinec se vyrovnává s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory více aktivitou nežli reflektováním vlastních pocitů. Agování je obranou proti nepřijatelné osobní zkušenosti, uvědomění si intrapsychického konfliktu: jedinec přechází k činu, aby již nemusel cítit, aby si již nemusel uvědomovat. Jednání je většinou spojeno s popřením, které může být posilováno racionalizací.

Agování však neznamená přechod k činům bez jakékoli reflexe a vnímání důsledků, tzv. „špatné chování“. Impulsivní agování ale definice DSM-IV nevylučuje, antisociální jednání zahrnuje pouze v případě, kdy existuje prokazatelná souvislost s emocionálními konflikty. Agresivní, nebezpečné či masivní agování je známkou slabosti ego a selhání kontroly pudů, které se objevuje nejčastěji u hraničních poruch a psychopatií, v některých případech i v období adolescence.

Hlavní funkcí Agování je hledání rozptýlení, které chrání před nepřijatelnými emocemi, může proto dobře sloužit jak k obraně proti depresi tak i úzkosti. Jeho absence tudíž může poukazovat právě na neurotický či depresivní útlum.

Agování obecně plní úlohu zástupnou či kompenzační ve chvíli, kdy je ego zaplaveno úzkostí. Z nosografického hlediska, patologie, týkající se aktivity, představují komplex adiktivního chování, jež bere do hry tělo, jakožto prostředek aktivní obrany. *„Nebýt schopn nepít, nebrat drogy, jíst, nejíst, nehrát, nesportovat, nepracovat, nemít sebevražedné sklony, neoddávat se sexu,.. jsou klasické příklady, kdy se chování stává prostředkem zvládnání, a to způsobem repetitivním, transformováno do všech typů excesivního konzumu...“* (de M'Uzan, 1994 in Ionescu, Jacquet, Lhote, 2003 s. 113). Mezi patologické způsoby agování se řadí i přehnané sportovní aktivity, typické zejména u anorexií.

► Apatické stažení (Apathetic withdrawal)

Apatické stažení představuje reakci na emocionální konflikt či vnitřní nebo vnější stresory stažením se, omezením vnějších aktivit a stavem emocionální

netečnosti. Jde o klasickou šokovou reakci na silný stres, kterou je možno přirovnat k silné izolaci afektu či mechanismu disociace. Z hlediska diagnostického, je třeba u výskytu apatického stažení zjistit, zda nejde o depresivní reakci.

Apatické stažení se objevuje v situacích velkého stresu (jako např. ztráty blízkého člověka), ale i jako symptom u schizofrenie, deprese a subkortikální demence, výjimkou nejsou ani hraniční poruchy a psychopatie. U adolescentů se apatické stažení může vyskytnout i při mírnějším stresu.

► **Stěžování si a následné odmítání pomoci (Help-rejecting complain)**

Jde o reakci na emocionální konflikt či vnitřní nebo vnější stresory stěžováním si a opakovanými žádostmi o pomoc, které však jedinec okamžitě zamítá. Za tímto počínáním stojí skryté hostilní pocity a vztahy vůči druhým, které jedinec vyjadřuje odmítáním návrhů, rad či pomoci, jež mu druzí poskytují. Stížnosti či žádosti mohou zahrnovat fyzické či psychické symptomy, běžné životní problémy apod.

Tento mechanismus dovoluje jedinci vyjádřit svoji agresivitu a zároveň ji popřít. Může nabýt i podoby projektivní identifikace, která u druhých vyvolá agresivní reakci, jež vlastní agresi ospravedlní.

Tento obraný mechanismus se vyskytuje u osobností masochistických, hraničních a psychopatických.

► **Pasivní agrese (Passive aggression)**

Jedinec se vyrovnává s emocionálním konfliktem či vnitřními a vnějšími stresory nepřímým a nekonfliktním vyjadřováním agrese vůči druhým. Za fasádou veřejného souhlasu maskuje skrytý vzdor, zášť a hostilitu.

Pasivní agrese se často objevuje jako následek požadavků nezávislé akce či výkonu, ale i nedostatku uspokojení a s tím spojených přání. Za adaptivní však může být považována u jedinců v podřízených pozicích, které jim brání v přirozeném asertivním chování. Často se vyskytuje i u adolescentů.

Pasivní agrese může mít i formu projektivní identifikace, kdy jedinec nevědomě přisuzuje druhým dominantní sadistické chování, jež odpovídá vlastnímu sebeprožívání v roli oběti.

7. ÚROVEŇ OBRANNÉ DYSREGULACE

Tato úroveň je charakterizována selháním obranné regulace, vede k rozchodu s objektivní realitou. Sdružuje obranné mechanismy charakteristické pro akutní a chronické psychózy: *iluzorní projekci, psychotické popření a psychotickou distorzi*, jež jsou některými autory považovány za známku selhání, jinými za obranu před úplnou ztrátou hranice ega.

Zapojení těchto mechanismů však není výlučným znakem psychotických poruch. Může jít o obranu vůči patologickému procesu mnohostranného původu, včetně spolupůsobení biologických determinant. Tyto obrany mohou být dokonce v jisté míře i adaptivní – např. v extrémních situacích jako jsou koncentrační tábory apod.

► Iluzorní projekce (Delusional projection)

Iluzorní projekce představuje projekci spojenou s přerušением kontaktu s realitou. Je to jeden z obranných mechanismů, spojených s delirantními a halucinatorními psychózami akutního i chronického charakteru.

Mechanismus iluzorní projekce bývá chápán jako exteriorizace jednotlivých částí rozštěpených objektů. Dle Fenichela (1945, in Chabrol, Callahan, 2004), se prostřednictvím tohoto mechanismu vytváří halucinace a delirantní představy. Negativní vnitřní objekty jsou exteriorizovány a projikovány do nějaké osoby či skupiny osob. Zřetelným příkladem, kdy persekutor představuje špatně rozštěpené části někoho blízkého, je tzv. Capgrasův syndrom či iluze dvojníka (1923, tamtéž), kdy je jedinec přesvědčen o tom, že jeho blízcí byli nahrazeni jejich zlými dvojníky.

U paranoi je projekce stabilní, narozdíl od schizofrenií, kde se často mění.

► Psychotické popření (Psychotic denial)

Termín psychotické popření představuje hrubé narušení testování reality. Úplné odtržení od reality je však u psychóz vzácné. Tento mechanismus představuje koexistenci dvou vzájemně opačných přístupů – jeden bere realitu v potaz, zatímco druhý odděluje ego od reality. Umožňuje tak pacientům i v delirantních stavech jednat bystře a rozumně.

► Psychotická distorze (Psychotic distorsion)

Psychotická distorze je již hrubou deformací objektivní reality. Realita je deformována způsobem, jež lépe vyhovuje přáním a touhám jedince. Tyto kognitivní distorze jsou pro pacienty důležité, neboť jejich obranné fungování může vyvážit jejich negativní důsledky. Tímto způsobem např. megalomanská deliria, přestože přináší ohrožení v podobě sociálních důsledků (odmítnutí, hospitalizace) a podílí se na vývoji persekčních představ, mohou jedinci sloužit k ochraně sebedůvěry. Nesmíme proto podceňovat pozitivní vztah pacientů k těmto distorzím, jež si mohou přát zachovat, což může vést k odmítání antipsychotik.

3. Měření obranných mechanismů dotazníkem DSQ 40 (Defense style questionnaire)

3. 1. Dotazník DSQ 40 – základní charakteristika a vývoj

Defense Style Questionnaire (dále jen DSQ), autorů Bonda a Wesleyho z r. 1983, je v současné době nejpoužívanějším nástrojem empirických studií obranných mechanismů. Autoři při jeho vytváření vycházeli z teorií S. Freuda, A. Freudové, O. Kernberga, M. Kleinové, dále čerpali z prací G. Vaillanta a čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu.

Základní otázkou, kterou si autoři na samém začátku sestavování dotazníku kladli, bylo, zda je vůbec pomocí sebeuposuzovacích metod možné obranné mechanismy měřit, neboť jde o procesy, které jsou v rámci psychodynamického přístupu pojímány jako nevědomé.

Na základě klinických studií, psychiatrických rozhovorů a autobiografických dokumentů, v kombinaci s dalšími psychologickými testy, postulovali základní premisy, které tuto metodologii podporují: *„Obranné mechanismy jsou sice procesy nevědomé, existují však chvíle, kdy obrany dočasně ustoupí a jedinec si může nepřijatelné impulsy uvědomit, stejně tak i své obvyklé obranné styly, kterými se proti nim brání. Další, velmi častou cestou, kterou se o vlastních obranách dovídáme, jsou reflexe druhých lidí. Např. poznámka typu: „Lidé o mě*

říkají, že si často vybíjím svůj vztek na někom jiném, než na koho se opravdu zlobím.“ může zachytit přenos i přesto, že si tohoto procesu jedinec sám není v danou chvíli vědom. (Conte, Plutchik et al. 1994, s. 206), Dotazník byl tedy zkonstruován tak, aby detekoval charakteristický styl, jakým jedinec reaguje v konfliktních situacích, spíše vědomě než nevědomě, vycházejí z předpokladu, že člověk je schopen přesně popsat své chování s odstupem.

Dotazník DSQ si proto neklade za cíl zjišťovat obranné mechanismy v klasickém slova smyslu, ale „vědomé deriváty obranných funkcí, projev charakteristického stylu zvládnání konfliktů jedince, vědomých či nevědomých, vycházejí z předpokladu, že lidé mohou přesně vypovídat o svém chování s odstupem“ (Bond, Wesley, 1996, s. 1).

Dotazník od svého vzniku prošel několika úpravami, jež se týkaly převážně výčtu zjišťovaných obran a jejich rozdělení do jednotlivých obranných stylů. Jeho poslední verze, dotazník DSQ 40, jež jsme zvolili jako výzkumný nástroj v empirické části této práce, je tedy sebesposuzovacím dotazníkem, zjišťujícím 20 obranných mechanismů, které byly na základě faktorové analýzy rozděleny do tří obranných stylů z hlediska jejich zralosti. Dotazník obsahuje celkem 40 položek, resp. výroků, a úkolem respondenta je vyjádřit na škále od 1 do 9 do jaké míry je pro něho daný výrok poplatný.

3.2. Reliabilita a Validita dotazníku DSQ 40

Autoři Andrews, Bond a kol. (1993) provedli studie k ověření reliability a validity této zkrácené verze. Reliabilita byla prokázána v dostatečné míře. Koeficienty reliability, určené metodou tes-retest, vyšly uspokojivé. Všechny tři faktory, resp. obranné styly, vykazují hodnoty vyšší než 0,75. Uspokojivé jsou rovněž i koeficienty alfa, přičemž nejkonzistentnější je „Nezralý faktor“ kde $\alpha = 0,80$, nejnižší konzistenci vykazuje „Neurotický faktor“ $\alpha = 0,58$. Dostatečnou kriteriální validitu autoři prokázali vzájemnou korelací těchto faktorů s Loevingerovými skóry vývoje ega (1970, tamtéž), měřenou testem „Sentence Completion tes“ a silou ega, měřenou Brownovým testem „Ego Function Questionnaire“ (1980, tamtéž). Validitu DSQ dokazuje i vysoká negativní korelace primitivních obran s vývojově vyššími mechanismy a výsledky

testování, které ukazují, že pacienti častěji užívají méně zralé obrany, zatímco respondenti, zastupující zdravou populaci, užívají obrany zralejší.

Překlad dotazníku DSQ 40 do češtiny a normy pro českou populaci vytvořila Mgr. Červenková ve spolupráci s Mgr. Preissem z Psychiatrického centra Praha, který dotazník získal od autora Bonda (Červenková, 2005). Zájemce o podrobnější charakteristiky tohoto dotazníku odkazujeme na práci „Ego defenses. Theory and Measurement“ (Conte, Plutchik et al., 1994) a výše zmiňovanou studii. Česká verze dotazníku DSQ 40 je uvedena v příloze č. 2.

3.3. Obranné mechanismy měřené dotazníkem DSQ 40

Jak jsme již výše uvedli, dotazník DSQ 40 zjišťuje 20 obranných mechanismů, na jejichž existenci se shoduje většina psychodynamicky orientovaných kliniků. Výčet zjišťovaných obran představuje kombinaci obranných mechanismů popsaných Vaillantem, doplněných o obranné mechanismy „hraniční“, které popsal Kernberg .

Konkrétně se jedná o tyto obranné mechanismy: *sublimace, humor, anticipace, suprese, odčinění, pseudoaltruismus, idealizace, reaktivní formace, projekce, pasivní agrese, agování, izolace, devalvace, autistická fantazie, popření, přesunutí, disociace, štěpení, racionalizace a somatizace.*

3.4. Rozdělení obranných mechanismů do jednotlivých obranných stylů

Další studie (Andrews, Bond et al., 1993) prokázaly, že existují určité shluky obranných mechanismů tzv. „obrné styly“, reflektující úroveň jejich zralosti. Byla provedena faktorová analýza výsledků testu respondentů, zastupujících pacienty i zdravou populaci, jejímž výsledkem byly tyto čtyři faktory:

► Faktor 1

Tento obranný styl zahrnuje obranné mechanismy: *regrese, agování, inhibice, pasivní agrese, projekce.* Jejich společným rysem je neschopnost jedince vypořádat se s impulsy konstruktivní cestou, tedy tak, aby to bylo pro něho prospěšné. Agující jedinec vyžaduje kontrolu, pasivně agresivní jedinec jedná

tak, aby vyvolal vztek v člověku, kterým se cítí být poškozený. Člověk v regresi vyžaduje, aby ho někdo nahradil a dělal „něco“ pro něj. Projikující obviňuje a přenáší odpovědnost na druhé, místo aby přijal vlastní impulsy. Bond pro tento obranný styl navrhuje označení „**maladaptivní**“ (**maladaptive defense style**).

► Faktor 2

Tento faktor spojuje tři mechanismy: *štěpení, omnipotenci s devalvací a primitivní idealizaci*. Narozdíl od maladaptivního obranného stylu, který je orientován na aktivitu, je tento styl orientovaný na image. Podstatou těchto obran je štěpení image self a image druhých na dobré a špatné, silné a slabé... Bond proto navrhuje označení tohoto stylu jako „**image-zkreslující obranný styl**“ (**image-distorting defense style**). V psychoanalytické literatuře je tento styl spojován s hraničními a narcistickými poruchami osobnosti. Tyto mechanismy však mohou být využívány i adaptivně (např. jakožto způsob, jak čelit vážnému onemocnění vírou v omnipotenci lékaře).

► Faktor 3

Obranné mechanismy, obsažené v tomto faktoru, byly sestaveny pro testování *reaktivní formace a pseudo-altruismu*, a reflektují potřebu vnímat se jako vlídný, pomáhající ostatním, nikdy se nenechající vyvést z míry, tedy charakteristiky tzv. „vykonavatelů dobra a mučedníků“. Jedinci využívající tento styl jsou schopni vytvářet stabilní, ne však nutně zdravé, vztahy (často masochistické), ve kterých jsou schopni adekvátně fungovat. Odbornou pomoc vyhledávají v případě, že utrpí ztrátu a jejich charakteristický vzorec není schopen zvládnout úzkost a vztek z ní plynoucí. Mohou být také depresivní. Bond proto navrhuje označení tohoto stylu jako „**sebeobětující**“ (**Self-sacrificing defense style**) a předpokládá, že do tohoto faktoru lze přiřadit i jiné obranné mechanismy jako *intelektualizace, izolace a odčinění*.

► Faktor 4

Obranné styly spojené v tomto stylu jsou: *suprese, sublimace a humor*, jež jsou spojovány s dobrým zvládnutím konfliktů. Humor reflektuje schopnost přijmout konfliktní situaci zlehčením bolestivých aspektů. Suprese dovoluje odsunout konflikt, jež vyvolává úzkost, mimo vědomí a udržet ho tam tak dlouho, dokud

člověk není připraven ho řešit. Sublimace využívá impulsy, jež jsou zdrojem úzkosti, tvořivým či užitečným způsobem. Jelikož všechny tyto obranné mechanismy vedou ke konstruktivnímu zvládnutí konfliktů, mohl by být tento styl označen jako „**adaptivní**“ (**adaptive defense style**).

V rámci výzkumu, který vedl k popisu výše zmíněných čtyř obranných stylů – „maladaptivní“, „image zkreslující“, „sebeobětující“ a „adaptivní“, Bond a Wesley (1996) rovněž použili dva další nástroje, sloužící k měření zralosti ega: „Ego Function Questionnaire“ Browna a Gardnera a Loevingerové „Sentence Completion Test“. Korelace mezi obrannými styly a mírou zralosti ega prokázaly jejich hierarchizaci a existenci vývojového progresu, který vykazuje posloupnost od stylu maladaptivního, přes image-zkreslující a sebeobětující obranný styl až ke stylu adaptivnímu. Tato posloupnost odráží změnu, pohybující se od kontroly impulsů, přes předpojatost ve vztazích k „důležitým“ blízkým až ke kreativnímu vyjádření self.

Jedinci s „image-zkreslujícím“ obranným stylem mají problémy s realistickým viděním sebe sama i druhých, což vede ke vztahovým problémům. „Sebeobětující“ jedinci mají stabilnější reakce, nemohou však naplnit svůj kreativní potenciál. „Adaptivní“ skupina vykazuje méně předpojatosti ve vztazích a dovoluje více svobodného vyjádření self. Tato představa je v souladu s výsledky Vallantovy longitudiální studie (1976, in Ionescu, Jacquet, Lhote, 2003), stejně tak i pozorování změn probíhajících v terapii Semrada a kol. (1973, tamtéž).

Nejnovější verze dotazníku, dotazník DSQ 40, však používá pozdější dělení, podle něhož byly obranné mechanismy rozčleněny do pouhých tří faktorů, resp. obranných stylů. „Maladaptivní“ a „Image-zkreslující“ obranný styl byly sloučeny v jeden společný, který byl označen jako „Nezralé obranné mechanismy“, a zbylé dva byly rozděleny na „Neurotické“ a „Zralé obranné mechanismy“. (Andrews, Pollock, 1989).

Výsledné dělení tedy vypadá takto:

- ▶ **Zralé obranné mechanismy** – sublimace, humor, anticipace, suprese
- ▶ **Neurotické obranné mechanismy** - odčinění, pseudoaltruismus, idealizace
a reaktivní formace
- ▶ **Nezralé obranné mechanismy** – projekce, pasivní agrese, agování, izolace,
devalvace, autistická fantazie, popření,
přesunutí, disociace, štěpení,
racionalizace a somatizace

Přehled operacionálních definic těchto mechanismů uvádíme v č. 1. Charakteristika jednotlivých obranných mechanismů zároveň odpovídá výše specifikovaným definicím dle čtvrté revize Diagnostického a Statistického Manuálu (viz. kapitola 2.4.).

4. Využití obranných mechanismů v klinické praxi

Analýza obranných mechanismů představuje hlavní, mnohdy centrální, místo v psychoanalýze a analytické psychoterapii. V současné době, zejména v anglo-saských zemích, získávají obranné mechanismy stále větší pozornost jakožto diagnostické ukazatele a prostředky, které pomáhají porozumět normálnímu a patologickému fungování psychiky. V této kapitole se proto budeme zabývat tím, jakým způsobem lze obranné mechanismy využít v klinické praxi.

4.1. Analýza obran

Na význam analýzy obranných mechanismů poukázala již Anna Freudová (2006). Základním výzkumným polem analýzy obran je terapeutický přenos^{*}. V rámci psychoanalýzy Freudová doporučuje zabývat se nejprve právě

^{*} Terapeutickým přenosem rozumíme „všechna taková hnutí pacienta vůči analytikovi, která nevznikají teprve za aktuální analytické situace, nýbrž pocházejí z raných a nejranějších objektních vztahů a v analytické situaci jen znovu ožívají působením puzení a opakování. Právě proto, že to nejsou nové výtvořky, ale pouhá opakování, hodí se taková hnutí velmi dobře k tomu, aby nám poskytla vědomosti o citovém a pocitovém prožívání pacienta v minulosti.“ (Freudová, 2006, s. 19).

mechanismy obrany, jimiž se ego primitivním pudovým hnutím brání, a teprve poté přistoupit k jejich zvědomování - začít tedy od úrovně, která je přístupnější vědomí, a to i přes to, že se tak setkáme s pudem již v jeho přetvořené podobě (kterou mu dalo obranné opatření). Pokud se totiž podaří zvrátit ustavenou pudovou proměnu, přináší to pro analýzu, mimo vyplnění mezer v pacientově pudovém životě, navíc i informace, které odhalují a doplňují dějiny vývoje pacientova já, tedy historii proměn jeho pudů (tamtéž).

Dle Freudové, je možno prostřednictvím analýzy obran určovat i **prognózu vývoje terapie**, a to na základě jejich motivů. Prognóza je např. příznivější, pokud je obrana motivována strachem ze Superega, neboť Superego je přístupnější rozumovému zpracování. Jakmile redukujeme strach, jež ho podněcuje, nebude mít ani Ego potřebu produkovat další obranné prostředky, plodící patologické projevy.

Tyto úvahy vedly k četným výzkumům obranných mechanismů za užití současných metod měření (např. Piper et al., 1985 in Ionescu, Jacquet, Lhote, 2003), které prokázaly, že obranné mechanismy, odkryté před začátkem psychoterapie, představují výborný **prediktor výsledků terapie**. Měření obranných mechanismů může rovněž sloužit jako dobrý **markér fungování pacienta v psychoterapii*** a dovoluje **dosažené výsledky hodnotit**.

4. 2. Diagnostické aspekty obranných mechanismů

Klinický přístup hodnocení obranných mechanismů není jasný a jednoznačný, a to zejména s ohledem na zatím ne zcela dostatečnou spolehlivost nástrojů jejich měření. V současném psychoanalytickém prostředí však přístup, volající po začlenění posuzování obranných mechanismů do funkčního hodnocení osobnosti, převládá.

* Výzkum Semrada (1967 in Ionescu, Jacquet, Lhote, 2003) např. ukazuje, že schizofrenický pacient užíval v období remise méně patologických obran než v období dekompenzace.

Za tímto účelem rozpracoval O. Kernberg (1984, 1989 in Chabrol, Callahan, 2004) strukturální systém, který je možný v rámci diagnostiky zohledňující obranné mechanismy využít. Tento systém strukturální diagnostiky umožňuje rozlišení výše zmiňovaných tří typů organizace – neurotické, hraniční a psychotické na základě posuzování: stupně integrace identity, typů obvykle užívaných obranných mechanismů a testování reality*. Posuzování se provádí prostřednictvím rozhovoru v kombinaci s tradičními testy psychického stavu. Rozhovor je psychoanalyticky zaměřený, založený zejména na interakci pacient-terapeut a slouží k objasňování, konfrontaci a interpretaci konfliktů identity, obranných mechanismů a štěpení reality, které se v rámci této interakce projeví.

Chabrol (Chabrol, Callahan, 2004) považuje hodnocení fungování obran a copingu se za hlavní osy psychologické a psychopatologické diagnostiky. Hodnocení obranné organizace je nezbytným prostředníkem mezi hodnocením symptomů a vypracováním hypotéz, týkajících se vnitřních a vnějších konfliktů a jejich vzájemných vztahů. Hodnocení obranné organizace je proto klíčovým prvkem při formulaci psychodynamické hypotézy, objasňující vztahy mezi symptomy a syndromy, fungováním osobnosti, historií jedince a aktuálními vnitřními a vnějšími problémy.

Nástroje měření obranných mechanismů a copingových stylů, kterými klinici či výzkumníci disponují, jsou však zatím nedostatečné a není proto možné je doporučit pro klinické užití. Dle Chabrola chybí zejména semi-strukturované rozhovory, které by tyto dvě domény postihovaly. V tom vidí i hlavní překážku jejich validního a spolehlivého hodnocení. Dotazníky a projektivní testy poskytují pouze orientační informace, jež jsou nedostatečné. Hodnocení prostřednictvím klinického rozhovoru zůstává proto zatím v diagnostice obranné organizace nepostradatelné a nenahraditelné.

* Neurotická struktura je, na rozdíl od hraniční a psychotické, charakteristická integrovanou identitou. Ústřední obranou organizací neurotické struktury je vytěsnění, doplněné dalšími obranami vyšších úrovní. U hraniční a psychotické struktury dominují primitivní obrany zaměřené na štěpení. Testování reality je zachováno u neurotické a hraniční struktury, zatímco u psychotické je vážně narušeno (Kernberg, 1984).

4.3. Terapeutické intervence zaměřené na obranné mechanismy

Analýza obranných mechanismů je z psychotherapeutického hlediska velmi významná, neboť umožňuje jedinci rozpoznávat vlastní automatické fungování obranné organizace, uvědomit si vlastní obranný proces, jeho roli a účinky.

Obecné zásady práce s obrannými mechanismy shrnuje Vaillant (1993, in Ionescu, Jacquet, Lhote, 2003). Základem je mít neustále na paměti jejich nevědomou podstatu. Obrany nejsou používány proto, aby někoho rozhněvaly či oklamaly, veškeré snahy o ukáznění klienta jsou proto neefektivní. Terapeut musí být proto vůči obranám svého pacienta shovívavý, což však neznamená, že by je musel nutně tolerovat.

Odkrývání či odstraňování obrany se musí provádět velmi citlivě, respektovat svobodu rozhodnutí a intimitu jedince, není proto vhodné ji rozbíjet, aniž bychom předem dostali souhlas jejich „uživatelů“. Důležité je rovněž, aby terapeut projevoval klientovi dostatečnou empatii a vřelost.

Vaillant (tamtéž) rovněž varuje před konfrontací klienta s jeho obranou, pokud nemáme dostatečnou trpělivost či čas, abychom ošetřili následky. V takové chvíli hraje terapeutická intervence hlavní roli. Terapeut musí mít na paměti, že pokud se pokusí obranu odstranit, je nezbytné nabídnout nějakou náhradu, jako např. adaptivnější obranu či strategii copingu.

Konkrétními možnostmi terapeutické práce s obrannými mechanismy se doposud zabývalo jen málo autorů, na toto téma tak chybí dostatečně explicitní texty, stejně tak i hodnotící studie účinnosti tohoto typu intervence.

Jedinou zmínku o souhrnnější práci, popisující konkrétní terapeutické postupy pro práci se specifickými obrannými mechanismy, uvádí Chabrol (Chabrol, Callahan, 2004). Jde o klinický manuál testu „Defense Mechanisms Inventory“ autorů Ihileviche a Glesera z r. 1991, který definuje 7 obranných profilů a ke každému nabízí možnosti terapeutických intervencí. Tento manuál se však bohužel nepodařilo autorce získat, odkazujeme proto na výše zmiňovanou publikaci^{*}.

^{*} Ihilevich, D., Gleser, G. C. (1991) Defences in Psychotherapy: The Clinical Application of the Defense Mechanisms Inventory, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.

Z výše zmíněných studií, zaměřených na konkrétní typy psychických poruch, nás zaujala práce O. Kernberga (1984), jež popisuje analytickou práci s obrannou strukturou u pacientů s hraničními poruchami osobnosti. Dle Kernberga, je třeba se u těchto pacientů soustředit na systematickou interpretaci primitivních obran, spočívajících v štěpení, jež je nezbytná k zlepšení fungování ega. K redukci štěpení navrhuje Kernberg tři postupné roviny intervence:

- „vyjasňování, definované jako *explorace obecných informací, neurčitých, nekonkrétních či protikladných*;
- *konfrontaci, která srovnává a reorganizuje protikladné informace, jejímž cílem je pacientovi názorně předvést jednotlivé složky informací, jež vyvolávají protichůdné reprezentace sebe sama a druhých*;
- *interpretaci, která nabízí hypotézu motivací a nevědomých obran, jež umožní pochopit, v čem jejich protiklad spočívá*“

(Kernberg, 1984, s. 154)

5. Alkoholová závislost

Tato kapitola je věnována oblasti, jež jsme si z hlediska obranných mechanismů zvolili jako předmět zkoumání. Jak jsme již v úvodu předeslali, jde o problematiku závislosti na alkoholu. Nejprve se proto budeme zabývat vymezením problému diagnostickou charakteristikou „syndromu závislosti“ z hlediska desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) a čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu (dále jen DSM-IV), poté přejdeme k charakteristickým specifikám alkoholové závislosti u jednotlivých pohlaví a na závěr se budeme zabývat problematikou souvislosti alkoholové závislosti se specifickými obrannými mechanismy.

5.1. Syndrom závislosti dle MKN-10 a DSM-IV

Podle **Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)** „je syndrom závislosti chápán jako skupina fyziologických behaviorálních a kognitivních fenoménů, u nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší

přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Důkazem může být to, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení z jejího účinku,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození“ (MKN-10, 2000).

Diagnostický statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM–IV) používá pro stanovení diagnózy závislosti diagnostická kritéria, která mají ke kritériím MKN-10 velmi blízko, překvapivě se však mezi nimi neobjevuje bažení (craving). Stanovují se následovně: „Pro diagnózu

závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi níže uvedených příznaků v období 12 měsíců:

1. růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);
2. odvykací příznaky po vysazení látky;
3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;
5. trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků;
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení;
7. pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.“

(DSM-IV, in Nešpor, 2000, s. 26)

5.2. Závislost na alkoholu a osobnost

Přestože bylo vytvořeno množství různých teorií příčin, které mohou vést k vytvoření závislosti, nepodařilo se definovat soubor charakterových vlastností či osobnostních předpokladů, které by člověka předurčovaly k alkoholismu. Myšlenka alkoholické osobnosti se neobjevuje ani v textech Anonymních alkoholiků. Závislost je totiž možné vypěstovat za určitých podmínek u každého. Presl z tohoto důvodu doporučuje hovořit spíše o „*osobnostní struktuře inklinující k „problémům“ v souvislosti s užíváním psychotropních látek*“ * (1994, s. 49). V této souvislosti je nejčastěji popisována náchylnost k depresím, nezdrženlivost, nestálost, zvýšená sebestřednost, sklon k požívačnosti a snížená odolnost vůči běžné zátěži. Ohrožené jsou tedy zejména osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné, s častými pocity nedostačivosti (Bergeret, 1995; Faldyna, 2000; Yalom, 1999).

* pozn. (ve smyslu vlastností, které u daného jedince riziko problému zvyšují)

Řada lidí závislých na návykových látkách vykazuje i poruchy osobnosti a chování, které byly v minulosti označovány za psychopatické . Jde o poruchy v oblasti emocí, pudů, temperamentu, vůle, charakteru, prožívání a následkem toho i chování. 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí však od názvu psychopatie upouští a řadí je mezi specifické poruchy osobnosti.

Společným rysem většiny psychopatických osobností je vnitřní nezralost, vyznačující se nestálostí, vzdorovitostí, malou tolerancí k stresu, velkou vzrušitelností, nezdrženlivostí, sebelítostí, nevhodnou upřímností, intrikánstvím, závislostí na úsudku jiných, přehánění ve výpovědích apod., čemuž nebrání ani vysoký intelekt (Smolík, 2002). Psychoaktivní látka navíc každý z těchto rysů ještě zvýrazňuje. Tyto charakteristiky zároveň získávají v důsledku závislosti i jedinci bez předchozích psychopatických rysů. Prostřednictvím návykových látek tedy dochází k psychopatickému (Marhounová, Nešpor, 1995).

5.3. Specifika návykové nemoci u žen a mužů

► Patofyziologické faktory

Způsob, jakým je alkohol metabolizován, se u žen a mužů výrazně liší. Při požití stejného množství alkoholu (korigovaném na tělesnou hmotnost), dosahuje jeho koncentrace v krvi vyšší hodnoty u ženy nežli u muže. Příčinou je vyšší procento tuku v ženském těle, změny v absorpci alkoholu během různých fází menstruačního cyklu, nižší aktivita alkoholdehydrogenázy v žaludeční sliznici a menší játra. Na alkohol tedy ženy reagují silněji a méně předvídatelně. Spolupůsobení těchto vlivů patrně souvisí s tzv. „teleskopickým efektem“, jež je při vzniku problémů s alkoholem u žen pozorován: ženy dospějí k alkoholismu a jeho negativním zdravotním důsledkům dříve než muži, i když alkoholu pijí méně (Cyr, McGarry, 2003).

U žen byla rovněž prokázána vyšší konzumace alkoholu v premenstruálním období, více ohroženy mohou být i ženy v přechodu. K specificky ženským problémům patří riziko poškození plodu v těhotenství v důsledku požívání alkoholu. Zdravotní poškození po návykových látkách nastávají u žen zpravidla dříve. Existuje souvislost mezi výskytem rakoviny prsu u žen a konzumem alkoholu i v relativně malých dávkách (Nešpor, 2003).

► Komorbidita

Dle Cyra a McGarryho (2003), se u žen, zneužívajících alkohol, vyskytují veškerá psychiatrická onemocnění častěji než u mužů ve stejné situaci i než u žen, které alkohol nezneužívají. Vyšší prevalenci u mužů má pouze antisociální porucha osobnosti. Studie ukazují, že depresí trpí 30 – 40% žen zneužívajících alkohol. V rámci Epidemiologic Catchment Area Study (Regier et al., 1990, tamtéž) byla deprese u žen v 66% hodnocena jako primární, zatímco alkoholismus jako sekundární. U mužů tomu bylo naopak – alkoholismus vznikl jako primární a deprese jako sekundární u 78% z nich. U žen je často hlavním důvodem k podstoupení protialkoholní léčby právě zhoršení depresivních příznaků.

Závislé ženy trpí častěji depresemi a úzkostí, méně obvyklé však u nich bývají poruchy osobnosti. Kubička a kol. (1993 in Nešpor, Csémy, 1996) prokázali korelaci mezi vyšší anxiétou a vyšší spotřebou anxiolytik nebo masivního pití u souboru pražských žen.

U žen je poměrně častý souběh závislostí na alkoholu nebo jiných návykových látkách a poruch příjmu potravy, zejména bulimie (Nešpor, 2000). Z hlediska návykových nemocí se vyskytují mezi syndromem závislosti a poruchami příjmu potravy jisté shody, a to zejména ve zhoršeném sebeovládání. Diagnostická kritéria pro mentální bulimii „neustálé zabývání se..“ a „neodolatelná touha..“ připomínají známé znaky závislosti - bažení (craving), objevují se i typické „ztráty kontroly“ (Nešpor, Csémy, 1999). Někteří autoři považují mentální bulimii za jednu z forem závislosti. U psychogenního přejídání rovněž často fungují stresující události jako faktory, které se spolupodílejí i na rozvoji závislosti na návykových látkách nebo vedou k jejich recidivám (Wilson, 1991 in Krch a kol. 1999).

Americké výzkumy ukazují, že anorexie a bulimie mají u žen zneužívajících alkohol vyšší prevalenci než v obecné populaci 25 – 32% versus 1,5% pro anorexii a 7% pro bulimii (Lilinfeld, Kaye, 1996 in Nešpor, 2000).

► Příčiny vzniku závislosti a psychosociální faktory

Brodská a spol. (1987 in Nešpor, Csémy, 1996) potvrdili častější převážně psychogenní etiologii závislosti na alkoholu u žen, oproti častější převážně sociogenní etiologii u mužů (životní styl, nevhodná společnost apod.). Podle Nešpora a Csémyho (tamtéž), ženy, závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách, spojují vznik závislosti nejčastěji se zátěžovou životní událostí v rodině nebo v partnerském životě. U žen jsou proto nejčastějšími důvody přijetí do léčby zdravotní a rodinné problémy. U mužů jsou oproti tomu zas častější problémy se zákonem.

Ženy závislé na alkoholu se většinou za své pití stydí, tají ho a pijí převážně samy, v soukromí, zatímco mnohý muž se propíjí až do deliria naprosto veřejně, v restauraci. Ženy rovněž alkohol často kombinují s různými psychofarmaky (trankvilizéry, hypnotiky, analgetiky). Závislost na alkoholu u nich mnohdy vzniká i v důsledku soužití s mužem, který ho sám škodlivě užívá, či je na něm závislý. Mezi významné příčiny u žen patří dále např. potíže v přechodu, „syndrom prázdného hnízda“ a pocity osamělosti (Nešpor, 1999).

Závislá žena bývá také častěji týrána, fyzicky napadána a sexuálně zneužívána. Rodiny a děti závislých žen trpí jejich problémem často ještě více, než je tomu u mužů. Ženy mohou mít při vyhledání odborné pomoci větší zábrany a narážet i na další problémy, jako je nepochopení okolí nebo nezajištěná péče o děti. Na druhou stranu se však většina žen dokáže relativně snáze odpoutat od nevhodné společnosti lidí, kteří jsou závislí na alkoholu a jiných návykových látkách, a snadněji si vytvářet zdravější životní styl. (Höschl, Libiger, Švestka a kol., 2002).

I přes větší vulnerabilitu žen jsou však výsledky léčby u žen přinejmenším srovnatelné s výsledky u mužů.

5.4. Obranné mechanismy v literatuře spojované se závislostmi na alkoholu

Na téma spojitosti syndromu závislosti, popř. přímo závislosti na alkoholu, se nám nepodařilo v rámci dostupných zdrojů nalézt žádné odpovídající studie. V této kapitole proto uvádíme alespoň střípky informací, které se nám v literatuře podařilo zachytit, většinou však pouze jakožto okrajové informace. Převážně se proto jedná o výsledky klinických pozorování.

Miller a Rollnik (2003) uvádí, že většina významných profesionálů na poli alkoholových závislostí v U.S.A. přijala předpoklad, že alkoholici se vyznačují výjimečně vysokou mírou obranných mechanismů, kvůli nimž jsou obtížně ovlivnitelní běžnými druhy terapie a poradenství. Tento předpoklad vychází z psychodynamického modelu osobnosti, který chápe závislost na alkoholu jako symptom narušené osobnosti (Clancy, 1961, DiCicci, 1978, a další, tamtéž).

Ruth Fox (1976, s. 772 in Miller, Rollnick, 2003, s.8) shrnula svoji klinickou zkušenost slovy: *„Většina pacientů se odmítá podívat svému alkoholismu do tváře po mnoho let, využívají obranné mechanismy jako jsou: popírání, racionalizace, regrese a projekce. Alkoholik vystaví a propracuje takový obranný systém, v jehož rámci je možno popřít, že je alkoholikem nebo nemocným člověkem. Racionalizace je vytvářena v tom smyslu, že jedinec musí pít ze společenských nebo obchodních či zdravotních důvodů a ze svých obtíží obviňuje jiné.“*

Popření je v souvislosti se závislostmi vůbec nejčastěji zmiňovaný mechanismus: *„Popírání jde v alkoholismu velmi hluboko a vytváří téměř neproniknutelnou stěnu.“* (DiCicco et al., 1978, s. 600, tamtéž).

Marhounová, Nešpor (1995) ve vztahu k závislosti na alkoholu a návykových látkách obecně upozorňují zejména na racionalizaci, neboť bývá často užívána i při vlastním rozhodování o přijetí návykových látek („Manželka mi nerozumí“ „Vyhodili mě ze zaměstnání“ apod.). Nešpor (2000) dále uvádí mechanismy popírání, projekce a další obrany, které charakterizuje jako: *„uvažování „vše, nebo nic“, minimalizace konfliktů a vyhýbání se jim, na sebe zaměřená selektivní pozornost, ve střízlivém stavu pasivita, při intoxikaci agrese a nutkavé zaměření“* (Nešpor, 2000, s. 199).

Ionescu, Jacquet a Lhote (2003) spojují se závislostmi mechanismus agování, spolu s dalšími mechanismy, spadajícími do „Úrovně akce“ v rámci členění DSM-IV. Jde tedy o mechanismy agování, apatické stažení, stěžování si a následné odmítání pomoci a pasivní agrese, které považují za komplex adiktivního chování, jež používá tělo, jakožto prostředek obrany.

Shrnutím výše zmiňovaných poznatků jsme zjistili, že se závislostí na alkoholu jsou nejčastěji spojovány obranné mechanismy: popření, racionalizace, regrese, projekce, agování, apatické stažení, stěžování si a následné odmítání pomoci a pasivní agrese.

Tyto poznatky využijeme v empirické části práce, kde se v rámci analýzy výsledků našeho výzkumu zaměříme i na sledování výskytu těchto mechanismů u zkoumaného vzorku. Vzhledem k limitům použitého nástroje, dotazníku DSQ 40, však budeme moci sledovat výskyt pouze u některých z nich: popření, racionalizace, projekce, agování a pasivní agrese. Z hlediska členění obranných mechanismů do tzv. obranných stylů, spadají všechny tyto mechanismy do skupiny „Nezralých obranných mechanismů“, na tento obranný styl proto rovněž zaměříme svou pozornost.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

6. Pozadí a charakteristika výzkumu

Praktická část diplomové práce je věnovaná problematice obranné organizace u klientů se syndromem závislosti na alkoholu. Zajímalo nás, zda je možné vysledovat spojitost mezi syndromem závislosti na alkoholu a užíváním specifických obran, a to jak z hlediska konkrétních obranných mechanismů, tak z hlediska úrovně zralosti obranného fungování, tzv. obranných stylů.

Inspirací pro provedení tohoto výzkumu, jak jsme již zmínili v úvodu, nám byla autorčina stáž ve Francii^{*}, kde se studiu obranných mechanismů věnuje velká pozornost. Naši pozornost upoutaly i četné odborné studie potvrzující relace určitých typů obranných mechanismů, resp. stylů s konkrétními psychickými poruchami. Problematikou alkoholové závislosti jsme se v této souvislosti rozhodli zabývat z důvodu, že se nám na toto téma nepodařilo, v rámci dostupných zdrojů, nalézt relevantní studie. Rozhodli jsme se proto tuto oblast podrobněji explorovat.

V předchozích kapitolách (viz kapitoly 2, 4, 5) jsme se pokusili ukázat směr, kterým se výzkum obranných mechanismů ubírá, a zmapovat výsledky nejvýznamnějších výzkumů, zabývajících se definováním jednotlivých obranných mechanismů a jejich vzájemných vztahů, klasifikací dle různých obranných stylů, spojitostí konkrétních obranných mechanismů s určitými typy psychických poruch, stabilitou a proměnou obranných mechanismů u jednotlivých poruch v průběhu terapie a možnostmi využití těchto poznatků v klinické praxi – a to zejména diagnostice a psychoterapii.

Výzkum, který je součástí této práce, sledoval právě tento směr studia obranných mechanismů. S ohledem na rozsah práce jsme se však zaměřili pouze na zkoumání, zda se v souvislosti se zkoumaným syndromem vyskytuje statisticky významná spojitost s některými konkrétními obrannými mechanismy, resp. obrannými styly, která by je odlišovala od normální populace. Mimo to jsme sledovali i relaci užívaných obran s pohlavím, věkem, pracovní situací a rodinným stavem.

^{*} na univerzitě Le Mirail v Toulouse, které se zúčastnila v rámci programu Erasmus-Socrates

Tato problematika se nám jevila rovněž zajímavá z hlediska rozdílu v etiologii syndromu závislosti na alkoholu s ohledem na pohlaví (o kterém podrobně pojednáváme v oddílu 6.1. zabývající se kritérii výběru). Nástroj, který jsme se za tímto účelem rozhodli použít, dotazník DSQ 40, totiž ve své původní verzi rozdíly mezi muži a ženami nedělá, zatímco jeho česká verze obsahuje normy pro každé pohlaví zvlášť. Naskýtá se nám tak možnost tyto rozdíly sledovat.

6.1. Předmět výzkumu

Za účelem dosažení definovaného cíle výzkumu – zjistit, zda existují obranné mechanismy, specifické pro klienty závislé na alkoholu – jsme se rozhodli vydat cestou kvantitativního výzkumu. Zvolili jsme metodu Defense Style Questionnaire 40 (DSQ 40) autorů Bonda a Wesleyho z roku 1993, jež umožňuje sledovanou problematiku explorovat.

Na základě studia relevantních literárních pramenů a odborných konzultací jsme dospěli k identifikaci základních diagnostických kritérií syndromu závislosti na alkoholu, specifických odlišností příčin vzniku a průběhu rozvoje závislosti u jednotlivých pohlaví a okruhu, resp. shluku obranných mechanismů, jež jsou na základě klinické zkušenosti nejčastěji dávány do spojitosti se syndromem alkoholové závislosti a dospěli tak k formulaci následujících výzkumných otázek:

- ▶ Existují obranné mechanismy, které klienti se syndromem závislosti na alkoholu užívají ve srovnání s normální populací statisticky významně více?
- ▶ Převažuje u klientů se syndromem závislosti na alkoholu výskyt nezralých obranných mechanismů?
- ▶ Existují u klientů se syndromem závislosti rozdíly v užívání obranných mechanismů mezi muži a ženami?
- ▶ Má úroveň dosaženého vzdělání u klientů se syndromem závislosti vliv na zralost užívaných obran?
- ▶ Vyskytují se u klientů se syndromem závislosti odlišnosti v užívání obran s ohledem na věk, bydliště a pracovní situaci?

Hypotézy a očekávání:

►(1) Existují obranné mechanismy, které klienti se syndromem závislosti na alkoholu užívají ve srovnání s normální populací statisticky významně více?

Na základě poznatků z klinické praxe, jimiž jsme se zabývali v teoretické části, očekáváme možný vyšší výskyt obranných mechanismů: popření, racionalizace, projekce, agování a pasivní agrese.

H0: *Obranné mechanismy, které klienti se syndromem závislosti na alkoholu užívají, se od normální populace statisticky významně neliší .*

►(2) Převažuje u klientů se syndromem závislosti na alkoholu výskyt nezralých obranných mechanismů?

S ohledem na výše zmíněná klinická pozorování očekáváme oproti normální populaci vyšší výskyt nezralých obranných mechanismů.

H0: *U klientů se syndromem závislosti na alkoholu se v porovnání s normální populací neobjevuje větší výskyt nezralých obranných mechanismů.*

►(3) Existují u klientů se syndromem závislosti rozdíly v užívání obranných mechanismů mezi muži a ženami?

S ohledem na rozdílnou etiologii syndromu závislosti u mužů a žen a přítomnost duálních diagnóz v ženském vzorku předpokládáme rozdíly v užívání obranných mechanismů v závislosti na pohlaví.

H0: *U klientů se syndromem závislosti na alkoholu se obranné mechanismy u žen statisticky významně neliší od obran, které užívají muži.*

►(4) Existuje u klientů se syndromem závislosti na alkoholu vztah mezi úrovní dosaženého vzdělání a druhem užívaných obran?

Na možnou pozitivní korelaci mezi úrovní dosaženého vzdělání a druhem, resp. zralostí užívaných obran by mohl poukazovat předpoklad vyšší míry sebereflexe u vzdělanějších osob. Tuto hypotézu však nemáme jinak podloženou.

H0: *Úroveň dosaženého vzdělání u klientů se syndromem závislosti na alkoholu nemá vliv na typ užívaných obran.*

► (5) Vyskytují se u klientů se syndromem závislosti odlišnosti v užívání obran s ohledem na věk, bydliště a pracovní situaci?

Ohledně těchto proměnných nemáme žádné podložené hypotézy. Přesto nás zajímalo, zda mezi těmito proměnnými a druhem obranných mechanismů existuje statisticky významná relace. Obecně lze předpokládat, že s rostoucím věkem jsou obrany méně časté a zralejší. Větší obtíže očekáváme u obyvatel vesnic ve srovnání s obyvateli měst, u nezaměstnaných ve srovnání se zaměstnanými a z hlediska rodinného stavu a sociální sítě u izolovaných.

H0: *Obranné mechanismy u klientů se syndromem závislosti jsou nezávislé na věku, velikosti místa bydliště, pracovní situaci a rodinném stavu.*

6. 2. Cílová skupina

6.2.1. Výzkumný vzorek

V souvislosti s cíly a plány výzkumu, byl výběr proveden mezi klienty specializovaných lůžkových zařízení pro léčbu závislostí na alkoholu v PL Bohnice, Oddělení léčby závislostí VFN a PL Horní Beřkovice, u kterých byl diagnostikován Syndrom závislosti na alkoholu (F10.2) dle diagnostických kritérií desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

V předchozích kapitolách jsme se definování Syndromu závislosti podrobně zabývali (viz kap. 5.1), uvádíme zde proto pouze diagnostická vodítka, podle kterých byla diagnóza stanovena. Za užití MKN-10 byla stanovena diagnóza F10.2, neboť během uplynulého roku byla zaznamenána přítomnost minimálně tří následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice

příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,

- ▶ průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
- ▶ postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení z jejího účinku,
- ▶ pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození“.

(MKN-10, 2000)

6.2.2. Kritéria výběru

Za účelem zajištění co největší homogenity zkoumaného souboru jsme si stanovili závazná kritéria pro výběr do cílové skupiny:

- ▶ diagnóza syndromu závislosti (F10.2)
- ▶ klient ukončil druhý měsíc ústavní léčby
- ▶ klient je v léčbě poprvé, maximálně podruhé
- ▶ u klienta se nevyskytuje žádná duální diagnóza

Kritéria výběru vycházela ze snahy o co největší homogenitu vzorku zajištěním shodného typu ústavní léčby (střednědobá ústavní léčba), délky abstinence (uplynutí 2 měsíců od detoxifikace) a počtu léčebných hospitalizací. Zároveň jsme vycházeli z přesvědčení, že klienti budou díky dvouměsíční abstinencí schopni lepší sebereflexe než během či krátce po detoxifikaci.

Uvědomujeme si, že během těchto dvou měsíců ústavní léčby klienti již prošli podstatnou částí intenzivní psychoterapie, zaměřené na zvyšování sebevědomí, rozvíjení dovedností sebeovlivnění, sociálních dovedností atd., což se mohlo promítnout i do spektra užívaných obranných mechanismů. S ohledem na délku léčby a charakter obranného fungování však neočekáváme v užívaných obranách výrazné změny, spíše posun z hlediska míry jejich užívání. Uvědomujeme si rovněž, že toto kritérium vzorek specifikuje i z hlediska prognózy léčby, neboť klienti, kteří již v léčbě vydrželi dva měsíce, budou mít pravděpodobně nejlepší prognózu z hlediska úzdravy oproti těm, kteří z léčení odstoupili dříve nebo se do něho vůbec nedostali. Výsledky výzkumů budeme proto považovat za poplatné výlučně pro toto stádium léčby a veškerá zobecnění, která na jejich základě vyvodíme, se budou pohybovat pouze v rovině hypotéz k dalšímu ověření.

Největším problémem, na který jsme v průběhu výzkumného projektu narazili, se stalo získání respondentek, které by odpovídaly výše stanoveným kritériím. Zatímco u mužů probíhal sběr dat víceméně bez obtíží, u žen bylo velkým problémem vhodné respondenty sehnat. Důvodem byla přítomnost duální diagnózy, nejčastěji se jednalo o depresivní stavy, úzkostné stavy, poruchy příjmu potravy (zejména bulimie) a kombinované závislosti (nejčastěji na benzodiazepinech), dále se objevovaly i smíšené poruchy osobnosti, nevyzrálá osobnost a epilepsie.

Kliničtí odborníci daných zařízení shodně potvrdili, že v případě žen, je duální diagnóza spíše pravidlem nežli výjimkou. Toto zjištění nás vedlo k úvaze, zda by zkoumání skupiny respondentek bez duální diagnózy, nepřineslo obraz, který je pro tuto problematiku velmi atypický. Tuto úvahu podpořily i výše zmiňované výzkumy^{*}, stejně tak jako klinické zkušenosti, potvrzující u žen převážně psychogenní etiologii závislosti na alkoholu (viz kapitola 5.3) oproti převážně sociogenní etiologii u mužů. Stanovení diagnózy u žen je rovněž stížen mnohem silnějším popřením problému nežli je tomu u mužů, některé poruchy, jako např. poruchy příjmu potravy, proto zůstávají i v léčbě často více či méně skryté.

^{*} Brodská a spol. (1987 in Nešpor, Csémy, 1996)

Po exploraci problematiky ženské závislosti, jsme se za účelem dosažení věrnějšího klinického obrazu explorovaného jevu, rozhodli od posledního kritéria „absence duální diagnózy“ ustoupit*. Učinili jsme to s plným vědomím, že přítomnost duálních diagnóz může výsledky našeho zkoumání zkreslit. Při interpretaci jsme proto postupovali s vědomím, že výsledky testů mohou reflektovat i charakter poruch v rámci duálních diagnóz.

Abychom toto zkreslení co nejvíce redukovali, trvali jsme na podmínce, že syndrom závislosti na alkoholu bude představovat diagnózu primární, přičemž duální diagnózou nesmí být žádná organická porucha, psychotická porucha či těžká forma deprese, které by výsledky šetření hrubě zkreslily. Spektrum „tolerovaných“ psychických poruch se pohybuje v okruhu nejčastěji zjištěných poruch v rámci klinické praxe a odborné relevantní literatury.

Skupina mužů kritérium absence duální diagnózy splňuje.

Výsledná kritéria výběru proto vypadala takto:

- ▶ diagnóza syndromu závislosti (F10.2) je primární diagnózou
- ▶ klient ukončil druhý měsíc ústavní léčby
- ▶ klient je v léčbě poprvé, maximálně podruhé
- ▶ dle dokumentace u klientů nebyly diagnostikovány organické duševní poruchy, psychotické poruchy a těžké depresivní poruchy

6.2.3. Výběr vzorku

Při výběru respondentů jsme vycházeli z výše definovaných kritérií a postupovali metodou prahového výběru (respondenti se vybírali z řad těch, kteří se v období sběru dat nacházeli v daných léčebnách). Uvědomovali jsme si sice, že může na základě tohoto výběru nastat chyba z hlediska sezónnosti, s ohledem na náročnost dodržení všech vytyčených kritérií jsme se však rozhodli toto riziko podstoupit. (Ferjenčík, 2000). Navíc předpokládáme, že

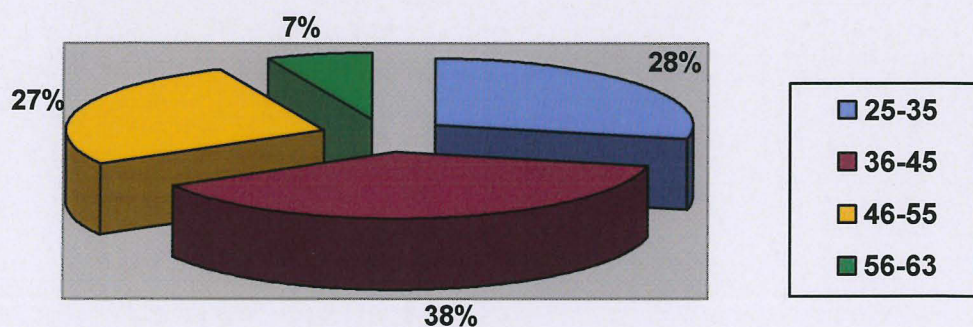
* K tomuto kroku nás přinutily i vnější, praktické okolnosti, totiž že ne všechna zařízení, v rámci zachování anonymity svých klientů, nám poskytla potřebné anamnestické údaje. Informace o charakteru duálních diagnóz jsme sice získali, avšak bez spojitosti s danými vyplněnými dotazníky.

chyba může být rovněž do jisté míry korigována delším časovým intervalem, během kterého byla data sbírána. Úspěšnost náběru byla stoprocentní.

Sledovaný soubor splňoval všechna kritéria výběru.

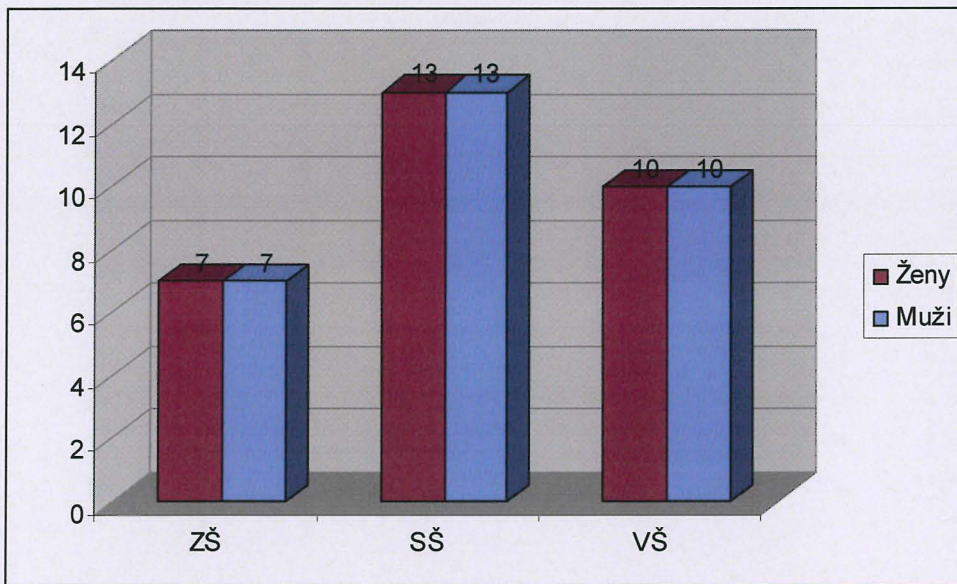
6.2.4. Popis vzorku

Adekvátně použité metodice a stanoveným výzkumným cílům jsme se dotazovali celkem 60 respondentů ($n=60$), 30 žen (50%) a 30 mužů (50%), ve věku od 26 do 63 let. Průměrný věk respondentů je u žen 42,13 let ($SD=8,43$), u mužů 41,4 let ($SD=9,42$). Přehled o věkovém složení sledované skupiny přináší níže uvedený graf č. 1.

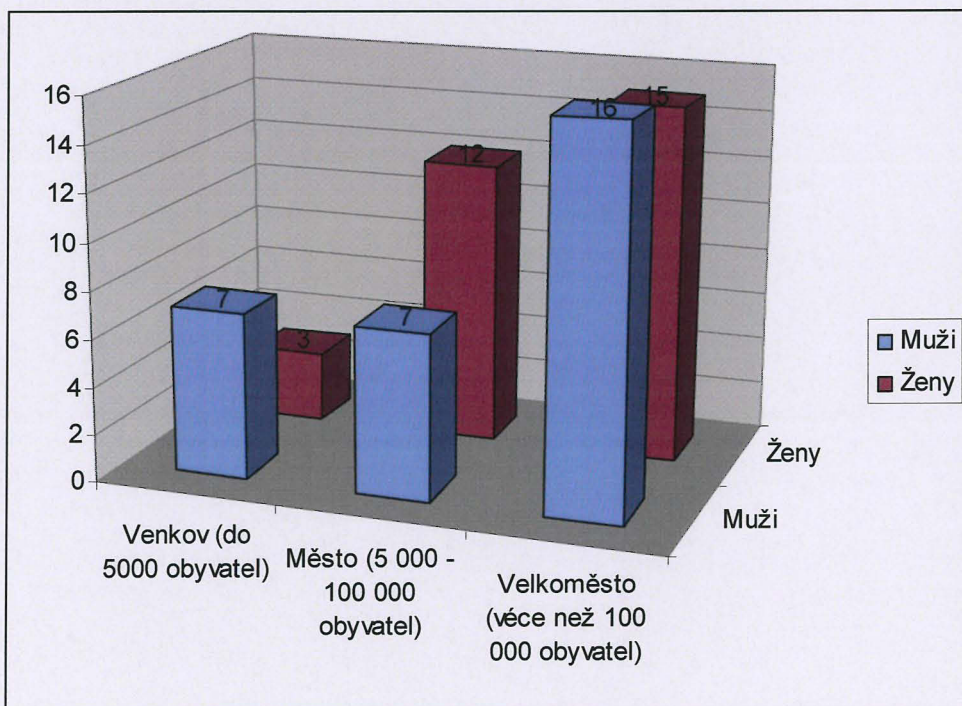


Graf č. 1. Skladba vzorku dle věku ($n=60$)

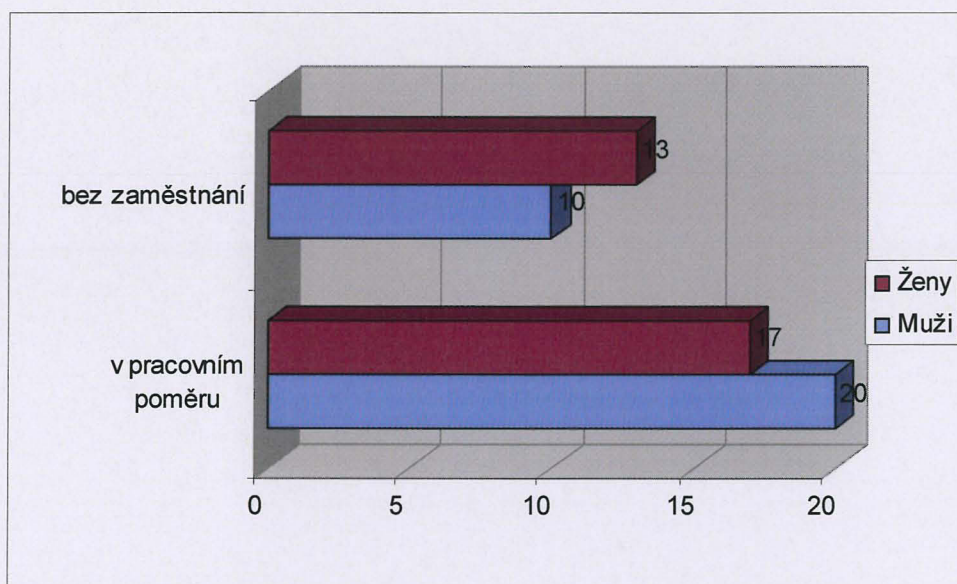
U respondentů jsme mimo věku sledovali ještě dosažené vzdělání, velikost místa bydliště, pracovní situaci a rodinný stav. Nástroji bivariační rozdílové statistiky jsme zkoumali, zda se oba soubory, tzn. skupina mužů a žen, od sebe v zásadě liší.



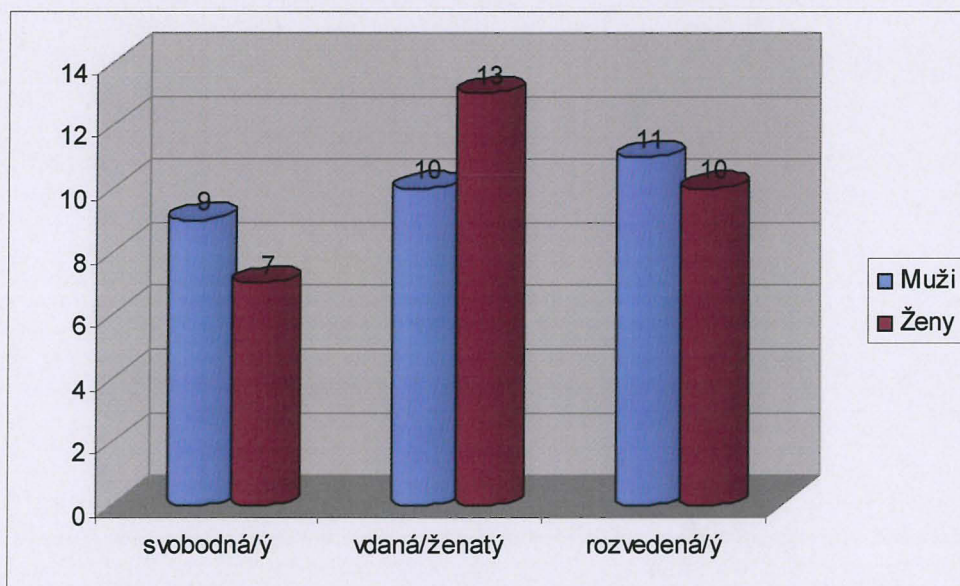
Graf č. 2. Skladba vzorku dle dosaženého vzdělání (n=60)



Graf č. 3. Skladba vzorku dle velikosti místa bydliště (n=60)



Graf č. 4. Skladba vzorku dle pracovního stavu (n=60)



Graf č. 5. Skladba vzorku dle rodinného stavu (n=60)

Jak je vidět z grafů 1 - 5, podařilo se vytvořit srovnatelné skupiny žen a mužů z hlediska věku, dosaženého vzdělání, velikosti místa bydliště, pracovní situace i rodinného stavu.

6.3. Metodika

6.3.1. Nástroje

Základní metodou sběru dat byla poslední verze dotazníku obranných stylů „Defense Style Questionnaire 40“ (dále jen DSQ 40) autorů Bonda a Wesleyho. Jak jsme již v teoretické části uváděli, jde o v současné době nejpoužívanější nástroj empirických studií obranných mechanismů.

Jedná se o sebeposuzovací dotazník zaměřený na zjišťování vědomých derivátů obranných mechanismů. Zjišťuje 20 obranných mechanismů, které byly na základě faktorové analýzy rozděleny do tří obranných stylů z hlediska jejich zralosti. Dotazník obsahuje celkem 40 položek, resp. výroků a úkolem respondenta je vyjádřit na škále od 1 do 9, do jaké míry je pro něho daný výrok poplatný.

Dotazník DSQ 40 zjišťuje obranné mechanismy: *sublimace, humor, anticipace, suprese, odčinění, pseudoaltruismus, idealizace, reaktivní formace, projekce, pasivní agrese, agování, izolace afektu, devalvace, autistická fantazie, popření, přesunutí, disociace, štěpení, racionalizace a somatizace*. Jejich charakteristika odpovídá definici výše specifikovaným definicím dle čtvrté revize Diagnostického a Statistického Manuálu (viz. kapitola 2.4.). Operacionální definice těchto mechanismů pomocí položek tohoto dotazníku je uvedena v příloze č. 3.

Při tvorbě norem pro českou populaci byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi průměrem u mužů a žen, což oproti originální verzi dotazníku, která nepočítá s rozlišením mezi muži a ženami, přináší požadavek na užívání odlišných norem pro jednotlivá pohlaví. Touto metodou bylo vyšetřeno celkem 112 osob, reprezentativita vzorku byla zajištěna z hlediska věku a pohlaví, z hlediska vzdělání bylo oproti normálnímu rozložení ve zkoumaném vzorku o něco vyšší zastoupení vysokoškoláků. Byla prokázána dostatečná reliabilita jednotlivých faktorů, dosahuje hodnoty vyšší než 0,5, což je ve srovnání s originální verzí sice o něco nižší, s ohledem na typ dotazníku je však uspokojivá. Dotazník DSQ 40 má žádoucí statistické náležitosti a lze ho využít jako nástroj diagnostický i výzkumný.

6.3.2. Sběr dat

Respondentům, splňujícím výše stanovená kritéria, byl poučeným administrátorem předložen k vyplnění dotazník DSQ 40, a to bez nároku na honorář. Všem testovaným osobám byla zaručena anonymita, rovněž byly zajištěny všechny podmínky nutné pro dodržení eticko-právních standardů kladených na podobná šetření. Pokyny pro vyplňování dotazníků byly popsány v záhlaví každého z dotazníků.

7. Analýza dat

Analýza dat byla provedena za pomoci programu Statistica 7.0 pro Windows*. Byly použity nástroje pro deskriptivní a induktivní analýzu.

8. Výsledky & Zjištění

►(1) Vztah mezi syndromem závislosti na alkoholu a užíváním specifických obranných mechanismů, resp. obranných stylů.

Z tabulek č.1, 2 a 3 jsou patrné aritmetické průměry a směrodatné odchylky výsledků klinické skupiny žen a mužů a jejich srovnání pomocí jednovýběrového T-testu, nejprve z hlediska jednotlivých obranných mechanismů, následně z hlediska obranných stylů.

* Data a výpočty, které jsme v této práci neuvedli, jsou v případě zájmu na vyžádání k dispozici u autorky.

	ČESKÉ NORMY			KLINICKÁ SKUPINA		JEDNOVÝBĚROVÝ T TEST				
		PRŮMĚR	SD	PRŮMĚR	SD	P	t	Rozdíl	95% IS rozdílu	Z skór rozdílu
Sublimace	Ž	6,09	1,95	6,33	1,90	0,39	0,86	0,24	-0.41 - 1.01	0,12
Humor	Ž	6,58	1,73	7,05	1,71	0,14	1,54	0,47	-0.17 - 1.11	0,27
Anticipace	Ž	5,78	1,56	5,62	1,55	0,58	0,57	-0,16	-0.74 - 0.42	-0,10
Suprese	Ž	5,22	1,7	5,50	1,88	0,42	0,82	0,28	-0.42 - 0.98	0,16
Odčinění	Ž	4,27	1,74	4,52	2,04	0,51	0,67	0,25	-0.51 - 1.01	0,14
Pseudoaltruism	Ž	5,26	1,82	5,67	1,65	0,18	1,36	0,41	-0.20 - 1.02	0,22
Idealizace	Ž	3,27	1,95	4,03	1,96	0,04	2,12	0,76	0.02 - 1.49	0,39
Reakt.formace	Ž	4,51	1,79	3,70	1,73	0,02	2,56	-0,81	-1.45 - 0.16	-0,45
Projekce	Ž	2,52	1,76	3,45	2,22	0,03	2,3	0,93	0.10 - 1.75	0,53
Pas.agrese	Ž	2,67	1,69	3,22	1,76	0,1	1,71	0,55	-0.10 - 1.20	0,32
Agování	Ž	4,42	2,19	4,25	2,30	0,69	0,41	-0,17	-1.02 - 0.68	-0,08
Izolace	Ž	3,46	2,13	4,55	2,34	0,02	2,55	1,09	0.21 - 1.96	0,51
Devalvace	Ž	3,81	1,37	4,50	1,67	0,03	2,26	0,69	0.06 - 1.31	0,50
Aut.fantazie	Ž	3,69	2	4,40	2,57	0,14	1,51	0,71	-0.24 - 1.66	0,36
Popření	Ž	3,22	1,57	3,75	2,00	0,16	1,45	0,53	-0.21 - 1.27	0,34
Přesunutí	Ž	4,19	1,72	3,10	1,82	0,003	3,28	-1,09	-1.76 - 0.41	-0,63
Disociace	Ž	3,11	1,5	3,20	1,81	0,79	0,27	0,09	-0.58 - 0.76	0,06
Štěpení	Ž	3,41	1,94	3,55	1,56	0,63	0,49	0,14	-0.44 - 0.72	0,07
Racionalizace	Ž	5,97	1,91	5,50	1,99	0,21	1,29	-0,47	-1.21 - 0.27	-0,25
Somatizace	Ž	4,78	1,84	5,43	1,83	0,06	1,95	0,65	-0.03 - 1.33	0,35

Tabulka č. 1 Srovnání výsledků klinické skupiny žen s normou pro jednotlivé obranné mechanismy

	ČESKÉ NORMY			KLINICKÁ SKUPINA	JEDNOVÝBĚROVÝ T TEST					
		PRŮMĚR	SD		PRŮMĚR	SD	P	t	rozdíl	95% CI rozdílu
Sublimace	M	5,71	1,91	5,97	2,11	0,51	0,67	0,26	-0,52 - 1,04	0,13
Humor	M	6,58	1,78	6,27	1,90	0,39	0,89	-0,31	-1,01 - 0,39	-0,18
Anticipace	M	5,53	1,36	5,80	1,34	0,29	1,1	0,27	-0,23 - 0,77	0,20
Suprese	M	5,73	1,67	6,28	1,45	0,05	2,08	0,55	0,01 - 1,09	0,33
Odčinění	M	4,1	1,95	4,53	1,54	0,14	1,53	0,43	-0,14 - 1,00	0,22
Pseudoaltruism	M	4,57	1,48	4,65	1,70	0,8	0,26	0,08	-0,55 - 0,71	0,05
Idealizace	M	3,46	1,78	3,42	1,74	0,9	0,13	-0,04	-0,68 - 0,60	-0,02
Reakt.formace	M	3,88	1,74	4,48	2,22	0,15	1,48	0,60	-0,22 - 1,42	0,35
Projekce	M	3,33	1,74	3,48	1,86	0,66	0,44	0,15	-0,54 - 0,84	0,09
Pas.agrese	M	3,71	1,72	3,13	1,76	0,08	1,81	-0,58	-1,23 - 0,07	-0,34
Agování	M	5,25	1,96	4,22	1,94	0,007	2,91	-1,03	-1,75 - 0,30	-0,53
Izolace	M	4,15	2,15	5,83	1,79	<0,001	5,14	1,68	1,01 - 2,34	0,78
Devalvace	M	4,38	1,5	4,50	1,46	0,66	0,45	0,12	-0,42 - 0,66	0,08
Aut.fantazie	M	3,72	2,1	4,28	1,86	0,11	1,62	0,56	-0,13 - 1,25	0,27
Popření	M	3,81	1,89	4,22	1,51	0,15	1,49	0,41	-0,15 - 0,97	0,22
Přesunutí	M	3,79	1,91	3,22	1,87	0,11	1,67	-0,57	-1,26 - 0,12	-0,30
Disociace	M	3,72	1,79	3,65	1,72	0,83	0,22	-0,07	-0,71 - 0,57	-0,04
Štěpení	M	4,52	1,98	4,30	2,10	0,57	0,57	-0,22	-1,00 - 0,56	-0,11
Racionalizace	M	5,59	1,9	5,30	1,52	0,3	1,05	-0,29	-0,85 - 0,27	-0,15
Somatizace	M	4,71	1,89	4,42	1,55	0,31	1,02	-0,29	-0,86 - 0,28	-0,16

Tabulka č.2 Srovnání výsledků klinické skupiny mužů s normou pro jednotlivé obranné mechanismy

Obranné styly	ČESKÉ NORMY			KLINICKÁ SKUPINA	JEDNOVÝBĚROVÝ T TEST					
		PRŮMĚR	SD		PRŮMĚR	SD	P	t	rozdíl	95% CI rozdílu
zralé	Ž	5,92	1,15	6,13	1,15	0,33	1	0,21	-0,21 - 0,63	0,18
	M	5,89	1,1	6,08	1,07	0,34	0,97	0,19	-0,20 - 0,58	0,17
neurotické	Ž	4,33	1,26	4,46	1,09	0,52	0,65	0,13	-0,27 - 0,53	0,11
	M	4	1,17	4,27	1,03	0,16	1,44	0,27	-0,11 - 0,65	0,23
nezralé	Ž	4,31	0,67	4,08	0,92	0,18	1,37	-0,23	-0,57 - 0,11	-0,35
	M	4,51	0,7	4,21	0,83	0,06	1,98	-0,30	-0,61 - 0,01	-0,42

Tabulka č.3 Srovnání výsledků klinické skupiny mužů a žen s normou pro jednotlivé obranné styly

Výsledky srovnání přinesly zjištění, že u klientů závislých na alkoholu dosahují skóry u některých obranných mechanismů oproti normě statisticky významného rozdílu.

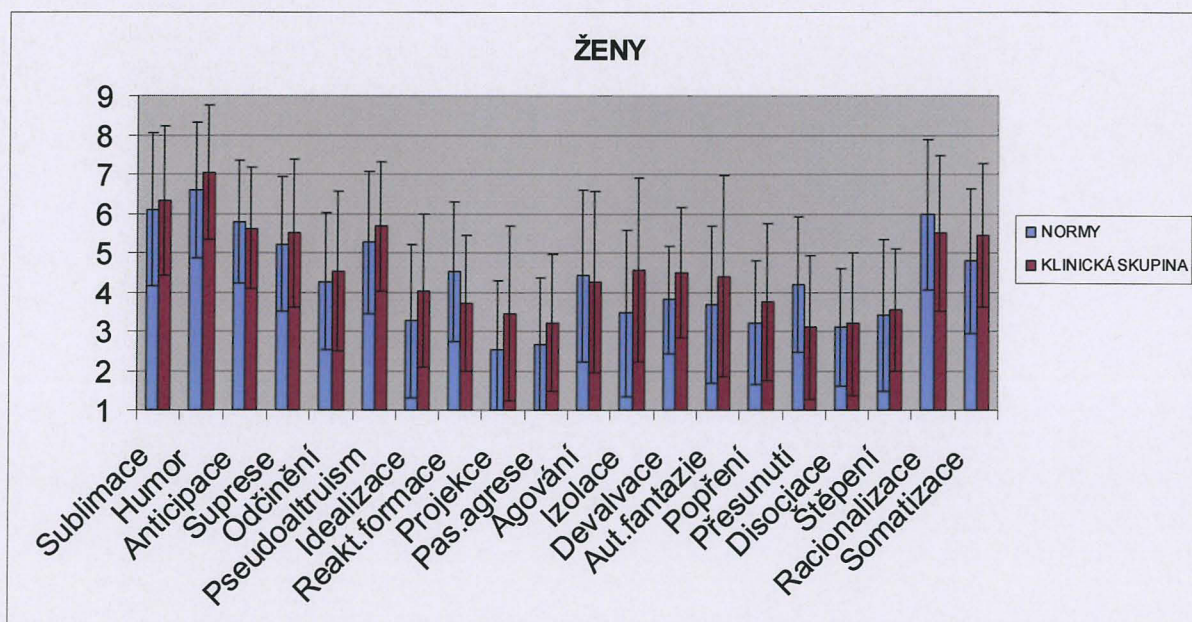
U žen se statisticky významnými staly obranné mechanismy:

Idealizace, který vykazuje v průměru výsledek vyšší o 0,76 bodu; mechanismus **Projekce** o 0,93 bodu; mechanismus **Devalvace** o 0,69 bodu a mechanismus **Izolace afektu** o 1,09 bodu, a to shodně na 5%-ní hladině významnosti.

Obranný mechanismus **Reaktivní formace** vykazuje naopak snížení v průměru o 0,81 bodu na 5%-ní hladině významnosti.

Nejsilnější korelace se ukázala u mechanismu **Přesunutí**, kde na 1%-ní hladině významnosti došlo k snížení průměrného skóru o 1,09 bodu (viz tabulka č. 1).

Grafické znázornění těchto výsledků přináší níže uvedený graf č. 6.



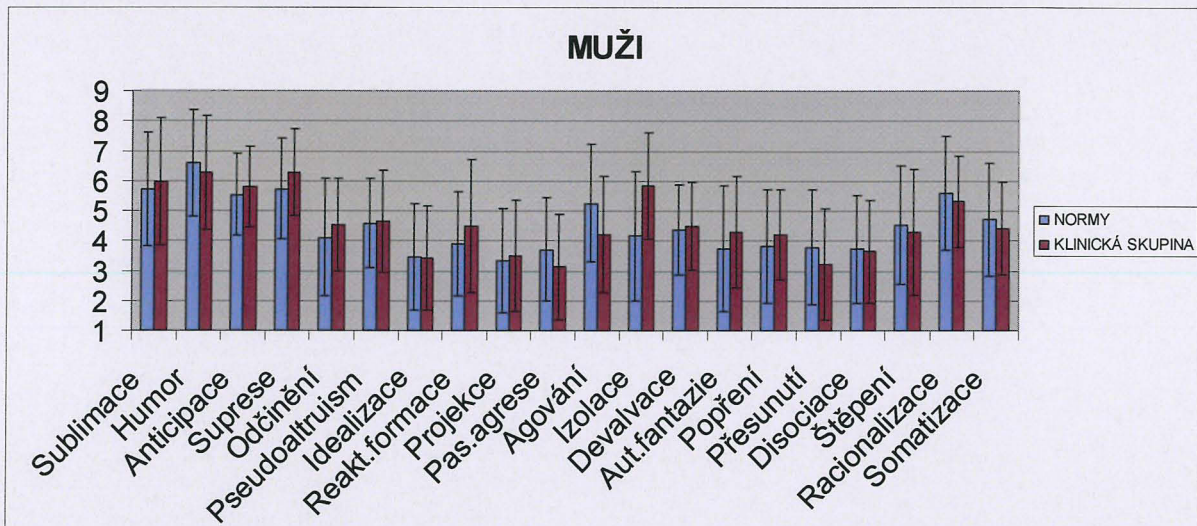
Graf č. 6 Srovnání výsledků klinické skupiny žen s normou pro jednotlivé obranné mechanismy

U mužů se statisticky významnými staly mechanismy:

Suprese, kde došlo k zvýšení v průměru o 0,55 bodu na 5%-ní hladině významnosti; vysoká korelace se ukázala u mechanismu **Agování**, který je naopak statisticky významně nižší o 1,03 bodu na 1%-ní hladině významnosti.

Nejsilnější korelaci vykazuje mechanismus **Izolace afektu**, který dosahuje průměrného zvýšení o 1,68 bodu (viz tabulka č.2).

Grafické znázornění těchto výsledků přináší níže uvedený graf č. 7.



Graf č. 7 Srovnání výsledků klinické skupiny mužů s normou pro jednotlivé obranné mechanismy

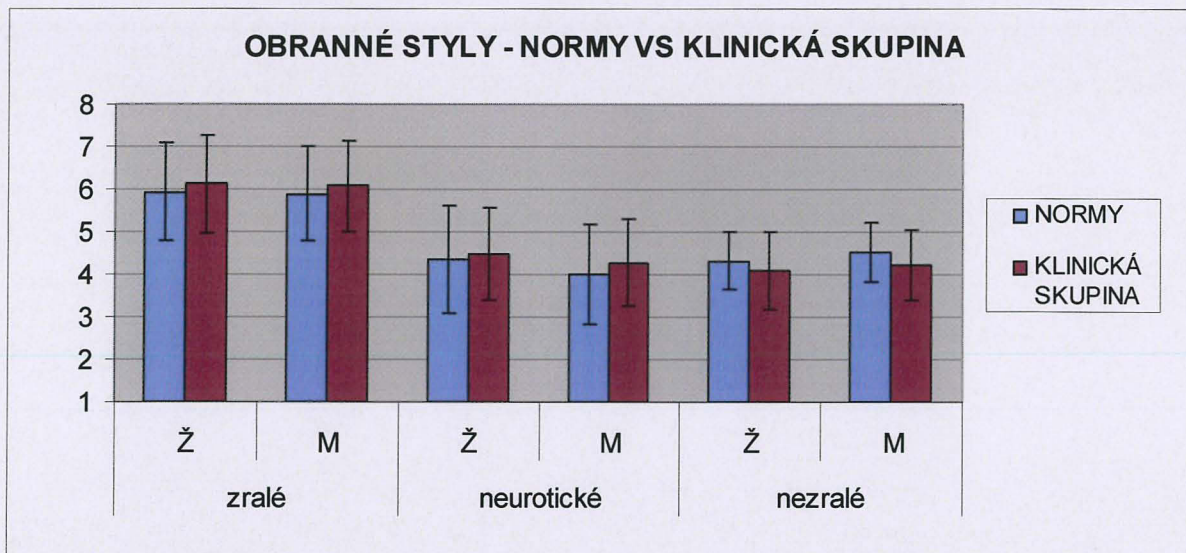
Na základě těchto výsledků byla zamítnuta nulová hypotéza. Skóry, kterých dosáhla klinická skupina, se od norem statisticky významně liší.

► (2) Vztah mezi syndromem závislosti na alkoholu a zvýšeným výskytem užívání nezralého obranného stylu

Na základě rozboru našich dat jsme nenašli doklad pro existenci statisticky významného vztahu mezi syndromem závislosti na alkoholu a zvýšeným výskytem užívání nezralého obranného stylu. Nezralý obranný styl naopak vykazuje vztah negativní, který se však pohybuje pouze na hranici statistické významnosti ($p=0,06$), a to pouze u klinické skupiny mužů (viz tabulka č. 3).

Přijímáme proto nulovou hypotézu, která popírá větší výskyt nezralých obran u klientů se syndromem závislosti na alkoholu.

Srovnání jsme provedli i pro ostatní obranné styly, avšak ani u nich jsme nezaznamenali žádné statisticky významné vztahy.



Graf č. 8 Srovnání výsledků klinické skupiny s normou pro jednotlivé obranné styly

►(3) Rozdíly v užívání obranných mechanismů u klientů se syndromem závislosti na alkoholu s ohledem na pohlaví

Výsledky získané vzájemným srovnáním klinických skupin mužů a žen, za použití nepárového T-testu s Welchovou korekcí (viz tabulka č. 4), vykazují statisticky významné odlišnosti u tří obranných mechanismů: Pseudoaltruismu, Izolace a Somatizace.

Ob.mechanismy	Ženy		Muži		Nepárový T-tes s Welchovou korekcí			
Ž X M	PRŮMĚR	SD	PRŮMĚR	SD	P	T	Stupně volnosti	95% CI rozdílu
Sublimace	6,33	1,90	5,97	2,11	0,48	t=0.7076 df=57	0,37	-1.4 - 0.67
Humor	7,05	1,71	6,27	1,90	0,10	t=1.678 df=57	0,78	-1.7 - 0.15
Anticipace	5,62	1,55	5,80	1,34	0,63	t=0.4903 df=56	-0,18	-0.56 - 0.93
Suprese	5,50	1,88	6,28	1,45	0,08	t=1.811 df=54	-0,78	-0.084 - 1.65
Odčinění	4,52	2,04	4,53	1,54	0,97	t=0.03574 df=54	-0,02	-0.91 - 0.95
Pseudoaltruism	5,67	1,65	4,65	1,70	0,02	t=2.351 df=57	1,02	-1.88 - -0.15
Idealizace	4,03	1,96	3,42	1,74	0,20	t=1.289 df=57	0,62	-1.57 - 0.34
Reakt.formace	3,70	1,73	4,48	2,22	0,13	t=1.528 df=54	-0,78	-0.24 - 1.81
Projekce	3,45	2,22	3,48	1,86	0,95	t=0.06308 df=56	-0,03	-1.02 - 1.09
Pas.agrese	3,22	1,76	3,13	1,76	0,86	t=0.1836 df=57	0,08	-0.99 - 0.82
Agování	4,25	2,30	4,22	1,94	0,95	t=0.06066 df=56	0,03	-1.13 - 1.06
Izolace	4,55	2,34	5,83	1,79	0,02	t=2.388 df=54	-1,28	0.20 - 2.36
Devalvace	4,50	1,67	4,50	1,46	1,00	t=0.0000 df=57	0,00	-0.81 - 0.817
Aut.fantazie	4,40	2,57	4,28	1,86	0,84	t=0.2017 df=52	0,12	-1.27 - 1.04
Popření	3,75	2,00	4,22	1,51	0,31	t=1.023 df=53	-0,47	-0.44 - 1.38
Přesunutí	3,10	1,82	3,22	1,87	0,81	t=0.2451 df=57	-0,12	-0.83 - 1.07
Disociace	3,20	1,81	3,65	1,72	0,33	t=0.9856 df=57	-0,45	-0.46 - 1.36
Štěpení	3,55	1,56	4,30	2,10	0,12	t=1.570 df=53	-0,75	-0.20 - 1.70
Racionalizace	5,50	1,99	5,30	1,52	0,66	t=0.4369 df=54	0,20	-1.11 - 0.71
Somatizace	5,43	1,83	4,42	1,55	0,02	t=2.325 df=56	1,02	-1.89 - 0.14

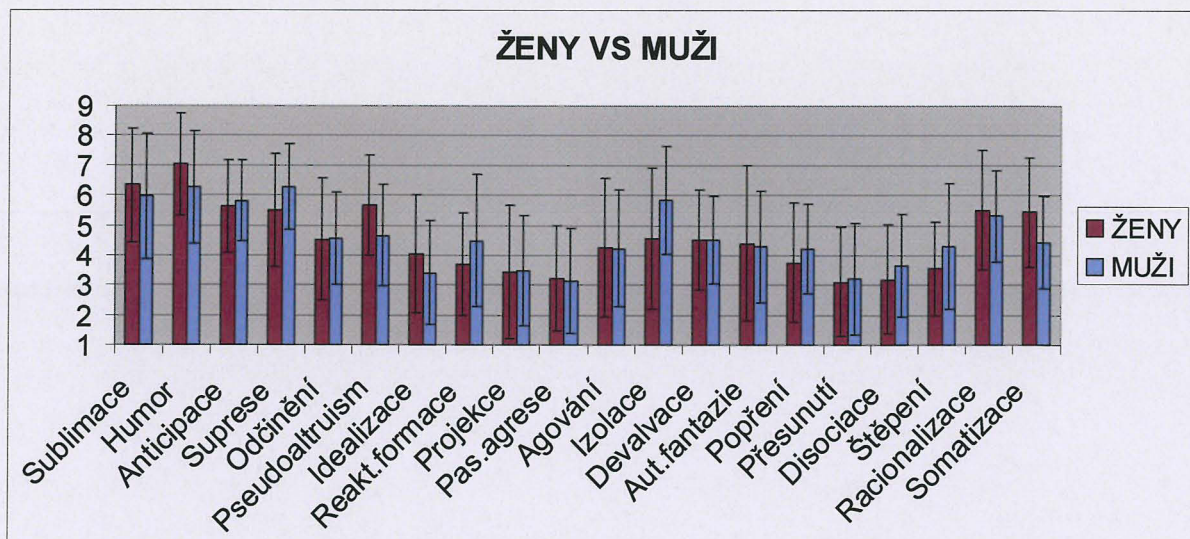
Tabulka č.4 Vzájemné srovnání výsledků klinické skupiny mužů a žen pro jednotlivé obranné mechanismy

Obranné styly	PRŮMĚR	SD	PRŮMĚR	SD	P	T	Stupně volnosti	95% CI rozdílu
Zralé	6,13	1,15	6,08	1,07	0,87	t=0.1614 df=57	0,05	-0.62 - 0.52
Neurotické	4,46	1,09	4,27	1,03	0,49	t=0.7015 df=57	0,19	-0.73 - 0.35
Nezralé	4,08	0,92	4,21	0,83	0,55	t=0.6053 df=57	-0,14	-0.31 - 0.59

Tabulka č.5 Vzájemné srovnání výsledků klinické skupiny mužů a žen pro jednotlivé obranné styly

Průměrný skór obranných mechanismů Pseudoaltruismus a Somatizace je u žen statisticky významně vyšší než u mužů, a to o 1,02 bodu, naopak statisticky významně nižší jsou hodnoty mechanismu Izolace o 1,28 bodu. Tyto výsledky byly prokázány shodně na 5%-ní hladině významnosti (viz tabulka č. 4).

Z hlediska obranných stylů jsme statisticky významné rozdíly nezaznamenali (viz tabulka č. 5). Na základě těchto zjištění tedy zamítáme nulovou hypotézu, obranné mechanismy užívané u klientů se syndromem závislosti se v souvislosti s pohlavím statisticky významně liší. Grafické znázornění těchto výsledků přináší níže uvedený graf č. 9.



Graf č. 9 Vzájemné srovnání výsledků klinické skupiny mužů a žen pro jednotlivé obranné mechanismy

►(4) **Vliv dosaženého vzdělání na druh užívaných obran u klientů se syndromem závislosti na alkoholu**

Na základě korelace průměrných skóre jednotlivých obranných mechanismů a obranných stylů obou klinických skupin s dosaženým vzděláním (viz tab. č. 6-8), jsme u mužů zaznamenali statisticky významnou negativní korelaci u obranného mechanismu Odčinění, vyjádřenou Spearmanovým koeficientem $r = -0,3777$ ($p=0,0396$), dále rovněž negativní korelaci s mechanismem Devalvace $r = -0,4178$ ($p=0,0216$), mechanismem Disociace $r = -0,4551$ ($p=0,0115$) a mechanismem Somatizace $r = -0,3679$ ($p=0,0455$). Nejsilnější korelaci (negativní) vykazuje Nezralý obranný styl $r = -0,5641$ ($p=0,0012$), spolu s mechanismy Projekce $r = -0,5025$ ($p=0,0047$) a Štěpení $r = -0,5204$ ($p=0,0032$). Na hranici statistické významnosti se pohybuje ještě Neurotický obranný styl $r = -0,3532$ ($p=0,0555$) a obranné mechanismy Idealizace $r = -0,3264$ ($p=0,0784$) a Pasivní agrese $r = -0,3322$ ($p=0,0729$).^{**}

U žen jsme naopak zjistili statisticky významnou pozitivní korelaci u obranného mechanismu Pseudoaltruismus, vyjádřenou Spearmanovým koeficientem $r =$

^{*} Negativní korelace v tomto případě znamená: čím vyšší vzdělání - tím nižší skóre v položce v dotazníku.
^{**} Pro tyto výpočty bylo použito kategoriálních proměnných (1=ZŠ, 2=SŠ, 3=VŠ).

0,3878 ($p=0,0342$). Všechny údaje jsou přehledně znázorněny v tabulkách č. 6 – 8.

Tato zjištění vedla k zamítnutí nulové hypotézy o vzájemné nezávislosti dosaženého vzdělání u klientů se syndromem závislosti.

Zralý obranný styl

MUŽI	ZRALY	SUBLIMACE	HUMOR	ANTICIPACE	SUPRESE
VĚK					
Spearman r	0,08941	0,1187	-0,04861	-0,09136	0,1584
P (dvoustranný test)	0,6385	0,5322	0,7987	0,6311	0,4032
VZDĚLÁNÍ					
Spearman r	0,2452	-0,03259	0,1607	0,2059	0,08718
P (dvoustranný test)	0,1915	0,8643	0,3962	0,2749	0,6469
ŽENY	ZRALY	SUBLIMACE	HUMOR	ANTICIPACE	SUPRESE
VĚK					
Spearman r	0,1001	-0,0613	0,3477	-0,0247	0,1013
P (dvoustranný test)	0,5987	0,7476	0,0598	0,8969	0,5942
VZĚLÁNÍ					
Spearman r	0,1958	0,1579	0,1477	0,2047	0,01395
P (dvoustranný test)	0,2997	0,4047	0,4361	0,2778	0,9417
BYDLIŠTĚ					
Spearman r	0,1916	0,00261	0,4048	0,001508	0,1074
P (dvoustranný test)	0,3104	0,9891	0,0265	0,9937	0,5721

Tabulka č.6 Korelace zralých obranných mechanismů se zkoumanými proměnnými

Neurotický obranný styl

MUŽI	NEUROOBRAN	ODCINENI	PSEUDOALTR	IDEALIZACE	REAKTFRM
VĚK					
Spearman r	-0,00301	0,01283	0,07361	0,003133	-0,08808
P(dvoustranný test)	0,9874	0,9463	0,6991	0,9869	0,6435
VZDĚLÁNÍ					
Spearman r	-0,3532	-0,3777	0,09803	-0,3264	-0,2239
P(dvoustranný test)	0,0555	0,0396	0,6063	0,0784	0,2343
ŽENY	NEUROOBRAN	ODCINENI	PSEUDOALTR	IDEALIZACE	REAKTFRM
VĚK					
Spearman r	0,1076	0,101	0,03938	0,1458	-0,08584
P(dvoustranný test)	0,5715	0,5955	0,8363	0,4422	0,652
VZĚLÁNÍ					
Spearman r	0,07013	-0,01983	0,3878	-0,04259	0,04213
P(dvoustranný test)	0,7127	0,9172	0,0342	0,8232	0,8251
BYDLIŠTĚ					
Spearman r	-0,2681	0,05487	-0,1027	-0,1423	-0,2065
P value (two-tailed)	0,1521	0,7734	0,5893	0,4533	0,2737

Tabulka č.7 Korelace neurotických obranných mechanismů se zkoumanými proměnnými

Nezralý obranný styl

MUŽI	NEZRAOBRAN	PROJEKCE	P.AGRESE	DEVALUACE	DISSOCIACE	STEPENI	SOMATIZACE
VĚK							
Spearman r	-0,1444	-0,2576	-0,1405	-0,02231	-0,09799	-0,4552	-0,0957
P(dvoustranný test)	0,4464	0,1693	0,459	0,9068	0,6064	0,0115	0,6149
VZDĚLÁNÍ							
Spearman r	-0,5641	-0,5025	-0,3322	-0,4178	-0,4551	-0,5204	-0,3679
P(dvoustranný test)	0,0012	0,0047	0,0729	0,0216	0,0115	0,0032	0,0455
ŽENY	NEZRAOBRAN	PROJEKCE	P.AGRESE	DEVALUACE	DISSOCIACE	STEPENI	SOMATIZACE
VĚK							
Spearman r	-0,07677	-0,1065	-0,1858	0,08189	-0,08114	-0,09916	-0,2221
P(dvoustranný test)	0,6868	0,5755	0,3257	0,6671	0,67	0,6021	0,2382
VZĚLÁNÍ							
Spearman r	-0,1443	0,01744	-0,2474	-0,04194	-0,1227	-0,2957	0,3053
P(dvoustranný test)	0,4469	0,9271	0,1876	0,8258	0,5183	0,1126	0,1009
BYDLIŠTĚ							
Spearman r	-0,2566	-0,277	-0,194	-0,1428	-0,01982	-0,351	-0,1317
P(dvoustranný test)	0,1711	0,1383	0,3042	0,4517	0,9172	0,0572	0,488

Tabulka č.8 Korelace nezralých obranných mechanismů se zkoumanými proměnnými

►(5) Vliv věku, bydliště, rodinného stavu a pracovní situace na obranné mechanismy klientů se syndromem závislosti na alkoholu

Výsledky korelací průměrných skóre jednotlivých obranných mechanismů a obranných stylů obou klinických skupin s věkem respondentů, patrné rovněž z tab. č. 6 – 8, prokázaly statisticky významnou negativní korelaci u mužů, a to u obranného mechanismu Štěpení, vyjádřenou Spearmanovým koeficientem $r = -0,4552$ ($p=0,0115$).

U žen byla prokázána pozitivní korelace s mechanismem Humor, avšak pouze na hranici statistické významnosti $r = 0,3477$ ($p=0,0598$).

Statisticky významnou korelaci jsme zaznamenali u skupiny žen mezi velikostí místa bydliště a užíváním obranného mechanismu Humor, vyjádřenou Spearmanovým korelačním koeficientem $r = 0,4048$ ($p=0,0265$).

U rodinného stavu a pracovní situace nebyla prokázána žádná statisticky významná korelace*.

9. Interpretace

►(1) Vztah mezi syndromem závislosti na alkoholu a užíváním specifických obranných mechanismů, resp. obranných stylů

Na základě rozboru našich dat jsme zamítli nulovou hypotézu a potvrdili tak naši domněnku o existenci obranných mechanismů, které vykazují statisticky významnou relaci se syndromem závislosti na alkoholu. Nepotvrdila se však naše očekávání ohledně konkrétních mechanismů, vycházející z mezinárodní odborné literatury a klinické praxe, které se syndromem závislosti na alkoholu nejčastěji pojí mechanismy: Popření, Racionalizace, Projekce, Agování a Pasivní agrese. Jediným mechanismem, u kterého se naše očekávané zvýšení potvrdilo, je mechanismus Projekce, avšak pouze u skupiny žen.

* Stejně jako v předchozím případě, bylo pro tyto výpočty použito kategoriálních proměnných (pro místo bydliště: 1=venkov, 2=město, 3=velkoměsto, pro rodinný stav: 1=svobodný/á, 2=vdaná/ženatý, 3=rozvedená/ý, pro pracovní situaci: 1=bez zaměstnání, 2= v pracovním poměru).

U klinické skupiny žen se ukázalo být statisticky významným zvýšení obranných mechanismů **Idealizace, Projekce, Devalvace a Izolace afektu**, u skupiny mužů mechanismů **Suprese a Izolace afektu**.

Jelikož náš výzkum přinesl výsledky, které se ve valné většině rozcházel s literárními zdroji, provedli jsme podrobnější analýzu zjištěných mechanismů prostřednictvím škály DSM-IV, kterou jsme se podrobně zabývali v teoretické části této práce (viz kapitola 2.4.).

Ženy

Z hlediska této klasifikace, patří mechanismy **Idealizace a Devalvace** mezi obranné mechanismy „*Minoritní image-zkreslující úrovně*“, charakteristické pro narcistické a hraniční poruchy osobnosti, sloužící především k regulaci sebehodnoty. Existuje však i tzv. „neurotická idealizace“, vyskytující se většinou u depresivních pacientů, jež představuje reaktivní formaci proti agresivitě, kterou jedinec chová vůči dané osobě, a slouží k redukci pocitů viny plynoucí z těchto pocitů.

Mechanismus **Projekce** spadá do „*Úrovně popření*“, která sdružuje hlavní obrany hraničních poruch osobnosti, charakteristické udržováním nepříjemných a nepřijatelných podnětů mimo vědomí. Mechanismus Projekce se však často vyskytuje i u neurotických poruch.

Izolace afektu, jež bývá přirovnávána k „vytěsnění afektu za zachování jeho reprezentace“, je mechanismem „*Úrovně mentální inhibice*“, která představuje repertoár převážně neurotických obran. Často se pojí s mechanismem identifikace s agresorem, a to zejména u dětí, kterým slouží jako obrana proti týrání či zneužívání. (V dospělosti si tak mohou vzpomenout na prožité násilí, aniž by si vzpomněly na emoce hrůzy.) U dospělých je tento mechanismus zodpovědný za „emocionální prázdnotu“ typickou např. u obsedantních neuróz.

Pokud se tedy podíváme na tyto obranné mechanismy z hlediska úrovně obranného fungování dle DSM-IV*, zjistíme, že se v rámci sedmiúrovňové klasifikace pohybují na třech úrovních: 2, 3 a 4, které představují souhrn obranných mechanismů, jež jsou charakteristické zejména pro neurotické poruchy, depresivní poruchy, hraniční a narcistické poruchy osobnosti.

Výše zmíněné nálezy tedy naznačují, že by syndrom závislosti na alkoholu u žen mohl souviset s určitými rysy těchto poruch, což podporují i popisy některých osobnostních rysů výše citovaných autorů (např. Presl, 1994; Nešpor, 2000).

Na druhou stranu je však možné výsledky této analýzy interpretovat tak, že zvýšené skóry daných obranných mechanismů vyplývají z charakteristik zkoumaného souboru žen, u kterých jsme tolerovali přítomnost duálních diagnóz, a odpovídají proto výše zmiňovaným poruchám. Vyšší výskyt užívání zjištěných obranných mechanismů tak může být výrazem těchto poruch spíše než syndromu závislosti na alkoholu, popř. s ním vůbec nesouviset.

Zvýšený výskyt mechanismu **Izolace afektu** by mohl souviset s větší prevalencí zneužívání a týrání udávanou v literatuře u žen alkoholiček (Nešpor, 1999), kde izolace afektu slouží k ochraně před těmito bolestivými zkušenostmi. Je pravděpodobné, že vlivem tohoto mechanismu nedochází k emocionálnímu zpracování ohrožujících zážitků, což by mohlo vést k větší celkové úzkostnosti a depresivitě. Existují teorie, že z hlediska etiologie a patogeneze právě tento mechanismus facilituje transgenerační opakování, neboť vzpomínky na prožité utrpení toto riziko snižují.

Z etiologického hlediska syndromu závislosti na alkoholu, může výskyt mechanismů **Idealizace a Devalvace** reflektovat, u žen poměrně častou, problematiku spoluzávislosti (co-dependence), čemuž by i odpovídala i jejich spojitost s hraniční organizací.

* Přestože kategorizace obranných mechanismů v rámci DSM-IV je jedním z pramenů dotazníku DSQ 40, rozchází se v některých případech jejich zařazení z hlediska zralosti/adaptability do obranných stylů, jak je tomu např. u mechanismu Izolace afektu, který je v rámci DSQ řazen do nezralého obranného stylu, zatímco v klasifikaci DSM-IV patří mezi mechanismy 2. Úrovně mentální inhibice, která je ještě považována za adaptivní.

Muži

U mužů jsme zaznamenali statisticky významné zvýšení skóru mechanismu **Suprese a izolace afektu**.

V rámci klasifikace DSM-IV, patří **Suprese** mezi obranné mechanismy „*Vysoké adaptivní úrovně*“, jež se blíží copingovému stylu. Jde o přechodný mechanismus odsunutí problému na vhodnější chvíli, kdy ho bude možné řešit. Tento mechanismus je efektivní při každodenních událostech, avšak nedostačivý při silnějších konfliktech. Zvýšený výskyt Suprese by se v souvislosti s touto problematikou mohl podílet např. na typickém odkládání rozhodnutí přestat pít, odkládání řešení problémů apod.

Izolace afektu je, jak jsme již výše uvedli, mechanismem „*Úrovně mentální inhibice*“, která představuje repertoár převážně neurotických obran. Možné interpretace fungování tohoto mechanismu v souvislosti se závislostí jsme již uvedli u problematiky žen. Výše zmiňovaná identifikace s agresorem, jež se s tímto mechanismem často pojí, by mohla u mužů souviset s často popisovanými antisociálními rysy.

Výsledky však přinesly i statisticky významné snížení skóru některých mechanismů. U žen šlo o mechanismy **Reaktivní formace** a **Přesunutí**, u mužů o mechanismus **Agování**. S ohledem na povahu zkoumaného jevu, by mohla mít i tato informace cennou výpovědní hodnotu a poukazovat na velmi silný nevědomý charakter daných mechanismů.

S ohledem na literární zdroje nás však zaujala i skutečnost, že výsledky nevykazovaly zvýšený výskyt mechanismu **Popření**, který je ve všech pramenech citován jako nejcharakterističtější mechanismus u závislostí na alkoholu. Příčinu tohoto jevu je možné hledat v samotném předpokladu pro vstup do léčby, jehož základem je přiznání si problému závislosti. Ze stejných důvodů nás zaujal i mechanismus **Racionalizace**, který se oproti našemu očekávání od norem nelišil. Vysvětlením zde může být efekt intenzivní dvoutměsíční psychoterapie, zaměřené na zvyšování sebenáhledu.

►(2) Vztah mezi syndromem závislosti na alkoholu a zvýšeným výskytem užívání nezralého obranného stylu

Analýza dat neprokázala statisticky významnou relaci mezi syndromem závislosti na alkoholu a zvýšeným užíváním obranných mechanismů, sdružených do nezralého obranného stylu. Přijali jsme proto nulovou hypotézu, která jejich zvýšený výskyt popírá. Statisticky významné vztahy jsme nezaznamenali ani u zbylých obranných stylů.

Z hlediska jednotlivých obranných mechanismů, vykazujících statisticky významné posuny vzhledem k normě, však lze konstatovat, že většina jich se řadí právě do této úrovně nezralých obran.

►(3) Rozdíly v užívání obranných mechanismů u klientů se syndromem závislosti na alkoholu s ohledem na pohlaví

Srovnání skupiny mužů a žen prokázalo statisticky významné odlišnosti u obranných mechanismů Pseudoaltruismus, Izolace a Somatizace, což vedlo k zamítnutí nulové hypotézy. Ženy užívají oproti mužům více Pseudoaltruismu a Somatizace, muži naopak více Izolace afektu.

Dle klasifikace DSM-IV se jedná o mechanismy neurotické. Naše předpoklady, že se zde projeví vlivy duálních diagnóz u ženské skupiny, se tedy potvrdily jen ohledně neurotických rysů.

Pokud bychom posuzovali rozdíly v užívání obranných mechanismů, které se významně odlišují od normy, zjistili bychom, že muži užívají zralejší obranné mechanismy nežli ženy (dle škály DSM-IV), což potvrzuje klinickou zkušenost, že muži budou v době testování (po dvouměsíční léčbě) na pokročilejší úrovni než ženy (Heller, ústní sdělení, 4. 12. 2005). Toto tvrzení podporují i literární zdroje, popisující u žen mnohem silnější popření problému, a samotná struktura léčby, která je koncipována pro muže na dobu 3 měsíců, zatímco u žen je 4 měsíční. V tomto ohledu je opodstatněn i náš předpoklad vlivu duálních diagnóz, který léčbu závislostí u žen komplikuje.

►(4) Vliv výše dosaženého vzdělání na druh užívaných obran u klientů se syndromem závislosti na alkoholu

Výsledky korelace potvrdily naši domněnku o možném pozitivním vztahu mezi úrovní dosaženého vzdělání a druhem, resp. zralostí užívaných obran, která vycházela z předpokladu vyšší míry sebereflexe u vzdělanějších osob^{*}.

Vzdělanější muži tedy používali méně obranných mechanismů spadajících do Neurotického a Nezralého obranného stylu (Odčinění, Idealizace, Devalvace, Somatizace, Projekce, Štěpení, Pasivní agrese). Nejsilněji dosažené vzdělání negativně korelovalo právě s celkovým skórem pro Nezralý obranný styl.

U žen jsme naopak zaznamenali růst užívání Pseudoaltruismu s vyšší dosaženého vzdělání. Toto zjištění nabízí interpretaci, že vzdělanější ženy (závislé na alkoholu) mají sklony k větší nevědomé manipulaci svého okolí.

V souladu s těmito zjištěními jsme nulovou hypotézu zamítli.

►(5) Vliv věku, bydliště, rodinného stavu a pracovní situace na obranné mechanismy klientů se syndromem závislosti na alkoholu

Na základě rozboru našich dat jsme zjistili, že u mužů s věkem klesá užívání obranného mechanismu Štěpení, zatímco u žen s věkem roste užívání mechanismu Humor, avšak pouze jen na hranici statistické významnosti. Nulovou hypotézu jsme proto zamítli.

Co se týče velikosti místa bydliště, zaznamenali jsme u žen rovněž růst obranného mechanismu Humor s velikostí místa bydliště. Ženy z větších měst používají více humoru oproti ženám z měst menších a venkova.

U rodinného stavu a pracovní situace nebyla prokázána žádná statisticky významná korelace.

Tato zjištění odpovídají našim obecným očekáváním, že s rostoucím věkem jsou obrany méně časté a zralejší. Nepotvrdily se však naše domněnky o větších obtížích u obyvatel vesnic ve srovnání s obyvateli měst, u nezaměstnaných ve srovnání se zaměstnanými a žijících v rodinném, popř. partnerském vztahu oproti sociálně izolovaným^{**}.

^{*} Zde je však třeba poznamenat, že s ohledem na užití statistické metody, je možné spíše hovořit o trendu či tendenci nežli o závislosti. Tyto výsledky je proto třeba považovat pouze za orientační.

^{**} Stejně jako u předchozí interpretace je třeba brát v potaz, že s ohledem na užití statistické metody, je možné spíše hovořit o trendu či tendenci nežli o závislosti. Tyto výsledky je proto třeba považovat pouze za orientační

10. Shrnutí výzkumu a diskuze

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda existují obranné mechanismy, specifické pro klienty se syndromem závislosti na alkoholu, resp. zda se v souvislosti se zkoumaným syndromem vyskytuje statisticky významná spojitost s některými konkrétními obrannými mechanismy či styly, která by je odlišovala od normální populace. Zároveň jsme sledovali i relaci užívaných obran s pohlavím, věkem, pracovní situací a rodinným stavem. Za tímto účelem jsme provedli kvantitativní výzkum a použili metody Defense Style Questionnaire 40 (DSQ 40), zkonstruované k zjišťování obranných mechanismů a stylů.

Výběr zkoumaného vzorku byl proveden mezi klienty specializovaných lůžkových zařízení pro léčbu závislostí na alkoholu v PL Bohnice, Oddělení léčby závislostí VFN a PL Horní Beřkovice, u kterých byl diagnostikován Syndrom závislosti na alkoholu (F10.2) dle diagnostických kritérií desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Za účelem dosažení homogenity vzorku jsme stanovili specifická výběrová kritéria (viz. kapitola 6. 2.) a postupovali metodou prahového výběru, za využití právě stávajícího složení klientů daných léčeben. Výsledný klinický vzorek čítal celkem 60 respondentů, 30 žen a 30 mužů, ve věku od 26 do 63 let, s průměrným věkem žen 42,13 let, mužů 41,4 let. Získaná data jsme zpracovávali za pomoci programu Statistica 7.0 pro Windows. Byly použity nástroje pro deskriptivní a induktivní analýzu.

Největším metodologickým problémem, na který jsme v průběhu výzkumného projektu narazili, se stala vysoká komorbidita zkoumaného syndromu u žen s jinými psychickými poruchami, nejčastěji depresivními stavy, úzkostnými stavy, poruchami příjmu potravy (zejména bulimie) a dalšími závislostmi, v důsledku čehož bylo velmi obtížné sehnat respondentky odpovídající stanoveným kritériím. Po podrobné exploraci problematiky ženské závislosti a konzultaci problému s odborníky z klinické praxe, jsme zjistili, že přítomnost duální diagnózy je pro zkoumanou problematiku spíše pravidlem. Za účelem dosažení věrnějšího klinického obrazu explorovaného jevu, jsme se rozhodli do zkoumaného vzorku zařadit i respondentky se stanovenou duální diagnózou, s plným vědomím, že tím může dojít k odpovídajícímu zkreslení našich

výsledků. V rámci interpretace jsme proto postupovali s vědomím, že výsledky testů mohou reflektovat i charakter poruch v rámci duálních diagnóz. Syndrom závislosti však představoval ve všech případech primární diagnózu.

Výsledky rozboru získaných dat potvrdily naši hypotézu a prokázaly statisticky významnou souvislost určitých obranných mechanismů se syndromem závislosti na alkoholu. Nebyly však potvrzeny předpoklady týkající se konkrétních druhů obranných mechanismů, vycházející z literárních a klinických zdrojů. Jediným mechanismem, který naplnil naše očekávání, byl mechanismus **Projekce**, avšak pouze u ženského vzorku.

U žen se prokázalo statisticky významně zvýšené užívání mechanismů **Idealizace, Projekce, Devalvace a Izolace afektu**. Z hlediska klasifikace DSM-IV, jde o mechanismy charakteristické zejména pro neurotické poruchy, depresivní poruchy, hraniční a narcistické poruchy osobnosti, což nabízí interpretaci, že by syndrom závislosti na alkoholu u žen mohl souviset s určitými rysy těchto poruch. Tyto nálezy však mohou reflektovat i duální diagnózy, jejichž přítomnost jsme při sestavování výzkumného vzorku tolerovali, a statisticky významné zvýšení být výrazem spíše těchto poruch nežli syndromu závislosti na alkoholu.

Analýza těchto obranných mechanismů z hlediska klasifikace DSM-IV, přinesla zajímavé úhly pohledu na zkoumanou problematiku a nabízí množství interpretací. Zvýšený výskyt užívání mechanismu **Izolace afektu**, by mohl souviset s větší prevalencí zneužívání a týrání, často popisovanou v odborné literatuře u žen závislých na alkoholu, jež slouží k ochraně před těmito bolestivými zkušenostmi. Tento mechanismus by mohl zároveň facilitovat transgenerační přenos, popř. být zodpovědný za celkově vyšší depresivitu a úzkostnost. **Mechanismy Idealizace a Devalvace**, jakožto mechanismy hraniční, by mohly v rámci alkoholové závislosti vysvětlovat poměrně častou problematiku spoluzávislosti (co-dependence), jež je u žen poměrně častým jevem.

U mužů se staly statisticky významnými mechanismy **Suprese a Izolace afektu**. Mechanismus **Suprese**, jež je dle DSM-IV považován za adaptivní, by se mohl, ve své zvýšené formě, podílet na typickém odkládání rozhodnutí

přestat pít, odkládání řešení problémů apod. Zvýšený výskyt mechanismu **Izolace afektu** může, kromě interpretací, jež jsme nabídli u žen, díky úzké spojitosti s mechanismem identifikace s agresorem, souviset i s antisociálními rysy, popř. poruchou osobnosti, které se se syndromem závislosti na alkoholu u mužů nejčastěji pojí.

V rámci výzkumu jsme však zaznamenali i statisticky významné snížení výskytu některých mechanismů. U žen jej vykazovaly mechanismy **Reaktivní formace** a **Přesunutí**, u mužů mechanismus **Agování**. Vzhledem k tomu, že právě mechanismus **Agování** je jedním z nejčastěji zmiňovaných mechanismů mužského alkoholismu, by mohla i tato informace mít cennou výpovědní hodnotu a poukazovat na jeho velmi silný nevědomý charakter.

Zabývali jsme se i obrannými mechanismy, jejichž výsledky se od norem nelišily, přestože byly ve většině pramenů citovány jako nejcharakterističtější. Jedná se o mechanismy **Popření** a **Racionalizace**. S ohledem na povahu těchto obran, dáváme toto zjištění do souvislosti se základními předpoklady pro vstup do léčby – přiznáním si vlastního problému a výsledky dvouměsíční intenzivní psychoterapie, zaměřené na zvyšování sebenáhledu.

Dále nás zajímalo, zda se syndrom závislosti na alkoholu pojí se zvýšeným výskytem užívání mechanismů nezralého obranného stylu. Analýza získaných dat však tuto domněnku nepotvrdila, a to ani v relaci s ostatními obrannými styly.

Z hlediska **rozdílů užívání obranných mechanismů s ohledem na pohlaví** jsme zjistili, že ženy, závislé na alkoholu, užívají oproti mužům více **Pseudoaltruismus** a **Somatizaci**, zatímco muži **Izolaci afektu**. Posouzením mechanismů, které vykazovaly statisticky významné posuny ve srovnání s normou, jsme u mužů zaznamenali užívání zralejších mechanismů, což je v souladu s klinickou zkušeností komplikovanější problematiky ženské závislosti.

Statisticky významná korelace byla prokázána mezi úrovní dosaženého vzdělání a zralostí užívaných obran. Faktor věku se ukázal být signifikantní pouze u mechanismu **Štěpení** u mužů, jehož užívání s věkem klesá, a mechanismu **Humor** u žen, jehož užívání naopak s věkem roste. Ve vztahu

k růstu velikosti místa bydliště, jsme zaznamenali rovněž růst užívání mechanismu Humor u žen. U rodinného stavu a pracovní situace nebyla prokázána žádná statisticky významná korelace.

Přestože se výsledky našeho výzkumu, co do spektra obranných mechanismů vyskytujících se u syndromu závislosti na alkoholu, podstatně liší od informací z odborných zdrojů, podrobnou analýzou za užití klasifikace DSM-IV se ukázalo, že je svým charakterem a funkcí podporují, logicky do nich zapadají a nabízí možné interpretace, jež by mohly přispět k prohloubení porozumění dalších aspektů této problematiky.

Zajímavé podněty k zamyšlení přináší zejména výsledky zkoumání ženského vzorku. Domníváme se, že i přestože mohou být námi zjištěné obranné mechanismy spíše poplatné přítomným duálním diagnózám, mohou být, s ohledem na frekvenci jejich výskytu, informace, které nám podávají, považovány za velmi přínosné a využitelné v terapeutické práci. I kdyby totiž byly pouhým výrazem přidružených psychických poruch, s ohledem na vysokou míru komorbidit, budou se bezpochyby vyskytovat ve spektru nejčastěji užívaných obranných mechanismů závislých žen (z celkového hlediska).

Tento problém odráží úskalí komorbidit psychických poruch obecně, neboť diferenciální diagnóza je často obtížná, někdy až nemožná. V souvislosti s alkoholovou problematikou je proto častým problémem rozlišit, zda se dané osobnostní rysy rozvíjí v důsledku zneužívání alkoholu, anebo jim naopak předchází a je možné je považovat za rysy, jež činí člověka náchylnějšího k vytvoření závislosti.

Vzhledem k takto časté komorbiditě s jinými duševními poruchami u žen závislých na alkoholu, by proto bylo zajímavé zkoumat problematiku obranných mechanismů ve srovnání s relevantní kontrolní skupinou, a to tak, aby bylo možné odlišit vlivy dané poruchy od syndromu závislosti.

Zajímavé, a pro terapii přínosné, by bylo i zjišťování proměn obranných mechanismů v průběhu terapie, což by následně mohlo sloužit prediktivním účelům vývoje léčby. Za velmi obohacující bychom považovali i studie ubírající

se směrem propojení obranných a copingových strategií v rámci této problematiky, jak na obecné rovině nastínil Plutchik (Conte, Plutchik et al., 1994), a to zejména z psychotherapeutického hlediska.

Přestože námi použitá metoda, dotazník DSQ 40, je jedním z nejužívanějších nástrojů měření obranných mechanismů, resp. jejich vědomých derivátů, narazili jsme v rámci našeho zkoumání na otázku, zda velmi silná míra snížení výskytu daného mechanismu nemůže reflektovat právě vysokou míru jeho „nevědomosti“, kterou dotazník není schopen zachytit.

Tímto směrem uvažování bychom se však dostali až k samotné opodstatněnosti měření nevědomých psychických mechanismů prostřednictvím sebeposuzovací metody. Autoři tento problém ošetřili výchozím předpokladem, že člověk je schopen posuzovat alespoň vědomé deriváty těchto nevědomých procesů. O tom lze samozřejmě pochybovat, plyne z toho i naše výše zmíněná otázka, na druhou stranu si však lze jen stěží představit nějakou jinou kvantitativní metodu zkoumání daného jevu.

Z tohoto důvodu je nutné naše závěry považovat spíše za hypotézy a podněty k dalšímu, nejlépe kvalitativnímu ověření. Vhodnou metodou by patrně byl klinický rozhovor a sledování obranných mechanismů, jak se projevují v terapii. Vzhledem k tomu, že zahraniční studie prokázaly citlivost tohoto dotazníku odlišovat od normy, můžeme naše zjištění brát alespoň v tomto ohledu za směrodatné.

Dalším omezením našeho výzkumu je poměrně malý vzorek ($n=60$), je lepší ho proto považovat spíše za formu předvýzkumu, mapující danou problematiku, skýtající náměty dalšímu zkoumání.

Z hlediska problematiky relace syndromu závislosti na alkoholu s pracovní situací a rodinným stavem, by bylo třeba dalšího statistického zpracování adekvátními statistickými metodami, neboť s ohledem na námi použité metody, lze hovořit pouze o tendenci, nikoliv závislosti. Tyto výsledky je proto třeba považovat pouze za orientační.

Co se týče možných terapeutických využití, považujeme za zajímavé propojení práce s obrannými mechanismy s rozvíjením copingových stylů, v duchu

Plutchikovy teorie (Conte, Plutchik a kol. 1994) o tom, že s každou nevědomou obranou koresponduje určitý realistický obranný styl. Mohli bychom tak při práci na postupném odkrývání obranných mechanismů navázat rozvíjením odpovídajících copingových stylů, což by mohlo být pro klienta přijatelnější a snazší (viz příloha č. 1).

IV. ZÁVĚR

Popularita problematiky obranných mechanismů ega v posledních letech stále roste, a to zejména v důsledku změny pohledu na tuto problematiku z hlediska adaptability. Došlo tak k významnému posunu od původního psychoanalytického pojetí obran jakožto důkazu patologického procesu, k současnému převažujícímu názoru, že obranné mechanismy mohou plnit i funkci adaptivní a pomáhat udržování psychické rovnováhy. Důkazem toho je i začlenění škály obranného fungování do čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace, jež představuje významný krok směrem k integraci psychodynamického a diagnostického přístupu. Velká pozornost je proto věnována možnostem využití analýzy obranných mechanismů k diagnostickým a terapeutickým účelům. Tato diplomová práce se proto snaží přiblížit tyto nové úhly pohledu na fenomén obranných mechanismů.

Cílem teoretické části bylo nastínit vývoj konceptu obranných mechanismů a ukázat jejich roli v rámci fungování a organizace psychické struktury. Podrobně jsme se proto věnovali zejména otázkám členění obranných mechanismů z hlediska jejich adaptability, zralosti a spojitosti s konkrétními psychickými poruchami. Zabývali jsme se rovněž možnostmi měření obranných mechanismů a představili jeden, v současné době nejužívanější nástroj – dotazník DSQ 40, jehož jsme následně využili jakožto hlavní metodu našeho výzkumu. Pokusili jsme se nastínit i směry klinických úvah a možných způsobů jejich využití v psychoterapii. V závěru jsme představili problematiku syndromu závislosti na alkoholu, kterou jsme zvolili za předmět našeho zkoumání právě z hlediska obranné organizace, a pokusili utřídit přehled (nám dostupných) poznatků týkajících se této problematiky.

Záměrem navazující empirické části bylo hlouběji explorovat problematiku obranné organizace ega u klientů se syndromem závislosti na alkoholu, za užití výše zmíněné metody DSQ 40. Naší výzkumnou otázkou bylo konkrétně, zda se u klientů se syndromem závislosti na alkoholu vyskytuje statisticky významná

spojitost s některými určitými obrannými mechanismy, resp. obrannými styly, která by je odlišovala od normální populace.

Výsledky výzkumu tento náš předpoklad potvrdily. Statisticky významné se ukázaly u žen být mechanismy Idealizace, Projekce, Devalvace a Izolace afektu, zatímco u mužů mechanismy Suprese a Izolace afektu. Tato zjištění potvrzují u žen častou psychogenní etiologii problému úzce spojenou s neurotickými poruchami, depresivními poruchami, hraničními a narcistickými poruchami osobnosti. Otázkou zůstává, zda tyto výsledky reflektují charakter duálních diagnóz anebo poukazují na některé shodné charakteristiky, které se v rámci těchto diagnóz překrývají, jež by mohly ženy činit k závislostem náchylnějšími. Analýza mechanismů dle klasifikace DSM-IV naskytla zajímavou interpretaci vlivu mechanismu Izolace afektu, který by v rámci zkoumané problematiky mohl hrát úlohu facilitátora transgeneračního přenosu. Mechanismy Idealizace a Devalvace by zas mohly hrát významnou úlohu v poměrně častém fenoménu co-dependence (spoluzávislosti) žen.

U mužů by se zvýšený výskyt mechanismu Suprese mohl podílet na tendenci odkládat řešení problémů, rozhodnutí přestat pít apod. Mechanismus Izolace afektu by zas mohl souviset s antisociálními rysy, které jsou u závislých mužů pozorovány.

Tato zjištění, se sice rozcházejí s odbornými zdroji, ze kterých jsme čerpali při koncipování výzkumu, nicméně prokazují jasnou souvislost se zkoumaným tématem a nabízí podnětné interpretace, které objasňují některé aspekty s ním spojené.

Na závěr bychom chtěli ještě poznamenat, že nový úhel pohledu na fenomén obranných mechanismů přesahuje koncept psychodynamického pojetí a nabízí možnosti využití jeho potenciálu i v rámci jiných psychologických směrů. Za velmi podnětné proto považujeme např. propojení obranných mechanismů s konceptem copingu, které otvírá nové možnosti terapeutického využití.

V. LITERATURA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994.

ANDREWS, G., POLLOCK, Ch. The Determination of Defense Style by Questionnaire. *Arch Gen Psychiatry*. May 1989, vol. 46, p. 455 – 460.

ANDREWS, G., BOND, M. et al. The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993, vol. 181, no 4, p. 246 – 256.

BERGERET, J. *Psychologie pathologique*. Paris : Masson, 1986.

BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha : Victoria Publishing, 1995.

BOND, M., WESLEY, S. *Manual for the defense style Questionnaire*. 1996.

CAPDEVIELLE, V., DOUCET, V. *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Armand Colin, 1999.

CONTE, H. R., PLUTCHIK, R. et al. *Ego defenses: Theory and Measurement*. New York : A Wiley Interscience Publication, 1994.

CYR, M., McGARRY, A. K. Alcohol use disorders in women. *Postgraduate medicine*. December 2002, vol. 6, no 112, in Poruchy zdraví podmíněné alkoholismem žen. *MEDICÍNA PO PROMOCI*. 2003, roč. 4, č. 5/září-říjen, s. 58 – 61.

ČERVENKOVÁ, I. *Možnosti měření obranných mechanismů ega (standardizace české verze dotazníku DSQ 40)*. Praha : Filozofická fakulta UK, 2005. 73 s. Diplomová práce.

FALDYNA, Z. *Hraniční porucha osobnosti*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000.

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha : Portál, 2000.

FREUDOVOVÁ, A. *Ego a mechanismy obrany*. Trenčín, 1992.

FREUDOVOVÁ, A. *Já a obranné mechanismy*. Praha : Portál, s.r.o., 2006.

FREUD, S. *Inhibitions, symptoms and anxiety*. London : Hogarth Press, 1959.

FREUD, S. *Nová řada přednášek k úvodu do psychoanalýzy*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství, 1997.

FREUD, S. *Výklad snů*. Pelhřimov : Nová tiskárna Pelhřimov, s.r.o. 1994a.

FREUD, S. *Psychoanalytické chorobopisy*. Bratislava : Danubiaprint, 1994b.

HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha : Nakladatelství Budka, 1994.

HELLER, J. Ústní sdělení. (Konzultant psychoterapeutického programu na odd. pro léčbu závislostí VFN, Praha 2) dne 4. 12. 2005.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. a kol. *Psychiatrie*. Praha : TIGIS, spol. s.r.o., 2002.

CHABROL, H., CALLAHAN, S. *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod, 2004.

IONESCU, S., JACQUET, M., LHOTE, C. *Les Mécanismes de défense: Théorie et clinique*. Lassay-les-Châteaux : Nathan/VUEF, 2003.

KERNBERG, O. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven and London : Yale University Press, 1984.

KRCH, F. D. a kol. *Poruchy příjmu potravy: Vymezení a terapie*. Praha : Grada Publishing, 1999.

MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Praha : Empatie, 1995.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 10. REVIZE. *Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha : Psychiatrické centrum, 1992, 2000.

MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory*. Tišnov : Sdružení SCAN, 2003.

MITCHELL, S. A., BLACKOVÁ, M. J. *Freud a po Freudovi*. Praha : Triton, 1999.

Mullen, Blanco, Vaughan et al. Defense Mechanisms and Personality in Depression. *DEPRESSION AND ANXIETY*. September 1999, vol. 10, p.168 – 174.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: Příručka pro praxi*. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 1996.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Bažení (craving): Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Praha : Sportpropag a.s. pro Sdružení FIT IN – Rodiče proti drogám, 1999.

NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem: Určeno lidem, kteří mají problémy s alkoholem i těm, kdo jim chtějí pomáhat*. Praha : Sportpropag a.s. pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1999.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Portál, 2000.

NEŠPOR, K. Poruchy zdraví podmíněné alkoholismem žen : komentář. *MEDICÍNA PO PROMOCI*. 2003, roč. 4, č. 5/září-říjen, s. 58 – 61.

PONĚŠICKÝ, J. *Úvod do moderní psychoanalýzy*. Praha : Triton, 2003.

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha : Triton, 2004.

POSTEL, J. *Dictionnaire de la psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris : Larousse/VUEF, 2003.

PRESL, J. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha : Maxdorf, 1994.

SAYERSOVÁ, J. *Matky psychoanalýzy*. Praha : Triton, s.r.o., 1999.

SCHMIDBAUER, W. *Psychologie: Lexikon základních pojmů*. Praha : Naše vojsko, 1994.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací: Nástin nozologie. Diagnostika. 2. revidované vydání*. Praha : Maxdorf, s.r.o., 2002.

SZTULMAN, H. Vers le concept de personnalités limites addictives. *Ann Méd Psychol. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS*. 2001, no 159, p. 201 – 207.

YALOM, I. D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové : Konfrontace, 1999.

Watson, D. C. Predicting Psychiatric Symptomatology with the Defense Style Questionnaire-40. *International Journal of Stress Management*. October 2002, vol. 9, no 4, p. 275 – 287.

PŘÍLOHY:

Příloha č. 1

Osm základních obranných mechanismů a copingových stylů

(Conte, Plutchik a kol. 1994)

Obranný mechanismus	Copingový styl
<p>1. Vytěsnění, Izolace, Introjekce Vyloučení ohrožujících konfliktů a hrozeb z vědomí</p>	<p>Vyhýbání se Snaha řešit problém vyhnutím se osobě či situaci, se kterou je problém spojen; nebo technikou „zastavování myšlenek“ či odpoutávání pozornosti od problému.</p>
<p>2. Popření Nedostatek uvědomění si určitých událostí, zážitků a pocitů, které by mohly být bolestivé.</p>	<p>Minimalizace Snaha řešit problém zaujmutím postoje, že problém není tak důležitý, jak si druzí myslí.</p>
<p>3. Přesunutí Přenesení (a vybití) nahromaděných emocí (obvykle spojených s hněvem) na předměty, zvířata nebo lidi, jež jsou jedincem vnímány jako méně nebezpečné než ty, které je vyvolaly.</p>	<p>Substituce Snaha řešit problém věnováním se nějakým příjemným aktivitám, např. snižování tenze prostřednictvím meditace, cvičení či alkoholu.</p>
<p>4. Regrese, Agování Návrat k ranějším či méně zralým vzorcům chování a uspokojování.</p>	<p>Vyhledání pomoci Vyžádání si pomoci při řešení problému u druhých.</p>
<p>5. Kompenzace, Identifikace, Fantazie Rozvíjení síly v jedné oblasti sloužící k vykompenzování reálného či domnělého nedostatku v oblasti jiné.</p>	<p>Náhrada Řešení problému vylepšováním slabých stánek či limitů sebe sama či situace, ve které se jedinec nachází.</p>
<p>6. Intelektualizace, Sublimace, Odčinění, Racionalizace Nevědomá kontrola emocí a impulzů nepřiměřenou závislostí na racionálních interpretacích situací.</p>	<p>Mapování Získávání co nejvíce informací o problému před jednáním či přijutím rozhodnutí.</p>
<p>7. Projekce Nevědomé odmítnutí emocionálně nepřijatelných myšlenek a přání a přisouzení jich druhým lidem.</p>	<p>Obviňování Obviňování druhých lidí za existenci problému nebo obviňování „systému“.</p>
<p>8. Reaktivní formace Bránění se vyjádřit nepřijatelná přání (zejména sexuální a agresivní povahy) zveličováním protikladných postojů a chování.</p>	<p>Převrácení Řešení problému děláním opaku toho, co jedinec cítí: např. úsměvem, když cítí vztek.</p>

Příloha č. 2.

DSQ 40

Instrukce:

Tento dotazník obsahuje tvrzení o různých postojích, které člověk může zaujmout. Nejsou zde „správné“ ani „špatné“ odpovědi. Na 9-ti bodové škále, prosím, označte, jak mnoho souhlasíte nebo nesouhlasíte s každým tvrzením, a to zakroužkováním čísla pod každým tvrzením.

Číslo 5 znamená, že jste „někde mezi“, číslo 3 znamená, že „mírně nesouhlasíte“ a číslo 9, že „velmi souhlasíte“.

1. Uspokojuje mě pomáhat druhým a kdybych to dělat nemohl, byl bych v depresi.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

2. Jsem schopný nezabývat se problémem do té doby, dokud mám čas ho řešit.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

3. Svou úzkost zvládnu děláním něčeho konstruktivního a tvůrčího jako je např. malování nebo práce se dřevem.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

4. Jsem schopný najít důvod pro všechno, co dělám.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

5. Snadno se dokážu zasmát sám sobě.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

6. Lidé mají tendenci nedobře se mnou zacházet.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

7. Kdyby mě někdo přepadl a ukradl mi peníze, raději bych, kdyby se mu pomohlo, než aby byl potrestán.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

8. Lidé o mě říkají, že mám sklon přecházet nepříjemné skutečnosti, jakoby neexistovaly.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

9. Ignoruji nebezpečí jako kdybych byl Superman.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

10. Jsem pyšný na svoji schopnost srovnat lidi do patřičných mezí.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

11. Často se chovám impulsivně, když mě něco obtěžuje.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

12. Když se mi nedaří, necítím se tělesně dobře.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

13. Jsem velmi nesmělý člověk.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

14. Mám více uspokojení ze svých fantazií, než z reálného života.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

15. Mám zvláštní schopnost, která mi umožňuje bez problémů procházet životem.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

16. Když se věci nedaří v můj prospěch, má to vždy dobré důvody.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

17. Mám sklon dělat věci spíše ve fantazii, než v reálném životě.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

18. Ničeho se nebojím.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

19. Někdy si myslím, že jsem anděl a jindy ďábel.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

20. Jsem otevřeně agresivní, když se cítím ublížený.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

21. Často mám pocit jako kdyby někdo, koho znám, byl anděl strážný.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

22. Co se mě týče, lidé jsou buď dobří nebo špatní.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

23. Kdyby mě můj nadřízený otravoval, mohl bych udělat v práci nějakou chybu nebo pracovat pomaleji, abych mu to tak vrátil.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

24. Zním někoho, kdo může udělat cokoli a je absolutně spravedlivý.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

25. Umím držet své city pod pokličkou, když by měly vadit tomu, co dělám.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

26. Obvykle dokážu vidět humornou stránku jinak nepříjemné situace.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

27. Rozbolí mě hlava, když musím dělat něco, co nemám rád.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

28. Často se mi stává, že jsem velmi milý k lidem, na které bych měl plné právo být naštvaný.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

29. Jsem si jistý, že ze života dostávám špatný díl.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

30. Když mě čeká obtížná situace, snažím se představit si, jaké to bude a najít způsob, jak ji zvládnout.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

31. Doktoři nikdy doopravdy nechápou, co mi je.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

32. Po tom, co bojuji za svá práva, mám sklon se za svoji průbojnost omlouvat.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

33. Když jsem depresivní nebo úzkostný, jídlo mi udělá dobře.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

34. Často slyším od druhých, že neukazují své city.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

35. Když mohu předvídat, že budu smutný, lépe vše zvládám.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

36. Ať si stěžuji jakkoli, nikdy nedostanu uspokojivou odpověď.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

37. Často zjišťuji, že nic necítím v situaci, která by spíš měla vyvolávat silné emoce.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

38. Ponoření se do úkolu mě dostává z úzkosti nebo deprese.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

39. Kdybych byl v krizi, hledal bych jiného člověka se s podobným problémem.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

40. Když mám agresivní myšlenky, cítím potřebu udělat něco, abych je odčinil.

velmi nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 8 9 velmi souhlasím

PŘESVĚDČTE SE, PROSÍM, ZDA JSTE OPOVĚDĚLI NA VŠECHNY OTÁZKY.

Příloha č. 3

Operacionální definice obranných mechanismů pomocí položek dotazníku DSQ 40

Sublimace

- 3. Svou úzkost zvládnou děláním něčeho konstruktivního a tvůrčího jako je např. malování nebo práce se dřevem.
- 38. Ponoření se do úkolu mě dostává z úzkosti nebo deprese.

Humor

- 5. Snadno se dokážu zasmát sám sobě.
- 26. Obvykle dokážu vidět humornou stránku jinak nepříjemné situace.

Anticipace

- 30. Když mě čeká obtížná situace, snažím se představit si, jaké to bude a najít způsob, jak ji zvládnout.
- 35. Když mohu předvídat, že budu smutný, lépe vše zvládám.

Suprese

- 2. Jsem schopný nezabývat se problémem do té doby, dokud mám čas ho řešit.
- 25. Umím držet své city pod pokličkou, když by měly vadit tomu, co dělám.

Odčinění

- 32. Po tom, co bojuji za svá práva, mám sklon se za svoji průbojnost omlouvat.
- 40. Když mám agresivní myšlenky, cítím potřebu udělat něco, abych je odčinil.

Pseudoaltruismus

- 1. Uspokojuje mě pomáhat druhým a kdybych to dělat nemohl, byl bych v depresi.
- 39. Kdybych byl v krizi, hledal bych jiného člověka se s podobným problémem.

Idealizace

- 21. Často mám pocit jako kdyby někdo, koho znám, byl anděl strážný.
- 24. Zním někoho, kdo může udělat cokoli a je absolutně spravedlivý.

Reaktivní formace

- 7. Kdyby mě někdo přepadl a ukradl mi peníze, raději bych, kdyby se mu pomohlo, než aby byl potrestán.
- 28. Často se mi stává, že jsem velmi milý k lidem, na které bych měl plné právo být naštváný.

Projekce

- 6. Lidé mají tendenci nedobře se mnou zacházet.
- 29. Jsem si jistý, že ze života dostávám špatný díl.

Pasivní agrese

- 23. Kdyby mě můj nadřízený otravoval, mohl bych udělat v práci nějakou chybu nebo pracovat pomaleji, abych mu to tak vrátil.
- 36. Ať si stěžuji jakkoli, nikdy nedostanu uspokojivou odpověď.

Agování

- 11. Často se chovám impulsivně, když mě něco obtěžuje.
- 20. Jsem otevřeně agresivní, když se cítím ublížený.

Izolace

- 34. Často slyším od druhých, že neukazují své city.
- 37. Často zjišťuji, že nic necítím v situaci, která by spíš měla vyvolávat silné emoce.

Devalvace

- 10. Jsem pyšný na svoji schopnost srovnat lidi do patřičných mezí.
- 13. Jsem velmi nesmělý člověk.

Autistická fantazie

- 14. Mám více uspokojení ze svých fantazií, než z reálného života.
- 17. Mám sklon dělat věci spíše ve fantazii, než v reálném životě.

Popření

- 8. Lidé o mě říkají, že mám sklon přecházet nepříjemné skutečnosti, jakoby neexistovaly.
- 18. Ničeho se nebojím.

Přesun

- 31. Doktoři nikdy doopravdy nechápou, co mi je.
- 33. Když jsem depresivní nebo úzkostný, jídlo mi udělá dobře.

Disociace

- 9. Ignoruji nebezpečí jako kdybych byl Superman.
- 15. Mám zvláštní schopnost, která mi umožňuje bez problémů procházet životem.

Štěpení

- 19. Někdy si myslím, že jsem anděl a jindy ďábel.
- 22. Co se mě týče, lidé jsou buď dobří nebo špatní.

Racionalizace

- 4. Jsem schopný najít důvod pro všechno, co dělám.
- 16. Když se věci nedaří v můj prospěch, má to vždy dobré důvody.

Somatizace

- 12. Když se mi nedaří, necítím se tělesně dobře.
- 27. Rozbolí mě hlava, když musím dělat něco, co nemám rád.