

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Screening rizika poruch příjmu potravy u studentek Univerzity Palackého v Olomouci a
srovnání jejich organizace osobnosti ve spojitosti s obrannými mechanismy**

Magisterská diplomová práce



Autor: Barbara Světlíková

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Olomouc

2021

Poděkování

Touto cestou bych chtěla vyjádřit velké poděkování vedoucímu práce doc. PhDr. Mgr. Romanovi Procházkovi, Ph.D., který věnoval svůj čas pro konzultování této diplomové práce a vždy ochotně zodpověděl všechny mé otázky. Poskytnul mi mnoho cenných a užitečných informací, které mi velmi pomohly při psaní této práce.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Screening rizika poruch příjmu potravy u studentek Univerzity Palackého v Olomouci a srovnání jejich organizace osobnosti ve spojitosti s obrannými mechanismy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Obsah

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Poruchy příjmu potravy	8
1.1 Klasifikace poruch příjmu potravy	8
1.1.1 Mentální anorexie	8
1.1.2 Mentální bulimie	9
1.1.3 Psychogenní přejídání	10
1.1.4 Atypické poruchy příjmu potravy	10
1.1.5 Jiné poruchy příjmu potravy	11
1.2 Etiologie poruch příjmu potravy	12
1.2.1 Psychologické faktory	12
1.2.2 Sociokulturní faktory	13
1.2.3 Biologické faktory	14
1.3 Epidemiologie poruch příjmu potravy	15
1.3.1 Epidemiologie mentální anorexie	15
1.3.2 Epidemiologie mentální bulimie	16
1.3.3 Epidemiologie psychogenního přejídání a atypických poruch příjmu potravy	16
1.4 Léčba poruch příjmu potravy	17
1.4.1 Psychoterapie	17
1.4.2 Samoléčba	17
1.4.3 Farmakoterapie	18
2 Osobnost	19
2.1 Psychoanalytická perspektiva osobnosti	19
2.1.1 Struktura osobnosti	19
2.1.2 Obranné mechanismy	20
2.1.3 Temperament	23
2.1.4 Charakter	23
2.2 Poruchy osobnosti	25
2.2.1 Klasifikace poruch osobnosti	25
2.3 Kernbergovo pojetí psychopatologie osobnosti	30
2.3.1 Vývojový koncept	30
2.3.2 Patologický rámec struktury osobnosti	31
2.3.3 Model hraničních poruch osobnosti	33
3 Osobnostní psychopatologie a charakteristiky u poruch příjmu potravy	35
3.1 Psychoanalytický pohled na poruchy příjmu potravy	35
3.2 Osobnostní charakteristiky a psychopatologie u poruch příjmu potravy	36
3.3 Obranné mechanismy a poruchy příjmu potravy	38
VÝZKUMNÁ ČÁST	39
4 Výzkumný problém	40

4.1	Cíle	41
4.2	Hypotézy	41
5	Popis metodologického rámce a metod	42
5.1	Zvolený typ výzkumu.....	42
5.2	Metody získávání dat.....	42
5.2.1	<i>EAT – 26 – The Eating Attitudes Test.....</i>	<i>42</i>
5.2.2	<i>DSQ – 40 – The Defense Style Questionnaire.....</i>	<i>43</i>
5.2.3	<i>IPO – Inventory of Personality Organization</i>	<i>44</i>
5.3	Metody zpracování a analýzy dat.....	45
5.4	Etické problémy a způsob jejich řešení	45
6	Soubor	46
7	Výsledky.....	48
7.1	Popisná statistika metod.....	48
7.2	Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz	50
7.3	Analýza vztahů mezi dotazníky.....	56
7.3.1	<i>Analýza celkového počtu bodů dotazníků IPO a EAT – 26</i>	<i>56</i>
7.3.2	<i>Analýza celkového počtu bodů v dotazníku IPO a DSQ - 40</i>	<i>57</i>
7.4	Přehled výsledků	59
8	Diskuze	61
8.1	Doporučení a praktická využitelnost výzkumu	55
Závěry	65	
Souhrn.....	67	
Seznam použité literatury	69	

Úvod

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala tématu poruch příjmu potravy a obranným mechanismům. Zde jsme dospěli k zajímavým závěrům, které bych nyní chtěla obohatit, jelikož poruchy příjmu potravy představují rozšířený jev v naší společnosti. Jde o onemocnění běžné hlavně mezi ženami a dívkami, se kterým se může setkat kterákoliv z nás, jelikož jeho podstata souvisí s našimi každodenními rituály v podobě jídelních návyků. Zvláště v současné internetové době vidíme rádooby dokonalé životy ostatních, což může přispět k pozměněnému sebepojetí jedinců a k propuknutí nejen poruch příjmu potravy, ale i dalších závažných psychických problémů.

V této diplomové práci bych ráda navázala na již zmíněné téma poruch příjmu potravy, a věnovala se tématu osobnosti a osobnostní psychopatologie, která se u těchto poruch může objevit. Nejprve si v teoretické části této diplomové práce vydefinujeme, co si můžeme představit pod pojmy poruchy příjmu potravy. Dále si vysvětlíme základní pojmy v oblasti osobnosti člověka a jeho osobnostní psychopatologie. Poslední část bude věnována spojením těchto dvou hlavních témat s předmětem obranných mechanismů v psychoanalytickém pojetí.

V praktické části provedeme screening poruch příjmu potravy u studentek studujících na Univerzitě Palackého. Budeme hledat souvislosti mezi osobnostní psychopatií u jedinců s rizikem poruch příjmu potravy a jejich obrannými mechanismy, které jsou nedílnou součástí při reagování člověka na každodenní události. Půjde pouze o screening poruch příjmu potravy, jelikož v dnešní době není jednoduché se dostat k pacientkám v pravém slova smyslu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy pod zkratkou PPP - poruchy příjmu potravy - představují skupinu onemocnění, kdy jedinec zaujímá negativní postoj vůči jídlu, což se projevuje patologickým jídelním chováním. Do této kategorie spadají tři hlavní poruchy, kterými se v práci budeme zabývat: mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání. Existují i další poruchy příjmu potravy jako např. orthorexie či noční přejídání. Jde o multifaktoriálně podmíněné onemocnění, které nemá pouze jednu příčinu. Proto ho popisujeme v bio-psycho-sociálním kontextu, který si zde vysvětlíme později (Papežová, 2010).

Všechny kategorie PPP mají společných několik charakteristik, které se pak mezi jednotlivými typy v něčem liší. Typickým znakem je nadhodnocování vlastní tělesné váhy. Mnoho lidí má tendenci posuzovat své výkony na základě různých úhlů pohledu. Nemocní tuto tendenci postrádají, jelikož svou osobu hodnotí podle toho, kolik váží, jak vypadá jejich postava a jak jsou schopni s těmito veličinami pracovat. Tím je myšleno již zmíněné patologické chování vůči stravování, jako jsou narušené stravovací návyky či další chování spojené s kontrolou nad svou postavou (cvičení). Poruchy příjmu potravy propukávají častěji u dívek a žen. Nejčastěji začínají v období adolescence a přetrvávají do mladší dospělosti (Fairburn, Harrison, 2003).

1.1 Klasifikace poruch příjmu potravy

Dle MKN - 10 poruchy příjmu potravy spadají do skupiny **F40-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**. Zde patří mentální anorexie, atypická mentální anorexie, mentální bulimie, atypická mentální bulimie, přejídání a zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami a jiné poruchy příjmu potravy (pica a psychogenní ztráta chuti k jídlu) (MKN – 10, 1992).

V následujících podkapitolách si jednotlivé poruchy příjmu potravy představíme. Pro zajímavost jsem vybrala i poruchu, která není popsána v MKN – 10, ale dle výzkumů je hodně rozšířená – orthorexie.

1.1.1 Mentální anorexie

Jde o dlouhodobé a vážné onemocnění, které je charakteristické tím, že pacientka vnímá své tělo jinak, než ve skutečnosti vypadá. Dochází tak k narušení vnímání svého těla. I přes nízkou váhu a podvyživenost, jsou pacientky přesvědčeny, že potřebují zhubnout.

Neustále se zabývají svým tělem. Mají strach z tloustnutí a jsou svým vzhledem znepokojovaly. Protože okolí tyto dívky vnímá jinak než ony, dívky svou nemoc skrývají, protože se bojí, že by je ostatní nutili přibrat. Proto je u této nemoci typické omezení sociálního kontaktu (Bruch, 1962).

K diagnostickým znakům dle DSM – 5 (2015) patří strach z přibírání na váze, který nezmizí ani při jejím poklesu. Nemocní výrazně omezují svůj denní kalorický příjem za účelem snížení své hmotnosti. Nejsou si vědomi, jakým nebezpečím své tělo vystavují kvůli své nízké váze. Kvůli takovému zacházení se svým tělem u některých žen dochází ke ztrátě menstruace (pro splnění kritéria musí chybět alespoň tři cykly za sebou). Pacienti svou postavu nadhodnocují, protože o ní postrádají realistické mínění.

Podle BMI (indexu tělesné hmotnosti) zjišťujeme, zda se jedinec pohybuje v pásmu podvyživenosti či nadváhy. Tuto hodnotu spočítáme jako hmotnost v kilogramech / výška v metrech na druhou. Jedinci s BMI 17 kg/m² či nižšími hodnotami jsou považováni za podvyživené a dle hodnoty určujeme závažnost (DSM – 5, 2015).

Existují dva typy mentální anorexie (MA). První z nich se nazývá **restriktivní typ**, který je charakteristický tím, že nízké hmotnosti je dosahováno dietami, hladověním a nadměrným cvičením. **Purgativní typ** se vyznačuje fázemi záchvatovitého přejídání a následným užíváním projímadel, přičemž se může objevit i jedincem vyprovokované zvracení. Pro diagnostiku daného typu je nutné, aby se takové chování objevovalo v průběhu tří měsíců (DSM – 5, 2015).

1.1.2 Mentální bulimie

U mentální bulimie (MB) se setkáváme s opakujícími se epizodami přejídání a purgativního chování. Přejedení se opakuje minimálně jednou týdně po dobu tří měsíců. Je charakteristické tím, že pacient je schopen sníst obrovské množství jídla za krátkou dobu. Během toho se cítí provinile s dostavujícími se pocity viny. Přes všechny tyto pocity pacient není schopen s přijímáním potravy přestat. Po přejedení přichází kompenzační chování, které má zabránit zvyšování tělesné hmotnosti. Nemocní ke své postavě přistupují velmi kriticky. Závažnost onemocnění se posuzuje podle četnosti výše popsaného chování (DSM – 5, 2015).

Mysl nemocných dívek zahlcují neustálé myšlenky na jídlo. Potřeba neustálého přijímání potravy a přejedení, i když nemají hlad, je neustálá. Nemocní postrádají schopnost

určit, kdy mají a nemají hlad. Důležitým faktem je, že přejedení, o kterém jsme mluvili není typické přejedení, které známe všichni např. z rodinných oslav. Jde o obrovské množství jídla, které může dosahovat 15 000 – 20 000 kalorií za jeden večer. Abychom si uměli spočítat, o jak velké překročení jde, tak průměrná dívka či žena by měla sníst 1500 kalorií za den. Ke kompenzačnímu chování, které jsme zmiňovali výše, patří zvracení, užívání laxativ, nadměrná fyzická aktivita a hladovění (Bruch, 1962).

1.1.3 Psychogenní přejídání

Z anglického binge eating disorder (BED) patří k poruchám příjmu potravy psychogenní přejídání, které má podobné příznaky jako mentální bulimie, ale nedochází zde ke kompenzačnímu chování. Jedinec konzumuje velké množství potravy v krátkém časovém úseku, kdy není schopen danou situaci kontrolovat a přestat. Při záchvatu nemocní jedí rychle, i když nepociťují hlad. Pokračují do té doby než jsou přesyceni. Přejedení probíhá o samotě, protože se za to nemocní stydí. Stejně jako u MB se po záchvatu dostávají pocity viny, bezmoci a znechucení (DSM – 5, 2015).

Studie zabývající se rozdíly mezi množstvím jídla, které dokážou sníst obézní ženy a ženy trpící psychogenním přejídáním, přinesla zajímavé výsledky. Obě skupiny měly za úkol sníst tolik množství jídla, které běžně sní za den. Další den dostaly instrukci, aby snědly co nejvíce jídla. Skupina žen s diagnostikovaným psychogenním přejídáním snědla signifikantně víc kalorií než skupina žen obézních. Je zajímavé, že ženy s BED přiznaly větší míru omezování v jídle, nekontrolovatelnosti hladu a většího nárůstu váhy za poslední rok než ženy bez této poruchy (Goldfein, Walsh, Devlin, Lachaussee, Kissileff, 1993).

1.1.4 Atypické poruchy příjmu potravy

Jde o poruchy příjmu potravy, kde nejsou naplněna všechna diagnostická kritéria. Například u mentální anorexie chybí amenorea a strach z tloušťky, ale dochází k výraznému váhovému úbytku a k chování spojené s redukcí váhy. U mentální bulimie může docházet k záchvatům přejídání a užívání projímadel bez výrazného úbytku váhy, ale naopak nemusí být přítomny příznaky zvýšeného zájmu o vlastní tělesnou hmotnost (MKN – 10, 1992).

Název pochází z anglického EDNOS (eating disorders not otherwise specified). Řadíme zde jedince, kteří po redukci váhy stále spadají do pásma normální tělesné hmotnosti. Mohou zde patřit i jedinci, u kterých dochází k přejídání méně než 2x týdně po dobu tří měsíců.

Atypickou poruchou příjmu potravy můžeme označit i jedince, kteří potravu rozkoušou a vyplivnou, aniž by ji polykali (DSM – 5, 2015).

U atypických poruch potravy byla zjištěna prevalence 3 – 5 % v rizikových skupinách jako jsou tanečnice, modelky, herečky či atletky. Tyto dívky a ženy jsou víc náchylné pro rozvoj PPP, jelikož při své profesi jsou nuceny více se zabývat svým vzhledem. U MA a MB se prevalence pohybuje okolo 0,5 – 3 % (Shisslak, Estes, Cargo, 1995).

Tento předpoklad potvrdila i studie Dancygera a Garfinkela (1995). Dívky musely splňovat diagnostická kritéria dle DSM – IV kromě ztráty menstruace, podvyživenosti a frekvence přejídání. Druhou skupinu tvořily dívky hospitalizované s PPP. Výsledky ukázaly, že atypickou poruchou potravy trpělo 5 % a přesná kritéria pro PPP naplnilo pouze 1 % dívek.

1.1.5 Jiné poruchy příjmu potravy

V následující podkapitole bych se ráda věnovala méně častým PPP, které ale představují stejná nebezpečí jako poruchy již zmíněné. Vybrala jsem zde i jednu více rozšířenou poruchu příjmu potravy, která ale není zařazena do diagnostického manuálu.

1.1.5.1 Pica

S touto poruchou se setkáváme u jedinců s oslabeným intelektem, depresí, psychotickými onemocněními a u deprivovaných jedinců, kteří vyrůstali v nestabilním rodinném prostředí. Jde o nutkavé požívání věcí, které nejsou primárně určeny k jídlu. K diagnostikování této poruchy je třeba trvání požívání alespoň po dobu jednoho měsíce. U poloviny pacientů se setkáváme s touto poruchou v důsledku nedostatku železa. Diskutuje se o tom, zda je pica důsledkem nedostatku železa nebo tento nedostatek vyvolává picu (Crosby, 1976).

Jsou známy různé druhy poruchy, které se odvíjí od povahy pojídaného předmětu. Například geofagie je označení pro požívání hlíny, amylofagie označuje požívání škrobu a pagofagií se označuje jedení ledu (Ali, 2001).

1.1.5.2 Noční přejídání

Noční přejídání představuje fenomén, ke kterému může docházet v období velkého stresu či při těžké životní situaci, kterou si postižený prochází. Vyznačuje se přijímáním potravy více než 50 % denního příjmu po 19 hodině večer, ranním nechutenstvím a obtížemi při usínání

nebo nespavostí. V klinické studii bylo odhaleno 64 % nočního přejídání u vážně obézních lidí, u kterých bylo současně objeveno významné emoční strádání (Stunkard, 1959).

1.1.5.3 Orthorexie

Orthorexií nazýváme manickou posedlost pro zdravé jídlo. Jde o nadměrné zabývání se složením jídla při jeho konzumaci. Lidé trpící touto nemocí dodržují přísné diety, které dovolují konzumovat pouze BIO produkty či pouze určité skupiny jídel. Některé skupiny vyřazují úplně, což pak vede k nedostatku živin. Jestliže se tento způsob stravování objevuje v životě jedince dlouhodobě, má negativní vliv na kvalitu jeho života, pak mluvíme o popsané poruše. Někdy může jít pouze o přechodné období, které jako poruchu příjmu potravy neklasifikujeme. K negativním dopadům na kvalitu života jedince patří kvůli odmítání „nezdravého jídla“ i odmítání účasti na společenských událostech. Tím dochází k omezování sociálního kontaktu a ke změnám psychického a fyzického stavu. Zatím porucha není zařazena do DSM – 5, ale v poslední době odborníci zaznamenali nárůst popsání chování v populaci (Donini, Marsili, Imbriale, Cannella, Graziani 2004).

1.2 Etiologie poruch příjmu potravy

K rozvinutí poruch příjmu potravy přispívá mnoho činitelů. Stravovací návyky ovlivňují vnější vzhled člověka, což má bez pochyb dopad na jeho prožívání, psychiku a začlenění jedince do společnosti. Každý z nás tlak okolí prožívá jinak. U některých tento společenský nátlak může být mimo jiné zodpovědný za rozvinutí PPP. Nejen psychické a sociokulturní vlivy jsou klíčové k vypuknutí poruchy. Řadíme zde i vlivy biologické, kam řadíme poruchy regulačních funkcí hypotalamu, somatotyp a další. Zmíněné faktory si nyní rozepíšeme v následujících řádcích (Smolík, 1996).

1.2.1 Psychologické faktory

Neodmyslitelnou součástí při rozvoji PPP jsou psychologické vlivy, které na jedince dopadají během jeho života. Rodina, ve které dítě vyrůstá zanechává výrazný vliv na jeho psychiku. Matky dívek s mentální anorexií bývají popisovány jako dominantní. Po dítěti vyžadují, aby bylo dokonalé, což na něm zanechává známky perfekcionismu. Tlak, který na dítě vyvíjí přílišnou kontrolou, představuje nadměrnou zátěž. Ta se pak projevuje jako určitá forma psychopatologie, v našem případě jako porucha příjmu potravy. U dětí, které jsou

určitým způsobem predisponovány k PPP, ale jsou svými rodiči zdravě podporovány, vůbec nemusí dojít k propuknutí této nemoci (Sours, 1974).

Důležitou součástí psychologických vlivů představuje osobnost jedince. Studie Strobera (1981) zjistila dominující osobnostní rysy u anorektických dívek. Vykazovaly větší poslušnost (dodržování společenských norem), anxiózní projevy a rozvinutější kontrolu emocí ve srovnání se skupinou zdravých dívek.

Další, kdo zkoumali osobnostní rysy u dívek s MA, byli Morgan a Rusell (1975, in Krch, 2005). Ve své studii zjistili, že u nemocných převažovaly depresivní a obsedantní příznaky. Také se zkoumala komorbidita s obsedantně-kompulzivní poruchou. Tyto dvě poruchy spojují rysy vnitřní nejistoty a nízké sebehodnocení, kvůli kterým vzniká typická potřeba mít nad sebou kontrolu. Dochází k bludnému kruhu, kdy se nemocný přejí a posiluje tím své nízké sebehodnocení. Osobnostními rysy se více budeme zabývat v poslední kapitole teoretické části této práce.

1.2.2 Sociokulturní faktory

Jak jsme zmínili na začátku kapitoly, společnost si nese určité předpoklady, jak by se měly ženy chovat a udržovat si svou postavu. Tento nátlak může představovat velkou zátěž na jejich psychiku. Tyto všechny předpoklady vedou k dodržování diet, což označujeme jako prekurzor k rozvoji poruch příjmu potravy. Zde se můžeme pozastavit u mužského pohlaví, které je sice méně ohrožené, nicméně PPP se u nich také vyskytují. Tito chlapani věří, že jsou málo svalnatí a moc hubení. Naproti tomu dívky potýkající se s PPP se cítí být moc „tlusté“. Vedle držení diet nesmíme zapomenout na vegetariánství a veganství, což představuje rozšířené přesvědčení společnosti o nutnosti vyřazování rostlinných a živočišných produktů z naší stravy. Tyto fenomény rovněž přispívají k vývoji poruch příjmu potravy (Nielsen, 2001).

Rizikové bývají různé sportovní a podobné skupiny, ve kterých se jedinci pohybují. Patří do nich sporty, ve kterých je kladen důraz na potřebu být štíhlý a mít svaly. Do této skupiny řadíme např. atlety. Ti, kteří se atletice věnují na profesionální úrovni jsou víc ohroženi než sportující v rámci školních aktivit a kroužků. To stejné platí i u tanečnic a modelek (Nielsen, 2001).

Úspěšnost člověka se v naší společnosti odvíjí od míry atraktivity. Výzkumy potvrdily, že ženy, které jsou víc atraktivní, dostávají víc pozornosti a přednostního chování.

Kvůli tomu ženy touží po tom, aby co nejméně dosáhly ideálu krásy, kterým je mimo jiné štíhlost (Striegel-Moore, 1995).

1.2.3 Biologické faktory

Faktorem, který je velmi důležitý při rozvoji PPP, představuje pohlaví. Tyto poruchy jsou častější u ženského pohlaví. Dle zažitých stereotypů týkajících se genderu se očekává, že by ženy měly dbát o svůj vzhled a být fyzicky atraktivní. Více žensky jsou vnímány spíše ženy drobnější a fyzicky přitažlivé než méně atraktivní ženy se silnější tělesnou konstitucí. Studie Striegel – Moora (1995) dokázala, že když chce žena udělat dobrý dojem, sní méně jídla než by obvykle snědla.

Genetická výbava člověka také do jisté míry určuje výskyt PPP. Pravděpodobnost výskytu poruchy daného jedince významně zvyšuje přítomnost poruchy v rodinné anamnéze. Mluví se o čtyřikrát až pětkrát častější přítomnosti poruchy u pacientek, kde se v rodině vyskytuje či vyskytovala PPP (Hsu in Krch, 2005).

Jelikož už při menším omezování kalorického příjmu dochází k fyziologickým změnám v hypothalamo-hypofyzárním systému, mohou i hormonální změny přispět k rozvoji PPP. Zde se bavíme spíše o důsledku držení diet než o jejich původu. V pubertě se setkáváme s velkým rizikem poruch příjmu potravy, jelikož hormony způsobují změny nálad. V důsledku toho pak při negativní náladě dochází ke zvýšení chuti k jídlu a jeho vyšší spotřebě (Striegel-Moore, 1995).

Puberta představuje životní období, kdy dochází ke změnám ve vývoji jedince. U dívek může nastat časná puberta, kdy se zastaví jejich růst a dojde k rychlejšímu dospívání než u jejich vrstevnic. Jak už jsme naznačili, růst do výšky se zastaví, dochází k zakulacení boků a růstu prsů. Takové změny některé dívky mohou vnímat jako negativní, a to je donutí začít držet různé diety, aby se vyrovnaly dívkám ve své věkové kategorii, které takové známky puberty ještě nenesou. Díky tomu všemu dochází ke snížené míře spokojenosti se svým tělem. V důsledku toho se rozvíjí porucha příjmu potravy či jiné psychické problémy. Bylo zjištěno, že od přírody hubené dívky mají menší dispozice k dodržování diet než dívky, které se stávají ženami dřív (Striegel-Moore, 1995).

1.3 Epidemiologie poruch příjmu potravy

Přesná epidemiologická data jsou to, co je u poruch příjmu potravy těžko zjistitelné. Je tomu tak proto, že pacienti svou nemoc skrývají. Nechtějí, aby o ní kdokoliv věděl, protože se za její projevy stydí. Je tomu tak i proto, že nechtějí, aby jim ostatní mařili jejich plány v dalším hubnutí. Přesto existují psychiatrické registry a lékařské záznamy, kterých se při různých výzkumech využívá (Smink, van Hoeken, Hoek, 2012).

Údaje z registrů a hospitalizací jsou využívány ke studiím, což vede k určitému podcenění prevalence a incidence těchto poruch, jelikož jen menší část případů se dostává k terapii. Problém by mohly představovat i nesprávně určené diagnózy od praktických lékařů a další (Papežová, 2010).

1.3.1 Epidemiologie mentální anorexie

U mentální anorexie v posledních letech dochází k nárůstu výskytu tohoto onemocnění u mladých žen, nejvíce u dívek ve věku 15 – 19 let. Otázkou zůstává, zda se příčina skrývá ve dřívějším odhalení nebo zda došlo k posunutí věku začátku poruchy (Smink et. al., 2012). Incidenci AN ve věkové kategorii 15 - 19 let potvrzuje i Bencko a Tryfos (2015). Současně upozorňují na to, že mortalita anorexie (poměr mortality CMR byl 5,1 úmrtí na 1000 případů) je nejvyšší mezi mentálními onemocněními.

Ve Spojených státech se odhaduje, že 0,5 % dospívajících dívek se setkalo s MA. Většina dívek bývá znepokojována svou postavou a číslem, které vidí na váze. Takovou skutečnost potvrzuje mnoho studií zabývajících se tímto tématem a je považována odborníky jako varovný signál (American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence 2003).

Studie zabývající se epidemiologií v západní Evropě se začaly objevovat ve 20. století. Potvrdily, že počet jedinců s mentální anorexií se zvyšoval do 70. let. Papežová (2010) píše, že v České republice se počet hospitalizací začal zvyšovat od roku 1994. Tento fakt je přisuzován sociálním a politickým změnám, častějším cestováním do zahraničí a propagací štíhlého ideálu krásy prostřednictvím médií. Situace u mužů se podstatně liší. Jejich výskyt se pohybuje kolem 10 – 15 % z celkového počtu případů.

1.3.2 Epidemiologie mentální bulimie

U mentální bulimie ve Spojených státech se odhad případů pohybuje kolem 1 – 5 % (American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence 2003). Studie z Nizozemí a Velké Británie ukazují, že výskyt MB klesnul oproti 90. let 20. stol. Průměrný věk 18,5 také klesnul na 17,1let.

Dle Bencka a Tryfose (2015) se hodnota prevalence bulimie pohybuje kolem 1 % v hospodářsky rozvinutých zemích. Oproti MA má toto onemocnění nižší úmrtnost (CMR 1,74 na 1000 případů).

Situace v České republice je obdobná. Dle výzkumů Krcha (2005) se ženy potýkají s negativním prožíváním ve vztahu ke svému tělu. Prožívání je výrazně ovlivněno strachem z nadváhy a nízkým sebehodnocením. Krch a Drábková (1996, in Krch, 2005) uskutečnili screening poruch příjmu potravy na středních a vysokých školách v Praze a ve Vlašimi. Soubor tvořilo 723 dívek a 258 chlapců. Ze zkoumání vyšlo, že tři čtvrtiny dívek nebyly spokojeny se svou postavou. U chlapců tato hodnota byla menší (jedna třetina). Průzkum byl proveden formou dvou dotazníků. První z nich se nazývá EAT – 40 a 7,4 % dívek bylo díky němu zařazeno jako rizikových. Nebude překvapením, že u druhého absolvovaného dotazníku EDI se také projevila nespokojenost s vlastní tělesnou konstitucí. Kritériím pro MB by tak odpovídalo 5,7 % dívek.

1.3.3 Epidemiologie psychogenního přejídání a atypických poruch příjmu potravy

U atypických poruch příjmu potravy výzkumy prokázaly, že jsou častější u dospělých lidí. Jelikož ale neznáme přesná epidemiologická data, nemůžeme tato zjištění tvrdit se 100% jistotou (Smink et. al., 2012). Výzkum v USA odhalil 2,6 % výskytu těchto poruch ve vzorku bílých žen mezi 18 – 40 lety. Ve stejné skupině žen s tmavou pletí se tato hodnota vyšplhala na 4,5 % (Hoek, 2006).

Česká republika je v prevalenci srovnatelná s ostatními zeměmi západní Evropy. Nejčastější je záchvatovité přejídání (1,9 % žen a 0,3 % mužů). Řadí se spíše k těm s vyšší prevalencí (např. Francie 4,15 %, Belgie 3,4 %, Itálie 3,35 %, Španělsko 2,42 %, Nizozemí 1,74) (Bencko, Tryfos, 2015).

1.4 Léčba poruch příjmu potravy

Existuje spousta možností pro léčbu poruch příjmu potravy. Pacienti si mohou pomoci sami. Pro tyto účely jsou vytvořeny svépomocné materiály. Také se může přistoupit na psychologickou léčbu s farmakoterapií či bez ní.

1.4.1 Psychoterapie

Dle výzkumů, které se zabývaly léčebnou metodou psychoterapie u mentální bulimie lze prokázat, že nejúčinnější formou je kognitivně-behaviorální terapie. Ke každému člověku se ale musí přistupovat individuálně, protože každý z nás je jiný a vyhovuje mu něco jiného. Proto nelze vyloučit účinnost i ostatních forem terapie. KBT se snaží řešit postoj pacienta k vlastnímu tělu a jeho narušené jídelní návyky. Léčba se skládá průměrně z dvaceti sezení, která probíhají po dobu 5 měsíců. Po takové době v polovině až ve dvou třetinách případů dochází k pozorovatelnému zlepšení stavu pacienta či úplnému uzdravení, které má dlouhotrvající charakter (Fairburn, 2001).

Co se týká mentální anorexie, tak zde neexistují spolehlivé údaje pro její účinnou léčbu. Tento fakt se odvíjí i od její prevalence, která je velmi nízká. Nicméně existují zásady pro psychoterapii těchto poruch, které je dobré dodržovat, aby pacient postupně došel ke zlepšení. Jelikož většinou pacienti neradi spolupracují, je třeba připomínat jim, proč jsou tady. Důležitým aspektem pro vyléčení je, aby se pacient dostal na svou přirozenou váhu, která byla drasticky snížena jako důsledek hladovění. Poslední zásadou, která musí být dodržena za každých okolností je, aby se pacient dostal do rukou profesionála, který je schopen mu pomoci. Obecné doporučení zahrnuje navštěvovat kognitivně-behaviorální terapii v kombinaci s rodinnou terapií (Fairburn, 2001).

U zásady přibírání na váze je třeba dát si pozor na refeeding syndrom, který pojmenovává stav, kdy je podvyživenému tělu najednou navráceno příliš mnoho kalorií. Dochází tak ke zvýšené potřebě minerálů a vitamínů, což může vést k poruše minerálního a vodního hospodářství až k zahlcení energetických cest. Takové zahlcení se může projevit např. selháním srdce a plicním edémem (Papežová, et. al., 2018).

1.4.2 Samoléčba

Účinnou volbou pro uzdravení je v mnoha případech svépomocná příručka. Čerpá zásady z kognitivně-behaviorální terapie a obsahuje různá doporučení, úkoly a rady, které

pacienti mají za úkol postupně plnit. Příručka je dostupná na internetu, v organizacích, které se zabývají PPP, či v knihovnách a knihkupectvích. Existuje více forem těchto příruček, ale každá má za úkol dosáhnout zlepšení stavu pacienta. Zdají se být účinné, jelikož výzkumy potvrzují, že tyto příručky odstraňují symptomy poruch příjmu potravy. Dle výzkumníků fungují na začátku léčby, kdy se pacienti rozhodnou, že potřebují pomoc (Perkins, Murphy, Schmidt, Williams, 2006).

1.4.3 Farmakoterapie

Při léčbě mentální anorexie se zdá, že žádná psychofarmaka by neměla takový efekt, jaký bychom potřebovali. Na druhou stranu u mentální bulimie bylo zjištěno, že nejvhodnější léky pro tuto poruchu jsou antidepresiva, která snižují výskyt kompenzačního chování a záchvatů přejídání (Fairburn, 2001).

2 Osobnost

K dispozici máme mnoho definic osobnosti, které se snaží vysvětlit její podstatu. Všichni autoři se shodují v tom, že osobnost představuje systém poměrně stabilních jedinečných vlastností, obsahů a projevů člověka, které jsou vůči sobě komplementární. Můžeme také říci, že „osobnost představuje propojení charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka“ (Cakirpaloglu, 16, 2012).

2.1 Psychoanalytická perspektiva osobnosti

Existuje mnoho teorií, které nahlíží na osobnost z různých perspektiv. V této práci se zaměříme na pojetí psychoanalýzy vzhledem k povaze použitých nástrojů v praktické části této diplomové práce.

2.1.1 Struktura osobnosti

Freud vyvinul všeobecně známý strukturální model, ve kterém rozdělil osobnost na tři hlavní systémy. Tyto systémy mezi sebou vzájemně interagují a řídí tak lidské chování (Nolen-Hoeksema, 2012).

- **ID** – Představuje nejprimitivnější část systému, ze které se později vyvíjí ego a superego. Můžeme jej pozorovat už u novorozence. Zahrnuje základní pudy jako potřebu jíst, pít, vylučovat, vyhýbat se bolesti a získat sexuální (smyslovou) slast. Freud stavěl sexuální a agresivní pud jako určující faktory při vývoji osobnosti. Řídí se principem slasti, kterého se snaží dosáhnout bezprostředně k uspokojení svých pudů (Nolen-Hoeksema, S, 2012).
- **EGO** – Vzniká v raném dětství, kdy si dítě uvědomuje, že musí počkat, až přijde správná chvíle k uspokojení jeho potřeb. Funguje jako cenzura, která nás chrání před nevědomými přáními, které chtějí být hned uspokojeny. Jestliže ego není schopno vyřešit všechny konflikty, může dojít k rozvoji úzkosti (Drapela, 2011).
- **SUPEREGO** – Funguje na principu našeho svědomí, kterým je oplácení stejného stejným. Řídí se rodičovskými autoritami, se kterými jsme se potkali v dětství (Plháková, 2011).

2.1.2 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy představují součást psychiky každého člověka. Aktivují se při stresujících a konfliktních situacích v každodenním životě každého z nás. Fungují jako reakce na úzkost, kterou daná situace vyvolala. Jsou uloženy v nevědomé části psyché, takže působí bez naší vědomé snahy. Pokud se u jedince objevují příliš často, mohou být jednou z příčin duševních onemocnění (Krech, Crutchfield, Livson, Rollin, Wilson, 1969).

Historií a pojetím obranných mechanismů od různých autorů jsem se zabývala ve své bakalářské práci, takže nyní si pouze shrneme dělení obranných mechanismů a detailněji se budeme věnovat těm, které se objeví v praktické části této diplomové práce.

2.1.2.1 Klasifikace obranných mechanismů

George E. Vaillant popsal znaky a rozřadil jednotlivé obranné mechanismy do skupin. Originálně se skládají ze čtyř kategorií, ale my si uvedeme pouze tři, které využívá dotazník DSQ – 40. Ten bude stěžejní pro naši praktickou část.

Zralé obrany – Zralé obrany se vytvořily zdravou identifikací osobnosti na základě úspěšného sebepoznání. V některé literatuře o nich mluvíme jako o copingových strategiích. Díky nim jsme schopni adaptovat se na stresové události. Řadíme zde altruismus, supresi, sublimaci, anticipaci a humor (Vaillant, 1971).

Neurotické obrany – Patří zde intelektualizace, represe, přesunutí, reaktivní formace a disociace. Tyto mechanismy se objevují ve zdravé populaci od 3 do 90 let. V běžném životě se s nimi mohou setkat dospělí jedinci, kteří se ocitli ve větším stresovém vypětí. Pro příklad uvedeme intelektualizaci, která slouží k analýze našich problémů, jako by byly od někoho jiného, čímž se odprošťujeme od vlastních emocí, které mohou ovlivnit racionální uvažování (Vaillant, 1971).

Nezralé obrany – Osoby závislé na nezralých mechanismech jsou zvyklé přesouvat svou zodpovědnost na druhé (Andrews, Pollock, Stewart, 1989). Normálně se vyskytují ve věku od 3 do 16 let. Řadíme zde schizoidní fantazie, díky kterým u jedince dochází k uspokojování potřeb v mezilidských vztazích. (Vaillant, 1971). Patří zde i hypochondrie, která funguje na principu, kdy si osoby stěžují na svůj zdravotní stav, což člověku umožňuje mimo jiné ventilovat lítost nad sebou samým (Brown, Vaillant, 1981).

V rámci dotazníkového šetření, které provedeme, nás budou zajímat následující nezralé obranné mechanismy:

- **Autistické fantazie** – V reálném životě dochází ke stresujícím situacím a konfliktům, které jsou díky tomuto mechanismu odstraněny útekem do fantazijního světa, který se projevuje denním sněním. Ve zdravé formě je můžeme pozorovat u dětí, adolescentů i dospělých. Jestliže se stanou zaplavující a překročí tak určitou hranici, pak nejsou pro člověka užitečné a jedná se o patologické projevy (Chabrol, Callahan, 2004).

- **Devalvace** – Přichází v situacích, kdy jeden znehodnocuje druhého člověka. Děje se to formou negativních komentářů (ve směru jeho důležitosti, moci, prestiže apod.) Tím se chrání proti budoucí možné zradě od daného člověka, která by mu způsobila bolest (Chabrol, Callahan, 2004).

- **Disociace** – Umožňuje jedinci díky depersonalizaci, derealizaci¹ či amnézii oddělit nežádoucí emoce od svého vnitřního stavu, který se z nepříznivého stává příznivým (Bowins, 2004).

- **Izolace** – Představuje vytváření „mentální mezery“, která slouží jako bariéra mezi nějakým výhrušným poznáním, které člověku hrozí a jeho myšlenkami a pocity. Oslabuje tak dopad nepříjemných myšlenek, na které díky mezeře nebude tolik vzpomínáno (Baumeister, Dale, Sommer, 1998).

- **Pasivní agrese** – Jde o agresi, která je vůči ostatním uplatňována pomocí pasivity, prokrastinace nebo provokativního chování, jejímž účelem je získání pozornosti. Jde o neefektivní způsob, kterým daná osoba může například odlehčovat situaci šaškováním, aby se vyhnula konkurenční roli druhého člověka (Vaillant, 1971).

- **Popření** – Popření přichází ve chvíli, kdy si nechceme připustit skutečnost nepříjemné události. Někdy popření přináší užitek, jindy spíš škodí. Setkáváme se s ním např. u drogově závislých jedinců, kteří věří, že s drogami mohou kdykoliv přestat (Morris, Maisto, 1999).

- **Projekce** – Obranný mechanismus projekce se projevuje v situacích, kdy jedinec nedokáže přijmout své selhání a toto selhání přesouvá na někoho jiného (Krech et. al., 1969).

¹ Depersonalizace je porucha sebeuvědomění, kdy se jedinec cítí být oddělen od svých vlastních prožitků. Derealizace znamená změněné vnímání okolního světa (Praško, Raszka, 2008).

Dokázáno je, že nejen selhání, ale i další negativní vlastnosti, které na sobě člověk nevidí, může projektovat do ostatních (Sears, 1936).

- **Projektivní identifikace** – Vznik mechanismu vysvětluje stav, kdy dítě promítá své rozštěpené části do svého okolí. Může tak činit i ze strachu, že ostatní mohou vkládat své části do nás. Tato obava je spojená se schizofrenií, jejímž typickým znakem jsou halucinace tohoto typu. Proto u těchto obran hrozí vznik schizoidního onemocnění (Sayers, 1999).

- **Přesunutí** – Jde o přesunutí negativních pocitů vůči jedinci, který představuje menší zlo než osoba, vůči které tyto pocity vznikly. Tyto postoje cítíme ke slabšímu jedinci, který je v realitě nezapříčinil (Morris, Maisto, 1999).

- **Racionalizace** – Odvíjí se od přirozené potřeby, ve které hledáme ve věcech smysl pro lepší pochopení světa. Snažíme se o vysvětlení příčiny situací, do kterých vstupujeme. Dle autorů Krech et al. (1969) existují dva druhy racionalizace. „Kyselé hrozny“ představují mechanismus založený na negativních argumentech, které jedinec využívá, když se mu něco nepovede. „Ta dívka, která se s ním rozešla stejně nebyla atraktivní.“ U druhé možnosti si člověk v nepříznivé situaci vsugeruje, že se nejedná o takovou katastrofu, jak by se mohlo zdát. Tento typ je nazýván „sladký citron“.

- **Somatizace** – Dochází k přesunutí psychických problémů do somatické roviny. Projevuje se bolestmi zad, úzkostí, závratěmi či paralýzou končetin při větší psychické zátěži. Somatizující lidé často vyhledávají pomoc lékaře, který bohužel příčinu neodhalí (Morris, Maisto, 1999).

- **Štěpení** – Mechanismus štěpení vzniká v raném dětství, kdy si dítě vytvoří ve vztahu k matce ambivalentní pocity. Dochází tak ke konfliktním situacím, které dítě řeší štěpením. Podle Kleinové štěpení vzniká v důsledku destruktivní péče matky. Dítě pociťuje obavy z toho, že by se rozpadlo na kousky, a tak přesouvá své obavy na matku (Sayers, 1999).

- **Sublimace** – Podstata sublimace spočívá ve společensky přijatelném řešení vnitřních konfliktů. Původně byla přijímána jako zdravé vypořádávání se s negativními touhami, ale později o ní autoři začali mluvit jako o vyjádření problematických popudů (McWilliams, 2015).

2.1.3 Temperament

Pro lepší porozumění následujících kapitol si definujeme základní pojmy temperament a v další podkapitole charakter, které neodmyslitelně patří k tématu osobnosti.

Temperament označuje obecné vlastnosti, které se uplatňují v dynamice osobnosti jako jsou prožívání a projevy člověka. Díky temperamentu je určeno, jakým způsobem probíhají duševní děje u daného jedince. Nemůžeme jej trvale ovlivňovat v nějaké zásadní míře, ale můžeme se pokusit poznat ho a naučit se s ním pracovat. Náš temperament totiž můžeme poznat v nežádoucí formě např. při citově vypjatých situacích či konfliktech. K vysvětlení jeho podstaty slouží několik znaků, které každého člověka zastupují v jiné míře. Patří k nim (Balcar, 1991):

- 1) Celkové citové ladění duševních dějů.
- 2) Celkové zaměření vlastního prožívání k okolí.
- 3) Vzrušivost, která je vyvolána buď snadno či nesnadno.
- 4) Odolnost, kterou je možné ovlivnit v určité míře působením jiných vlivů.
- 5) Trvalost duševních dějů přetrvávající i po odeznění vyvolávajícího podnětu.

2.1.4 Charakter

Termín charakter chápeme jako něco výrazného, co určuje osobnost daného člověka. Určuje povahu a také určité vlastnosti, ve kterých je daný člověk nápadný. Dle Allporta (1961, in Nakonečný, 2009) definujeme charakter jako zhodnocenou osobnost. Tvoří ho zvyky, postoje, zájmy a vlastnosti člověka, které tak tvoří jeho individualitu.

Psychoanalytické pojetí vysvětluje charakter z vývojového hlediska, podle toho, ve kterém stádiu se fixuje **sexuální energie (libido)**. Stádia dělíme na orální (1. rok života), anální (2.-3. rok), genitální (4.-5. rok). Dle ustrnutí v určité fázi pak charakter děláme na (Nakonečný, 2009):

- **Orální charakter** – Při kojení se utváří „pradůvěra“ či „pranedůvěra“ podle sání či agresivního kousání. Vyznačuje se pasivitou jedince, závislostí, potřebou péče a kontaktů a egocentrickou citlivostí.

- **Anální charakter** – Dítě zadržuje své exkrementy, jelikož tak dává najevo trestání svých rodičů. Tato retenční tendence je spojována s vlastnictvím. Vyvíjí se tak sklon nechávat si všechno pro sebe, který se projevuje skrblictvím.

- **Oidipův komplex** – Ve fázi genitální se může vyvinout Oidipovský komplex, díky kterému se vztah dítěte k rodiči opačného pohlaví vytěsňuje kvůli strachu z trestu. Proto se dítě identifikuje s rodičem stejného pohlaví, a tím dojde k introjekci příkazů a zákazů, které se stanou základem pro další vývoj.

2.2 Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti představují skupinu onemocnění, kterou můžeme charakterizovat jako odchylku od temperamentových a charakterových vlastností, kterou disponuje většina lidí. „K těmto rysům patří hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací“ (Praško a kol., 2009, 15).

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí poruchy osobnosti vyjadřují způsob životního stylu člověka a jeho způsobu ke vztahu k sobě i ostatním. Některé tyto vzorce můžeme pozorovat již od dětství, jiné se objevují později. Někdy bývají přidružené k subjektivnímu pocitu tísně a narušení sociálního fungování (MKN-10, 1992).

Poruchu osobnosti neřadíme mezi duševní poruchy. Hlavními důvody je to, že člověk s poruchou osobnosti umí v rámci možností fungovat ve společnosti. Na rozdíl od duševně nemocného člověka, který takového fungování není schopen. Druhým důvodem je to, že člověk trpící poruchou osobnosti se může svobodně rozhodnout, zda vyhledá odbornou pomoc (Cakirpaloglu, 2012).

2.2.1 Klasifikace poruch osobnosti

Rozdělení poruch osobnosti používáme pro lepší porozumění jednotlivým typům, které se ale mezi sebou často mísí, a proto hlavně psychoanalyticky a psychoterapeuticky orientovaní odborníci nemají toto rozdělení v oblibě. U některých lidí často převládá jedna porucha, podle které je daný pacient diagnostikován a klasifikován. Ke společným odlišnostem vůči běžné populaci, které bývají narušené patří tyto oblasti (Praško a kol., 2009):

- 1) Způsoby interpretace a vnímání okolí
- 2) Emotivní ladění (intenzita, rozsah, přiměřenost)
- 3) Kontrola vnitřních impulzů a uspokojování potřeb
- 4) Zvládání potřeb sociálního okolí a způsob chování vůči němu

Pro účely této práce si detailněji popíšeme emočně nestabilní poruchu osobnosti, která je často komorbidní s poruchami příjmu potravy (Ames-Frankel, Devlin, Walsh, Strasser, Sadik, Oldham, Roose, 1992).

2.2.1.1 Paranoidní porucha osobnosti

Jedinci s paranoidní poruchou osobnosti mají tendenci chovat se podezřívavě k ostatním lidem. K jejím projevům patří vyhýbání se intimním vztahům či hostilní chování. Bylo zjištěno, že negativní zážitky z dětství jako fyzické a psychické násilí a sexuální a emocionální zneužívání se výrazně podílí na rozvoji PPO. Tato porucha je v určitých rysech podobná schizoidní poruše osobnosti (Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J., 2013).

2.2.1.2 Schizoidní porucha osobnosti

Typickou vlastností jedinců s touto poruchou je sklon k sociální uzavřenosti a odstup od navazování vztahů. Tito lidé vyjadřují pouze nepřiměřené emoce a jejich chování je celkově velmi zvláštní. S paranoidní poruchou mají společnou podezřívavost a vztahovačnost v myšlení (Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J., 2012).

2.2.1.3 Disociální porucha osobnosti

Základním znakem disociální poruchy osobnosti je bezohledné chování v sociálních vztazích. Tito lidé trpí nedostatečným cítením pro druhé. Charakteristické konfliktní chování se snaží vysvětlit lhaním a toto chování nelze změnit zkušeností ani trestem. Často dochází k agresivnímu jednání, kvůli nízké frustrační tolerance u těchto jedinců (MKN-10, 1992).

2.2.1.4 Emočně nestabilní porucha osobnosti

MKN – 10 (1992) charakterizuje poruchu jako sklon ke zkratkovitému chování bez uvážení jeho dopadů. Dochází k emočním výbuchům, které tyto lidé nedokáží kontrolovat. Jejich nálada bývá nepředvídatelná, a tak se často setkávají s konflikty ze strany okolí, od kterého emoční výbuchy a zkratkovité činy nejsou pochopeny či odmítány.

Poruchu dělíme na hraniční a impulzivní podtyp. **Impulzivní forma** se projevuje neočekávaným chováním, afektivní nestabilitou s náhlými výbuchy hněvu a zuřivosti. Typická je i neschopnost dlouho setrvat v určité činnosti. Pro **hraniční typ** je charakteristická emoční nestálost, kterou doprovází chronické pocity prázdnoty střídající se se změnami afektivity. S těmito změnami se pojí i postoj k jeho okolí a sobě samému, který je nestálý (Raboch et al., 2015).

Pro snazší diagnostiku a odlišení hraniční poruchy osobnosti od ostatních typů můžeme pozorovat projevy symptomů ve čtyřech oblastech dle autorů Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus (2004):

- 1) **Afektivní kritéria** – Zahrnují emoce jako chronické pocity prázdnoty, dysforické ladění, výraznou změnu nálad.
- 2) **Behaviorální kritéria** – Zde patří chování spojeno s HPO jako je sebepoškozování, impulzivita, užívání návykových látek, sebevražedné tendence, nepravidelný přísun potravy apod.
- 3) **Interpersonální kritéria** – Do těchto kritérií řadíme zaujímané pocity vůči ostatním lidem. Typický je strach z odloučení, projevující se snahou vyhnout se samotě, a další maladaptivní vztahové vzorce, které často končí rozpadem.
- 4) **Kognitivní kritéria** – Oblast kognitivní obsahuje tři úrovně symptomů:
 - **Nepsychotické narušení kognice** – nadměrné myšlenky o negativním sebepojetí, depersonalizace, derealizace.
 - **Kvazi-psychotické symptomy** – přechodné a ohraničené bludy, halucinace založené na realitě.
 - **Pravé bludy nebo halucinace** – objevují se v kombinaci s psychotickou depresí.

Pro lidi s hraniční poruchou osobnosti je typické, že často mluví o tom, že nevědí, kým ve skutečnosti jsou. Když se hněvají, cítí tuto emoci velmi intenzivně. Své potřeby nedokáží nikdy naplnit. Často zažívají neschopnost odložit emoční impuls, i když přinese úlevu jen krátkodobě. Jsou schopni dobře hodnotit své činy a i když ví, že byly autodestruktivní, přesto je pokládají za přiměřené. Takové počinání se nazývá kognitivní narušení. Co se týká řešení problémů, člověk s hraniční poruchou se k nim staví bezmocně a potřebuje pomoc od ostatních (Praško, 2009).

Lidé jsou pro ně buď zlí nebo dobří. I když někoho znají už dlouho, tyto póly se mohou rychle měnit. Bývají k nim nadměrně kritičtí, což také může být příčinou narušených vztahů. Aby získali pozornost, využívají k tomu extrémní emocionální projevy. Při dlouhodobých vztazích mají problém pochopit partnerovy pocity. V práci je obvyklé, že náhle ukončí svou

pracovní činnost, pocítují nedostatek uspokojení ze své práce a s kolegy a nadřízenými nemívají dobré vztahy (Praško, 2009).

2.2.1.5 Histriónská porucha osobnosti

Tuto poruchu známe jako infantilní či hysterickou, která se vyznačuje přehnaným vyjadřováním emocí, které jsou nestálé a dramaticky líčené. Postihuje častěji ženy, které teatrálně popisují vlastní životní události a zážitky ostatních je příliš nezajímají. Jsou charakteristické egocentričností, touží po ocenění od druhých a vyhledávají situace, ve kterých se stanou středem pozornosti. V partnerských vztazích bývají velmi konfliktní. Charakteristická je bájná lhavost, při které dramatickým způsobem líčí smyšlené události, které ve skutečnosti nejsou pravdivé (Raboch, 2003).

2.2.1.6 Anankastická porucha osobnosti

Označuje se také jako obsedantně-kompulzivní porucha, jejímiž charakteristickými znaky jsou pocity úzkosti a osobního ohrožení. Doprovází ji poruchy myšlení, které jedince vedou k neustálému sebeobviňování a starostlivosti. Aby se vyhnul těmto pocitům, nutkavě se snaží vytvářet pravidla chování, díky kterým se cítí v bezpečí. Tato pravidla jsou ale obtížně přijímána jeho okolím. Jedinec se výrazně zabývá detaily, pravidly, pořádkem a organizací úkolů. Typický znak představuje perfekcionismus, přehnaná svědomitost a puntičkářství. Takoví lidé bývají rigidní, s nerozumnou potřebou, aby se ostatní řídili přesně podle jeho způsobu práce (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Výzkumy ukazují, že přes všechna omezení, která porucha přináší, se objevily i její pozitivní vlivy. Díky své perfekcionista povaze může vést k vyšší úspěšnosti v dosaženém vzdělání jedince (Samuel, Griffin, 2015).

2.2.1.7 Anxiózní porucha osobnosti

Mezi symptomy anxiózní poruchy osobnosti patří hypochondrie, všeobecná úzkost a deprese, které provází sociální fobie ve smyslu strachu ze situací, kde by postižený mohl být terčem posměchu. Typický je strach z kritiky, kterou vidí všude. Proto se tito lidé obecně vyhýbají lidem a nemají potřebu hledat si přátele. I když se jim někdo zdá přátelský, ihned začnou zpochybňovat jejich vřelost a interpretují jejich chování jako nepřátelské. Často se obrací do svých fantazií ve formě denního snění (Personality disorders: The anxious cluster-Part I., 1996).

2.2.1.8 Závislá porucha osobnosti

Jedinci se závislou poruchou osobnosti žádají od svého okolí (v práci, u životního partnera), aby převzali zodpovědnost za rozhodování v určitých oblastech jejich života. Sami se cítí „bez života“, neschopní a bezmocní. Jsou vnímáni jako pesimisté, kteří trpí neustálými obavami z opuštění. Své zájmy podřizují ostatním lidem, na kterých jsou závislí a zároveň vyhledávají stálou společnost druhých. Objevuje se u nich sklon připisovat ostatním lidem své vlastní selhání (Raboch, 2003).

2.3 Kernbergovo pojetí psychopatologie osobnosti

Následně se budeme věnovat pojetí psychopatologie Otty Kernberga. Jedná se o analytika, který se opírá o kleiniánský výcvik, a je představitelem egopsychologie (Fonagy, Target, 2005). Období egopsychologie je spojeno s vydáním práce *Já a ono (The Ego and the Id, 1923)*, kde Freud popsal strukturální model, který jsme si popsali v podkapitole 2.1.1. Struktura osobnosti. Tato teorie přinesla nový způsob porozumění patologii v povaze člověka (McWilliams, 2015).

Teoretická východiska, která si nyní popíšeme slouží pro porozumění nástroji, který použijeme v praktické části této práce - IPO (Inventory of Personality Organization).

2.3.1 Vývojový koncept

Primárním motivačním systémem v teorii Kernberga jsou afekty. **Afekty** jsou podle něho organizovány na libidinózní a agresivní pudy. Jsou to hypotetické konstrukty, které se díky lidským objektům stávají mentálními reprezentacemi. Vznikne tedy reprezentace self a objektu, nad nimiž převládá určitý afekt (Fonagy, Target, 2005).

Dle jeho vývojového modelu psychická struktura závisí na několika aspektech. Prvním z nich je ten, že kojeneček se rodí s jednoduchými afektivními dispozicemi **slast a nelibost**. S dalším vývojem se afekty rozšiřují. Jak už jsme psali výše, afekt vzniká prostřednictvím vztahu self a objektu. Triády self-objekt-afekt se ukládají do afektivní paměti a tím se vytvářejí pudy. Jelikož pudy střídají své objekty, nejsou těmi vyhledávacími, ale agresivní pudy jsou vyhledávací tím, že vyhledávají zničení objektu. Pudy jsou tedy základními stimuly chování. Další vývoj jedince je tedy internalizací jednotek objektivních vztahů a obran, které si jedinec proti nim vytvoří. Tyto jednotky určují strukturu ega. Ta určuje pudovou organizaci (Fonagy, Target, 2005).

Internalizace je proces, ve kterém se uplatňují procesy introjekce, identifikace a ego identita. Při introjekci dochází k interakci s prostředím shlukováním paměťových stop, které jsou spojeny s obrazem self nebo objektu a jejich vzájemné interakci v afektivním propojení. Tyto interakce jsou zvnitřňovány do psyché (Fonagy, Target, 2005).

Identifikace vyžaduje schopnost self řídit se podle vzoru objektu např. napodobování matky. Je řízena fantazií a afekty, které díky individuálním prožitkům uspokojení a frustrace určují, nakolik je reprezentace self pružná (Kernberg, 1976).

Ego identita označuje souhrn vytvořených identifikací a introjekcí. Identita jedince se vytváří tím, jak vznikne reprezentace self a objektu. Rozlišování mezi nimi nepřichází hned po narození, ale až před dovršením druhého roku dítěte. Aby se vytvořila zdravá ego identita je třeba vytvoření pevných hranic mezi self a objektem. Jde o zařazení dobrých a špatných vlastností vztahujících se do jedné celkové reprezentace self a objektu (Mitchell et al., 1999).

2.3.2 Patologický rámec struktury osobnosti

„Už na konci devatenáctého století někteří psychiatři rozpoznávali pacienty, u nichž jim připadalo, že se nacházejí na „pomezí“ mezi duševním onemocněním a duševní chorobou“ (Rosse, 1890, in McWilliams, 2015). Byli příliš duševně zdraví na to, aby byli považováni za nemocné, např. absencí halucinací, ale také nemohli být považováni za bláznivé. Proto se v rámci objektivně – vztahové diagnózy začalo mluvit o tzv. hraničních stavech.

Kernberg se zaměřuje na rozdíl od ostatních autorů objektivně-relační teorie na současný stav pacienta. Je přesvědčen, že v rámci patologie jsou narušení úrovně osobnosti složitější, ale existují tři skupiny, na které lze uplatnit psychologickou léčbu. První z nich je **neurotická** organizace osobnosti, ve které jsou pacienti schopni integrovat pozitivní i negativní stránky do druhých (Kernberg, 1984).

U **mezilehlé skupiny** pozorujeme slabou inhibici a impulzivitu, jelikož vytěsnění je přítomno se štěpením, a tak může dojít k prudkému zvratu a střídání mezi okamžiky, kdy se např. jedinec cítí kritizován, ale vzápětí kritiku přesouvá na druhé (Fonagy, Target, 2005).

Třetí skupina představuje nejzávažnější úroveň charakterové patologie, kde jsou přítomny obrany disociace a štěpení. Tato úroveň je typická pro hraniční a narcistickou organizaci osobnosti, antisociální osobnost, osobnost se sexuálními deviacemi, závislostmi a u analyticky léčených psychóz (Kernberg, 1984).

Testování reality představuje důležitý pojem v Kernbergově teorii o struktuře osobnosti. Jde o schopnost ztotožňovat se s běžnými kritérii reality a dosahovat kapacity realistického hodnocení sebe a ostatních. U jedinců, kteří se vyznačují neurotickou nebo hraniční organizací osobnosti není testování reality porušeno. Na rozdíl od toho úroveň psychotická se vyznačuje výrazným narušením testování reality (Hörz-Sagstetter, et al., 2018).

Tabulka č. 1 Aspekty úrovně organizace osobnosti (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2005)

	HRANIČNÍ ORGANIZACE	NEUROTICKÁ ORGANIZACE	NORMÁLNÍ ORGANIZACE
IDENTITA	Inkoherentní vnímání self a ostatních; Reprezentace jsou uchovány odděleně	Koherentní vnímání self a ostatních; Investování do práce, volného času; Ostré ohraničení od reprezentace objektu	Integrované vnímání self a ostatních; Investování do práce, volného času
OBRANNÉ MECHANISMY	Užívání primitivních obran	Užívání vyspělejších obran; Rigidita užívání obran; Ochraňují osobnost před intra-psychickými konflikty	Užívání vyspělejších obran; Flexibilita užívání
TESTOVÁNÍ REALITY	Proměnlivá empatie se sociálními kritérii reality; Narušen vztah mezi realitou a vnímáním reality	Správné vnímání self x non-self; Vnitřní x vnější; Schopnost testování reality je zachována	Správné vnímání self x non-self; Vnitřní x vnější; Empatie se sociálními kritérii reality
AGRESE	Na sebe zaměřená agrese; Někdy zaměřená agrese proti ostatním; Ve vážných případech agrese	Inhibovaná agrese; Výbuchy hněvu následované pocity viny	Modulování hněvu, vhodné sebeprosazení
INTERNALIZOVANÉ HODNOTY	Protikladný hodnotový systém; Neschopnost žít podle vlastních hodnot; Významná absence některých hodnot	Nadměrné pocity viny; Určitá nepružnost v jednání sám se sebou	Stabilní, nezávislé, individualizované
OBJEKTNÍ VZTAHY	Problematické interpersonální vztahy; Absence sexuálního vztahu nebo chaotické sexuální vztahy; Zmatené vnitřní pracovní modely vztahů; Vážné narušení milostných vztahů	Určitý stupeň sexuální inhibice nebo obtíže při integraci sexu a lásky; Hluboké vztahy s ostatními; Soustředění na konflikty s vybranými jedinci	Trvalé hluboké vztahy s ostatními; Sexuální intimnost kombinovaná s něhou; Koherentní vnitřní pracovní modely vztahů

2.3.3 Model hraničních poruch osobnosti

Dle Kernberga (1981) jsou kritéria pro hraniční poruchu osobnosti následující:

1. Slabost ega a jeho projevy (špatná snášenlivost afektů)
2. Nezralé obranné mechanismy včetně štěpení
3. Difuze identity
4. Sklon pro snivé myšlení bez porušeného testování reality
5. Patologické objektní vztahy

Základní příčinou, která je zodpovědná za hraniční stavy, je slabá struktura ega, která může být vrozená či získaná důsledkem traumatu. Tento jedinec se snaží oddělit obrazy self a druhých, aby nedošlo k zahlcení negativními obrazy. Objevuje se zde přání nezničit objekt, a tak dochází k rozpadnutí reprezentací self a objektu, čímž se označují nedořešené konflikty z dětství (Kernberg, 1967).

Kernberg (1985) používá pojem hraniční k pojmenování akutních projevů klientů od neurotických po psychotické. Dále jím označuje chronické fungování jedince na úrovni mezi již zmíněnými psychotickými a neurotickými jedinci. Jejich organizace osobnosti slouží jako podklad pro jiné duševní poruchy, jako je zneužívání návykových látek, alkoholismus či sexuální perverze (Kernberg, 1974).

Symptomy, které u takových jedinců můžeme pozorovat mají neurotický charakter. Patří zde např. obsedantně kompulzivní symptomy, kdy testování reality zůstává zachováno a jedinec si uvědomuje absurdnost svého chování. Fobie mohou být spojeny s vnějšími objekty (zvířata, strach z výšky), s vlastní osobou (strach z mluvení na veřejnosti či strach z červení) nebo mohou mít obsedantní charakter (strach ze špíny). Chronická úzkost je také typická. Dále zde řadíme disociativní reakce, do kterých patří fuga nebo amnézie s poruchami vědomí. Pro tyto osoby jsou charakteristické nestabilní objektní vztahy, které mohou vést k chaotickým a zvráceným fantaziím a činům ve formě sexuálních perverzí. Patří zde různé typy závislosti a formy psychogenní obezity. U těchto jedinců můžeme pozorovat prepsychotické osobnostní struktury (paranoidní osobnost, schizoidní osobnost, hypomanická osobnost) (Kernberg, 1967).

2.3.3.1 Obranné mechanismy u hraničních jedinců

Obranný mechanismus **štěpení** slouží k odstranění ambivalencí. Tím dochází k vnímání druhých buď jako „zcela dobrých“ nebo „zcela špatných. Protože jim chybí integrované ego, nejsou schopni spojit dobré a špatné obrazy self a objektu do jedné reprezentace. **Projektivní identifikaci** Kernberg chápe jako důsledek nerozlišování mezi self a objektem. K dalším obranám, které se zde uplatňují, řadí projekci, introjekci a masivní popření (Fonagy, Target, 2005). Všechny další obrany, se kterými budeme pracovat se objevují v kapitole 2.1.2 Obranné mechanismy.

3 Osobnostní psychopatologie a charakteristiky u poruch příjmu potravy

Poslední kapitola slouží k propojení poznatků mezi poruchami příjmu potravy, osobnostními charakteristikami a osobnostní psychopatií spolu s obrannými mechanismy. Uvedeme si zde výzkumy, které se snažily najít spojitost mezi těmito tématy. Jelikož je naše práce psychoanalyticky zaměřená, nejprve se podíváme, jak tento proud nahlíží na poruchy příjmu potravy spolu s dalšími uvedenými disciplínami.

3.1 Psychoanalytický pohled na poruchy příjmu potravy

Mnoho studií došlo k závěru, že pacienti s jídelními poruchami pochází z nepodpůrného prostředí, které vede k osvojení primitivních obranných mechanismů. Dle Kohuta mají tyto poruchy kořeny v nedostatečné péči ze strany matky a idealizace během dětství. Tyto skutečnosti vedou k neschopnosti seberegulace. Pro takové jedince změny v dospívání představují hrozbu, jelikož spatřují strach ze separace a nutnosti spoléhat se sám na sebe (Caparrotta, Ghaffari, 2006).

Kernberg si všimnul, že anorektické pacientky interpretovaly svého terapeuta jako sadistického a kontrolujícího. Tuto reprezentaci vysvětloval jako internalizaci matky, kterou mají v sobě a přejí si jí zničit vyhladověním (Shamtoob, 2020).

Psychoanalytické teorie rozlišují restriktivní a přejídací chování. Tato chování jsou spojena s rozdílnými charakteristikami, které zahrnují disociativní náchylnost. Ta je běžnější spíše u psychogenního přejídání než u anorexie. Ve studii Tibona a Rothschilda (2009) měly pacientky s anorexií tendenci být spíše inhibované. Oproti tomu u pacientek s psychogenním přejídáním převažovala impulzivita. Zjistili také, že během záchvatů přejídání se objevují disociativní fenomény jako amnézie, depersonalizace či derealizace. Zvracení u mentální bulimie pak někdy slouží jako most zpět do reality.

Dle Moscata a Solana (2014) anorektické a bulimické symptomy mohou být konceptualizovány jako primitivní obrany podobné autistickým obranám, ve kterých se tělo stává krunýřem. Pacienty pak má chránit před nesnesitelnými stavy. Tento krunýř se také nazývá autistické jádro, které štěpí pacienta od zbytku jeho osobnosti, aby se mohl naučit zralejšímu fungování díky oddělení od patologické organizace. Tento stav nastává jako reakce na rané trauma s počátkem v dětství.

3.2 Osobnostní charakteristiky a psychopatologie u poruch příjmu potravy

Z dostupné literatury vyplývá, že všechny typy poruch příjmu potravy bývají charakterizovány zvýšeným perfekcionismem, neuroticismem a vyhýbáním se motivaci. Zvýšená je i citlivost na sociální odměny a naopak extraverze spolu se sebeovládáním bývají snižované než u kontrolních skupin. U mentální bulimie se vyskytuje vyšší impulzivita než u MA. Vyhýbavá a obsedantně kompulzivní porucha se objevuje hlavně u restriktivního typu mentální anorexie a psychogenního přejídání. Zatímco hraniční a paranoidní porucha se objevuje hlavně u purgativní MA, MB a atypickými PPP (Farstad, McGeown, von Ranson, 2016).

Výzkum, který provedli Wilson, Loxton, O'Shannessy, Sheeran a Morgan (2019) se zabýval tím, jakou roli hraje osobnost v kontextu rozvoje a udržování poruch příjmu potravy prostřednictvím biologické teorie RST. Tato teorie je založena na rozdílné citlivosti mozkových systémů při reagování na odměňující a trestající podněty. Jak bylo očekáváno, obě skupiny (anorektické dívky a dívky s psychogenním přejídáním) skórovaly výš u škál úzkosti a strachu než kontrolní zdravá skupina. Skóre u obou skupin bylo vyšší i u behaviorální inhibice a citlivosti na ohrožení. Skupina s psychogenním přejídáním ukázala vyšší skóre u impulzivity a nižší vytrvalost při dosahování cíle než kontrolní skupina.

Je dokázáno, že jedinci trpící psychogenním přejídáním mají společné některé charakteristiky s lidmi závislými na určitých látkách. Obě skupiny dosahují vyššího skóre u úzkosti a deprese, což dokazují výzkumy Brownley et al. (2016) nebo Latvala et al. (2009). Charakteristické jsou pro ně i rysy impulzivity a vyhledávání nových zážitků (Conrod et al., 2013). Další výzkumy u obou skupin ukazují horší dovednosti v mezilidských vztazích, vyhýbání se emočním projevům a sníženou schopnost vyrovnat se s negativními pocity (Ivanova et al., 2015). Pro výše uvedené charakteristiky provedli Davis, Mackew, Levitan, Kaplan, Carter a Kennedy (2017) studii, kde potvrdili hypotézu, že jedinci s psychogenním přejídáním vykazují vyšší adiktivní chování než jejich kontrolní skupina.

Braun, Sunday a Halmi (1994) zkoumali komorbiditu poruch příjmu potravy, kdy se jim potvrdilo, že u anorektických pacientů se objevují afektivní poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy a fobie. Přičemž MA se často u jedinců s těmito poruchami vyvíjí jako sekundární. Bulimičtí pacienti také dosahují vysokých hodnot u afektivních poruch a tyto hodnoty zůstávají vysoké i u zneužívání návykových látek a úzkostných poruch. Autoři

upozorňují na nekonzistentní výsledky ve zkoumání psychických poruch ve spojitosti s poruchami příjmu potravy, což může být způsobeno použitím nereliabilních metod, malými výzkumnými vzorky či používáním nejednotných definic pro poruchy osobnosti. Před různorodými výsledky varují i Solomon-Krakus, Uliaszek a Bagby (2020).

Studie Newtona (2019) hledala transdiagnostické prvky mezi PPP a hraniční poruchou osobnosti, které by mohly sloužit k léčbě. Ukázalo se, že sdílené syndromální složky zahrnují problémy s afekty, mezilidské problémy, problémy se sebevědomím a impulzivitou. Komorbiditě těchto dvou poruch se dá porozumět kvůli efektu kultury, přístupu k tloušťce a neurobiologii při hladovění či restrikci potravy.

Nejčastější poruchou osobnosti, hraniční poruchu osobnosti, vyskytující se u bulimických pacientů, zaznamenala studie Ames-Frankela, Devlina, Walshe, Strassera, Sadika, Oldhama a Roose (1992). Pacientům byl administrován test Personality Disorder Examination (PDE), ve kterém se u pacientů s PPP vyskytovala nejvíc.

K zajímavým výsledkům dospěli Chung, Kim, Lee, a Jung (2017), kteří zjistili, že držení diet od dětství přináší větší psychopatologické problémy, než když se s dietami začne v dospělosti. Výsledky se shodují se studií, kterou zrealizovali Haedt, Edler, Heatherton a Keel (2006). Navíc přišli s dalšími charakteristikami pro PPP. U psychogenního přejídání se výsledky shodují s výše uvedenými (vysoké skóry u impulzivity a úzkosti). U pacientů s mentální anorexií se potvrdily výsledky shodné s mnoha studiemi provedenými na toto téma, např. Bardone-Cone et al., (2007), Egan, Wade, Shafran, (2011) či Farstad et al., (2016), ve kterých tito jedinci dosahovali vysokých skórů u rigidního perfekcionismu.

Signifikantní výsledky prokázala studie, ve které byli pacienti s hraniční poruchou osobnosti diagnostikováni také s mentální bulimií a atypickými poruchami příjmu potravy. Oproti tomu skupina pacientů s mentální anorexií dosahovala signifikantních výsledků u obsedantně kompulzivní poruchy. Byli zde zařazeni i muži u kterých se nevyskytovaly žádné významné výsledky (Reas, Rø, Karterud, Hummelen, Pedersen, 2013).

van Eeden, Hoek, van Hoeken, Deen, Oldehinkel (2020) zkoumali, zda temperament v preadolescenci ovlivňuje tělesnou váhu a rozvoj PPP v dospívání a adolescenci. Dospěli k závěru, že vyšší negativní afektivita a namáhavá kontrola hrají roli v rozvoji váhových či jídelních problémů během adolescence. Výsledky se shodují s mnoha výzkumy provedenými

na toto téma (Bergmeier, Skouteris, Horwood, Hooley, Richardson, 2014; Graziano, Kelleher, Calkins, Keane, Brien, 2013; Martin et al., 2000),

3.3 Obranné mechanismy a poruchy příjmu potravy

Mnoho autorů zkoumalo, zda obranné mechanismy přispívají ke vzniku poruch příjmu potravy. Například Garfinkel, Moldofsky a Garner (1980, in Steiner, 1990) konstatují, že používání nezralých obran způsobí nepřipravenost jedince na dospívání. V takovém případě se často rozvíjí nějaká psychopatologie, což může být i porucha příjmu potravy. Steiner (1990) uvádí, že mnoho studií zjistilo užívání neurotických obran pacientkami s mentální anorexií. Dle něho ale mnoho z těchto studií nepoužívalo standardizované metody. Stejných výsledků se dopátral výzkum Vidović, Henigsberg a Jureša (2003). Stejně tak Bond (2004) dokázal, že pacientky s MB a MA vykazují signifikantně vyšší skóre u nezralých obranných mechanismů než dívky zdravé. Pacientky s mentální bulimií zde dosáhly signifikantnějších výsledků v užívání těchto nezralých obran než pacientky s mentální anorexií.

Výzkum z prostředí České republiky provedla Ježková (2006), která zkoumala obranné mechanismy u pacientek s anorexií. Díky dotazníku DSQ – 40 zjistila, že se pacientky významně lišily od kontrolní zdravé skupiny v užívání nezralých a neurotických obran. K podobným výsledkům dospěla studie Steina, Bronsteina a Weizmana (2003), kteří potvrdili užívání nezralých a neurotických obran u atypických poruch příjmu potravy. Výsledky poukazující na využívání neurotických a nezralých obran u dívek s rizikem poruch příjmu potravy potvrzuje i výzkum v rámci mé bakalářské práce (Světlíková, 2018).

Screeningovou studií se zabývali Steiger a Houle (1991), kteří pomocí dotazníků EAT – 26 a DSQ – 40 detekovali 11 žen z celkového souboru $n = 112$, vykazujících symptomy poruch příjmu potravy spolu s vyšším užíváním maladaptivních obran oproti ženám bez symptomů PPP.

V užívání jednotlivých obranných mechanismů uvedeme studii autorů Poikolainen, Kanerva, Marttunen a Lönnqvist (2001), v jejichž studii vyšlo, že pacientky s PPP výrazně víc využívaly pasivní agresí, sublimaci a odčinění. V mé bakalářské práci jsme došli k závěru, že dívky vykazující riziko poruchy příjmu potravy skórovaly výš v dotazníku DSQ – 40 v obranných mechanismech idealizace, reaktivní formace, přesunu a somatizace (Světlíková, 2018).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Výzkumný problém

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala tématu poruch příjmu potravy a obranných mechanismů. V této diplomové práci budeme mít za úkol rozšířit a ověřit získané informace rozšířením souboru a proniknutím hlouběji do osobnosti.

V teoretické části jsme se seznámili s poruchami příjmu potravy, jejichž výskyt stále stoupá (Smink et. al., 2012). Proto je potřeba věnovat této skupině onemocnění pozornost pro lepší porozumění. Kvůli tomuto předpokladu budeme chtít zjistit, jak jsou poruchami příjmu potravy ohroženy dívky ve studentském prostředí Univerzity Palackého v Olomouci. Zahrnuli jsme zde pouze ženské pohlaví, jelikož právě ženy trpí touto skupinou onemocnění nejvíc (Striegel – Moore, 1995).

Abychom došli k podstatě těchto poruch a pronikli k nim hlouběji, představili jsme si také osobnost člověka, poruchy osobnosti a obranné mechanismy. Skupina poruch příjmu potravy je často komorbidní s hraniční poruchou osobnosti (Farstad, McGeown, von Ranson, 2016). Hraniční organizací osobnosti se zabýval Otto Kernberg. Nemluvíme zde přímo o hraniční poruše osobnosti, ale díky jeho strukturální teorii a míře závažnosti narušení lze pozorovat určité podobnosti a předpokládat tak možný výskyt této poruchy (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2005).

Pro ověření našich poznatků poslouží obranné mechanismy, díky kterým se člověk vypořádává s každodenními situacemi. Pro osoby využívající maladaptivní obrany může být vypořádávání se s nimi složitější, což většinou vyústí v nějakou formu psychopatologie (Garfinkel, Moldofsky a Garner, 1980, in Steiner, 1990). V naší práci tak budeme ověřovat, zda existuje vztah v užívání maladaptivních obran s určitou formou psychopatologie dle Kernbergova konceptu.

V prostředí České republiky není znám výzkum, který by se zabýval Kernbergovým konceptem v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Pouze Dvořáková (2019) provedla podobně zaměřenou studii stejnou metodou, kterou budeme používat my, u závislých jedinců, kteří si nesou některé podobné charakteristiky s PPP (Newton, 2019), a proto mezi nimi lze hledat určitou podobnost.

4.1 Cíle

Cíle našeho výzkumu byly stanoveny dle informací z výzkumů a dostupné literatury. Na základě těchto zjištění jsme stanovili následující cíle:

- 1) Zjistit četnost dívek, které jsou ohroženy poruchami příjmu potravy na jednotlivých fakultách Univerzity Palackého v Olomouci.
- 2) Zjistit, zda existuje souvislost mezi dívkami s rizikem poruchy příjmu potravy a narušenou organizací osobnosti a zda existuje vztah mezi užíváním obranných mechanismů a danou organizací osobnosti.

4.2 Hypotézy

H1: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru v narušení organizace osobnosti než dívky bez rizika.

H2: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru u neurotických obranných mechanismů než dívky bez rizika.

H3: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru u nezralých obranných mechanismů než dívky bez rizika.

H4: Existuje rozdíl v užívání jednotlivých obranných mechanismů u dívek s rizikem poruchy příjmu potravy a bez rizika.

5 Popis metodologického rámce a metod

V této kapitole si popíšeme zvolený metodologický rámec tohoto výzkumu. Představíme si metody, které zde byly použity a postup práce při zpracovávání dat. Nakonec se zamyslíme nad etickými otázkami výzkumu.

5.1 Zvolený typ výzkumu

Jelikož jsme se rozhodli prozkoumat oblast, které již byla věnována pozornost, museli jsme si zvolit kvantitativní charakter zkoumání dat. Tento přístup zkoumá jeden aspekt problému prostřednictvím statistického programu ve formě numerických dat.

5.2 Metody získávání dat

Jelikož náš výzkum měl za úkol zjistit riziko poruch příjmu potravy u studentek Univerzity Palackého, využili jsme screeningový test EAT – 26. Pro zjištění společných charakteristik jsme zvolili test IPO, který se specializuje na organizaci osobnosti dle Otty Kernberga. Pro kontrolu a hledání spojitostí jsme se rozhodli využít dotazník DSQ – 40, který zjišťuje přítomné obranné mechanismy. Po sestavení této testové baterie jsme s ohledem na situaci data sbírali prostřednictvím internetu ve formě Formulářů Google, které byly vyvěšeny na facebookových skupinách jednotlivých fakult. Populace a výběrový soubor bude popsán v kapitole Soubor.

5.2.1 EAT – 26 – The Eating Attitudes Test

Tato zkrácená metoda byla vytvořena autory Garner, Olmsted, Bohr a Garfinkel (1982) pro účely identifikace poruch příjmu potravy u běžné populace (mimo nemocniční prostředí). Jeho silnou stránkou je spolehlivá detekce emoční poruchy nezávislá na hmotnostní váze člověka, což představovalo problém u dřív vyvinutých metod, při kterých docházelo k nepřesným výsledkům v důsledku nadhodnocování váhy nemocných jedinců. EAT – 26 byl vytvořen pomocí faktorové analýzy vycházející z testu EAT – 40. Jak už název napovídá, zkrácená verze se skládá z **26 položek**. S původním testem koreluje s vysokou spolehlivostí ($r=0,98$) a vnitřní konzistencí danou koeficientem alfa, který dosahuje hodnoty 0,94.

Na položky mají probandi na výběr z šesti odpovědí na Likertově škále (1- Vždy, 2 – Velmi často, 3 – Často, 4 – Někdy, 5 – Zřídka, 6 – Nikdy). Každá odpověď má své ohodnocení, dle kterého se vypočítává celkový počet bodů v testu. V ideálním případě by probandi

dosahující **20 a více bodů** měli navštívit odborníka, který by rozhodnul, zda opravdu naplňují kritéria pro PPP. V rámci screeningových šetření jako je naše se takoví jedinci považují za rizikové. Nalezneme zde i validizační kritérium, které funguje prostřednictvím inverzní položky. V testu ji nalezneme na posledním místě (Garner, Olmsted, Bohr, Garfinkel, 1982).

Metoda složená ze tří subškál měří postoje spojené s vnímáním vlastního těla a dalšími psychologickými charakteristikami. Subškály nesou názvy: **dietní chování, bulimie a zabývání se jídlem a orální kontrola**. Jejich význam, příklady znění a reliabilitu se dozvíme v následující tabulce č. 2 (Lane, Lane, Matheson, 2004).

Tabulka č. 2 Význam, příklady a reliabilita subškál testu EAT – 26

SUBŠKÁLA	VÝZNAM	PŘÍKLAD
DIETNÍ CHOVÁNÍ	Vyhýbání se kalorickému jídlu, touha být štíhlá	Mám hrůzu z nadváhy.
BULIMIE A ZABÝVÁNÍ SE JÍDLEM	Myšlenky na jídlo	Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopna přestat.
ORÁLNÍ KONTROLA	Kontrola nad jídlem, vnímání tlaku okolí	Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.

5.2.2 DSQ – 40 – The Defense Style Questionnaire

Dotazník DSQ – 40 je určen pro detekci obranných mechanismů u běžné populace i populace z nemocničního prostředí. Zkrácená verze, kterou použijeme v našem výzkumu, se skládá ze 40 položek. Byla vytvořena faktorovou analýzou z původní 72 položkové verze na základě Vaillantova modelu obranných mechanismů. Korelace testů v pořadí nezralých, neurotických a zralých obran dosahuje hodnot 0,97, 0,93 a 0,95. Validita metody ukazuje, že neexistují rozdíly mezi muži a ženami, ale s narůstajícím věkem lze pozorovat menší používání nezralých obran. Dotazník obsahuje 20 obran rozdělených do tří zmíněných skupin a každá z nich je zastoupena dvěma položkami (Andrews, Bond a Singh, 1993).

Na otázky lze odpovídat na škále v rozmezí devíti bodů (1 znamená Rozhodně nesouhlasím a 9 Rozhodně souhlasím). Dle odpovědí získáme skóre, které lze následně porovnat s normami. V tabulce č. 3 můžeme vidět rozdělení, jednotlivé mechanismy, příklady a Cronbachovu alfu (Ruuttu, Pelkonen, Holi, 2006).

Tabulka č. 3 Dělení obranných mechanismů, ukázky položek a reliabilita testu DSQ – 40

SKUPINA OBRANNÝCH MECHANISMŮ	JEDNOTLIVÉ OBRANNÉ MECHANISMY	PŘÍKLAD	α
ZRALÉ	Sublimace, humor, anticipace, suprese	Snadno se dokážu zasmát sám sobě.	0,57
NEUROTICKÉ	Pseudoaltruismus, idealizace, reaktivní formace, odčinění	Uspokojuje mě pomáhat druhým a kdybych to dělat nemohl, byl bych v depresi.	0,60
NEZRALÉ	Projekce, pasivní agrese, agování, izolace, devalvace, autistické fantazie, popření, přesunutí, disociace, somatizace, racionalizace, štěpení	Doktoři nikdy doopravdy nechápu, co mi je.	0,75

Pozn.: α = Cronbachova alfa

5.2.3 IPO – Inventory of Personality Organization

Sebeposuzující inventář IPO byl vyvinut O. Kernbergem a J. F. Clarkinem v roce 1995. Je založen na Kernbergově konceptu hraniční organizace osobnosti. Současná 57 položková verze je odvozena od původní verze o 155 položkách. Respondenti odpovídají na otázky v rámci Likertovy škály (1 – Zcela platí, 2 – Zřídka platí, 3 – Někdy platí, 4 – Často platí, 5 – Vždy platí). Skládá se ze tří škál, kterými jsou: **difúze identity, primitivní obranné mechanismy a testování reality**. Jejich popis nalezneme v tabulce č. 4 (Preti et. al., 2015). Vnitřní konzistence (Cronbachova alfa) se pohybovala mezi škálami v rozmezí 0,81 a 0,88. Metoda sice neumožňuje rozdělení dle Kernbergových úrovní organizace osobnosti, ale dle dosažených hodnot můžeme sledovat závažnost osobnostní psychopatologie. Existuje i varianta pro strukturované interview - STIPO (Structured Interview of Personality Organization) (Lezenweger, Clarkin, Kernberg, Foelsh, 2001).

Tabulka č. 4 Popis škál a příklady položek inventáře IPO

ŠKÁLY	POPIS	PŘÍKLADY
IDENTITA	Integrace identity představuje stabilní, flexibilní a realistickou vnitřní zkušenost sebe a ostatních. Difúze identity představuje povrchní a polarizované reprezentace sebe a ostatních.	Mé cíle se neustále mění. Nedokážu vysvětlit změny svého chování.
OBRANNÉ MECHANISMY	Obrany slouží k zachování integrity jedince. Mohou být zralé a flexibilní nebo nezralé a rigidní, které narušují schopnost adaptace.	Mám své favority, které nejen obdivuji, ale téměř si je idealizuji. Lidé mě buď zaplavují láskou nebo mě opouští.
TESTOVÁNÍ REALITY	Jde o schopnost rozlišování mezi vnitřní a vnější skutečností.	Z nějakého důvodu nikdy nevím, jak se chovat k lidem. Slyším zvuky, o kterých druzí tvrdí, že neexistují.

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Zpracování dat jsme prováděli nejprve v programu Microsoft Excel, do kterého se data převedla při jejich sběru, a následně jsme k jejich analýze použili program Statistica 13.

Ve statistickém programu jsme pak zjišťovali popisné statistiky našich metod. Prověřili jsme normální rozdělní našich veličin pomocí testů normality. Statistické hypotézy jsme ověřovali t – testem pro dva nezávislé výběry a Hotellingovým testem. Pro analýzu dat napříč dotazníky jsme použili korelace.

5.4 Etické problémy a způsob jejich řešení

Data jsme získali v rámci dobrovolného dotazníkového šetření, které mělo anonymní charakter, což bylo probandům vysvětleno. V průběhu jsme se tak nesečkali s žádnými etickými problémy. V případě dotazů měli probandi možnost obrátit se na uvedený e-mail. Záměr a účel výzkumu jim byl vysvětlen před vyplňováním.

6 Soubor

Pro náš výzkum jsme vybrali studentky Univerzity Palackého. Záměrně jsme zahrnuli pouze ženské pohlaví, jelikož u mužů se poruchy příjmu potravy nevyskytují tak často. Některé výzkumy uvádějí 10 – 15 % z celkového počtu (Papežová, 2010). V diplomové práci tak budeme rozšiřovat soubor z bakalářské práce z pouze tří fakult (Lékařská, Právnická a Fakulta tělesné kultury) na všechny fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Lze předpokládat, že v průběhu studia je na studentky vyvíjená určitá forma stresu, ať už ve formě zkoušek nebo jiných stresových spouštěčů. Například na Fakultě tělesné kultury se může nějakým způsobem odrážet i v určitém stupni členství ve sportovní skupině, ve které je nutno dbát na svůj vzhled. Toto vše jsou stresové podněty, se kterými se každý vypořádává jinak a mimo jiné mohou vyústit k PPP (Nielsen, 2001).

Záměrem tedy bude ověřit výše uvedené předpoklady, tedy zda se v univerzitním prostředí nachází studentky, které jsou ohroženy poruchou příjmu potravy, a jaké obranné mechanismy využívají. Neodmyslitelným faktorem při rozvoji PPP představuje osobnost člověka, kterou se zde také budeme snažit ověřit Krch (2005).

Soubor se skládá z 301 studentek studujících na Univerzitě Palackého v Olomouci ve věku 19 – 29 let. Zvolili jsme si nepravděpodobnostní výběr, ve kterém jsme se snažili naplnit předem dané kvóty (procentuální zastoupení jednotlivých fakult). Studentky tak nebyly vybírány náhodně. Z uvedených informací můžeme tedy tvrdit, že jde o **kvótní výběr**.

Z výročních zpráv a webů² jednotlivých fakult jsme si zjistili přesné počty studentů. Dle těchto informací jsme vypočítali potřebné procentuální zastoupení studentek potřebné k našemu výzkumu. Pak jsme mohli začít data sbírat do té doby, než byly kvóty naplněny. Rozdělení fakult, počty reálně studujících, počty našich studentek ze souboru a jejich deskriptivní charakteristiky můžeme vidět v následující tabulce č. 5.

² Zdroje údajů jsou uvedeny v Seznamu literatury

Tabulka č. 5 Počty respondentů dle fakult a jejich deskriptivní charakteristiky

FAKULTA	REÁLNÝ POČET STUDENTŮ	POČET PROBANDEK	M	MIN	MAX	SD
CYRILOMETODĚJSKÁ	1447	20	21,000	19	24	1,522
FILOZOFICKÁ	5449	77	20,325	19	26	1,634
LÉKAŘSKÁ	2281	32	20,594	19	24	1,563
TĚLESNÉ KULTURY	1719	24	20,833	19	25	1,736
PEDAGOGICKÁ	4579	65	21,523	19	29	2,450
ZDRAVOTNICKÝCH VĚD	755	11	20,364	19	23	1,433
PRÁVNICKÁ	1497	21	20,190	19	22	1,123
PŘÍRODOVĚDECKÁ	3542	51	20,098	19	22	0,900

Pozn.: M = Průměr, SD = Směrodatná odchylka

7 Výsledky

Nyní si představíme výsledky, ke kterým jsme dospěli. Jako první si ukážeme popisné statistiky použitých metod. Dále si popíšeme způsob, jakým jsme ověřovali statistické hypotézy a jakým jsme zjišťovali vytyčené cíle výzkumu.

7.1 Popisná statistika metod

Tato kapitola slouží k představení popisných statistik použitých metod. Pro každou metodu byla vytvořena tabulka, která demonstruje naměřené hodnoty. Před každou tabulkou nalezneme její interpretaci.

Tabulka č. 6 ukazuje naměřené hodnoty jednotlivých subškál testu EAT - 26. Nejnižší dosažený počet v testu byl 1. Naopak nejvyšší počet bodů byl 60. U všech škál dále pozorujeme pravostranné zešikmení, přičemž nejvyšší dosahuje subškála Bulimie.

Tabulka č. 6 Popisné statistiky EAT-26

PROMĚNNÁ	N	M	MIN.	MAX.	SD	ŠIKMOST	ŠPIČATOST
DIETNÍ CHOVÁNÍ	301	6,346	0	35	6,504	1,406	1,943
BULIMIE	301	1,738	0	15	2,700	2,051	4,452
ORÁLNÍ KONTROLA	301	2,309	0	19	2,985	2,310	7,271
EAT-26_TOTAL	301	12,145	1	60	9,705	1,575	3,154

Pozn.: N = Rozsah souboru, M = Průměr, SD = Směrodatná odchylka, SCH = Standartní chyba, EAT-26_TOTAL = Celkový počet bodů v EAT-26

V následující tabulce si můžeme prohlédnout popisné statistiky testu DSQ – 40. U hlavních škál zralých a neurotických obranných mechanismů pozorujeme levostranné zešikmení, naopak tomu je u škály nezralých obran, kde je zřejmé její pravostranné zešikmení. Dále si zde můžeme prohlédnout i hodnoty pro jednotlivé obranné mechanismy.

Tabulka č. 7 Popisné statistiky DSQ – 40

PROMĚNNÁ	N	M	MIN	MAX	SD	ŠIKMOST	ŠPIČATOST
ZRALÉ	301	5,657	2,250	8,625	1,175	-0,343	-0,050
NEUROTICKÉ	301	4,620	1,125	8,500	1,221	-0,160	0,172

NEZRALÉ	301	4,541	2,458	6,667	0,814	0,178	-0,126
SUBLIMACE	301	5,091	1,000	9,000	1,993	0,058	-0,776
HUMOR	301	6,630	1,000	9,000	1,826	-0,772	0,279
ANTICIPACE	301	5,492	1,000	9,000	1,622	-0,174	-0,162
SUPRESE	301	5,420	1,000	9,000	1,792	0,009	-0,605
ODČINĚNÍ	301	4,749	1,000	9,000	1,945	0,013	-0,469
PSEUDOALTRUISMUS	301	5,269	1,000	9,000	1,556	-0,264	-0,209
IDEALIZACE	301	3,977	1,000	9,000	1,966	0,252	-0,522
REAKTIVNÍ FORMACE	301	4,487	1,000	9,000	1,699	-0,165	-0,210
PROJEKCE	301	3,759	1,000	8,000	1,751	0,258	-0,786
PASIVNÍ AGRESEE	301	3,601	1,000	9,000	1,614	0,386	-0,201
AGOVÁNÍ	301	5,427	1,000	9,000	1,985	-0,116	-0,762
IZOLACE	301	4,726	1,000	9,000	2,369	0,049	-1,045
DEVALVACE	301	5,028	1,500	9,000	1,323	-0,116	-0,016
AUTISTICKÉ FANTAZIE	301	5,188	1,000	9,000	2,303	-0,128	-1,066
POPŘENÍ	301	3,100	1,000	8,000	1,647	0,612	-0,329
PŘESUN	301	4,648	1,000	9,000	1,818	0,101	-0,401
DISOCIACE	301	3,600	1,000	8,500	1,638	0,531	-0,139
ŠTĚPENÍ	301	4,374	1,000	9,000	1,949	0,345	-0,218
RACIONALIZACE	301	5,362	1,000	9,000	1,584	-0,118	-0,279
SOMATIZACE	301	5,718	1,000	9,000	1,767	-0,109	-0,499

Pozn.: N = Rozsah souboru, M = Průměr, SD = Směrodatná odchylka

V tabulce popisných statistik testu IPO si můžeme všimnout, že minimum bodů získaných v testu byl 69. Maximum se vyšplhalo na 241 bodů.

Tabulka č. 8 Popisné statistiky IPO

PROMĚNNÁ	N	M	MIN	MAX	SD
TESTOVÁNÍ REALITY	301	45,263	23	85	11,975
DIFÚZE IDNTITY	301	58,548	26	97	13,308
PRIMITIVNÍ OBRANY	301	38,841	17	74	10,232
IPO_TOTAL	301	142,651	69	241	31,783

Pozn.: N = Rozsah souboru, M = Průměr, SD = Směrodatná odchylka, IPO_TOTAL = Celkový počet bodů v IPO

7.2 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

1) Zjistit četnost dívek, které jsou ohroženy poruchami příjmu potravy na jednotlivých fakultách Univerzity Palackého v Olomouci.

Tabulka č. 12 ukazuje rozdělení našeho souboru na dvě skupiny. První skupina označena číslem **0** představuje četnost dívek, které dle dotazníku EAT - 26 nejsou ohroženy poruchou příjmu potravy. Skupina pojmenovaná číslem **1** označuje ty dívky, které test EAT - 26 označil jako rizikové pro vznik poruchy příjmu potravy. Tabulka dále ukazuje přesné údaje o absolutní a relativní četnosti.

Jak už jsme avizovali v předešlých kapitolách, abychom mohli určit, zda jedinec trpí poruchou příjmu potravy, museli bychom jej poslat na detailnější vyšetření s odborníkem. Pro účely této práce budeme přihlížet pouze k výsledkům dotazníku EAT - 26 a zůstaneme u označení rizika poruchy příjmu potravy

Tabulka č. 9 Četnosti souboru rozděleného na skupiny

	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	OZNAČENÍ
0-19 BODŮ	247	82%	0
20 A VÍCE BODŮ	54	18%	1

2) Zjistit, zda existuje souvislost mezi dívkami s rizikem poruchy příjmu potravy a narušenou organizací osobnosti a zda existuje vztah mezi užíváním obranných mechanismů a danou organizací osobnosti.

H1: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru v narušení organizace osobnosti než dívky bez rizika.

Pro ověření této hypotézy jsme použili t-test pro dva nezávislé výběry. Rozhodli jsme se pro parametrickou metodu, jelikož výsledky testů normality (Shapiro-Wilkův test měl hodnotu 0,986 a p hodnota byla rovna $p = 0,000$) a histogramy metody poukazovaly na normální rozdělení. Stanovená hladina významnosti je $p < 0,005$.

Naměřené hodnoty v tabulce č. 10 jsou zvýrazněny červenou barvou, jelikož jde o signifikantní výsledky. Kromě škály Testování reality, kde $p = 0,004$ a tudíž jde o vysoce signifikantní výsledky, můžeme výsledky zbylých škál označit za velmi vysoce signifikantní, jelikož zde $p = 0,000$. Z tohoto důvodu můžeme hypotézu H1 přijmout.

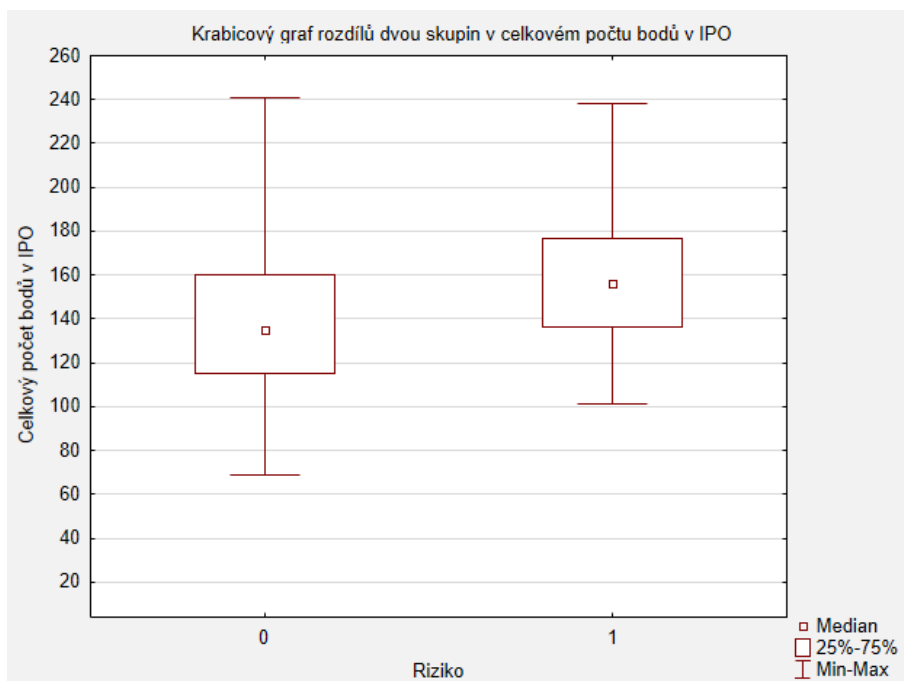
Tabulka č. 10 Výsledky IPO pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry

PROMĚNNÁ	M 0	M 1	t	df	p	N 0	N 1	SD 0	SD 1	F	p	Coh.d
TESTOVÁNÍ REALITY	44,348	49,444	-2,867	299	0,004	247	54	11,844	11,785	1,010	1,000	0,431
DIFÚZE IDNTITY	57,182	64,796	-3,898	299	0,000	247	54	13,107	12,513	1,097	0,703	0,586
PRIMITIVNÍ OBRANY	37,777	43,704	-3,948	299	0,000	247	54	9,927	10,288	1,074	0,703	0,593
IPO_TOTAL	139,308	157,944	-4,000	299	0,000	247	54	31,248	29,925	1,090	0,724	0,601

Pozn.: N = Rozsah souboru, M = Průměr, SD = Směrodatná odchylka, Coh.d = Cohenovo d, IPO_TOTAL = Celkový počet bodů v IPO

Graf č. 1 ukazuje rozdíly mezi skupinami dívek s rizikem poruchy příjmu potravy (1) a bez rizika (0) v závislosti na celkovém skóru v testu IPO

Graf č. 1 Rozdíly dvou skupin v celkovém počtu bodů v IPO



H2: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru u neurotických obranných mechanismů než dívky bez rizika.

H3: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru u nezralých obranných mechanismů než dívky bez rizika.

Výše uvedené hypotézy budeme obě ověřovat také pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry. Normální rozdělení bylo ověřováno pomocí Shapiro-Wilkova testu, jejichž hodnota byla 0,993 pro obě proměnné s p hodnotou 0,197 pro škálu neurotické obranné mechanismy a 0,185 pro nezralé mechanismy.

V tabulce č. 11 jsou uvedeny výsledky t-testu pro dva nezávislé výběry, které poukazují na velmi vysoce signifikantní výsledky u nezralých obranných mechanismů, jelikož p-hodnota je rovna číslu $p = 0,000$ s mírou účinku vypočítanou dle Cohenova $d = 0,631$.

Tabulka č. 11 Výsledky t-testu pro dva nezávislé výběry škál Neurotické a Nezralé obrany v testu DSQ – 40

PROMĚNNÁ	M 0	M 1	t	df	p	N 0	N 1	SD 0	SD 1	F	p	Coh.d
NEUROTICKÉ	4,575	4,829	-1,385	299	0,167	247	54	1,217	1,228	1,018	0,896	-
NEZRALÉ	4,451	4,951	-4,200	299	0,000	247	54	0,785	0,825	1,102	0,615	0,631

Pozn.: M = Průměr, N = Rozsah souboru, SD = Směrodatná odchylka, Coh.d = Cohenovo d

H4: Existuje rozdíl v užívání jednotlivých obranných mechanismů u dívek s rizikem poruchy příjmu potravy a bez rizika.

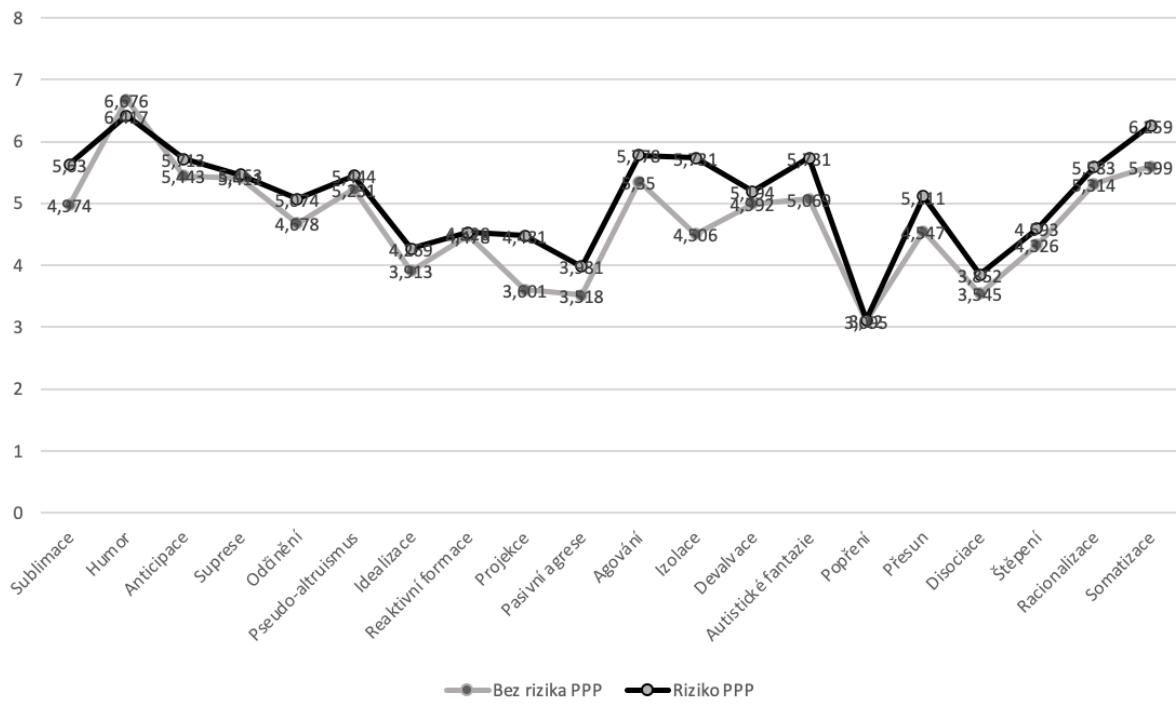
V rámci testování rozdílu v užívání jednotlivých obranných mechanismů u dvou skupin jsme použili Hotellingův test. Za signifikantní výsledky, jejichž $p < 0,05$, můžeme označit mechanismy **Sublimace, Přesun a Somatizace, Projekce a Izolace.**

Tabulka č. 12 Hotellingův test jednotlivých obranných mechanismů

PROMĚNNÁ	M 0	M 1	t	df	p	N 0	N 1	SD 0	SD 1	F	p	Coh.d
SUBLIMACE	4,974	5,630	-2,205	299	0,028	247	54	1,918	2,247	1,373	0,116	0,331
HUMOR	6,676	6,417	0,946	299	0,345	247	54	1,773	2,055	1,343	0,143	
ANTICIPACE	5,443	5,713	-1,107	299	0,269	247	54	1,620	1,630	1,013	0,916	
SUPRESE	5,411	5,463	-0,193	299	0,847	247	54	1,719	2,112	1,509	0,041	
ODČINĚNÍ	4,678	5,074	-1,357	299	0,176	247	54	1,958	1,869	1,097	0,705	
PSEUDO-ALTRUISMUS	5,231	5,444	-0,914	299	0,362	247	54	1,513	1,745	1,329	0,158	
IDEALIZACE	3,913	4,269	-1,205	299	0,229	247	54	1,917	2,171	1,283	0,216	
REAKTIVNÍ FORMACE	4,478	4,528	-0,196	299	0,845	247	54	1,653	1,914	1,341	0,145	
PROJEKCE	3,601	4,481	-3,406	299	0,001	247	54	1,659	1,981	1,426	0,078	0,512
PASIVNÍ AGRESE	3,518	3,981	-1,920	299	0,056	247	54	1,546	1,861	1,448	0,066	
AGOVÁNÍ	5,350	5,778	-1,436	299	0,152	247	54	1,919	2,250	1,375	0,114	
IZOLACE	4,506	5,731	-3,508	299	0,001	247	54	2,362	2,147	1,210	0,409	0,527
DEVALVACE	4,992	5,194	-1,019	299	0,309	247	54	1,269	1,549	1,491	0,047	
AUTISTICKÉ FANTAZIE	5,069	5,731	-1,924	299	0,055	247	54	2,284	2,333	1,043	0,807	
POPŘENÍ	3,095	3,120	-0,102	299	0,919	247	54	1,658	1,613	1,056	0,838	
PŘESUN	4,547	5,111	-2,078	299	0,039	247	54	1,775	1,956	1,215	0,330	0,312
DISOCIACE	3,545	3,852	-1,250	299	0,212	247	54	1,627	1,681	1,068	0,722	
ŠTĚPENÍ	4,326	4,593	-0,911	299	0,363	247	54	1,936	2,010	1,077	0,692	
RACIONALIZACE	5,314	5,583	-1,133	299	0,258	247	54	1,547	1,742	1,268	0,238	
SOMATIZACE	5,599	6,259	-2,508	299	0,013	247	54	1,780	1,613	1,219	0,392	0,377

Pozn.: M = Průměr, N = Rozsah souboru, SD = Směrodatná odchylka, Coh.d = Cohenovo d

Graf č. 2 Rozdíly skupin v jednotlivých obranných mechanismech



7.3 Analýza vztahů mezi dotazníky

Pro lepší pochopení jsme se rozhodli provést analýzu vztahů mezi jednotlivými dotazníky pomocí korelací. Budou nás zajímat hlavně souvislosti s metodou IPO.

7.3.1 Analýza celkového počtu bodů dotazníků IPO a EAT – 26

Následující tabulka č. 13 ukazuje výsledky Spearmanovy korelace mezi celkovým skórem dotazníku IPO a EAT – 26. Spearmanovu korelaci jsme použili z důvodu porušení podmínky normálního rozdělení u škály Celkového počtu bodů v testu EAT – 26. Můžeme tedy pozorovat vztah mezi těmito dvěma dotazníky. Jednotlivé korelace škál přikládáme do příloh.

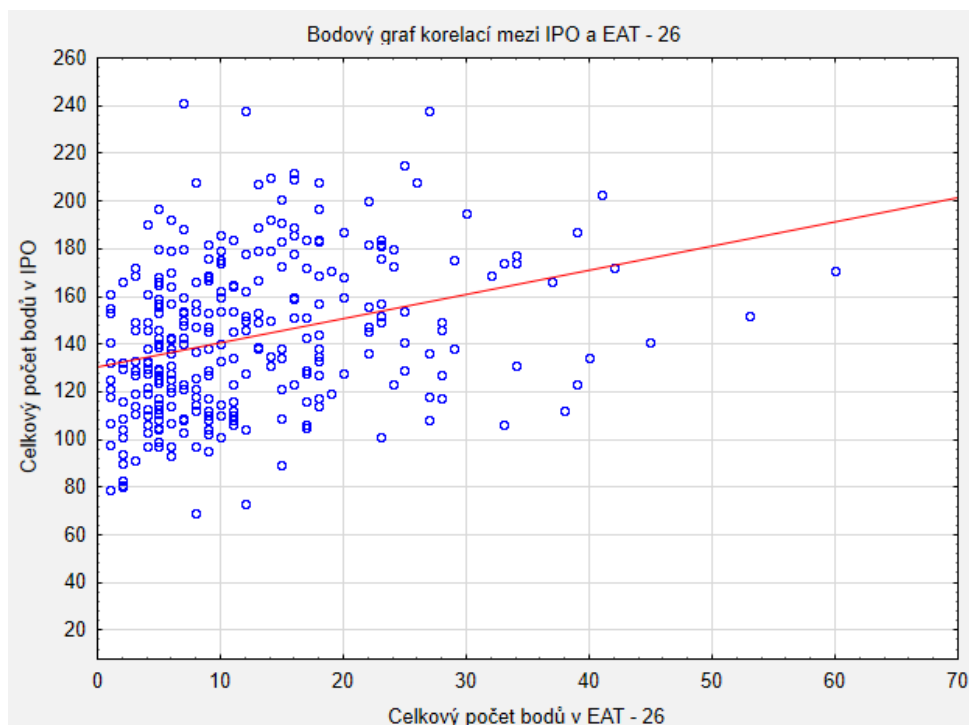
Tabulka č. 13 Spearmanova korelace Celkového skóre dotazníků EAT – 26 a IPO

	N	SPEARMAN R	t(n-2)	p-hodnota
EAT_TOTAL & IPO_TOTAL	301	0,361	6,695	0,000

Pozn.: N = Rozsah souboru

Vztah těchto dvou proměnných ukazuje graf č. 2. Čím větší počet bodů dosahují jedinci v testu EAT – 26, tím větší počet bodů dosahují také v testu IPO.

Graf č. 3 Korelace mezi IPO a EAT - 26



7.3.2 Analýza celkového počtu bodů v dotazníku IPO a DSQ - 40

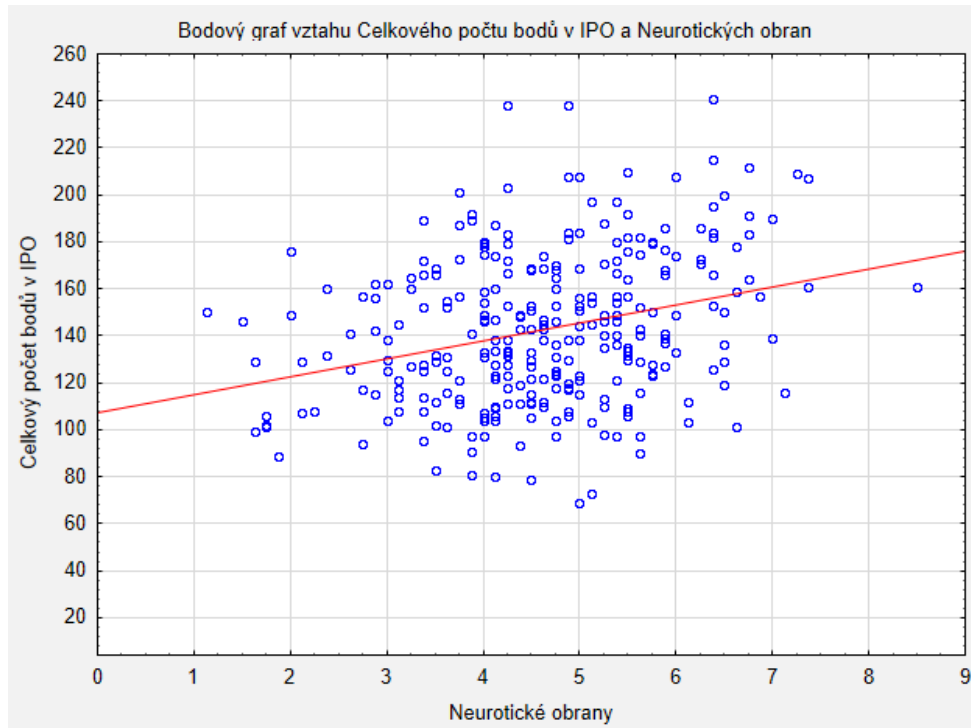
V následující tabulce můžeme vidět výsledky Pearsonových korelací mezi škálou celkového počtu bodů v dotazníku IPO a jednotlivými skupinami obran dotazníku DSQ - 40. Nejsilnější korelaci pozorujeme u nezralých obran. Pro porovnání uvádíme korelaci mezi zralými obranami, u kterých nepozorujeme žádný vztah. Výsledky mezi jednotlivými škálami přikládáme do přílohy.

Tabulka č. 14 Pearsonovy korelace celkového skóru IPO a skupin obranných mechanismů v testu DSQ - 40

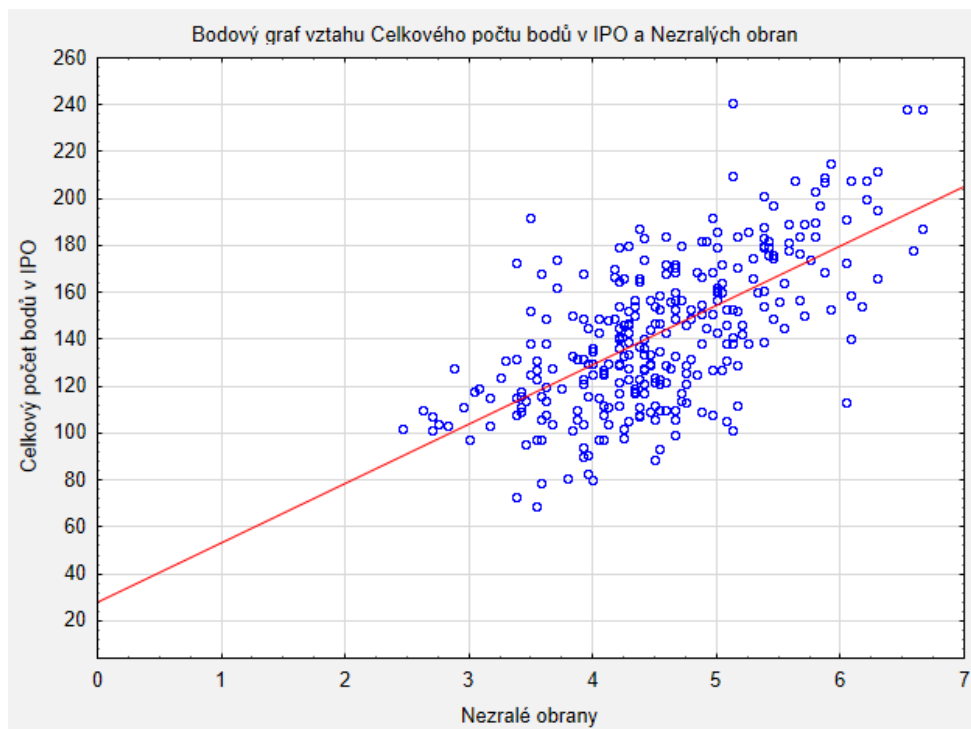
	$r(X,Y)$	r^2	p
ZRALÉ OBRANY	-0,098	0,010	0,090
NEUROTICKÉ OBRANY	0,295	0,087	0,000
NEZRALÉ OBRANY	0,649	0,421	0,000

Grafické znázornění vztahů mezi neurotickými a nezralými obranami ukazují následující grafy.

Graf č. 4 Korelace celkového počtu bodů v IPO a neurotických obran



Graf č. 5 Korelace celkového počtu bodů v IPO a nezralých obran



7.4 Přehled výsledků

V této kapitole si shrneme výsledky našeho výzkumu. Pod cílem jsou přiřazeny příslušné hypotézy a interpretace jejich výsledků.

1) Zjistit četnost dívek, které jsou ohroženy poruchami příjmu potravy na jednotlivých fakultách Univerzity Palackého v Olomouci.

Četnost dívek s rizikem poruchy příjmu potravy z celkového počtu $N = 301$ byla 54. Relativní četnost pak byla vypočítána na 18 %.

2) Zjistit, zda existuje souvislost mezi dívkami s rizikem poruchy příjmu potravy a narušenou organizací osobnosti a zda existuje vztah mezi užíváním obranných mechanismů a danou organizací osobnosti.

H1: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru v narušení organizace osobnosti než dívky bez rizika.

Nalezli jsme velmi vysoce signifikantní výsledky v celkovém skóru narušení organizace osobnosti mezi skupinou dívek s rizikem poruchy příjmu potravy, kde p – hodnota dosahovala hodnoty 0,000 ($p < 0,001$). **Hypotézu č. 1** jsme tak mohli **přijmout**.

H2: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru u neurotických obranných mechanismů než dívky bez rizika.

Na stanovené hladině významnosti jsme nenalezli signifikantní výsledky, jelikož p – hodnota u škály neurotických obranných mechanismů dosahovala čísla 0,167. **Hypotézu č. 2** jsme museli **zamítnout**.

H3: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru u nezralých obranných mechanismů než dívky bez rizika.

Výsledky škály nezralých obranných mechanismů vyšly jako velmi vysoce signifikantní, p – hodnota zde nabývá hodnoty 0,000 ($p < 0,001$). Proto jsme **hypotézu č. 3** mohli **přijmout**.

H4: Existuje rozdíl v užívání jednotlivých obranných mechanismů u dívek s rizikem poruchy příjmu potravy a bez rizika.

Na základě výsledků můžeme konstatovat, že jsme našli signifikantní rozdíly v užívání jednotlivých obranných mechanismů mezi našimi skupinami. Signifikantní hodnoty dle vypočítané p – hodnoty ($p < 0,05$) se objevily u mechanismů sublimace, projekce, přesunu a somatizace. Díky tomuto zjištění **přijímáme hypotézu č. 4.**

Analýza vztahů mezi dotazníkem IPO a EAT – 26

Nalezli jsme významnou Spearmanovu korelaci $R = 0,361$ mezi škálami celkových počtů bodů u dotazníků IPO a EAT – 26.

Analýza vztahů mezi dotazníkem IPO a DSQ – 40

Na základě Pearsonových korelací jsme našli velmi vysoce signifikantní vztah mezi celkovým skóre IPO a neurotickými ($r = 0,295$) a nezralými ($r = 0,649$) obranami.

Pro přehlednost můžeme nahlédnout do tabulky č. 15, která vyobrazuje jednotlivé hypotézy, jejich příslušné tabulky a rozsudky.

Tabulka č. 15 Přehled hypotéz

ZNĚNÍ	ČÍSLO TABULKY	ROZSUDEK
<i>H1: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru v narušení organizace osobnosti než dívky bez rizika.</i>	10	Přijímáme
<i>H2: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru u neurotických obranných mechanismů než dívky bez rizika.</i>	11	Zamítáme
<i>H3: Dívky s rizikem poruchy příjmu potravy dosahují vyššího skóru u nezralých obranných mechanismů než dívky bez rizika.</i>	11	Přijímáme
<i>H4: Existuje rozdíl v užívání jednotlivých obranných mechanismů u dívek s rizikem poruchy příjmu potravy a bez rizika.</i>	12	Přijímáme

8 Diskuze

V následující kapitole si rozvedeme výsledky, ke kterým jsme našim výzkumem došli. Prvním cílem práce bylo provést screening poruch příjmu potravy u studentek Univerzity Palackého v Olomouci. Tato diplomová práce slouží jako rozšíření bakalářské práce (Světlíková, 2018), kde jsme provedli šetření pouze na třech fakultách Univerzity Palackého v Olomouci. Náš výzkum byl proveden na všech fakultách s rozšířeným souborem $N = 301$. Byl tvořen pouze dívkami ve věku 19 – 29 let, jelikož ženské pohlaví je především ohroženo skupinou těchto onemocnění (Striegel-Moore, 1995). Dotazníkové šetření se skládalo z dotazníku EAT – 26, který našel 54 dívek ohrožených poruchou příjmu potravy a rozdělil nám tak vzorek na dvě skupiny – skupina dívek s rizikem a bez rizika této poruchy.

Data byla sbíraná testovou baterií, která zahrnovala již zmíněný test EAT – 26 a dále dotazníky IPO a DSQ – 40, ke kterým se vyjádříme o pár řádků dál. Sběr probíhal v online prostředí s ohledem na společenskou situaci do té doby, než byly naplněny předem dané kvóty tzn. dle kvótního výběru. Tato data byla vyhodnocována v programech Microsoft Excel a Statistica 13. Jsme si vědomi, že sběr dat nebyl ideálním řešením, ale kvůli pandemické situaci jsme nemohli postupovat jinak.

Zde bych se ráda vyjádřila k povaze našeho souboru. Jelikož je velmi obtížné dostat se k pacientkám s PPP, které většinou svou nemoc skrývají anebo organizace, pod kterými jsou pacientky vedeny nechtějí navázat spolupráci kvůli zatěžování jejich psychického stavu, nemůžeme tak výsledky zobecňovat na populaci pacientů s poruchami příjmu potravy. V tomto ohledu bychom mohli vidět určitý limit našeho zkoumání. Na druhou stranu jsme díky němu mohli nahlédnout k přibližnému rozložení rizika poruch v oblasti jídelního chování ve školním prostředí, což s sebou určitě nese i svá pozitiva, např. v rámci preventivních programů.

Druhý cíl s sebou nesl ambici zjistit souvislosti v hraniční organizaci osobnosti dle Kernbergova modelu mezi dívkami s rizikem poruchy příjmu potravy a bez. Nesetkali jsme se s výzkumem, který by se snažil prozkoumat tuto oblast v námi zadaných parametrech, ale našli jsme práci Dvořákové (2019), která využila stejnou metodu založenou na Kernbergově modelu, stejně jako my, ovšem u populace závislých na určitých látkách. Jelikož poruchy příjmu potravy mají dle mnoha autorů podobné charakteristiky se závislými lidmi, mohli bychom zde pozorovat určitou podobnost (Brownley et al., 2016). U obou skupin si můžeme všimnout rysů impulzivity (Conrod et al., 2013). Dále je pro ně typická snížená schopnost vyhnout se negativním emocím a vyhýbáním se emočním projevům, což může vyústit

v problémy v mezilidských vztazích (Ivanova et al., 2015). Tyto všechny popsané charakteristiky jsou projevy nezralé osobnosti, které se mohou manifestovat ve formě obranných mechanismů, které jsou také součástí naší práce a složkou dotazníku IPO - Inventory of Personality Organization. Díky ní jsme zjišťovali úroveň narušení organizace osobnosti dle Kernbergova modelu. Náš soubor jsme podrobili t-testu pro dva nezávislé výběry. Ten našel signifikantní rozdíly v rámci narušení organizace osobnosti mezi našimi skupinami. Metoda IPO nezjišťuje přítomnost hraniční poruchy osobnosti jako takové, ale lze v ní testovat zvýšená kritéria pro tuto poruchu, která bývá často komorbidní s poruchami příjmu potravy (Ames-Frankel, Devlin, Walsh, Strasser, Sadik, Oldham a Roose, 1992). Dle Kernberga (1967) se u lidí s hraniční organizací vyskytují případy s psychogenní obezitou, což podporuje naše východisko. Hypotézu o zvýšené úrovni narušení u dívek s rizikem PPP jsme přijali. Musíme zde být opatrní při interpretaci a generalizaci výsledků, protože se nejedná přímo o diagnózu PPP, jak už jsme si vysvětlili výše. V ideálním případě by dotazník musel být doplněn rozhovorem s odborníkem, který by určil, zda se opravdu jedná o poruchu příjmu potravy. Nicméně následující výsledky poukazují na možné souvislosti i bez nutnosti použít exaktní diagnózu.

Testem DSQ – 40 jsme se zaměřovali především na nezralé a neurotické obranné mechanismy, jelikož právě užívání nezralých obran je jedním z kritérií pro hraniční organizaci osobnosti (Kernberg, 1981). I když se v našem souboru jedná pouze o riziko PPP, tak je zajímavé, že výsledky užívání obranných mechanismů i tak podporují předpoklady o nezralé osobnosti v rámci Kernbergova modelu. U těchto mechanismů nám výsledky vyšly signifikantní, což potvrzuje naši hypotézu o užívání nezralých obran u dívek s rizikem PPP, kterou jsme přijali. Současně některé studie potvrdily, že dívky s mentální anorexií užívají neurotické obrany (Garfinkel, Moldofsky a Garner, 1980, in Steiner, 1990). V České republice jsme se setkali s výzkumem Ježkové (2006), která potvrdila, že se u dívek s mentální anorexií vyskytovaly neurotické i nezralé obranné mechanismy. Proto jsme se na jejich výskyt také zaměřily, ale naši hypotézu o neurotických mechanismech nemůžeme přijmout, jelikož výsledky nevyšly signifikantní. Autoři současně tvrdí, že mnoho studií při zjišťování přítomnosti neurotických obran nepoužilo standardizované metody, což by poukazovalo na fakt, že se tyto obrany ve skutečnosti u dívek s mentální anorexií nevyskytují. Pak by naše výsledky byly v souladu. Musíme přihlížet i k tomu, že náš výzkum proběhl v online prostředí, kde jsme nebyli schopni zajistit, aby dotazníky opravdu vyplňovaly osoby, pro které byl výzkum určen. Ve studiích se píše pouze o neurotických obranách u anorektických pacientů,

což opět může přispívat k nekonzistentnosti výsledků, jelikož náš test nerozlišoval soubor na jednotlivé PPP.

Zaměřili jsme se také na užívání jednotlivých obran, jelikož nás zajímalo, zda se potvrdí několik předpokladů, které jsme zachytili v literatuře. Dle Kernberga (1984) je obranný mechanismus štěpení přítomný u hraniční organizace osobnosti. Ten se ale nevyskytuje v naší použité metodě. Naopak zde lze detekovat mechanismus projekce, který Kernberg také označuje jako jeden z uplatňovaných ve zmíněné organizaci osobnosti. Právě tento obranný mechanismus nám vyšel signifikantní. Vyšší organizace osobnosti znamená prudké střídání stavů, což má určitou spojitost s impulzivitou, kterou nacházíme právě i u pacientů s PPP, což pozorujeme u zmíněného mechanismu projekce. Může to znamenat právě fakt, že na jednu stranu osoba přijímá kritiku, ale hned ji přesouvá na ostatní. Rozdíly v užívání jednotlivých obran včetně projekce jsme zjišťovali Hotellingovým testem. Nalezli jsme signifikantní rozdíly u mechanismů sublimace, přesun a somatizace, projekce a izolace. Hypotézu o rozdílu v užívání jednotlivých obran mezi skupinami jsme tak přijali.

Je potřeba říci, že výsledky z dalších výzkumů na toto téma jsou velmi různé. Například autoři Poikolainen, Kanerva, Marttunen a Lönnqvist (2001) našli signifikantní výsledky u mechanismů pasivní agrese, sublimace a odčinění. Naproti tomu Stein, Bronstein a Weizman (2003) shledali jako signifikantní užívání přesunu a dalších mechanismů, které ale naše metoda nedetekuje. Při porovnání našich výsledků s mou bakalářskou prací (Světlíková, 2019) jsme zjistili, že skupiny s rizikem a bez rizika PPP se odlišovaly v mechanismech idealizace, reaktivní formace, přesunu a somatizace. Můžeme tedy říci, že výsledky se shodují ve dvou mechanismech (přesun a somatizace).

Zamysleme se nad tím, proč dívky s rizikem poruchy příjmu potravy používají následující obrany. U sublimace bychom mohli uvažovat, že když dívka ve skutečnosti bojuje s jídlem, hlídá si kalorie, excesivně cvičí, a ve společnosti pak bude manifestovat svou lásku k jídlu, aby zakryla své reálné pocity. Jestliže dívka, která byla v dětství příliš kárána za své činy, může pak svým perfekcionismem, který je typickou vlastností u mentální anorexie, dokazovat svou dostatečnost svým rodičům (Farstad, McGeown, von Ranson, 2016).

Spojitosti s disociačními poruchami, které jsou dle psychoanalyticky zaměřených autorů např. Tibona a Rothschilda (2009) charakteristické pro pacienty s psychogenním přejídáním, můžeme hledat u somatizace. Zvýšené užívání tohoto mechanismu i dívek

s rizikem poruchy příjmu potravy v našem výzkumu by tak mohlo být potvrzením těchto předpokladů.

Abychom se nebavili pouze o patologii, tak je známo, že přesunutí mohou používat i dospělí, kteří se ocitli v nějaké stresové situaci a přesunou svůj hněv vůči slabší osobě (Morris, Maisto, 1999). Takový příklad si můžeme představit i na naší respondentce, která ve škole vedla spor s nějakou autoritou. Jelikož si nemůže dovolit vylít svůj vztek na zmíněnou autoritu, tak si doma emoci vynahradí například na svém mladším sourozenci. Na uvedeném příkladu bychom chtěli poukázat na možné situační užívání nezralých obran u zdravé populace.

Dle psychoanalytických teorií bychom mohli předpokládat užívání autistických fantazií (Moscato a Solan, 2014), které mají pro pacienty s poruchami příjmu potravy sloužit jako ochranný krunýř před reálným světem. Zde můžeme sledovat podobnost i s Kernbergovým modelem, kde existuje podobné kritérium přímo pro hraniční úroveň organizace osobnosti ve formě snivého myšlení bez porušení testování reality. Takový předpoklad se v našem výzkumu nepotvrdil.

Při úvahách nad různými výsledky musíme upozornit na reliabilitu metody DSQ – 40, jejíž škály nemají příliš vysoké hladiny spolehlivosti – 0,57, 0,60 a 0,75 (zralé, neurotické, nezralé obrany), což může do jisté míry ovlivňovat výsledky. Ostatním výzkumníkům bychom tak doporučili porozhlédnout se po dalších metodách zjišťujících obranné mechanismy.

Ačkoliv jsme přijali tři hypotézy ze čtyř, což považujeme za dobrý výsledek, náš výzkum v sobě nesl i určité limity, které jsme popsali již na předešlých řádcích. Jelikož byl náš sběr dat založen na kvótním výběru, soubor tak nebyl reprezentativní, což v sobě nese určité nedostatky oproti výběrům reprezentativním.

Slabinu můžeme vidět v tom, že dívky pocházely z prostředí vysoké školy, což znamená, že mají určité charakteristiky typické pro tuto populaci, např. IQ. Takové předpoklady pak mohly ovlivňovat výsledky. Nelze tak výsledky generalizovat. Nejen tyto předpoklady, ale i specifické rysy osobnosti mohly zasahovat do vyplňování dotazníků (porozumění otázce apod.). Výběr kritérií pro tento výzkum tak mohly ovlivňovat i subjektivní pohledy autorky. Stejně tak motivace vyplnit dotazník může být u respondentů různá, což opět může výsledky určitým způsobem zkreslovat.

Dotazníkové šetření probíhalo online formou. Tento sběr dat není ideální, jelikož nemůžeme zaručit, že dotazníky vyplňovaly osoby, pro které byly určeny. Nemohli jsme

tak vytvořit standardizované podmínky, které byly potřebné. Respondentky se např. nemohly detailněji vyjádřit k položkám. Bohužel s ohledem na pandemickou situaci se nám tento způsob zdál nejvhodnější.

Mohli bychom se také zamyslet nad velikostí souboru. Kdybychom měli k dispozici víc respondentek, mohli bychom mezi sebou porovnat jednotlivé fakulty. Možná bychom se dozvěděli, na které fakultě by byl risk spojený s poruchami příjmu potravy nejvyšší.

Co se týká použitých metod, tak zde se můžeme zamyslet nad rozložením odpovědí na jednotlivé položky. Jestliže test obsahoval lichý počet možností odpovědí, respondentky mohly odpovědět „někde mezi“, když se např. nemohly rozhodnout nebo nechtěly odpovídat na otázku.

Pokud bychom se měli zamyslet nad dalšími doporučeními pro výzkumné účely, mohli bychom uvažovat o zavedení screeningu do základních a středních škol, jelikož problematika PPP stoupá a věk začátku poruch se snižuje (Smink et.al., 2012). Do dalších výzkumů by bylo z epidemiologického hlediska zajímavé zahrnout i mužské pohlaví a prozkoumat tak vývoj PPP i v této sféře. Jak jsme vysvětlili v předchozím odstavci, zvětšení souboru by mohlo přinést zajímavé a praktické výsledky. Až pandemická situace dovolí určitě bychom doporučili výzkum provést ve formě tužka - papír, abychom byli schopni zajistit standardizované podmínky, a vyhnout se tak polemizování, zda byl výzkum opravdu proveden nad zamýšlenými osobami. V ideálním případě by rizikovní jedinci navštívili odborníka, který by určil míru poruchy a navrhnul další postup léčby. Takovou situaci bychom mohli nazvat spíš utopií, jelikož víme, že PPP bývají u velké části pacientů skrývány.

V diagnostické a terapeutické rovině zjištění úrovně organizace osobnosti může napomocet k zařazení a následné léčbě pacientů. Teorie, o kterou jsme se opírali, tak může být nápomocná odborníkům ve zdravotnické sféře. Pomáhá porozumět, co se odehrává v mysli pacientů. Podobně můžeme uvažovat nejen v nemocničním prostředí, ale i v běžném životě, kdy je důležité, aby lidé rozuměli svému chování a docházelo tak k souladu v mezilidském soužití.

Závěry

Provedli jsme screening poruch příjmu potravy na Univerzitě Palackého v Olomouci pomocí testu EAT – 26, který identifikoval 54 dívek s rizikem poruchy příjmu potravy z celkového souboru tvořeného ženským pohlavím $N = 301$. Věkové rozložení souboru bylo 19 – 29 let. Z tohoto zjištění můžeme konstatovat, že se zde vyskytuje určitá forma narušeného jídelního chování.

Zajímaly nás rozdíly mezi vzniklými skupinami dívek bez rizika PPP a rizikovými v závažnosti narušení organizace osobnosti dle Otty Kernberga. Metodou IPO jsme našli signifikantní rozdíly mezi skupinami, kdy skupina dívek s rizikem PPP dosahovala signifikantně vyšších hodnot na všech škálách dotazníku než skupina bez rizika. Výsledky tak napovídají tomu, že dívky, které byly ohroženy rizikem PPP dosahují nižší úrovně organizace osobnosti.

Dotazníkem DSQ – 40 jsme dokázali užívání nezralých obran u dívek s rizikem poruchy příjmu potravy, což koresponduje s Kernbergovou teorií hraniční organizace osobnosti. U neurotických obranných mechanismů se tento předpoklad nedokázal. V jednotlivých obranných mechanismech jsme shledali signifikantní rozdíly mezi skupinami v užívání sublimace, přesunu, somatizace, projekce a izolace.

Zabývali jsme se také analýzou vztahů mezi jednotlivými dotazníky. Nalezli jsme signifikantní vztahy mezi dotazníky EAT – 26 a IPO. Čím vyšších hodnot dosahovaly dívky v testu EAT – 26, tím větších hodnot dosahovaly v testu IPO. Dále jsme analyzovali vztah mezi IPO a DSQ – 40. Nejsignifikantnější korelace byla potvrzena mezi metodou IPO a nezralými obrannými mechanismy.

Souhrn

V diplomové práci jsme se zabývali tématy poruch příjmu potravy, osobností člověka, jeho psychopatologií a obrannými mechanismy. Tato všechna témata jsme se pokoušeli dát dohromady a najít mezi nimi souvislosti. Práce se člení na dvě části. V teoretické části jsme si představili poruchy příjmu potravy a jejich dělení. Dozvěděli jsme se, jaké příčiny jim mohou předcházet, jaké jsou epidemiologické údaje a léčebné postupy těchto poruch. Následovala kapitola o osobnosti člověka, kde jsme si nastínili její psychoanalytickou perspektivu, jelikož z ní vychází praktická část této diplomové práce. Ta zahrnovala skladbu osobnosti a obranné mechanismy. Vysvětili jsme si podstatné informace o poruchách osobnosti. Nakonec kapitoly jsme se seznámili s pojetím psychopatologie osobnosti dle Otty Kernberga. Poslední kapitolu teoretické části tvoří spojení všech problematik, ve kterých jsme se snažili najít spojitosti a představili jsme si výzkumy, které jsou na toto téma dostupné.

Druhá část výzkumná pojednává o zrealizovaném výzkumu na Univerzitě Palackého v Olomouci. Na základě Kernbergovy teorie hraniční organizace osobnosti, která sice nediodnostikuje přímo hraniční poruchu osobnosti, ale zahrnuje její kritéria, jsme se rozhodli částečně ověřit komorbiditu poruch příjmu potravy právě s touto poruchou (Ames-Frankel, Devlin, Walsh, Strasser, Sadik, Oldham a Roose, 1992).

Jelikož se náš výzkum pohyboval v akademickém prostředí, ne zdravotnickém, ověřování se dělo pouze na bázi rizika poruch příjmu potravy, které bylo zjišťováno screeningovou metodou EAT – 26. Ta nám rozdělila soubor na dívky s rizikem poruchy příjmu potravy a bez tohoto rizika. Podobnou studii provedla Dvořáková (2019), která zkoumala oblast závislostí stejnou metodou IPO, jako my. Metoda byla vytvořena na bázi Kernbergovy teorie hraniční organizace osobnosti. Podle ní jsme zjišťovali míru narušení osobnostní organizace na našem vzorku. Ten se skládal pouze z ženského pohlaví, které je víc ohroženo PPP než pohlaví mužské (Striegel – Moore, 1995). Věkové rozložení souboru bylo od 19 do 29 let. Data byla získána formou dotazníkového šetření pomocí kvótního výběru. Sběr probíhal v online prostředí s ohledem na pandemickou situaci. Z celkového počtu N = 301 náš test EAT – 26 zaznamenal 54 rizikových dívek pomocí daného cut-off skóre.

Poslední dotazník z naší testové baterie DSQ – 40 zjišťoval užívání obranných mechanismů. Obrany jsou součástí i naší metody IPO. Tento nástroj tak sloužil k porovnání výsledků. Pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry jsme testovali hypotézu o rozdílné míře narušení organizace osobnosti mezi našimi skupinami. Hypotézu jsme přijali, jelikož skupina

s rizikem poruchy příjmu potravy skórovala signifikantně výš než skupina bez rizika. Vyšší úroveň organizace osobnosti poukazuje na splnění kritérií pro hraniční poruchu osobnosti, která bývá komorbidní s PPP. Obě poruchy tak nesou podobné charakteristické znaky (Newton, 2019).

Stejným t-testem jsme v otázce o užívání obranných mechanismů dospěli k signifikantním výsledkům v užívání nezralých obran mezi našimi skupinami. Ke stejným závěrům došel např. Bond (2004). V některých výzkumech je dokázáno, že dívky s mentální anorexií dosahují vysokých skóre i u neurotických obranných mechanismů, což by bylo v rozporu s naším výzkumem, kde jsme neshledali signifikantní výsledky u této skupiny obran. Na druhou stranu ve výzkumu, který jsme provedli na studentkách Univerzity Palackého z roku 2019 jsme shledali signifikantní výsledky u těchto neurotických mechanismů, ale naopak jsme nepotvrdili přítomnost nezralých obran (Světlíková, 2019). Nekonzistentnost může být způsobena mimo jiné tím, že nepracujeme přímo s diagnostikovanými poruchami, ale pouze s rizikovými dívkami a ženami. Hotellingovým testem jsme potvrdili hypotézu o rozdílném užívání jednotlivých obran z testu DSQ – 40. Zaznamenali jsme signifikantní užívání mechanismů sublimace, přesun, somatizace, projekce a izolace. Zajímala nás konzistence s ostatními výzkumy provedenými na toto téma, která se ale nepotvrdila, jelikož existuje mnoho studií, ve kterých se užívání jednotlivých obran mezi poruchami příjmu potravy liší (Poikolainen, Kanerva, Marttunen a Lönnqvist, 2001).

Nakonec jsme provedli analýzu vztahů mezi použitými testy. Signifikantní efekt jsme našli u testů EAT – 26 a IPO. Čím víc bodů dívky získaly v testu EAT – 26, tím vyšší skóre dosáhly i v testu IPO. U testů DSQ – 40 a IPO jsme shledali nejvýznamnější korelaci u škály nezralých obran. Čím víc bodů dívky získaly v dotazníku IPO, tím větší skóre dosahovaly na škále nezralé obranné mechanismy.

Seznam použité literatury

- (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10* (Vyd.3.). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Ali, Z. (2001). *Pica in people with intellectual disability: a literature review of aetiology, epidemiology and complications*. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 26(3). 205–215. doi:10.1080/13668250020054486
- American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence (2003). *Identifying and Treating Eating Disorders*. *Pediatrics*. 111(1), 204–211. doi:10.1542/peds.111.1.204
- Ames-Frankel, J., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Strasser, T. J., Sadik, C., Oldham, J. M., & Roose, S. P. (1992). *Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: Clinical correlates and changes with treatment*. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 53(3), 90–96.
- Andrews, G., Bond, M., Singh, M., (1993). *The Defense Style Questionnaire*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 181(4). 246-256. doi:10.1097/00005053-199304000-00006
- Andrews, G., Pollock, Ch., Stewart, G. (1989). *The determination of defense style by questionnaire*. *Archives of general psychiatry*. 46(5). 455. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810050069011
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti* (2. opr. vyd). MACH.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., Simonich, H. (2007). *Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions*. *Clinical Psychology Review*, 27, 384–405. doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005
- Baumeister, R. F., Dale, K., & Sommer, K. L. (1998). Freudian Defense Mechanisms and Empirical Findings in Modern Social Psychology: Reaction Formation, Projection, Displacement, Undoing, Isolation, Sublimation, and Denial. *Journal of Personality*, 66(6), 1081–1124. doi:10.1111/1467-6494.00043

- Baumeister, R. F., Dale, K., Sommer, K. L. (1998). *Freudian Defense Mechanisms and Empirical Findings in Modern Social Psychology: Reaction Formation, Projection, Displacement, Undoing, Isolation, Sublimation, and Denial*. *Journal of Personality*. 66(6), 1081–1124. doi:10.1111/1467-6494.00043
- Bencko, V., Tryfos, M. (2015). *Psychosomatické poruchy výživy: Incidence, rizikové faktory, šance a úskalí prevence*. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav hygieny a epidemiologie. Praha. 60 (2), 59 – 62.
- Bergmeier, H., Skouteris, H., Horwood, S., Hooley, M., Richardson, B. (2014). *Associations between child temperament, maternal feeding practices and child body mass index during the preschool years: A systematic review of the literature*. *Obesity Reviews*. 15(1), 9–18. doi.org/10.1111/obr.12066
- Bond, M. (2004). *Empirical Studies of Defense Style: Relationships with Psychopathology and Change*. *Harvard Review of Psychiatry* (Taylor & Francis Ltd), 12(5), 263–278. Získáno 14. ledna 2021 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=15091317&lang=cs&site=ehost-live>
- Bowins, B. (2004). *Psychological Defense Mechanisms: A New Perspective*. *The American Journal of Psychoanalysis*. 64(1), 1–26. doi:10.1023/b:tajp.0000017989.72521.26
- Braun, D. L., Sunday, S. R., Halmi, K. A. (1994). *Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders*. *Psychological Medicine*, 24(4), 859–867. doi.org/10.1017/S0033291700028956
- Brown, H. N., Vaillant, G. E. (1981). Hypochondriasis. *Archives of Internal Medicine*. 141(6), 723. doi:10.1001/archinte.1981.00340060031009
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., et al. (2016). *Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis*. *Ann. Intern. Med.* 165, 409–420. doi: 10.7326/M15-2455
- Bruch, H., (1962). *Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa*. *Psychosomatic medicine*. 24. 187-194. Získáno 10. listopadu 2019 z <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.320.7064&rep=rep1&type=pdf>

- Cakirpaloglu, P., (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Caparrota, L. Ghaffari, K. (2006). *A historical overview of psychodynamic contributions to the understanding of eating disorders*. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20 (3). 175-196.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2005). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations* (1.vyd.). Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
- Conrod, P. J., O'Leary-Barrett, M., Newton, N., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C., et al. (2013). *Effectiveness of a selective, personality targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial*. *JAMA Psychiatry* 70, 334–342. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.651
- Crosby, W. H. (1976). *Pica*. *The Journal of the American Medical Association*. 235(25), 2765. doi:10.1001/jama.1976.03260510055032
- Cyrlometodějská fakulta UP. (2021). *Základní statistické údaje 2020/2021*. Získáno 4. prosince 2020 z <https://www.cmtf.upol.cz/o-fakulte/zakladni-informace/>
- Dancyger, I. F., Garfinkel, P. E. (1995). *The Relationship of Partial Syndrome Eating Disorders to Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*. *Psychological Medicine*, 25(5), 1019–1025. doi.org/10.1017/S003329170003751X
- Davis, C., Mackew, L., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Carter, J. C., Kennedy, J. L. (2017). *Binge eating disorder (BED) in relation to addictive behaviors and personality risk factors*. *Frontiers in Psychology*, 8. doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00579
- Donini, L. M., Marsili, D., Imbriale, M., Cannella, C., Graziani, M. P. (2004). *Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon*. *Eating and Weight Disorders*., 9(2), 151–157. doi.org/10.1007/BF03325060
- Drapela, V. J. (2011). *Přehled teorií osobnosti* (6. vyd.). Portál.
- DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. (2015). Praha: Hogrefe - Testcentrum.

- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Grada Publishing.
- Dvořáková, K. (2019). *Souvislost mezi typem závislosti a osobnostní psychopatií na základě strukturální diagnózy*. (Magisterská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R. (2011). *Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review*. *Clinical Psychology Review*. 31, 203–212. doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009
- Fairburn, C. G. (2001). *Eating Disorders*. *Encyclopedia of Life Sciences*. doi:10.1038/npg.els.0002302
- Fairburn, C. G., Harrison, P. J. (2003). *Eating disorders*. *The Lancet*. 361(9355). 407–416. doi:10.1016/s0140-6736(03)12378-1
- Fakulta tělesné kultury UP. (2017). *Výroční zpráva o činnosti 2019*. Získáno 4. prosince 2020 z <https://files.upol.cz/sites/pub/PubNormy/2019%20VZ%20FTK.pdf>
- Fakulta zdravotnických věd UP. (2018). *Výroční zpráva 2018*. Získáno 4. prosince 2020 z https://files.upol.cz/sites%2Fpub%2FPubNormy%2FVyrocni_zprava_FZV-2018.pdf
- Farstad, S. M., McGeown, L. M., von Ranson, K. M. (2016). *Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and metaanalysis*. *Clinical Psychology Review*. 46, 91–105. doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005
- Farstad, S. M., McGeown, L. M., von Ranson, K. M. (2016). *Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*. 46, 91–105. doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005
- Filozofická fakulta UP. (2020). *Základní statistické údaje 2020/2021*. Získáno 4. prosince 2020 z <https://www.ff.upol.cz/o-fakulte/zakladni-informace/#c1220>
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Portál.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871.

- Goldfein, J. A., Walsh, B. T., Devlin, M. J., Lachaussee, J. L., Kissileff, H. R. (1993). *Eating behavior in binge eating disorder*. International Journal of Eating Disorders, 14(4), 427–431. doi:10.1002/1098-108x(199312)14:4<427::aid-eat2260140405>3.0.co;2-h
- Graziano, P. A., Kelleher, R., Calkins, S. D., Keane, S. P., Brien, M. O. (2013). *Predicting weight outcomes in preadolescence: The role of toddlers' self-regulation skills and the temperament dimension of pleasure*. International Journal of Obesity, 37(7), 937–942. doi.org/10.1038/ijo.2012.165
- Haedt A.A., Edler C., Heatherton T.F., Keel P.K. (2006). *Importance of multiple purging methods in the classification of eating disorder subtypes*. Int J Eat Disord, 39(8), 648–654. doi:10.1002/eat.20335
- Hoek, H. W. (2006). *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders*. Current Opinion in Psychiatry, 19(4), 389–394. doi.org/10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
- Hörz-Sagstetter, S., Caligor, E., Preti, E., Stern, B. L., De Panfilis, C., & Clarkin, J. F. (2018). *Clinician-Guided Assessment of Personality Using the Structural Interview and the Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Journal of Personality Assessment, 100(1), 30–42. doi.org/10.1080/00223891.2017.1298115
- Chabrol, H., Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris. Dunod Získáno 21. ledna 2020 z <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/rsi/82/31.pdf>
- Chung, Y. I., Kim, J. K., Lee, J.-H., Jung, Y.-C. (2017). *Onset of dieting in childhood and adolescence: Implications for personality, psychopathology, eating attitudes and behaviors of women with eating disorder*. Eating and Weight Disorders, 22(3), 491–497. doi.org/10.1007/s40519-016-0285-5
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Proulx, G., and Bissada, H. (2015). *Does the interpersonal model apply across eating disorder diagnostic groups? A structural equation modeling approach*. Compr. Psychiatry 63, 80–87. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.08.009

- Ježková, T. (2006). *Obranné mechanismy ega u pacientek s mentální anorexií*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Kernberg, O. F. (1967). *Borderline Personality Organization*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 15(3), 641–685. doi:10.1177/000306516701500309
- Kernberg, O. F. (1981). *Structural interviewing*. Psychiatric Clinics of North America 4: 169-195. Získáno 10. listopadu 2020 z <https://books.google.cz>
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale Univ. Press. Získáno 10. listopadu 2020 z <https://books.google.cz>
- Krech, D., Crutchfield, R. S., Livson, N., Rollin, A. R., Wilson, W. A. (1969). *Elements of psychology* (2nd ed). New York: Alfred A. Knopf.
- Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2. aktualiz. a dopl. vyd). Praha: Grada Publishing.
- Lane, H. J., Lane, A. M., Matheson, H. (2004). *Validity of the Eating attitude test among exercisers*. Journal of Sports Science and Medicine. 3, 244-253.
- Latvala, A., Tuulio-Henriksson, A., Perälä, J., Saarni, S. I., Aalto-Setälä, T., Aro, H., et al. (2009). *Prevalence and correlates of alcohol and other substance use disorders in young adulthood: a population-based study*. BMC Psychiatry 9:73. doi: 10.1186/1471-244X-9-73
- Lékařská fakulta UP. (2017). *Výroční zpráva LF UP za rok 2017*. Získáno 4. prosince 2020 z https://www.lf.upol.cz/fileadmin/userdata/LF/Dokumenty/Vyrocní_zpravy/VZ_LF_2017.pdf
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). *The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample*. Psychological Assessment, 13(4), 577-591. doi:10.1037//1040-3590.13.4.577
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). *Borderline personality disorder*. The Lancet, 364(9432), 453-461. doi:10.1016/S0140-6736(04)16770-6

- Martin, G. C., Wertheim, E. H., Prior, M., Smart, D., Sanson, A., Oberklaid, F. (2000). *A longitudinal study of the role of childhood temperament in the later development of eating concerns*. *International Journal of Eating Disorders*. 27(2), 150–162. Získáno 5. prosince 2020 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10657888>
- Mitchell, S. A., Kovařík, Š., Black, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi: dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Praha: Triton. Získáno 10. ledna 2021 z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:cb5a4200-2e42-11e9-b63d-5ef3fc9ae867>
- Morris, C. G., Maisto, A. A. (1999). *Psychology: an introduction* (10th ed). Upper Saddle River: Prentice-Hall.
- Moscato, F., & Solano, P. (2014). Eating disorders as autistic like defenses.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Newton, J. R. (2019). *Borderline personality disorder and eating disorders: a trans-diagnostic approach to unravelling diagnostic complexity*. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 27(6), 556–558. doi.org/10.1177/1039856219852297
- Nielsen, S. (2001). *Epidemiology and mortality of eating disorders*. *Psychiatric Clinics of North America*. 24(2), 201–214. [doi:10.1016/s0193-953x\(05\)70217-3](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70217-3)
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda* (Vyd. 3., přeprac.). Portál.
- Papežová., H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*.
- Papežová., H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.
- Paulinyová, M., Šuba, J., Hradečná, Z. (2011). *Poruchy příjmu potravy z pohledu pedopsychiatra*. *Česko-slovenská pediatrie*. 66 (3), 169-176.
- Pedagogická fakulta UP. (2019). *Výroční zpráva za rok 2018*. Získáno z https://www.pdf.upol.cz/fileadmin/userdata/PdF/NORMY_PDF/2019/Vyrocni_zprava_za_rok_2018.pdf
- Perkins, S.S.J., Murphy, R.R.M., Schmidt, U.U.S., Williams, C. (2006). *Self-help and guided self-help for eating disorders*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3. Art.

No.: CD004191. Získáno 12. prosince 2020 z
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004191.pub2/abstract>

Personality disorders: The anxious cluster-Part I. (1996). *Harvard Mental Health Letter*, 12(8), 1.

Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Academia. Praha: Grada Publishing.

Praško, J. (2009). *Poruchy osobnosti* (2. vyd). Portál.

Praško, J., Raszka, M. (2008). *Depersonalizace a derealizace – současné nálezy*. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 71/104 (3), 263 – 270.

Právnická fakulta UP. (2016). *Výroční zpráva o činnosti a hospodaření 2016*. Získáno 4. prosince 2020 z
https://www.pf.upol.cz/fileadmin/userdata/PF/Uredni_deskaPF/Vyrocní-zpráva-2016.pdf

Preti, E., Prunas, A., De Panfilis, C., Marchesi, C., Madeddu, F., & Clarkin, J. F. (2015). *The facets of identity: Personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization*. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(2), 129-140. doi:10.1037/per0000119

Přírodovědecká fakulta UP. (2020). *Statistické údaje 2020/2021*. Získáno 4. prosince 2020 z
<https://www.prf.upol.cz/o-fakulte/zakladni-informace/>

Raboch, J. (2003). *Psychiatrie*. Praha: Triton.

Reas, D. L., Rø, Ø., Karterud, S., Hummelen, B., Pedersen, G. (2013). *Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders*. *International Journal of Eating Disorders*. 46(8), 801–809. doi.org/10.1002/eat.22176

Rosen, D. S. (2010). *Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents*. *Pediatrics*. 126(6), 1240–1253. doi:10.1542/peds.2010-2821

Ruuttu, T., Pelkonen, M., Holi, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Heilä, H., Tuisku, V., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M. (2006). *Psychometric properties of the Defense Style*

- Questionnaire (DSQ-40) in adolescents*. Journal of Nervous and Mental Disease, 194(2), 98–105. doi.org/10.1097/01.nmd.0000198141.88926.2e
- Samuel, D. B., Griffin, S. A. (2015). *Obsessive-Compulsive Personality Disorder*. In R. L. Cautin, S. O. Lilienfeld (Ed.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (1-5). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. doi:10.1002/9781118625392.wbecp210
- Sayers, J. (1999). *Matky psychoanalýzy*. Praha: Triton.
- Sears, R. R. (1936). *Experimental Studies of Projection: I. Attribution of Traits*. Journal of Social Psychology, 7(2), 151–163. Získáno 21. listopadu 2020 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=16585167&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
- Shamtoob, J. S. (2020). *Borderline body: The psychosomatics of eating disorders*. In Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering (Vol. 81, Issue 8–B).
- Shisslak, C. M., Cargo, M., Estes, L. S. (1995). *The spectrum of eating disturbances*. The International Journal Of Eating Disorders, 18(3), 209–219. Získáno 21. listopadu 2020 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=8556017&site=edslive&authtype=shib&custid=s7108593>
- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., Hoek, H. W. (2012). *Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates*. Current Psychiatry Reports, 14(4), 406–414. Získáno 19. ledna 2020 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22644309>
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Solomon-Krakus, S., Uliaszek, A. A., Bagby, R. M. (2020). *Evaluating the associations between personality psychopathology and heterogeneous eating disorder behaviors: A dimensional approach*. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 11(4), 249–259. doi.org/10.1037/per0000358.supp
- Sours, J. A., (1974). *The anorexia nervosa syndrome*. International Journal of Psycho-Analysis, 55, 567-572. Získáno 15. ledna 2019 z <http://psycnet.apa.org/record/1977-21486-001>

- Steiger, H., & Houle, L. (1991). *Defense styles and object-relations disturbances among university women displaying varying degrees of "symptomatic" eating*. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 145–153. doi.org/10.1002/1098-108X(199103)10:2<145::AID-EAT2260100203>3.0.CO;2-D
- Stein, D., Bronstein, Y., & Weizman, A. (2003). *Defense Mechanisms in a Community-Based Sample of Female Adolescents with Partial Eating Disorders*. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(4), 343–355. Získáno 17. října 2020 z <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/JEE0-B7PF-TVPN-LJEU>
- Steiner, H. (1990). *Defense styles in eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 141–151. doi:10.1002/1098-108x(199003)9:2<141::aid-eat2260090203>3.0.co;2-g
- Strober, M. (1981). *A comparative analysis of personality organization in juvenile anorexia nervosa*. *Journal of Youth and Adolescence*, 10(4), 285–295. doi.org/10.1007/BF02088992
- Stunkard, A. J. (1959). *Eating patterns and obesity*. *The Psychiatric Quarterly*, 33, 284–295. Získáno 9. září 2020 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=13835451&lang=cs&site=ehost-live>
- Světlíková, B. (2018). *Obranné mechanismy u dívek s poruchou příjmu potravy*. (Bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Tibon, S., Rothschild, L. (2009). *Dissociative states in eating disorders: An empirical Rorschach study*. *Psychoanalytic Psychology*, 26(1), 69-82.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. . (2012). *Schizoid personality disorder*. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 919–926. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.6.919>
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2013). *Paranoid personality disorder*. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 795–805. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_055
- Unmentalized experience in primitive mental states. *Psychoanalytic Review*, 101(4), 547-570.

- Vaillant, G. E. (1971). *Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms*. Archives of General Psychiatry. 24(2). 107. doi:10.1001/archpsyc.1971.01750080011
- van Eeden, A. E., Hoek, H. W., van Hoeken, D., Deen, M., Oldehinkel, A. J. (2020). *Temperament in preadolescence is associated with weight and eating pathology in young adulthood*. International Journal of Eating Disorders. 53(5), 466–475. <https://doi.org/10.1002/eat.23241>
- Vidović, V., Henigsberg, N., Jureša, V. (2003). *Anxiety and Defense Styles*, Coll. Antropol. 27. 125–134. Získáno 17. října 2020 z <https://hrcak.srce.hr/file/44250>
- Wilson, D. R., Loxton N. J., O'Shannessy, D., Sheeran, N., Morgan, A. (2019). *Similarities and differences in revised reinforcement sensitivities across eating disorder subtypes*. Appetite. 133, 70–76. doi.org/10.1016/j.appet.2018.10.02

PŘÍLOHY

Seznam příloh

1. Český a anglický abstrakt magisterské diplomové práce
2. Seznam grafů a tabulek
3. Korelace mezi dotazníkem IPO a DSQ – 40

Příloha č. 1 Český a anglický abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Screening rizika poruch příjmu potravy u studentek Univerzity Palackého v Olomouci a srovnání jejich organizace osobnosti ve spojitosti s obrannými mechanismy

Autor práce: Barbara Světlíková

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 79 s. (129 274 znaků)

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 106

Abstrakt:

Cílem práce bylo provést screening rizika poruch příjmu potravy u studentek na Univerzitě Palackého v Olomouci. Snažili jsme se najít souvislosti mezi rizikovými dívkami, psychopatologií ve struktuře osobnosti a jejich obrannými mechanismy. Teoretická část pojednává o výše uvedených tématech. V praktické části jsme byli seznámeni s postupem našeho výzkumu při ověřování statistických hypotéz. Kvótním výběrem jsme získali soubor N = 301 studentek, který jsme podrobili dotazníkovému šetření. Skládalo se z testu EAT – 26, který označil 54 dívek ohrožených poruchami příjmu potravy. Dotazníkem IPO jsme potvrdili hypotézu, že u rizikových dívek se vyskytuje nižší úroveň organizace osobnosti dle koncepce Otty Kernberga. Test DSQ – 40 nám potvrdil užívání nezralých obranných mechanismů u dívek s rizikem poruchy příjmu potravy. Nalezli jsme signifikantní rozdíly v užívání mechanismů sublimace, přesun, somatizace, projekce a izolace mezi skupinami dívek s rizikem PPP a bez rizika. Přijali jsme tři hypotézy ze čtyř, které se vztahovaly k výše uvedeným výsledkům. Čtvrtá hypotéza předpokládající užívání neurotických obranných mechanismů u dívek s rizikem PPP se nepotvrdila.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, obranné mechanismy, organizace osobnosti

ABSTRAKT OF THESIS

Title: Screening of the risk of eating disorders at female students of University of Palacky in Olomouc and comparison of their personality organization in connection with defense mechanisms

Author: Barbara Světlíková

Supervisor: PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 79 s. (129 274 characters)

Number of appendices: 3

Number of references: 106

Abstract:

The aim of thesis was to perform a screening of the risk of eating disorders in female students at University of Palacky in Olomouc. We tried to find a connection between the risky girls, psychopathology in the structure of personality and their defense mechanisms. Theoretical part is about topics given above. In the practical part we were acquainted with the process of our research during verification of the statistical hypothesis. The selection of the sample $N = 301$ was based on quota selection which we subjected to questionnaire survey. It consists of the test EAT – 26 which identified 54 girls at risk with eating disorders. By the questionnaire IPO we confirmed the hypothesis that the risky girls have lower level of personality organization according to conception of Otta Kernberg. The test DSQ – 40 confirmed the using of immature defense mechanisms in girls with the risk of eating disorders. We found significant differences in using sublimation, displacement, somatization, projection and isolation between girls with and without the risk. We confirmed three hypothesis of four which related to the given results. The fourth hypothesis which was assuming the use of the neurotic defenses in girls with risk of eating disorders wasn't confirmed.

Key words: eating disorders, defense mechanisms, personality organization

Příloha č. 2 Seznam grafů a tabulek

Seznam grafů

- Graf č. 1 Rozdíly dvou skupin v celkovém počtu bodů v IPO
- Graf č. 2 Rozdíly skupin v jednotlivých obranných mechanismech
- Graf č. 3 Korelace mezi IPO a EAT - 26
- Graf č. 4 Korelace Celkového počtu bodů v IPO a Neurotických obran
- Graf č. 5 Korelace Celkového počtu bodů v IPO a Nezralých obran

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 Aspekty úrovně organizace osobnosti (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2005)
- Tabulka č. 2 Význam, příklady a reliabilita subškál testu EAT – 26
- Tabulka č. 3 Dělení obranných mechanismů, ukázky položek a reliabilita testu DSQ – 40
- Tabulka č. 4 Popis škál a příklady položek inventáře IPO
- Tabulka č. 5 Počty respondentů dle fakult a jejich deskriptivní charakteristiky
- Tabulka č. 6 Popisné statistiky EAT-26
- Tabulka č. 7 Popisné statistiky DSQ – 40
- Tabulka č. 8 Popisné statistiky IPO
- Tabulka č. 9 Četnosti souboru rozděleného na skupiny
- Tabulka č. 10 Výsledky IPO pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry
- Tabulka č. 11 Výsledky t-testu pro dva nezávislé výběry škál Neurotické a Nezralé obrany v testu DSQ – 40
- Tabulka č. 12 Hotellingův test jednotlivých obranných mechanismů
- Tabulka č. 13 Spearmanova korelace Celkového skóre dotazníků EAT – 26 a IPO
- Tabulka č. 14 Pearsonovy korelace Celkového skóru IPO a skupin obranných mechanismů v testu DSQ - 40
- Tabulka č. 15 Přehled hypotéz

Příloha č. 3 Korelace mezi dotazníkem IPO a DSQ – 40

	VALID N	SPEARMAN R	T(N-2)	P-VALUE
IPO_RT & OM_ZRALÉ	301	-0,019	-0,333	0,739
IPO_RT & OM_NEUROTICKÉ	301	0,303	5,488	0,000
IPO_RT & OM_NEZRALÉ	301	0,544	11,200	0,000
IPO_RT & OM_SUBLIMACE	301	-0,107	-1,853	0,065
IPO_RT & OM_HUMOR	301	-0,043	-0,752	0,453
IPO_RT & OM_ANITICIPACE	301	0,028	0,487	0,627
IPO_RT & OM_SUPRESE	301	0,056	0,971	0,332
IPO_RT & OM_ODČINĚNÍ	301	0,217	3,841	0,000
IPO_RT & OM_PSEUDOALTRUISMUS	301	0,156	2,725	0,007
IPO_RT & OM_IDEALIZACE	301	0,285	5,138	0,000
IPO_RT & OM_REAKTIVNÍ FORMACE	301	0,202	3,558	0,000
IPO_RT & OM_PROJEKCE	301	0,360	6,678	0,000
IPO_RT & OM_P.AGRESE	301	0,371	6,909	0,000
IPO_RT & OM_AGOVÁNÍ	301	0,177	3,112	0,002
IPO_RT & OM_IZOLACE	301	0,255	4,552	0,000
IPO_RT & OM_DEVALVACE	301	0,163	2,851	0,005
IPO_RT & OM_AUTISTICKÁ FANTAZIE	301	0,485	9,584	0,000
IPO_RT & OM_POPŘENÍ	301	0,100	1,735	0,084
IPO_RT & OM_PŘESUN	301	0,219	3,886	0,000
IPO_RT & OM_DISOCIACE	301	0,090	1,555	0,121
IPO_RT & OM_ŠTĚPENÍ	301	0,224	3,974	0,000
IPO_RT & OM_RACIONALIZACE	301	-0,046	-0,795	0,427
IPO_RT & OM_SOMATIZACE	301	0,411	7,796	0,000
IPO_ID & OM_ZRALÉ	301	-0,087	-1,518	0,130
IPO_ID & OM_NEUROTICKÉ	301	0,177	3,104	0,002
IPO_ID & OM_NEZRALÉ	301	0,587	12,552	0,000
IPO_ID & OM_SUBLIMACE	301	-0,160	-2,801	0,005
IPO_ID & OM_HUMOR	301	-0,109	-1,893	0,059
IPO_ID & OM_ANITICIPACE	301	-0,013	-0,225	0,823
IPO_ID & OM_SUPRESE	301	0,009	0,151	0,880
IPO_ID & OM_ODČINĚNÍ	301	0,267	4,784	0,000
IPO_ID & OM_PSEUDOALTRUISMUS	301	0,033	0,577	0,564
IPO_ID & OM_IDEALIZACE	301	0,036	0,622	0,534
IPO_ID & OM_REAKTIVNÍ FORMACE	301	0,177	3,108	0,002
IPO_ID & OM_PROJEKCE	301	0,470	9,213	0,000
IPO_ID & OM_P.AGRESE	301	0,452	8,767	0,000
IPO_ID & OM_AGOVÁNÍ	301	0,321	5,862	0,000
IPO_ID & OM_IZOLACE	301	0,335	6,147	0,000
IPO_ID & OM_DEVALVACE	301	0,147	2,562	0,011
IPO_ID & OM_AUTISTICKÁ FANTAZIE	301	0,504	10,095	0,000
IPO_ID & OM_POPŘENÍ	301	0,065	1,130	0,259
IPO_ID & OM_PŘESUN	301	0,212	3,749	0,000

IPO_ID & OM_DISOCIACE	301	0,078	1,346	0,179
IPO_ID & OM_ŠTĚPENÍ	301	0,204	3,612	0,000
IPO_ID & OM_RACIONALIZACE	301	-0,219	-3,873	0,000
IPO_ID & OM_SOMATIZACE	301	0,389	7,299	0,000
IPO_PD & OM_ZRALÉ	301	-0,049	-0,845	0,399
IPO_PD & OM_NEUROTICKÉ	301	0,302	5,476	0,000
IPO_PD & OM_NEZRALÉ	301	0,545	11,235	0,000
IPO_PD & OM_SUBLIMACE	301	-0,104	-1,816	0,070
IPO_PD & OM_HUMOR	301	-0,054	-0,930	0,353
IPO_PD & OM_ANITICIPACE	301	0,017	0,296	0,768
IPO_PD & OM_SUPRESE	301	0,006	0,105	0,916
IPO_PD & OM_ODČINĚNÍ	301	0,283	5,107	0,000
IPO_PD & OM_PSEUDOALTRUISMUS	301	0,172	3,020	0,003
IPO_PD & OM_IDEALIZACE	301	0,214	3,797	0,000
IPO_PD & OM_REAKTIVNÍ FORMACE	301	0,156	2,729	0,007
IPO_PD & OM_PROJEKCE	301	0,494	9,826	0,000
IPO_PD & OM_P.AGRESE	301	0,431	8,252	0,000
IPO_PD & OM_AGOVÁNÍ	301	0,263	4,722	0,000
IPO_PD & OM_IZOLACE	301	0,226	4,008	0,000
IPO_PD & OM_DEVALVACE	301	0,120	2,096	0,037
IPO_PD & OM_AUTISTICKÁ FANTAZIE	301	0,384	7,198	0,000
IPO_PD & OM_POPŘENÍ	301	0,122	2,132	0,034
IPO_PD & OM_PŘESUN	301	0,187	3,298	0,001
IPO_PD & OM_DISOCIACE	301	0,100	1,744	0,082
IPO_PD & OM_ŠTĚPENÍ	301	0,321	5,867	0,000
IPO_PD & OM_RACIONALIZACE	301	-0,150	-2,628	0,009
IPO_PD & OM_SOMATIZACE	301	0,357	6,617	0,000
IPO_TOTAL & OM_ZRALÉ	301	-0,055	-0,959	0,338
IPO_TOTAL & OM_NEUROTICKÉ	301	0,281	5,068	0,000
IPO_TOTAL & OM_NEZRALÉ	301	0,624	13,825	0,000
IPO_TOTAL & OM_SUBLIMACE	301	-0,137	-2,395	0,017
IPO_TOTAL & OM_HUMOR	301	-0,077	-1,338	0,182
IPO_TOTAL & OM_ANITICIPACE	301	0,016	0,268	0,789
IPO_TOTAL & OM_SUPRESE	301	0,025	0,429	0,668
IPO_TOTAL & OM_ODČINĚNÍ	301	0,283	5,109	0,000
IPO_TOTAL & OM_PSEUDOALTRUISMUS	301	0,122	2,132	0,034
IPO_TOTAL & OM_IDEALIZACE	301	0,180	3,155	0,002
IPO_TOTAL & OM_REAKTIVNÍ FORMACE	301	0,205	3,618	0,000
IPO_TOTAL & OM_PROJEKCE	301	0,489	9,694	0,000
IPO_TOTAL & OM_P.AGRESE	301	0,466	9,107	0,000
IPO_TOTAL & OM_AGOVÁNÍ	301	0,286	5,163	0,000
IPO_TOTAL & OM_IZOLACE	301	0,316	5,755	0,000
IPO_TOTAL & OM_DEVALVACE	301	0,155	2,712	0,007
IPO_TOTAL & OM_AUTISTICKÁ FANTAZIE	301	0,517	10,448	0,000
IPO_TOTAL & OM_POPŘENÍ	301	0,097	1,688	0,092
IPO_TOTAL & OM_PŘESUN	301	0,229	4,065	0,000

IPO_TOTAL & OM_DISOCIACE	301	0,098	1,695	0,091
IPO_TOTAL & OM_ŠTĚPENÍ	301	0,266	4,764	0,000
IPO_TOTAL & OM_RACIONALIZACE	301	-0,150	-2,623	0,009
IPO_TOTAL & OM_SOMATIZACE	301	0,434	8,338	0,000