

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**OBRANNÉ MECHANISMY U DÍVEK S PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY**

**DEFENSE MECHANISMS OF GIRLS WITH EATING DISORDER**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Barbara Světlíková

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

Olomouc

**2018**

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla moc poděkovat svému vedoucímu práce PhDr. Mgr. Romanovi Procházkovi, Ph.D., za čas, který mi věnoval, za vřelý přístup a trpělivé zodpovězení mých otázek. Také děkuji všem vyučujícím, kteří mi věnovali a poskytli mi své cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která mi je při studiu velkou oporou.

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Obranné mechanismy u dívek s poruchou příjmu potravy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne .....

Podpis .....

## Obsah

Úvod .....	5
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>6</b>
<b>1 Poruchy příjmu potravy (PPP) .....</b>	<b>7</b>
1.1 Historie poruch příjmu potravy.....	7
1.1.1 Historie mentální anorexie.....	7
1.1.2 Historie mentální bulimie .....	8
1.2 Dělení poruch příjmu potravy.....	8
1.2.1 Mentální anorexie (MA).....	8
1.2.2 Mentální bulimie (MB).....	9
1.2.3 Psychogenní přejídání (BED).....	9
1.2.4 Další poruchy příjmu potravy .....	10
1.2.4.1 Orthorexie .....	10
1.2.4.2 Noční přejídání .....	10
1.2.4.3 Pika .....	11
1.2.4.4 Atypické poruchy příjmu potravy (EDNOS).....	11
1.3 Etiologie.....	12
1.3.1 Biologické faktory .....	12
1.3.2 Psychologické faktory .....	13
1.3.3 Sociokulturní vlivy .....	14
1.4 Epidemiologie poruch příjmu potravy.....	14
1.5 Identifikace a léčba poruch příjmu potravy .....	15
1.5.1 Jak poznat poruchu příjmu potravy?.....	15
1.5.2 Léčba.....	16
1.5.2.1 Psychoterapie .....	16
1.5.2.2 Farmakologie .....	17
1.5.2.3 Samoléčba.....	17
<b>2 Obranné mechanismy .....</b>	<b>18</b>
2.1 Historie obranných mechanismů .....	18
2.1.1 Koncepce obranných mechanismů podle Sigmunda Freuda a Anny Freudové 18	
2.1.2 Koncepce obranných mechanismů podle Melanie Kleinové.....	19
2.2 Klasifikace obranných mechanismů .....	19
2.3 Druhy obranných mechanismů .....	21
<b>3 Obranné mechanismy a poruchy příjmu potravy.....</b>	<b>25</b>
3.1 Studie zaměřené na mentální anorexii a bulimii.....	25
3.2 Studie zaměřené na atypické poruchy stravování.....	26
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>28</b>

<b>4</b>	<b>Výzkumný problém</b> .....	<b>29</b>
4.1	Cíle .....	30
4.2	Hypotézy .....	30
<b>5</b>	<b>Popis metodologického rámce a metod</b> .....	<b>31</b>
5.1	Zvolený typ výzkumu .....	31
5.2	Metody získávání dat .....	31
5.2.1	EAT-26 - The Eating Attitudes Test.....	31
5.2.2	DSQ-40 - The Defense Style Questionnaire 40.....	33
5.3	Metody zpracování a analýzy dat .....	34
5.4	Etické problémy a způsob jejich řešení .....	34
<b>6</b>	<b>Soubor</b> .....	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>Výsledky</b> .....	<b>36</b>
7.1.1	Popisná statistika metod a testy normality.....	36
7.1.2	Výsledky dle cílů .....	39
7.1.2.1	Zjistit četnost dívek na jednotlivých fakultách, u kterých se vyskytuje porucha příjmu potravy.....	39
7.1.2.2	Zjistit, zda existuje souvislost mezi užívanými obrannými mechanismy a poruchami příjmu potravy. ....	40
7.1.2.3	Zjistit, zda existuje rozdíl mezi užíváním jednotlivých obranných mechanismů mezi dívkami s poruchou příjmu potravy a bez ní. ....	42
7.1.3	Přehled hypotéz .....	48
<b>8</b>	<b>Diskuze</b> .....	<b>49</b>
	<b>Závěry</b> .....	<b>52</b>
	<b>Souhrn</b> .....	<b>53</b>
	<b>Seznam použitých zdrojů a literatury</b> .....	<b>57</b>

## Úvod

Poruchy příjmu potravy představují skupinu psychických onemocnění, se kterou se ve svém okolí setkáváme velmi často. Jelikož jsou tyto poruchy úzce spojeny se stravou, bez které bychom nemohli žít, je dobré se s poruchami příjmu potravy seznámit. Tyto poruchy patří mezi onemocnění, kterým se věnuje čím dál víc pozornosti, jelikož i podle řady výzkumů dochází k jejich stále většímu nárůstu.

Obranné mechanismy fungují na bázi našeho nevědomí, a proto jsou pro nás tak zajímavé. Díky nim dokážeme lépe porozumět chování nemocných, ale i zdravých jedinců. Zdraví a psychicky nemocní lidé se často liší v užívání skupin těchto mechanismů. Znalost obran nám pomáhá zjistit, zda chování jedince by mohlo být podmíněno těmito obrannými mechanismy v rámci ochrany jejich ega a ne jejich vlastní vůlí.

Práce je rozdělena na dvě části. V první části, která je teoretická, si představíme jednotlivé poruchy příjmu potravy. Faktory, které se podílejí na jejich vzniku, způsoby léčby a další potřebné informace k těmto onemocněním. Dále si představíme obranné mechanismy, jejich historii a klasifikaci. Posledním a nejdůležitějším tématem teoretické části je propojení uvedených témat. Zaměříme se na výzkumy, které se podílely nad přínosem nových informací v oblasti obranných mechanismů u dívek s poruchou příjmu potravy.

Druhá část představuje praktické ověření získaných poznatků. Úkolem bude provést screening poruch příjmu potravy u studentek navštěvujících Univerzitu Palackého. Dále budeme hledat souvislosti a rozdíly mezi zdravými a ohroženými dívkami v užívání obranných mechanismů.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 Poruchy příjmu potravy (PPP)

Poruchy příjmu potravy jsou považovány za projevy patologického jídelního chování. Řadíme zde mentální anorexii, mentální bulimii, psychogenní přejídání, noční přejídání a další. Se všemi uvedenými poruchami se dále v mé práci budeme zabývat. Jde o multifaktoriálně podmíněné onemocnění, které nemá pouze jednu příčinu. Je třeba popisovat ho v bio-psycho-sociálním kontextu. V klinické praxi se s těmito poruchami setkáme v MKN - 10, pro výzkum se využívá DSM-IV (Papežová, 2010).

Pro všechny poruchy příjmu potravy je společné to, že nemocní nadhodnocují svoji váhu. Většina lidí se posuzuje dle toho, jaké výkony ve svém životě podává z různých úhlů. Např. ve škole, v práci či ve sportu. Pacienti s PPP se hodnotí na základě své váhy, postavy a podle jejich schopnosti tyto činitele ovlivňovat. Odtud plyne další společný znak, kterým se poruchy příjmu potravy vyznačují. Jsou zde narušeny stravovací návyky nebo přítomno chování, které má zaručit kontrolu nad svou postavou. Typickým věkem pro rozvoj těchto poruch bývá adolescence a mladší dospělost. Častěji se vyskytují u dívek a žen než u chlapců a mužů (Fairburn, Harrison, 2003).

### 1.1 Historie poruch příjmu potravy

Historie těchto poruch sahá až do starověku. První zmínky se datují do dob Hippokrata, který se v 5. stol. př. n. l. zmiňuje o této problematice a označuje ji pojmem *asithia*. Později se vedly diskuze, zda tato onemocnění mají somatickou nebo psychickou podstatu. V dalších dvou podkapitolách se budeme krátce věnovat historii mentální anorexie a bulimie (Papežová, 2010).

#### 1.1.1 Historie mentální anorexie

Starověký lékař Galén ve 2.stol. jako první použil slovo anorexie. Zmínky o první dívce, která zemřela hladem, jsou známy ze 14.stol. Jmenovala se Sv. Kateřina ze Sienny. Brumberg (1988, in Busfield, 1990) namítá, že tehdy nebylo hladovění viděno jako patologie, ale jako forma náboženského asketismu. V 17. stol. se začaly objevovat první klinické obrazy tohoto onemocnění. Richard Mortonov (1689) popisuje ve svém díle *Phthisiologia* nervové opotřebení, čímž jako první popsal mentální anorexii. Vedly se diskuze, zda je anorexie duševní či somatické onemocnění. Např. Fleury Imbert (1840) popsal gastrickou a nervovou anorexii tzn. porucha trávení vs. odmítání jídla. Zabývali se jí i mnoho dalších, až byla ve 40. letech 20. století zařazena mezi duševní choroby. U nás se tímto tématem proslavil F. Faltus, který roku 1963 na Karlově Univerzitě založil

Jednotku specializované péče pro nemocné trpící poruchami potravy na psychogenním podkladu (Papežová, 2010).

### **1.1.2 Historie mentální bulimie**

O historii mentální bulimie nacházíme pouze sporadické zmínky. Přejídání a zvracení je známo již od dob antického Říma. S tímto tématem se pojí výrok stoického filozofa Seneky: "Lidé jedí, aby zvraceli, a zvracejí, aby jedli". Ve starověku Plutarchos nazval stav přejídání a zvracení jako "*bolimos*"= zlý démon, symbol nadměrného hladu. Později filozofové definovali bulimii od slov "*bous*" (vůl) a "*limos*" (hlad), což znamená tak velký hlad, že by člověk snědl vola. G. Russel 1979 poprvé oficiálně použil termín bulimia nervosa, který vysvětloval jako silné a neovladatelné nutkání se přejídat. Příčinou byl chorobný strach ze ztloustnutí. Následovalo zvracení nebo užívání projímadel, které mají pomáhat zbavovat se nebezpečí ztloustnutí (Papežová, 2010)

## **1.2 Dělení poruch příjmu potravy**

Nyní si představíme jednotlivé typy poruch příjmu potravy. Diagnostická kritéria, která budou v následujících kapitolách zmíněna pocházejí z Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch DSM-5. Popíšeme si nejznámější poruchy z tohoto spektra. Poté uvedeme další poruchy příjmu potravy, které nejsou tak časté.

### **1.2.1 Mentální anorexie (MA)**

Mentální anorexie je velmi vážná a dlouhodobá duševní porucha, která se vyznačuje narušeným vnímáním obrazu svého těla, které je vnímáno jinak, než vypadá ve skutečnosti. I když se pacientka nachází v pásmu podvyživenosti, je přesvědčena, že by měla zhubnout. Tyto dívky se obávají ztloustnutí, a jsou neustále znepokojovány svým vzhledem. Aby je nikdo nenutil přibrat, svou nemoc tají i před svou rodinou a nejbližšími přáteli. Typické pro tuto poruchu je omezení kontaktu s lidmi (Bruch, 1962).

Mezi diagnostické znaky mentální anorexie patří přetrvávající obava z přibírání na váze, která se nezastaví ani při jejím poklesu. Jedinec výrazně omezuje svůj denní energetický příjem za účelem snížení své hmotnosti. Nemá náhled na nebezpečí spojené s nízkou tělesnou váhou. O své postavě nemá realistické mínění a vnímá ji nadhodnoceně. U žen dochází ke ztrátě menstruace (alespoň tři cykly za sebou, aby tento symptom splňoval diagnostická kritéria) (DSM-5, 2015).



Dle indexu tělesné hmotnosti (BMI) zjišťujeme, zda je jedinec podvyživen nebo naopak. Tato hodnota se počítá jako hmotnost v kilogramech/ výška v metrech na druhou. Jedinci s BMI 17 kg/m<sup>2</sup> a nižším jsou považováni za extrémně štíhlé a závažnost se pak určuje dle přesného čísla (DSM-5, 2015).

Rozlišujeme dva typy. Restriktivní typ mentální anorexie se vyznačuje tím, že jedinec dosahuje snížení hmotnosti dietami, hladověním a nadměrným cvičením. Na rozdíl od purgativního typu, který se vyznačuje záchvatovitým přejídáním a následným užitím projímadel či diuretik. Dále se po přejedení může objevit zvracení, které bylo jedincem vyprovokováno. Abychom jednotlivé typy mohli diagnostikovat, pak se takové chování musí opakovat po dobu tří měsíců (DSM-5, 2015).

### **1.2.2 Mentální bulimie (MB)**

Pro mentální bulimii jsou typické opakující se epizody přejedení a purgativního chování, jak jsme popsali výše u MA. Přejedení se opakuje minimálně jednou týdně po dobu tří měsíců. Jedinec sní velké množství jídla za krátkou dobu. Během přijímání jídla se cítí provinile. Přes všechny pocity viny s jezením nemůže přestat. Nemocný přistupuje ke své postavě velmi kriticky. Po přejedení následuje kompenzační chování, které má zabránit zvyšování váhy. Podle četnosti tohoto chování za týden se určuje závažnost onemocnění (DSM-5, 2015).

Mysl pacientek s mentální bulimií je zahlcena myšlenkami na jídlo. Cítí neustálou potřebu se přejíst, i když nemají hlad. Typická je neschopnost určit, kdy mají a nemají hlad. Je potřeba podotknout, že přejedení není takové, které zná většina lidí např. v rámci oslav, kde je hodně jídla. Pozorujeme i případy, kdy byla pacientka schopna sníst 15 000 -20 000 kalorií za jeden večer, přičemž průměrný denní příjem mladých dívek je 1500 kalorií. Ke kompenzačnímu chování, které následuje po přejedení, patří zvracení, užívání laxativ, přehnaná fyzická aktivita či hladovění (Bruch, 1962).

### **1.2.3 Psychogenní přejídání (BED)**

Stejně jako u mentální bulimie i jedinec, který trpí psychogenním přejídáním (binge eating disorder), konzumuje spoustu jídla v krátkém časovém úseku. Také se zde objevuje nedostatečná kontrola nad požíváním jídla během záchvatu. Většinou při záchvatu tito jedinci jedí rychleji než běžně, a také i když nepociťují hlad. Jí do té doby, než se cítí velmi sytý. To všechno probíhá o samotě, protože se za to stydí. Po záchvatu přicházejí pocity bezmoci a znechucení (DSM-5, 2015).

Zajímavé výsledky přinesla studie, ve které byly zkoumány rozdíly v množství jídla, které dokážou sníst obézní ženy a ženy trpící psychogenním přejídáním. Oběma skupinám byla servírovaná jídla s tím, že mají jíst tak, jako by jedly v normální den. Další den dostaly instrukci, aby snědly co nejvíce jídla. Skupina s diagnostikovaným přejídáním snědla signifikantně víc kalorií než skupina obézních žen. Mimoto, ženy ze skupiny s poruchou psychogenního přejídání přiznaly větší míru omezování v jídle, nekontrolovatelnosti, hladu a nárůstu váhy za poslední rok než obézní ženy bez této poruchy (Goldfein, Walsh, Devlin, Lachaussee, Kissileff, 1993).

#### **1.2.4 Další poruchy příjmu potravy**

V této kapitole se budeme věnovat poruše, která není zařazena do klasifikace poruch příjmu potravy, ale v dnešní době se stává víc populární. Dále si popíšeme dvě poruchy, které v diagnostickém manuálu zařazeny jsou, ale jejich výskyt není tak průkazný jako u těch předešlých. Jako poslední se zaměříme na atypických formách poruch příjmu potravy, které se často objevují mezi mladými dívkami a ženami.

##### **1.2.4.1 Orthorexie**

Orthorexii můžeme definovat jako manickou posedlost pro zdravé jídlo. Lidé trpící orthorexií se nadměrně zabývají složením jídla, které konzumují. Dodržují přísné diety, které povolují pouze BIO produkty. Tito lidé často vynechávají celé skupiny jídel, což vede k nedostatku živin. Jako poruchu příjmu potravy ji můžeme vnímat, jestliže nejde jen o přechodné období, ale o dlouhodobý způsob života jedince. Ale hlavně také, jestliže má negativní dopad na jeho kvalitu života. V důsledku odmítání "nezdravých jídel" a s tím spojených společenských událostí, dochází ke ztrátě sociálního kontaktu a ke změnám psychického a fyzického stavu. Jde o fenomén, který zatím není začleněn jako porucha v DSM-5. Odborníci nicméně v oblasti výživy zaznamenali nárůst tohoto chování (Donini, Marsili, Imbriale, Cannella, Graziani 2004).

##### **1.2.4.2 Noční přejídání**

Syndrom nočního přejídání se objevuje hlavně v období stresu nebo při těžké životní situaci, ve které se člověk nachází. Vyznačuje se jedením více než 50 % jídla po 7 hodině večerní, ranním nechutenstvím a obtížemi při usínání nebo nespavostí. Přejídání v noci bylo nalezeno v klinické studii u 64 % vážně obézních lidí, kteří zároveň nějakým způsobem emočně strádali (Stunkard, 1959).

### 1.2.4.3 Pika

Zvláštní poruchou příjmu potravy je pika. Jde o nutkavé požívání věcí, které nejsou určeny k jídlu po dobu alespoň jednoho měsíce. Vyskytuje se u poloviny pacientů, kteří trpí nedostatkem železa. Spíš se diskutuje o tom, zda je pika důsledkem nedostatku železa nebo nedostatek vyvolává piku (Crosby, 1976). Existují různé druhy, které se dělí podle povahy požídaného předmětu. Například geofagie znamená požívání hlíny, pagofagie označuje požívání ledu nebo amylofagie, která znamená požívání škrobu. Z psychologického hlediska byla pika objevena u jedinců s oslabeným intelektem, depresí, psychotickými onemocněními a u deprivovaných jedinců, kteří vyrůstali v nestabilním rodinném prostředí (Ali, 2001).

### 1.2.4.4 Atypické poruchy příjmu potravy (EDNOS)

Název pochází z anglické zkratky EDNOS (eating disorders not otherwise specified). Do této skupiny řadíme jedince, kteří splňují kritéria pro některou z poruch příjmu potravy, ale ne v plném rozsahu. Řadíme zde ty, kteří po redukci váhy stále spadají do normálního váhového pásma. Dále jsou to ženy a dívky, které neztratily svou menstruaci. Co se týká mentální bulimie, tak zde spadají ti jedinci, u kterých se střídají epizody přejídání méně než 2x týdně po dobu tří měsíců. Platí to i pro ty, kteří trpí psychogenním přejídáním bez užívání kompenzačních prostředků. Patří zde i lidé, kteří jídlo po rozkousání vyplivují, aniž by ho polykali (DSM-5, 2015).

Z výzkumů je patrné, že poruchy příjmu potravy jako mentální anorexie a bulimie jsou velmi rozšířené, ale spíše u populace, která je na tyto poruchy náchylnější než ta běžná. Náchylnější populací myslíme takovou, kde se dbá na tělesnou váhu a vzhled. Mohli bychom zde zařadit tanečnice, modelky, herečky či atletky. Uvádí se, že prevalence "pravé" mentální anorexie a bulimie u dospělých žen se pohybuje v rozmezí 0,5-3 %. U částečných poruch příjmu potravy se prevalence zvyšuje na 3-5 % (Cargo, Estes, Shisslak, 1994).

Tento předpoklad dokázala i studie Dancygera a Garfinkela (1995) zrealizovaná na 995 studentech střední školy v Torontu ve věku 13-21 let. Částečnou mentální anorexií a bulimií identifikovali na základě vysokého skóru v EAT-26 a rozhovorem založeném na EDE (eating disorder examination).

EDE je polostrukturovaný rozhovor, který má za úkol posoudit psychopatologii spojenou s poruchami příjmu potravy. Byl vyvinut, aby předešel limitacím, které představují jiné sebehodnotící nástroje (Cooper, Fairburn, 1987).

Abychom se vrátili ke studii, tak dívky musely také splňovat diagnostická kritéria dle DSM-IV kromě ztráty menstruace, podváhy a frekvence přejídání. Druhou skupinu tvořilo 30 hospitalizovaných pacientů s poruchou příjmu potravy. Rozhovory s dívkami, které dosáhly vysokých hodnot v absolvovaných testech, odhalily 51 studentek, které splňovaly kritéria pro jinak nespecifikovanou poruchu příjmu potravy, což bylo 5 %. Přesná kritéria pro poruchu příjmu potravy splňovalo 10 dívek tzn. 1 % (mentální anorexie objevena u 2 dívek, mentální bulimie u 8) (Dancyger, Garfinkel, 1995).

### **1.3 Etiologie**

Jak jsme zmínili výše, poruchy příjmu potravy vznikají z více příčin. Stravování ovlivňuje vnější vzhled člověka, což má určitý dopad na jeho psychiku a začlenění jedince do společnosti. Tlak okolí má na každého jiný psychický dopad, který může mimo jiné vyústit v tuto poruchu. Kromě psychických vlivů zde hrají svou roli i faktory biologické. Zde můžeme zařadit poruchy regulačních funkcí hypotalamu, somatotyp a další (Smolík, 1996). Vlivy jsem rozdělila do tří hlavních skupin, které si nyní podrobněji popíšeme.

#### **1.3.1 Biologické faktory**

Biologickým faktorem číslo jedna je už jen to, jestli jste muž nebo žena. Jak už jsme zmínili dřív, tyto poruchy jsou častější u žen. Dle genderového stereotypu se očekává, že ženy mají být fyzicky atraktivní a mají pečovat o svou krásu. Drobnější a fyzicky přitažlivé ženy jsou vnímány víc žensky než ženy méně atraktivní, se silnější konstitucí těla. Dokonce existují dvě studie, které ukázaly, že když chce žena udělat dobrý dojem, sní méně jídla, než by snědla normálně (Striegel-Moore, 1995).

Genetická výbava jedince rovněž nese zodpovědnost za propuknutí PPP. Jestliže se v rodině vyskytuje tato diagnóza, automaticky vzroste pravděpodobnost, že jedinec získá stejnou diagnózu jako jeho příbuzný. Například Hsu (1990 in Krch, 2005) tvrdí, že výskyt jídelních problémů se v rodinách dívek s PPP vyskytuje čtyřikrát až pětkrát častěji než v populaci bez těchto poruch.

Hormonální změny také mohou být do jisté míry zodpovědné za takové onemocnění. Už při malém omezení kalorického příjmu dochází ke změnám v

hypothalamo-hypofyzárním systému. V tomto případě nejde o příčinu držení diet, ale spíš o jejich důsledek. Takové změny v pubertě zvyšují riziko poruch příjmu potravy v ohledu na změny nálad, přičemž negativní nálady u některých jedinců podporují chuť k jídlu a jeho vyšší spotřebu (Striegel-Moore, 1995).

Průběh puberty rovněž ovlivňuje jedincův další vývoj. Jestliže u dívek nastane časná puberta, znamená to zastavení růstu a rychlejší dospívání než je tomu u jejich vrstevnic. Dochází k tělesným změnám jako je zastavení růstu, zakulacení boků nebo růst prsou, které dívky mohou vnímat negativně, a proto začnou držet diety, aby se vyrovnaly dívkám ve svém věku. S tím souvisí míra spokojenosti se svou tělesnou konstitucí, a tím možné přispění k propuknutí poruchy příjmu potravy. Dívky, které jsou odjakživa hubené, jsou méně predisponovány k držení diet (a tím k PPP) než dívky, které jsou silnější nebo se stávají ženami dříve než ostatní (Striegel-Moore, 1995).

### **1.3.2 Psychologické faktory**

Významný vliv při rozvoji poruch příjmu potravy představují příbuzní nemocného. Matky anorektických dívek bývají popisovány jako dominantní, které od svého dítěte vyžadují perfekcionismus. Toho dosahují přílišnou kontrolou nad dítětem, které takový tlak nemusí unést a vyvine se u něj patologie, jako porucha příjmu potravy. Naopak u dívek, které mají predispozice k tomuto onemocnění, ale jsou svými rodiči podporovány, nemusí porucha vůbec propuknout (Sours, 1974).

Rozhodujícími jsou i osobnostní rysy pacientů. Ve studii Strobera (1981) bylo zjištěno několik charakteristik, které dominovaly u anorektických pacientek ve srovnání se skupinou zdravých dívek. Faktory, které byly charakteristické pro tyto dívky, se nazývaly: poslušnost (dodržování společenských norem), anxiózní projevy (nejen ve vztahu k sociální interakci) a rozvinutá kontrola emocí.

Osobnostní rysy u mentální anorexie zkoumali Morgan a Rusell (1975, in Krch 2005), kteří zjistili, že nejběžnějšími charakteristikami byly depresivní příznaky (45 % ze zkoumaného vzorku) a obsedantní symptomy, které vykazovalo 23 % ze zkoumaného vzorku. Další výzkumy se zabývaly komorbiditou mentální anorexie a obsedantně-kompulzivní poruchy. Rysem, který spojuje PPP a obsedantně-kompulzivní poruchu, je vnitřní nejistota a nízké sebehodnocení, které vysvětlují potřebu mít nad sebou kontrolu. Přejedení pak posiluje již zmíněné nízké sebehodnocení, a tak se pacient dostává do bludného kruhu.

### 1.3.3 Sociokulturní vlivy

Nátlak okolí, který předpokládá, že si ženy budou držet svou postavu, je v dnešní době poměrně vysoký. Víme, že držení různých diet a omezování se v jídle je prekurzorem poruch příjmu potravy. Svou roli zde hraje pohlaví, jelikož dívky s MA se cítí být "tlusté" a naopak chlapani věří, že jsou příliš hubení a málo svalnatí. Existují důkazy, že takto nemocné dívky začaly velmi brzy s držením diet, což si nesly s sebou dál do adolescence, i když byly hubené. Vegetariánství a veganství je žhavým tématem dnešního světa a také přispívá k rozvoji PPP (Nielsen, 2001).

Sportovní a podobné skupiny, ve kterých se jedinci nachází, mají také dopad na možný rozvoj poruch příjmu potravy. Nyní máme na mysli sporty, ve kterých je potřeba být štíhlý a mít svaly, jako třeba atleti. Bylo zjištěno, že atleti, kteří se tímto sportem živí, jsou víc ohroženi, než ti, kteří sportují v rámci školy nebo kroužku. Stejně tak u tanečnic a modelek se musíme řídit mírou profesionality, jelikož ta hraje roli v propuknutí těchto poruch (Nielsen, 2001).

Fyzická atraktivita v naší kultuře rovněž přispívá k úspěšnosti. Existují důkazy o tom, že atraktivním ženám se dostává větší pozornosti a přednostního chování. Díky této skutečnosti ženy touží po dosažení ideálu krásy, kterým je štíhlost, z čehož plyne další rizikový faktor onemocnění PPP (Striegel-Moore, 1995).

### 1.4 Epidemiologie poruch příjmu potravy

Určit přesné epidemiologické údaje u poruch příjmu potravy bohužel není tak jednoduché. Tito pacienti většinou své onemocnění popírají a nechtějí vyhledat odbornou pomoc. Z tohoto důvodu jsou nám utajeny přesné údaje, které bychom potřebovali využít v těchto studiích. Nicméně existují psychiatrické registry případů a lékařské záznamy, kterých se v těchto situacích využívá (Smink, van Hoeken, Hoek, 2012).

Bylo zjištěno, že MA je nejběžnější mezi mladými ženami. V rizikové skupině dívek mezi 15-19 lety došlo v posledních letech k nárůstu výskytu tohoto onemocnění. Předmětem diskuzí je, zda za to může dřívější odhalení nemoci nebo zda došlo k posunu věku začátku nemoci. Dle celostátních studií z Nizozemí a Velké Británie se zdá, výskyt MB klesnul oproti 90. let 20. stol. Stejně tak tomu je i u věku pozorovaném u mentální bulimie, který poklesl z průměrného věku 18,5 na 17,1 let. Pokud jde o neúplné naplnění kritérií MA a MB a také o záchvatovité přejídání, výzkumy prokázaly, že je častější

u dospělých lidí. Protože však nejsou přesně definovaná kritéria pro neúplné poruchy příjmu potravy, jsou tato data poněkud sporná (Smink et.al., 2012).

Dospívajících dívek, které se setkaly s mentální anorexií se ve Spojených státech odhaduje na 0,5 %. Pokud jde o mentální bulimii, zde se odhad pohybuje od 1 % až po 5 %. Varovné znamení je i to, že většina dospívajících dívek je znepokojena číslem, které ukazuje jejich váha nebo nelibostí o tom, jak vypadá jejich postava. Toto tvrzení potvrzuje mnoho studií, které se tímto tématem zabývaly (American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence 2003).

Jinak tomu není ani u nás v České republice. Četné výzkumy Krcha (2005) prokazují, že prožívání a postoje žen jsou výrazně ovlivněny strachem z nadváhy a nízkým sebehodnocením, které je s těmito faktory spojené.

Nyní budeme vycházet z výzkumu Krcha a Drábkové (1996, in Krch 2005), kteří provedli screening na středních a vysokých školách v Praze a ve Vlašimi. Z poměrně velkého souboru dívek (723) a chlapců (258) bylo zjištěno, že tři čtvrtiny dívek nebyly spokojené se svou postavou. Mezi chlapci se objevila jedna třetina, která rovněž neměla dobrý vztah ke svému tělu. Mládeži byl předložen test EAT-40, ve kterém 7,4 % dívek mělo zvýšené výsledky odpovídající stravovacím problémům. Dále absolvovali test EDI, ve kterém se taktéž projevila nespokojenost s vlastním tělem. Kdybychom se řídili kritérii pro diagnózu MB, tak ve výzkumném vzorku by jí odpovídalo 39 dívek, což je 5,7 %.

## **1.5 Identifikace a léčba poruch příjmu potravy**

Aby tato práce nebyla jen teoretického charakteru, zařadíme zde i kapitolu, která se hodí do praktického života. Důvodem je to, že výskyt poruch příjmu potravy roste, a tak by lidé měli mít větší povědomí o těchto závažných nemocech. Protože dívky většinou svou nemoc tají, měli bychom umět PPP poznat nebo se o to alespoň pokusit.

V této kapitole se dozvíme, jaké jsou varovné signály, že v našem okolí existuje někdo, kdo se s poruchou příjmu potravy potýká. Nakonec si představíme, jaké jsou možnosti léčby těchto poruch.

### **1.5.1 Jak poznat poruchu příjmu potravy?**

Symptomů PPP je mnoho. Ostatní, které zde nejsou zmíněny, jsme už zmínili v jiných kapitolách nebo nejsou na první pohled odhalitelné. Zde si uvedeme ty nejzákladnější, kterých není obtížné si povšimnout.

Nejsnadnější způsob, kterým odhalíme poruchu příjmu potravy, obzvlášť mentální anorexii, je vizuální stránka. Jestliže náš blízký člověk v poslední době hodně zhubnul, můžeme zvednout obočí, zda to není jeden ze symptomů PPP či jiné nemoci. Také musíme zvážit náhlé změny v jedincově jídelníčku, např. jezení jen zdravých jídel, bezlepková dieta, veganství. Dalším ukazatelem může být nošení volného oblečení. Samozřejmě nemůžeme obvinít někoho, kdo rád nosí volné oblečení, že trpí poruchou příjmu potravy. Tyto náznaky slouží pouze k potvrzení našeho podezření, když už se nám předtím zdálo něco v nepořádku. Dívky trpící MA postrádají podkožní tuk, který mimo jiné zahřívá naše tělo, takže se tyto dívky mohou často zdržovat u topení či nosit hrubé svetry apod. Dalším doprovodným jevem je kachexie, což je chátrání a celková slabost, která je viditelná na první pohled v již pokročilejším stádiu mentální anorexie (Rosen, D. S. 2010).

## **1.5.2 Léčba**

Poruchy příjmu potravy se dají léčit více způsoby. Nemocný člověk si může zkusit pomoci sám, díky svépomocným materiálům vytvořeným pro tyto účely. Když je taková intervence neefektivní, přistupuje se na léčbu pomocí psychoterapie v kombinaci s psychofarmaky či bez nich. Nyní si popíšeme možnosti, které jednotlivé přístupy léčby nabízejí.

### **1.5.2.1 Psychoterapie**

Je dobré držet se toho, že každý člověk je jedinečný, a tak každému jedinci vyhovuje jiný přístup. Nicméně velmi účinnou formou psychoterapie pro léčbu mentální bulimie se dle různých výzkumů jeví kognitivně-behaviorální terapie. Jde o přístup, který se snaží řešit postoj pacienta k jeho tělu a narušené jídelní návyky, které díky tomuto přístupu vznikly. Průměrná délka léčby je 20 sezení po dobu 5 měsíců. Po této době dochází v polovině až ve dvou třetinách případů k výraznému zlepšení stavu nebo dokonce k uzdravení, které má dlouhotrvající účinky (Fairburn, 2001).

Léčba mentální anorexie není tolik prozkoumána, což se odráží i od její menší prevalence. Existují ale aspekty, kterých je potřeba se držet, abychom postupně došli ke zlepšení. Jelikož jsou pacienti ve většině případů nespolupracující, je potřeba připomínat jim vlastní motivaci, proč pokračovat dál. Za druhé je potřeba, aby pacient dosáhl své přirozené váhy, která byla důsledkem hladovění výrazně snížena (Fairburn, 2001). Zde si musíme dát pozor na refeeding syndrom, což je stav, kdy dochází k příliš rychlému navýšení energetického přísunu podvyživeného pacienta. V důsledku toho



dochází ke zvýšené potřebě vitamínů a minerálů. V těžší formě může dojít k zahlcení energetických cest, což způsobuje porucha minerálního a vodního hospodářství. Dopad toho všeho může být např. selhání srdce a plicní edém (Papežová et al., 2018). Poslední aspekt vyléčení je přítomnost profesionála, který má dostatečnou kompetenci k tomu, aby pacientovi pomohl. Doporučuje se navštěvovat kognitivně-behaviorální terapii v kombinaci s terapií rodinnou (Fairburn, 2001).

### **1.5.2.2 Farmakologie**

Léky v případech mentální bulimie bývají spíš pomocníci k dřívějšímu zlepšení stavu pacienta. Nejvhodnější se zdají být antidepresiva, která snižují frekvenci záchvatů přejídání a kompenzačního chování. Pokud jde o mentální anorexii, tak tady se nezdá, že by psychofarmaka měla signifikantní účinek (Fairburn, 2001).

### **1.5.2.3 Samoléčba**

Pro některé pacienty může být účinná svépomocná příručka, která také vychází z kognitivně-behaviorálního směru. Obsahuje různá doporučení, rady a úkoly, které postupně pacienti plní. Existuje víc druhů, které se dají dohledat na internetu, v organizacích, které se PPP zabývají nebo v knihkupectvích a knihovnách. Máme důkazy o tom, že svépomocné manuály snižují symptomy spojené s poruchami příjmu potravy. Výzkumníci připouští, že mohou pomoci jako první krok k začátku léčby (Perkins, Murphy, Schmidt, Williams 2006).

## 2 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy jsou součástí psychiky každého člověka. Jde o několik reakcí na úzkost vyvolanou nějakým konfliktem či nepříjemnou událostí. Slouží k ochraně našeho obrázku o nás samotných. Jsou nevědomé a nevybíráme si je sami. Jestliže se ale objevují příliš často, mohou přispět k duševním onemocněním (Krech, Crutchfield, Livson, Rollin, Wilson, 1969).

### 2.1 Historie obranných mechanismů

V této podkapitole si představíme některé z autorů, kteří se věnovali popisu a zkoumání obranných mechanismů. Popíšeme si, jak se jednotlivé pojetí vyvíjely, a jak vysvětlovaly fungování nevědomých obran.

#### 2.1.1 Koncepce obranných mechanismů podle Sigmunda Freuda a Anny Freudové

Jako první je popsal Sigmund Freud roku 1894 ve svém díle *Obranné neuropsychózy*. Slovem obrana označuje mechanismus, kterým se Já ochraňuje od nepříjemných a nesnesitelných představ. Na nějakou dobu pro obranu užíval termín vytěsnění. Později přišel na to, že vytěsnění je pouze dílčí metoda obrany (Freud, 2006).

Do té doby se snažil přijít na to, proč se zdravým jedincům daří vytěsnit nepříjemné zážitky, ale psychicky nemocným ne. U svých pacientů vyzoroval, že byli zdraví do určitého momentu, ve kterém došlo k zasažení jejich Já. K tomu mohlo dojít kvůli zážitku nebo pocitu, který byl pro ně tak nepříjemný a nepřijatelný, že na něho zapomněli. Zapomněli na ně nevědomě proto, že neměli sílu pro jejich řešení. U pacientů, které Freud analyzoval se zapomenutí nezdařilo, ale došlo k různým patologickým jevům (Freud, 2000).

Koncepci dále sledovala jeho dcera Anna Freudová. Ve svém díle *Já a obranné mechanismy* přidala k devíti popsaným obranám (vytěsnění, regrese, reaktivní výtvar, izolace, popření události, projekce, introjekce, obrat proti vlastní osobě, zvrát v opak) desátou obranu sublimaci. Podle ní existuje pudový proces, při kterém se nějaký sexuální cíl přesouvá prostřednictvím sublimace na přijatelnou sociální hodnotu (Freud, 2006).

Společně vypracovali pět vlastností obranných mechanismů tak, jak je známe dnes. Shodli se na tom, že (Vaillant, 2012):

- 1) Náš obranný systém je hlavním prostředkem, kterým řídíme konflikty a afekty.

- 2) Tyto obrany jsou nevědomé.
- 3) Jednotlivé obrany jsou samostatně oddělené.
- 4) Na rozdíl od většiny psychiatrických znaků jsou reversibilní.
- 5) Mají adaptivní charakter, ale zachází i do patologie.

Některé mechanismy se objevují ve zdravější formě (např. altruismus a potlačení) na rozdíl od jiných (např. projekce).

### **2.1.2 Koncepce obranných mechanismů podle Melanie Kleinové**

Další osobnost, která se věnovala tématu obranných mechanismů, byla Melanie Kleinová, která patřila do směru Britské školy objektních vztahů. Zabývala se hlavně dětmi a jejich vztahem ke své matce. Popisuje schizoidní mechanismy, které objevila u pacientů, se kterými pracovala. Tvrdila, že tyto mechanismy mají kořeny v raném dětství, kdy si dítě zvnitřní ambivalentní pocity vůči matce. Tyto konfliktní situace dítě řeší štěpením. Na rozdíl od Freuda, který považuje vznik štěpení mysli za společenské a sexuální potlačení, Kleinová tvrdí, že pramení z matčiny destruktivní péče. V důsledku toho se dítě bojí, že se rozpadne na kousky, a proto tento pocit přenese na matku (Sayers, 1999).

Se štěpením se pojí i další mechanismus, kterým je projektivní identifikace. Dítě promítá své rozštěpené části do ostatních. Může to být ale i obava z toho, že ostatní mohou vkládat různé části do nás. Zde můžeme vidět podobnost se schizofrenií, kdy má člověk pocit, že mu někdo vkládá nebo odebírá myšlenky. Takové obavy mohou mít za následek schizoidní onemocnění. Nejde jen o negativní části, které dítě může vkládat a dostávat od ostatních. Jestliže například dítě vkládá jídlo do matčiných úst, podporuje to dobré vztahy s ostatními (Sayers, 1999).

## **2.2 Klasifikace obranných mechanismů**

George E. Vaillant je známý svou klasifikací obranných mechanismů. V následujících odstavcích si představíme, do jakých skupin je dělí. Některé jednotlivé obrany si popíšeme zde, ostatním se budeme věnovat v další kapitole. Vaillant obranné mechanismy popisuje jako naši nevědomou adaptaci na stresové situace. Jestliže jsou užívány ve správném směru, pomáhají nám přežít. V opačném případě je vnímáme jako patologické. Díky jeho studii, kterou provedl na 95ti zdravých mužích, rozdělil tyto obrany

na čtyři hlavní kategorie. Všechny nám nějakým způsobem pomáhají mírnit stres, ale liší se mírou psychopatologie a jejich dlouhodobým účinkem (Vaillant, 1971).

**1) Narcistické obrany** - První úroveň je označena jako nejvíc patologická. Obrany pocházející z této úrovně se běžně vyskytují u psychotických pacientů. U zdravých jedinců jsou obvyklé do věku 5 let. V dospělosti se s nimi setkáváme ve fantaziích nebo ve snech. Tyto mechanismy pozměňují realitu pro danou osobu, která je užívá. Lidem v jeho okolí se takový člověk jeví "bláznivě". Vaillant (1971) zde řadí bludnou projekci, psychotické popření a distorzi (zkreslení reality). Při distorzi si člověk přetváří vnější realitu tak, aby vyhovovala jeho vnitřním potřebám. Dochází k tomu, že nepříjemné pocity jsou nahrazeny těmi příjemnými. Bludnou projekci si představíme tak, že jedinec projikuje své pocity do někoho jiného. Psychotické popření a další nevysvětlené mechanismy ze všech 4 dělení si popíšeme v další kapitole.

**2) Nezralé obrany** - V dětství se tyto mechanismy objevují ve věku od 3 do 16 let. Patří zde schizoidní fantazie, díky které si jedinec uspokojuje nesplněná přání v mezilidských vztazích. Vůči ostatním lidem si vybíjí své potlačené agresivní a sexuální pudy (Vaillant, 1971). Dále zde řadíme hypochondrii, kterou definujeme jako přeměnu svých nepříjemných impulzů či lítosti nad sebou samým, do stěžování si na svůj zdravotní stav ostatním lidem. Tato lítost vychází z předchozí ztráty či zklamání (Brown, Vaillant, 1981).

Dalšími mechanismy z této kategorie jsou projekce, pasivní agrese a agování. Osoby závislé na nezralých mechanismech přesouvají svou zodpovědnost na ostatní (Andrews, Pollock, Stewart, 1989).

**3) Neurotické obrany** - Vaillant (1971) uvádí, že neurotické obrany, kterými jsou intelektualizace, represe, přesunutí, reaktivní formace a disociace, používají nejen neurotici, ale i zdravá populace ve věku od 3 do 90 let. Mohou se objevit u dospělých, kteří čelí nějakému většímu stresu. Represe je typická nevysvětlitelným, symbolickým chováním a "zapomínáním". Tento mechanismus bychom mohli demonstrovat na příkladu ženy, která pláče, ale zapomněla proč nebo kvůli komu. Tímto symbolickým chováním vidíme, že smutná událost nebyla zapomenuta, ale odsunuta do nevědomí (Vaillant, 1971).

Intelektualizace je forma popření, kdy přemýšlíme o svých problémech a analyzujeme je, jako by se týkaly někoho jiného. Oddělujeme je od vlastních emocí a snažíme se o nich intelektuálně přemýšlet (Morris, Maisto, 1999).

Disociace umožňuje jedinci změnit svůj vnitřní stav tak, aby ho nevnímal jako nepříznivý. Díky tomu se dokáže oddělit od bolestných emocí. K tomu je využívána např. depersonalizace, derealizace či amnézie. Tyto formy jsou velice intenzivní a patologické (Bowins, 2004).

**4) Zralé obrany** – Poslední úrovní obranných mechanismů jsou zralé obrany, které se vyvinuly na základě úspěšné identifikace osobnosti a důkladného sebepoznání. Z toho vyplývá, že takové obrany užívají zralí jedinci, kteří dosáhli úspěšné integrace své psychiky. V některých zdrojích jsou považovány spíše za copingové strategie, jelikož pomáhají adaptovat se na různé nepříznivé události. V situacích, kdy se zralí jedinci potýkají s větším stresem, se mohou tyto obrany přemístit na méně zralé mechanismy. Je zde řazen altruismus, suprese, sublimace, anticipace a humor. Altruismus bychom mohli popsat jako naše potěšení v situacích, kdy můžeme uspokojit druhé. Uspokojením druhých se myslí různé činnosti, které provádíme my za účelem pomoci druhému člověku (Vaillant, 1971).

### 2.3 Druhy obranných mechanismů

V následující kapitole se pokusíme vysvětlit jednotlivé obranné mechanismy, které se objevují v dotazníku DSQ-40. Ten bude součástí praktické části této bakalářské práce, a proto si zde daných 20 obran popíšeme. Mechanismů obrany existuje víc, ale pro naše účely stačí popsat jen tyto. Pojetí obranných mechanismů je různé, takže se nejedná o jednotné definice, které by byly všeobecně využívány.

**Agování (acting out)** - Jedinec se brání proti vnitřním nebo vnějším stresorům nějakým činem. Jde o impulzivní chování, kdy člověk nepřemýšlí o jeho následcích. Takové chování může zahrnovat obranný mechanismus přesunu (Hentschel, Smith, Draguns, Ehlers, 2004).

**Anticipace (anticipation)** - Pomocí anticipace člověk reaguje na různé stresory a emocionální události tím, že předvídá, co by se mohlo stát. Jde o racionální uvažování, co by se stalo, kdyby situaci řešil určitým způsobem. Takové počínání nazýváme kognitivní anticipace. Existuje však ještě emocionální anticipace, kdy jedinec pocítuje emoce, které má spojené s danou situací. Z toho můžeme vyvodit, že jde o nevědomou reakci, která není předem plánovaná a slouží k tomu, aby jedince připravila na obtížné události (Ježková, 2006).

**Autistické fantazie (autistic fantasy)** - Cílem těchto fantasií je únik z reálného života, který je plný konfliktů a stresu. Vyznačuje se denním sněním, které odvádí pozornost od problémů a jejich řešení. V určité míře se vyskytuje u všech zdravých dětí, adolescentů i dospělých. Jestliže ale míra tohoto snění překročí určitou mez a stane se zaplavující, jde o patologii (Chabrol, Callahan, 2004).

**Devaluace (devaluation)** - Člověk znehodnocuje osobnost jiného člověka (jeho důležitost, moc, prestiž) negativními komentáři, aby nebyl závislý na jeho pomoci. Chrání se tak před zklamáním dřív, než by mohlo přijít ze strany dané osoby. Tím se snaží vyhnout bolesti, která ze zklamání vyplývá (Chabrol, Callahan, 2004).

**Humor (humor)** - Jedinec používá při vážných nebo stresových situacích ironii a zdůrazňuje zábavné aspekty daného problému, aby se s touto situací lépe vyrovnal a snížil tak napětí, které díky této situaci vzniklo. Abychom ho mohli pojmenovat jako obranný mechanismus, tak musí být zaměřen vůči vlastní osobě. Nejde tedy o zesměšňování ostatních lidí (Chabrol, Callahan, 2004).

**Idealizace (idealization)** - Idealizace je opakem projekce, kdy jedinec, který si je sám sebou v určitém ohledu nejistý, přebírá charakteristiky jiných lidí, ve kterých vidí svůj ideál. Předchází se tím pocitům vlastní neadekvátnosti nebo neschopnosti. Například chlapec, který si není jistý svou atraktivitou, se snaží napodobovat chování či oblékání nejoblíbenějšího sportovce ve škole (Morris, Maisto, 1999).

**Odčinění (undoing)** - Odčinění definujeme jako snahu o změnu minulosti určitým symbolickým chováním. Extrémní míra odčinění, kdy jedinec vykonává marné pokusy o změnu minulosti, nebyla dokumentovaná mezi zdravými jedinci. Proto jde o patologický obranný mechanismus. Dle Baumeistera, Daleho a Sommera (1998) by bylo vhodnější zařadit tento mechanismus mezi copingové strategie, jelikož pomáhá lidem cítit se lépe.

**Pasivní agrese (passive aggression)** - Agrese vůči ostatním je nepřímá a neefektivně vyjadřovaná. Vyznačuje se pasivitou, prokrastinací či provokativním chováním za účelem získání pozornosti. Dále ji poznáme tak, že jedinec odlehčuje situaci šaškováním, aby se vyhnul jeho konkurenční roli vůči druhému (Vaillant, 1971).

**Popření (denial)** - Popření je odmítnutí připustit si skutečnost nějaké nepříjemné události. V některých situacích to může být užitečné, ale naopak jindy popření může

uškodit. Např. lidé závislí na drogách obelhávají sami sebe, když jsou přesvědčeni o tom, že s drogami jen experimentují a kdykoliv mohou přestat (Morris, Maisto, 1999).

Psychotické popření postihuje popírání vnější reality víc než vnímání vlastního nitra. Tito lidé používají svou fantazii pro dotváření vnějšího okolí, ale hlavně lidí (Vaillant, 1971).

**Projekce (projection)** - Tento obranný mechanismus je uplatňován ve chvílích, kdy se jedinec potřebuje zbavit úzkosti plynoucí z jeho selhání nebo viny. V takovém případě projikuje svou vinu na někoho jiného. Projekce se může projevat i tak, že jedinec si není vědom svých nepřátelských tendencí, ale vidí je na ostatních lidech (Krech et. al., 1969).

Sears (1936) dokázal, že nejen nepřátelské tendence, ale všeobecně nežádoucí vlastnosti, kterých si člověk není vědom, může projikovat do jiných. Experimentu se zúčastnili muži, kteří se znali. Měli za úkol na škále ohodnotit právě tyto "negativní" vlastnosti u ostatních i u sebe samotných. Jedinci, kteří postrádali povědomí o svých vlastnostech, pak tyto vlastnosti přiřazovali ostatním mužům. Naopak ti, kteří si byli vědomi svých rysů, přiřazovali spíš opačné vlastnosti druhým.

**Přesun (displacement)** - Je popsán jako přesunutí vzteku proti jedinci, který představuje menší nebezpečí než opravdový předmět či osoba, proti které cítíme vztek. Necílíme naše emoce na původní osobu, která je zapříčinila, ale najdeme si za ni náhradu (Morris, Maisto, 1999).

**Pseudoaltruismus** - Tento patologický altruismus vnímáme jako předstíranou pomoc druhým. Jedinec dělá, že pomáhá ostatním, ale ve skutečnosti si tím plní vlastní potřebu, a má z takového vztahu zisk pro sebe. Pseudoaltruismus se může vyskytnout ještě ve dvou dalších formách. Jako výsledek obranného mechanismu reaktivní formace, kdy jedinec maskuje např. svou agresivitu láskou ke zvířatům. Třetí forma se může projevat skrz vyvolávání pocitů viny u druhých, jichž dosahuje prostřednictvím nějaké formy sebeobětování (Chabrol, Callahan, 2004).

**Racionalizace** - Využíváme ji na základě naší potřeby vidět ve všem nějaký smysl. Hledáme smysl nejen v našem chování, ale i v situacích, ve kterých se ocitáme a ve kterých nejsme původci děje. Snažíme se tedy vysvětlit, proč se stala nějaká nepříjemná situace. Existují různé formy racionalizace. Například při nepříjemné situaci, do které jsme se dostali, se snažíme najít jakékoliv ospravedlnění vlastní osoby, i když to nemusí být

pravda. V realitě by to mohlo vypadat takto: Jedinec nesplnil zkoušku a jako vysvětlení považuje to, že otázky v testu nebyly fér. Racionalizaci můžeme rozdělit na dva typy. První se nazývá "kyselé hrozny". Je založen na negativních argumentech, které člověk používá vůči ostatním, když se mu něco nepovede. Například si pomyslí, že ta dívka, která se s ním rozešla, stejně nebyla až tak atraktivní. Druhý typ si můžeme představit jako "sladký citron", při kterém si naopak jedinec ocitající se v nepříjemné situaci vsugeruje, že nejde o takovou katastrofu, jak by se mohlo zdát (Krech, et. al. 1969).

**Reaktivní formace (reaction formation)** - Je obranný mechanismus, při kterém dochází k přeměně nepříjemného pocitu či konfliktu v jeho opak. " Tímto mechanismem se nevědomá nenávist mění ve společensky přijatelnou lásku, bojácnost v odvalu, pohrdání v přehnanou zdvořilost. Reaktivní výtvar chrání osobu před zdrojem frustrace a úzkosti včetně reakce a kritiky společnosti vůči nežádoucím tendencím jedince" (Cakirpaloglu, 2012, 176).

**Somatizace** - Když určitá osoba trpí bolestmi či jinými fyzickými symptomy, které se nedají fyziologicky vysvětlit, říkáme, že své psychické bolesti převádí do tělesné roviny. Tito lidé kvůli svému nepříznivému stavu často a opakovaně vyhledávají lékaře, ale příčina není nalezena. Mezi somatické příznaky patří stěžování si na bolest zad, závratě, úzkost či částečnou paralýzu některé z končetin (Morris, Maisto, 1999).

**Sublimace (sublimation)** - Situace, kdy si lidé vybíjí svou agresi nebo instinkty aktivitami, které jsou pro ně příjemné a přínosné. Jde o konstruktivní, nepřímou expresi pocitů bez nepříznivých či nepřátelských důsledků. Může to být například sportovní aktivita, vybíjení agrese v různých hrách nebo uspokojování nepříznivé situace při jiných koníčcích (Vaillant, 1971).

**Suprese (suppression)** - Pudové impulsy, které jsou pro nás nepříjemné, uspokojíme jinou cestou. Například sexuální přání, které je pro nás z mravních důvodů nepříjemné, se může společensky přijatelnější cestou projevit v milostné básni. V tomto případě pud není dostatečně uspokojen, ale člověk na tento kompromis nevědomě přistoupí (Říčan, 2010).



### **3 Obranné mechanismy a poruchy příjmu potravy**

Mnoho autorů se snažilo vypátrat, které faktory se nejvíce podílejí na vzniku poruch příjmu potravy. Jedním z faktorů, které zkoumali, jsou obranné mechanismy. V této kapitole se budeme zabývat výzkumy, které se zasloužily o přínos nových informací u tématu poruch příjmu potravy v souvislosti s obrannými mechanismy. Představíme si studie, které hledaly souvislosti přímo s PPP jako mentální anorexie a bulimie, ale i s lidmi, kteří trpí atypickými poruchami stravování.

Garfinkel, Moldofsky a Garner (1980, in Steiner, 1990) tvrdí, že nevyvinuté obranné mechanismy mohou přispívat k propuknutí PPP. Užívání nezralých obran způsobí, že jedinec není připraven na nároky, které se pojí s dospíváním. V důsledku toho se u daného člověka může vyvinout nějaká forma psychopatologie, včetně poruch příjmu potravy. Zmiňujeme zde dospívání, protože právě toto období je velmi náchylné ke vzniku tohoto onemocnění. Steiner (1990) uvádí, že existuje mnoho studií, které potvrdily přítomnost neurotických obran u pacientek s mentální anorexií. Na druhou stranu poukazuje na to, že pouze pár z nich při zkoumání využilo standardizované prostředky.

#### **3.1 Studie zaměřené na mentální anorexii a bulimii**

Z četných výzkumů na téma obranné mechanismy u pacientů s poruchou příjmu potravy je nám známo, že tito pacienti používají nezralé obranné mechanismy. Jeden z těchto výzkumů zjistil, že pacientky s mentální anorexií a mentální bulimií dosáhly signifikantně vyšších skóre u obranných mechanismů pasivní agrese, sublimace a odčinnění, které se řadí mezi nezralé obranné mechanismy (Poikolainen, Kanerva, Marttunen a Lönnqvist 2001).

Výsledky, že anorektičtí pacienti užívají nezralé obranné mechanismy víc, než kontrolní zdravá skupina přináší i další studie (Bond, 2004). Zde bylo navíc zjištěno, že pacienti s mentální bulimií aplikují nezralé obrany více než pacienti s mentální anorexií. Také bylo dokázáno, že maladaptivní obrany zkoumány různými verzemi DSQ signifikantně korelují s duševním onemocněním. Naopak adaptivní mechanismy obrany signifikantně korelují se zdravím.

Na základě studií shodujících se, že bulimičtí a anorektičtí pacienti reagují dle nezralých obranných mechanismů, Vidović, Henigsberg a Jureša (2003) zrealizovali v Chorvatsku výzkum, který testoval tuto hypotézu u pacientek s PPP v porovnání s kontrolní skupinou. Z výzkumu, kde byla využita 88mi položková verze DSQ, byla

očekávaná hypotéza opět potvrzena. Dle výsledků se pacientky spoléhají na maladaptivní jednání vycházející z nezralých mechanismů. Autoři zde ještě zmiňují mechanismy deformující představy, do kterých řadí: primitivní idealizaci, omnipotenci, štěpení, popření a devalvací. Zde pacientky také skórovaly signifikantně výše než skupina zdravých jedinců.

V České republice máme k dispozici diplomovou práci Ježkové (2006), která zkoumala užívání obranných mechanismů u 44 anorektických pacientek. Kontrolní skupinu tvořilo 121 zdravých žen. Věkové rozpětí vzorku se pohybovalo mezi 14 až 30 lety. K detekci obranných mechanismů použila dotazník DSQ-40. Autorka práce došla k závěru, že pacientky s mentální anorexií se významně lišily v užívání neurotických a nezralých obranných mechanismů.

### **3.2 Studie zaměřené na atypické poruchy stravování**

Stein, Bronstein a Weizman (2003) zjišťovali, zda dívky s částečnou poruchou potravy užívají méně adaptivních obran, než kontrolní skupina dívek bez jakýchkoliv znaků poruchy příjmu potravy. Na deseti středních školách v Izraeli byly dívkám předloženy tyto čtyři dotazníky: DSQ-88, EAT-26 a LSI (Life Style Index), což je dotazník detekující 8 obranných mechanismů (popření, regrese, represe, kompenzace, projekce, přesun, intelektualizace a reaktivní formace) a poslední dotazník, který zjišťoval další otázky spojené s jídlem. Průměrný věk participantek byl 16,6 let. Studii podstoupilo 423 dívek, z nichž 55 odpovídalo kritériím částečné mentální anorexie, 79 z nich částečné mentální bulimii a 276 studentek nevykazovalo žádnou poruchu spojenou s jídlem. Studentky s detekovanou poruchou užívaly víc nezralé a neurotické mechanismy v porovnání s dívkami bez jídelních problémů. Autoři také naznačují, že užívání regrese, přesunu a kompenzace během puberty, může být relevantní pro rozvoj subklinických forem poruch příjmu potravy.

Podobný výzkum zrealizovali Steiger a Houle (1991) na starším výběru žen ve věku od 18 do 28 let. Provedli screening na univerzitě v Kanadě. Vzorek tvořilo 112 žen zde studujících nebo pracujících. Vyplnily dotazník EAT-26 a DSQ-40 stejně jako v předchozím výzkumu. Dále dotazník týkající se symptomů poruch příjmu potravy a Object Relations inventory, který sleduje bulimické vzorce chování pomocí dvou škál (problémy v interpersonálních vztazích a egocentrické nebo narcistické postoje). Z výzkumu vyšlo, že 11 žen vykazují symptomy poruchy příjmu potravy. Tyto ženy užívaly nezralé obranné mechanismy více než ženy, které nevykazovaly žádné symptomy

poruch příjmu potravy. Zajímavé zjištění představuje i fakt, že BMI symptotických žen se pohybovalo v průměru 23, 57 bodů. Což je hodnota mírně zvýšená oproti žen asymptotických, které měly v průměru 20,78. Participantek bez těchto symptomů našli 82. Zbýlých 19 vykazovalo pouze mírné symptomy PPP. Pokud jde o souvislost s obrannými mechanismy, tak výsledky byly také docela zajímavé. Ve všech třech skupinách obranných mechanismů skórovaly ženy bez větších rozdílů až na první skupinu maladaptivních obran, kde jejich užívání rostlo spolu s rostoucím skórem v EAT-26 (skór asymptomatických žen měl hodnotu 3,73, mírně symptomatických 3,89 a symptomatických 4,60).

## **VÝZKUMNÁ ČÁST**

#### 4 Výzkumný problém

Pohybujeme se ve společnosti, kde stres je každodenní záležitostí většiny lidí. Může za to uspěchaná doba, se kterou se každý jedinec vypořádává po svém. Někteří jsou víc odolní, jiní míň. Již v teoretické části jsme si popsali jednu z mnoha skupin poruch, ve které může stres vyústit. Tou skupinou jsou poruchy příjmu potravy. Téma poruch příjmu potravy budeme zkoumat z důvodu nárůstu případů tohoto onemocnění. Jelikož je strava neodmyslitelnou součástí našeho života, pak je důležité uvědomovat si, jaký význam pro nás představuje a zda je či není prostředkem, kterým se vypořádáváme s obtížnými situacemi.

Dále jsme si představili obranné mechanismy, prostřednictvím kterých nevědomě reagujeme na stresové situace. Mnohdy se můžeme setkat s určitým chováním jiného člověka, u kterého si klademe otázku, proč se takto zachoval. Odpovědí může být právě obranný mechanismus, který ho má chránit před poškozením. Abychom jim lépe porozuměli, stávají se předmětem našeho zkoumání.

Jelikož poruchy příjmu potravy jsou fenoménem, u kterého zaznamenáváme nárůst, provedeme screening poruch příjmu potravy a obranných mechanismů na rizikových fakultách Univerzity Palackého v Olomouci. Ze zkušeností svých blízkých vím, s jakým nátlakem se nejen studentky, ale i studenti na příslušných fakultách potýkají.

Zmínili jsme výzkumy, které se zabývají tématem obranných mechanismů u dívek s poruchou příjmu potravy. O ty se budeme opírat v empirické části této bakalářské práce. Mimo jiné našim předmětem zkoumání bude, zda spolu tyto poruchy a používání obranných mechanismů souvisí. Prozkoumáme, jaké obranné mechanismy studentky používají, a zda se jejich užívání shoduje s teoretickým ukotvením, které je popsáno v teoretické části této práce. Jak už jsme zmínili, jeden z faktorů vzniku poruch příjmu potravy je tlak, který na jedince působí z okolí. Z toho důvodu budeme zkoumat tři fakulty, kde je tlak na studentky vyvíjen největší.

## 4.1 Cíle

Výzkumné cíle jsou stanoveny na základě informací z odborné literatury, které jsou pro toto téma dostupné. Z výsledků studií a z informací získaných studiem literatury vyplývá, že nemocné dívky využívají nezralé obranné mechanismy. Na základě těchto informací jsme stanovili čtyři výzkumné cíle této práce.

- 1) **Zjistit četnost dívek na jednotlivých fakultách, u kterých se vyskytuje porucha příjmu potravy.**
- 2) **Zjistit, zda existuje souvislost mezi užívanými obrannými mechanismy a poruchami příjmu potravy.**
- 3) **Zjistit, zda existuje rozdíl mezi užíváním jednotlivých obranných mechanismů mezi dívkami s poruchou příjmu potravy a bez ní.**

## 4.2 Hypotézy

Vzhledem ke stanoveným cílům jsme pro výzkum stanovili následující hypotézy.

*H<sub>1</sub>: Skór zralých obranných mechanismů se zvyšuje spolu se zvyšujícím se skórem v EAT-26.*

*H<sub>2</sub>: Skór neurotických obranných mechanismů se zvyšuje spolu se zvyšujícím se skórem v EAT-26.*

*H<sub>3</sub>: Skór nezralých obranných mechanismů se snižuje se snižujícím se skóre v EAT-26.*

*H<sub>4</sub>: Zdravé dívky dosahují vyššího skóru v zralých obranných mechanismech ve srovnání s dívkami s poruchou příjmu potravy.*

*H<sub>5</sub>: Dívky s poruchou příjmu potravy dosahují vyššího skóru u neurotických obranných mechanismů oproti zdravým dívkám.*

*H<sub>6</sub>: Dívky s poruchou příjmu potravy dosahují vyššího skóru u nezralých obranných mechanismů oproti zdravým dívkám.*

*H<sub>7</sub>: Dívky s poruchou příjmu potravy se liší od zdravých dívek v míře používání jednotlivých obranných mechanismů.*

## **5 Popis metodologického rámce a metod**

V následující kapitole si popíšeme, jaký typ výzkumu byl zvolen pro práci s daty. Popíšeme si, jaké metody jsme použili a jak jsme je zpracovávali. Zmíníme zde průběh práce s daty a nakonec se budeme zabývat etickými otázkami, které se s výzkumem pojí.

### **5.1 Zvolený typ výzkumu**

Cílem výzkumu je ověřit již dříve prozkoumanou oblast. Proto jsme zvolili kvantitativní typ výzkumu, který zkoumá jeden aspekt daného problému. K tomu využívá numerická data, která dále zpracovává ve statistických programech.

### **5.2 Metody získávání dat**

V našem výzkumu šlo o screening výskytu poruch příjmu potravy a hledání souvislostí v užívání obranných mechanismů na třech fakultách Univerzity Palackého v Olomouci. Po sestavení testové baterie, kterou si v této kapitole představíme, jsme vybrali tři fakulty, které jsou náročné z hlediska stresu a kladených nároků na studenty. Charakteristika populace a vzorku bude popsána v kapitole Soubor. Data jsme sbírali prostřednictvím internetu, kdy jsem od svých známých z dané fakulty dostala kontakty na další studentky, které zde studují. Další respondentky jsem našla prostřednictvím Facebook skupiny, do které jsem dostala přístup a požádala jednotlivé členky o vyplnění mých dotazníků. Když souhlasily, byly jim odeslány následující dotazníky.

Abychom zjistili, zda se v našem vzorku vyskytují dívky s poruchou příjmu potravy, tak jsme pro sběr dat jsme zvolili standardizovaný dotazník EAT-26. Ten jsme získali v knize Spektrum poruch příjmu potravy (Papežová, 2010). Pro odhalení obranných mechanismů jsme vybrali dotazník DSQ-40 od autorů Andrews, Bond a Singh (1993). V následujících podkapitolách si vysvětlíme, na jakých principech všechny tři metody fungují.

#### **5.2.1 EAT-26 - The Eating Attitudes Test**

Zájem o objektivní měření symptomů mentální anorexie se projevil hned v několika testech. Například Goldberg et al. (1980) přišli se sebehodnotící škálou anorektického chování, který se ale užívá pouze v nemocničním prostředí. Protože bylo třeba umět detekovat mentální anorexii v populaci, která má predispozice k tomuto onemocnění, byl vyvinut Eating Attitudes Test. Je nezávislý na váze, ale velice dobře detekuje emoční poruchy. Ve výzkumech bylo zjištěno, že anorektičky, které

nahodnocovaly svou váhu, dospěly k vyššímu skóru než ty, které svou váhu hodnotily více odpovídající realitě.

Tato zkrácená 26 položková verze byla získaná faktorovou analýzou z původní verze o 40 položkách (EAT-40). Korelace kratší verze s delší verzí je velmi vysoká ( $r=0,98$ ), což vypovídá o její spolehlivosti. Vnitřní konzistenci testu odpovídá koeficient alfa, který je roven 0,94. Probandi zaznamenávají své odpovědi na škále Likertova typu. Na výběr mají 6 odpovědí (1- Vždy, 2 – Velmi často, 3 – Často, 4 – Někdy, 5 – Zřídka, 6 – Nikdy), kdy každá varianta má své bodové ohodnocení. První odpověď se hodnotí třemi body, druhá dvěma a třetí jedním bodem. Zbytek odpovědí získává nulu. V testu najdeme pouze jednu inverzní položku, která slouží jako validizační kritérium a je zařazena jako poslední v testu. (Garner, Olmsted, Bohr, Garfinkel, 1982)

Jedinci, kteří v tomto testu dosáhnou skóre 20 nebo víc bodů, by měli podstoupit setkání s profesionálem, který rozhodne, zda splňují skutečná kritéria PPP. Vysoké skóre nemusí indikovat samotnou poruchu příjmu potravy, ale naznačuje znepokojení nad vlastní postavou a váhou. Jelikož jde o sebehodnotící škálu, může tak dojít k popření symptomů (Lane, Lane, Matheson, 2004). Dotazník jsme našli v diplomové práci M. Černé (2012).

Test je rozdělen na tři subškály, které se nazývají **dietní chování, bulimie a zabývání se jídlem a orální kontrola**. Tyto subškály měří postoje spojené s vnímáním vlastního těla a dalšími psychologickými symptomy. V tabulce č.1 se dozvíme význam jednotlivých subškál, představíme si příklady jejich znění a jejich reliabilitu (Lane, Lane, Matheson, 2004).

**Tabulka č.1 Význam, příklady a reliabilita subškál testu EAT-26**

Subškála	Význam	Příklad
<b>Dietní chování</b>	Vyhýbání se kalorickému jídlu, touha být štíhlá	Mám hrůzu z nadváhy.
<b>Bulimie a zabývání se jídlem</b>	Myšlenky na jídlo	Stává se mi, že se začnu přejídat a mám pocit, že nebudu schopna přestat.
<b>Orální kontrola</b>	Kontrola nad jídlem, vnímání tlaku okolí	Vyhýbám se jídlu, když mám hlad.



## 5.2.2 DSQ-40 - The Defense Style Questionnaire 40

The Defense Style Questionnaire 40 je dotazník, který popisuje a zjišťuje obranné mechanismy. Je určen jak pro normální populaci, tak pro pacienty např. s úzkostnou poruchou. Tato 40 položková verze byla vytvořena faktorovou analýzou z původní, 72 položkové verze. Je založen na Vaillantově modelu obranných mechanismů. Korelace nezralých, neurotických a zralých obran je ve srovnání s původní verzí 0,97, 0,93 a 0,95. Při testování validity nové verze bylo zjištěno, že nejsou rozdíly v užívání obranných mechanismů, co se týká pohlaví. Naopak u věku se vyskytovala tendence méně používat nezralé obrany s narůstajícím věkem. Je v něm obsaženo 20 obranných mechanismů, které Andrews, Bond a Singh (1993) rozdělili do třech skupin, které ukazuje tabulka č. 2. Každý obranný mechanismus zastupují dvě otázky v dotazníku. Jednotlivé obrany jsme si popsali v teoretické části.

Probandi odpovídají na devíti bodové škále, kde 1 znamená Rozhodně nesouhlasím a 9 Rozhodně souhlasím. Dosažené skóre v jednotlivých skupinách mechanismů se pak porovnává s normami. Dotazník jsme získali z diplomové práce Ježkové (2006). V následující tabulce vidíme příklady otázek některých obranných mechanismů. Tabulka dále ukazuje Cronbachovu alfu dle vybraného výzkumu (Ruutu, Pelkonen, Holi, 2006).

Tabulka č.2 Rozdělení dle faktorů, ukázky položek a reliabilita testu DSQ-40

Skupina obranných mechanismů	Jednotlivé obranné mechanismy	Příklad	$\alpha$
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 nechápou, co mi je.	0,75

Pozn.:  $\alpha$  = Cronbachova alfa

### 5.3 Metody zpracování a analýzy dat

V této části se zaměříme na způsoby a postupy, kterými jsme zpracovávali a analyzovali sesbíraná data. K tomu jsme využili program Microsoft Excel a program Statistica 13.

Jelikož šlo o dotazníkové šetření sesbírané internetovou formou, data byla uložena ve Formulářích Google, které jsme si mohli stáhnout do Excelu a dále s nimi pracovat.

Nejdřív jsme museli rozhodnout, zda máme použít parametrické či neparametrické metody. K tomu jsme využili popisné statistiky, které nám vypočítaly zešíkmení a špičatost testových škál. Dále nám pomohly rozhodnout testy normality, konkrétně Kolmogorův-Smirnovův, Lilieforsův a Shapirův-Wilkův test. Z testů jsme zjistili, že k vyhodnocení můžeme použít parametrické metody.

Na základě výše uvedených charakteristik jsme pro výpočet použili t-test pro dva nezávislé výběry, Hotellingův test a Pearsonovu korelaci.

### 5.4 Etické problémy a způsob jejich řešení

Jelikož šlo o dotazníkové šetření, které bylo anonymní, nesetkali jsme se s žádnými problémy, které by mohly bránit v realizaci výzkumu. Probandky byly seznámeny s účely poskytnutých dat. Věděly, že vyplnění dotazníků je zcela anonymní, a že s nimi budeme pracovat pouze pro účely této bakalářské práce. Účast v testování byla dobrovolná, takže nikdo nebyl nucen testovou baterii vyplnit.

## 6 Soubor

Ke screeningu jsme z redukcionistického důvodu jako populaci vybrali tři fakulty na Univerzitě Palackého v Olomouci z hlediska jejich náročnosti. Jde o **Lékařskou fakultu, Právnickou fakultu a Fakultu tělesné kultury**. Na lékařské a právnické fakultě je na studenty kladen vysoký nárok z hlediska velkého objemu učiva, které musí nastudovat. Je známo, že úspěšně absolvovat zkoušky znamená obrovský tlak, se kterým se každý vypořádává jinak. Faktorem vzniku poruch příjmu potravy může být i sportovní skupina, ve které se jedinec nachází, jak už jsme zmínili v teoretické části. Podobnou skupinu může představovat i Fakulta tělesné kultury, která je zaměřená na sport. V takovém prostředí si student může připadat pod tlakem z hlediska důrazu kladeného na svůj vzhled. Naším cílem je zjistit, zda se tito studenti vypořádávají se stresem

prostřednictvím jídla. S tím se neodmyslitelně pojí i užívání obranných mechanismů, které jsou také součástí našeho výzkumu.

Do výzkumu jsem zařadila pouze **dívky**, které na těchto fakultách studují, což už můžeme vypořádat z názvu práce. Důvodem pro zařazení ženského pohlaví se nabízí fakt, že dívky jsou všeobecně víc ohroženy poruchami příjmu potravy než chlapci. Jsou více zaneprázdněny svým vzhledem než mužské pohlaví. K tomu přispívá mnoho faktorů, kterým jsme se věnovali v teoretické části.

Soubor obsahuje **130** probandek ve věku 19-26 let. Všechny navštěvují již zmíněné fakulty na Univerzitě Palackého v Olomouci. Pro výběr probandek jsme zvolili **kvótní výběr**. Jde o nepravděpodobnostní metodu výběru, protože se snažíme naplnit předem dané kvóty, do nichž nejsou probandky vybírány náhodně. Jelikož k tomu potřebujeme vědět, jak je daný znak rozložen v populaci (v našem případě počet studentů studujících na jednotlivých fakultách), postupovali jsme následovně.

Z výročních zpráv fakult z roku 2017 pro Lékařskou fakultu a Fakultu tělesné kultury, a z roku 2016 pro Právnickou fakultu, jsme zjistili počty studentů, kteří na fakultách studují.<sup>1</sup> Na základě toho jsme spočítali procentuelní zastoupení studentek. Data jsme pak sbírali do té doby, než byly kvóty naplněny.

Pro přehlednost přikládáme tabulku č.3, která ukazuje statistické údaje fakult a následné zastoupení v našem souboru. V prvním sloupci vidíme **jednotlivé fakulty**. Sloupec **Reálný počet studentů** odkazuje na údaje získané z výročních zpráv fakult. Sloupec **Počet probandek** ukazuje zastoupení studentek v tomto výzkumu. Dále v tabulce můžeme zaznamenat deskriptivní charakteristiky u jednotlivých fakult z hlediska věku. Nejnižší věk ve skupinách je 19 let. Nejvyšší věk dosahuje 27 let.

Tabulka č.3 Počty studentů dle fakult a jejich deskriptivní charakteristiky

Fakulta	Reálný počet studentů	Počet probandek	Průměr	Min	Max	SD
Lékařská	1888	46	21,609	19	27	1,220
Právnická	1543	46	21,210	19	27	1,527
Tělesné kultury	1866	38	21,261	19	25	1,580

Pozn.: SD = směrodatná odchylka

<sup>1</sup> Odkazy na jednotlivé výroční zprávy jsou uvedeny v Seznamu literatury.

Při testování budeme zkoumat dvě skupiny. První skupina zahrnuje dívky, které jsou dle testu EAT-26 bez poruchy příjmu potravy. Druhá skupina obsahuje dívky, které test vyhodnotil jako rizikové pro vznik poruch příjmu potravy. Budeme je označovat jako dívky s PPP, abychom se vyhnuli zdlouhavým označováním. Postup a kritéria se dozvíme v následující kapitole. První skupina je označena číslem 0, druhá číslem 1.

## 7 Výsledky

Cílem této kapitoly bude seznámení se s nejdůležitější částí tohoto výzkumu, kterými jsou naše výsledky. Jako první si představíme popisné statistiky a výsledky testů normality našeho souboru. Dále budeme popisovat výsledky podle jednotlivých cílů, které jsme si stanovili.

### 7.1.1 Popisná statistika metod a testy normality

Nejprve si ukážeme tabulky popisných statistik jednotlivých metod, které jsme použili pro tento výzkum. Výsledky jsme zaokrouhlili na tři desetinná místa. Před každou tabulkou nalezneme její interpretaci.

V následující tabulce si můžeme prohlédnout popisné statistiky jednotlivých škál testu EAT-26. Největší dosažený počet bodů dosažených v testu je 49. U subškály bulimie vidíme nejvyšší pravostranné zešikmení, které pozorujeme u všech tří subškál včetně hrubého skóru. Minimální počet bodů v testu byla nula. Maximální počet dosáhl 49 bodů.

**Tabulka č.4 Popisné statistiky EAT-26**

Proměnná	N	Průměr	Min.	Max.	SD	Šikmost	SCH Šikm.	Špičat.	SCH Špičat.
Dietní chování	130,000	6,777	0,000	34,000	6,219	1,443	0,212	2,535	0,422
Bulimie	130,000	1,200	0,000	13,000	2,448	2,732	0,212	7,821	0,422
Orální kontrola	130,000	2,100	0,000	12,000	2,268	1,704	0,212	3,607	0,422
CPB_ EAT-26	130,000	10,077	0,000	49,000	8,638	1,771	0,212	3,820	0,422

Pozn.: CPB\_ EAT-26 = Celkový počet bodů v EAT-26, SD = Směrodatná odchylka, SCH = Standartní chyba, Šikm.= Šikmost, Špičat. = Špičatost

Tabulka popisných statistik testu DSQ-40 č.5 poukazuje na nejvyšší levostranné zešíkmení u škály humor. Naopak nejvyšší pravostranné zešíkmení pozorujeme u škály projekce.

**Tabulka č.5 Popisné statistiky DSQ-40**

Proměnná	N	M	Min.	Max.	SD	Šikm.	SCH šikm.	Špičat.	SCH špičat.
Sublimace	130,000	5,254	1,000	9,000	1,799	-0,269	0,212	-0,221	0,422
Humor	130,000	6,604	1,000	9,000	1,732	-0,881	0,212	0,299	0,422
Anticipace	130,000	5,369	1,500	9,000	1,540	-0,068	0,212	-0,166	0,422
Suprese	130,000	5,177	1,000	8,500	1,780	-0,149	0,212	-0,403	0,422
Odčínění	130,000	4,277	1,000	9,000	1,862	0,294	0,212	-0,543	0,422
Pseudoaltruismus	130,000	5,612	1,000	9,000	1,554	-0,071	0,212	-0,177	0,422
Idealizace	130,000	4,358	1,000	9,000	2,161	0,313	0,212	-0,650	0,422
Reaktivní formace	130,000	4,596	1,000	9,000	1,763	0,007	0,212	-0,458	0,422
Projekce	130,000	3,265	1,000	8,000	1,789	0,663	0,212	-0,329	0,422
Pasivní agrese	130,000	3,196	1,000	7,000	1,510	0,429	0,212	-0,394	0,422
Agování	130,000	5,104	1,000	9,000	1,929	-0,082	0,212	-0,545	0,422
Izolace	130,000	4,492	1,000	9,000	2,240	0,132	0,212	-0,890	0,422
Devalvace	130,000	4,942	1,000	9,000	1,421	-0,209	0,212	0,213	0,422
Autistické fantazie	130,000	4,146	1,000	9,000	2,125	0,314	0,212	-0,807	0,422
Popření	130,000	2,946	1,000	6,500	1,412	0,414	0,212	-0,654	0,422
Přesun	130,000	4,400	1,000	8,500	1,803	0,113	0,212	-0,506	0,422
Disociace	130,000	3,681	1,000	8,000	1,703	0,448	0,212	-0,518	0,422
Štěpení	130,000	4,177	1,000	9,000	1,997	0,297	0,212	-0,353	0,422
Racionalizace	130,000	5,704	1,000	9,000	1,633	-0,349	0,212	-0,104	0,422
Somatizace	130,000	5,046	1,000	9,000	1,661	0,038	0,212	0,220	0,422
Zralé	130,000	5,581	2,375	8,000	1,045	-0,216	0,212	0,086	0,422
Neurotické	130,000	4,680	0,750	7,875	1,222	-0,015	0,212	0,503	0,422
Nezralé	130,000	4,258	2,583	6,833	0,834	0,501	0,212	0,166	0,422

Pozn.: M = Průměr, SD = Směrodatná odchylka, SCH = Standartní chyba, Šikm.= Šikmost, Špičat. = Špičatost

Nejprve jsme se rozhodovali, zda použít parametrické či neparametrické testové metody. K tomu nám poslouží Kolmogorův-Smirnovův test, Lilieforsův test a test Shapirův-Wilkův. Tyto tři metody testují, zda se rozdělení našich veličin neodlišují od normálního typu rozložení v populaci. Každý z těchto testů testuje tuto hypotézu trochu jinak, takže se nemusí ve výsledcích shodovat. Jako nejsilnější je považován Shapirův-Wilkův test, k jehož výsledkům se budeme přiklánět. Výsledky testů normality nevyšly vždy pro normální rozdělení, avšak histogramy normálnímu rozdělení odpovídaly. Přes odlišné výsledky testů normality jsme se rozhodli použít parametrické metody.

**Tabulka č.6 Testy normality EAT-26**

Proměnná	N	K-S	Lilieforsův	S-W	p
Dietní chování	130	p<0,01	p<0,01	0,863	0,000
Bulimie	130	p<0,01	p<0,01	0,562	0,000
Orální kontrola	130	p<0,01	p<0,01	0,817	0,000
CPB_EAT-26	130	p<0,01	p<0,01	0,834	0,000

**Pozn.: CPB\_EAT-26 = Celkový počet bodů v EAT-26, K-S = Kolmogorův-Smirnovův test, S-W = Shapirův-Wilkův test**

**Tabulka č.7 Testy normality DSQ-40**

Proměnná	N	K-S	Lilieforsův	S-W	p
Sublimace	130	p<0,20	p<0,01	0,975	0,015
Humor	130	p<0,01	p<0,01	0,924	0,000
Anticipace	130	p> 0,20	p<0,05	0,984	0,120
Suprese	130	p> 0,20	p<0,10	0,980	0,051
Odčinění	130	p<0,20	p<0,01	0,973	0,010
Pseudo-altruismus	130	p> 0,20	p<0,15	0,985	0,174
Idealizace	130	p> 0,20	p<0,10	0,963	0,001
Reaktivní formace	130	p> 0,20	p<0,05	0,983	0,097
Projekce	130	p<0,01	p<0,01	0,915	0,000
Pasivní agrese	130	p<0,10	p<0,01	0,952	0,000
Agování	130	p> 0,20	p<0,10	0,981	0,059
Izolace	130	p> 0,20	p<0,05	0,960	0,001
Devalvace	130	p<0,10	p<0,01	0,983	0,100

<b>Autistické fantazie</b>	130	p<0,10	p<0,01	0,954	0,000
<b>Popření</b>	130	p<0,10	p<0,01	0,948	0,000
<b>Přesun</b>	130	p>0,20	p<0,10	0,977	0,024
<b>Disociace</b>	130	p<0,10	p<0,01	0,961	0,001
<b>Štěpení</b>	130	p>0,20	p<0,05	0,968	0,004
<b>Racionalizace</b>	130	p<0,15	p<0,01	0,978	0,035
<b>Somatizace</b>	130	p<0,05	p<0,01	0,973	0,010
<b>Zralé</b>	130	p>0,20	p>0,20	0,991	0,053
<b>Neurotické</b>	130	p>0,20	p>0,20	0,990	0,490
<b>Nezralé</b>	130	p>0,20	p>0,20	0,980	0,049

Pozn.: K-S = Kolmogorův-Smirnovův test, S-W = Shapirův-Wilkův test

## 7.1.2 Výsledky dle cílů

Zde si představíme způsoby, kterými jsme postupovali při plnění našich cílů. Ke každému cíli jsou přiřazeny příslušné hypotézy, u kterých budeme ověřovat jejich platnost.

### 7.1.2.1 Zjistit četnost dívek na jednotlivých fakultách, u kterých se vyskytuje porucha příjmu potravy.

Ke zjištění četnosti jsme použili dotazník EAT-26, který detekuje poruchy příjmu potravy. Dívky, které měly 20 bodů a víc splňují kritéria pro PPP. Tento dotazník slouží pouze k identifikaci zvýšeného rizika u poruch v jídelním chování. Je nutno přihlížet i k ostatním aspektům a provést detailnější šetření s danými jedinci. Pro účely této práce budeme přihlížet pouze na výsledky dotazníku. V následující tabulce si ukážeme absolutní a relativní četnosti zdravých dívek a dívek s poruchou příjmu potravy. Sloupec **Označení** nám ukazuje, že v následujících výpočtech se zdravé dívky budou označovat číslem 0 a dívky s poruchou příjmu potravy číslem 1.

Tabulka č. 8 Četnost dívek s PPP a bez ní

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Označení
<b>0-19 bodů</b>	114	88 %	0
<b>20 a více bodů</b>	16	12 %	1

Pozn.: 0-19 bodů = zdravá, 20 a více bodů = porucha příjmu potravy

### 7.1.2.2 Zjistit, zda existuje souvislost mezi užívanými obrannými mechanismy a poruchami příjmu potravy.

K tomuto cíli jsme využili Pearsonovu korelaci, kdy jsme porovnávali výsledky testů EAT-26 a DSQ-40. K uvedenému cíli se vztahují tyto tři hypotézy:

*H<sub>1</sub>: Skór zralých obranných mechanismů se snižuje se snižujícím se skóre v EAT-26.*

*H<sub>2</sub>: Skór neurotických obranných mechanismů se zvyšuje spolu se zvyšujícím se skórem v EAT-26.*

*H<sub>3</sub>: Skór nezralých obranných mechanismů se zvyšuje spolu se zvyšujícím se skórem v EAT-26.*

Tabulka číslo 9 ukazuje, že p-hodnota u zralých obranných mechanismů a celkového počtu bodů v EAT-26 není menší než hladina významnosti 0,05. Tudíž o platnosti hypotézy číslo 1 nelze rozhodnout, jelikož jsme nenašli důkazy proti platnosti její nulové hypotézy. Naopak u neurotických obran je p-hodnota rovna **p=0,001**, což znamená, že jsme našli **velmi vysoce signifikantní** výsledky. U nezralých obranných mechanismů je p-hodnota menší než 0,05 a tím pádem zde pozorujeme **signifikantní** výsledky. Hypotézy 2 a 3 můžeme přijmout. První řádek tabulky ukazuje samotnou korelaci r, která je současně i mírou účinku testu.

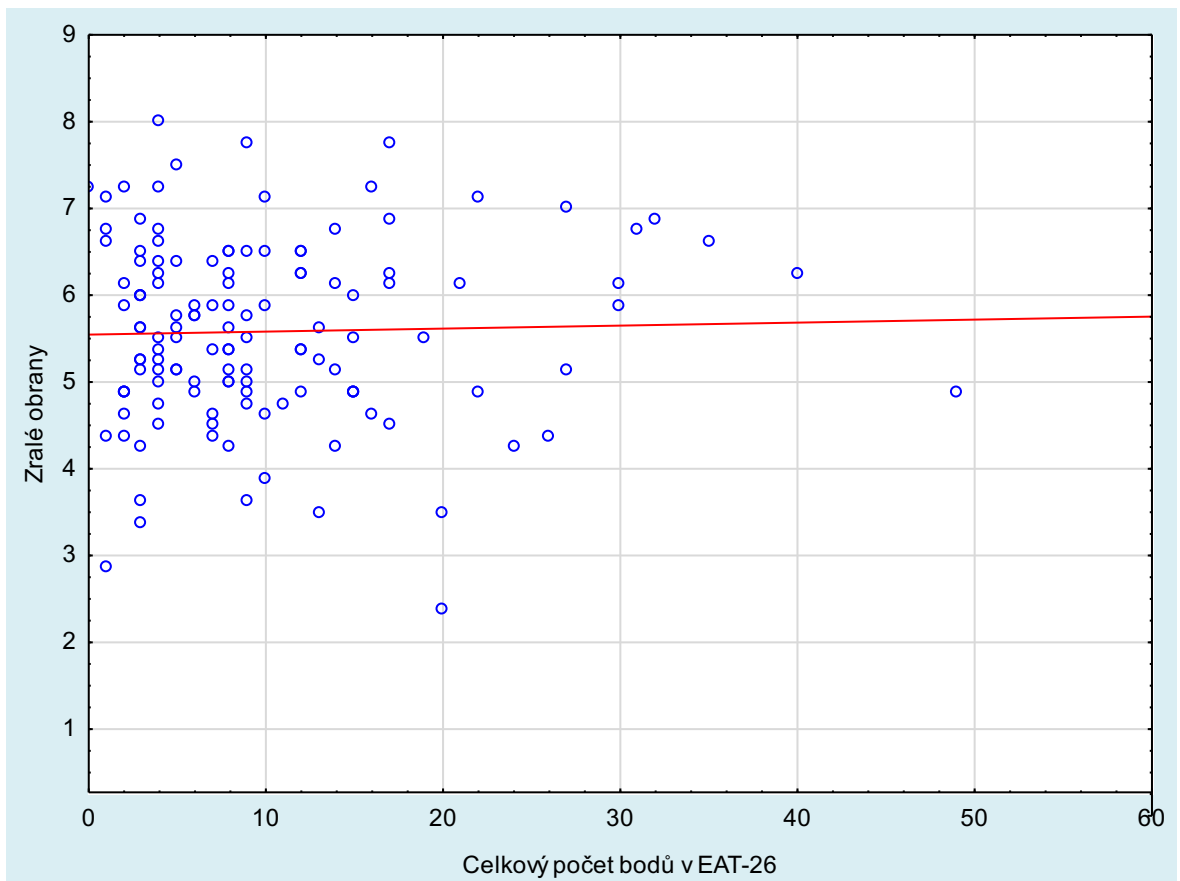
**Tabulka č.9 Pearsonova korelace mezi obrannými mechanismy a EAT-26**

Proměnná	Zralé	Neurotické	Nezralé
Celkový počet bodů v EAT-26	0,029	0,288	0,210
p-hodnota	p=0,746	p=0,001	p=0,017

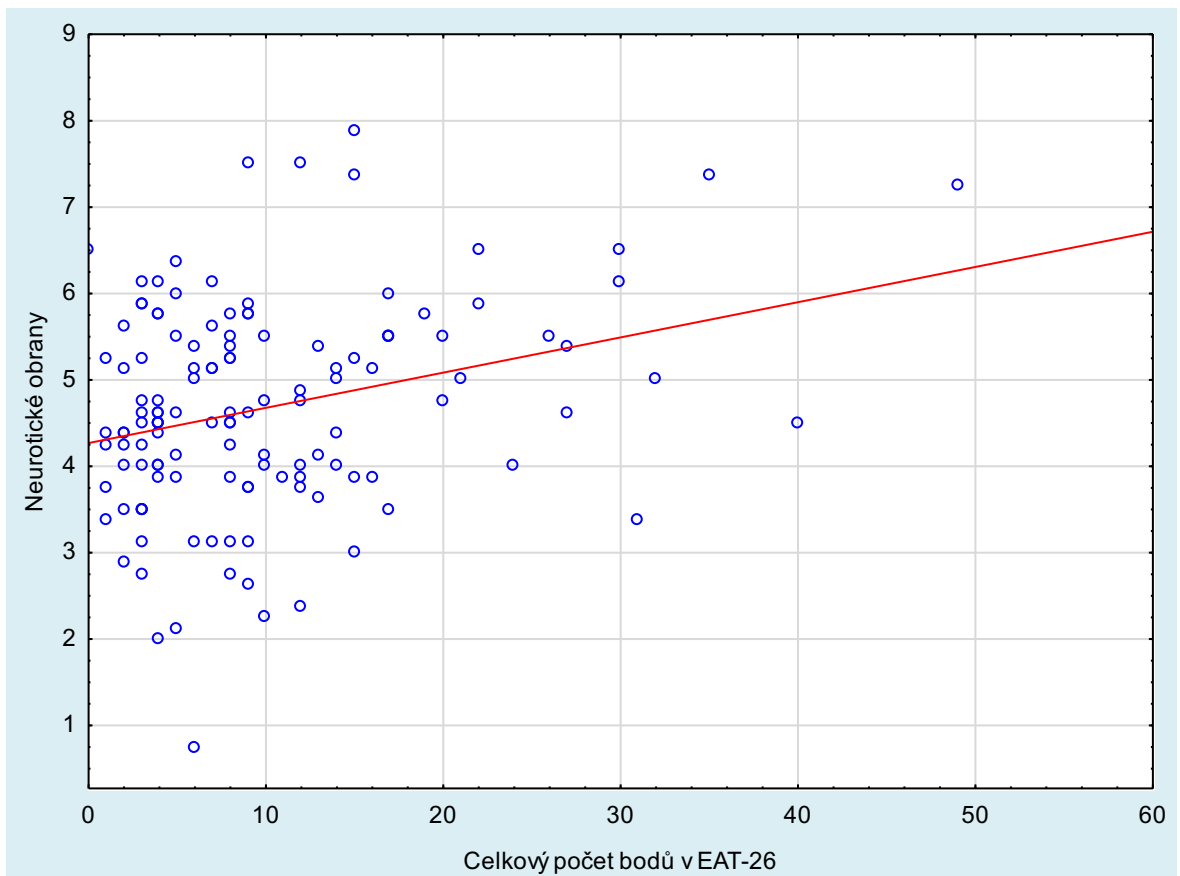
Pro lepší orientaci si můžeme prohlédnout bodové **grafy 1, 2 a 3**. Ukazují nám vzájemný vztah celkového počtu bodů v testu EAT-26 a jednotlivých skupin obranných mechanismů. Na ose X je zobrazen celkový počet bodů v testu EAT-26. Na ose Y se dozvíme jednotlivé skóre u dané skupiny obranných mechanismů. U **prvního** grafu vidíme, že skóre zralých obranných mechanismů se neliší se zvyšujícím se skórem v EAT-26. **Druhý a třetí** graf ukazuje zvyšující se skóre u neurotických a nezralých obranných mechanismů spolu se zvyšujícím se skórem v EAT-26.



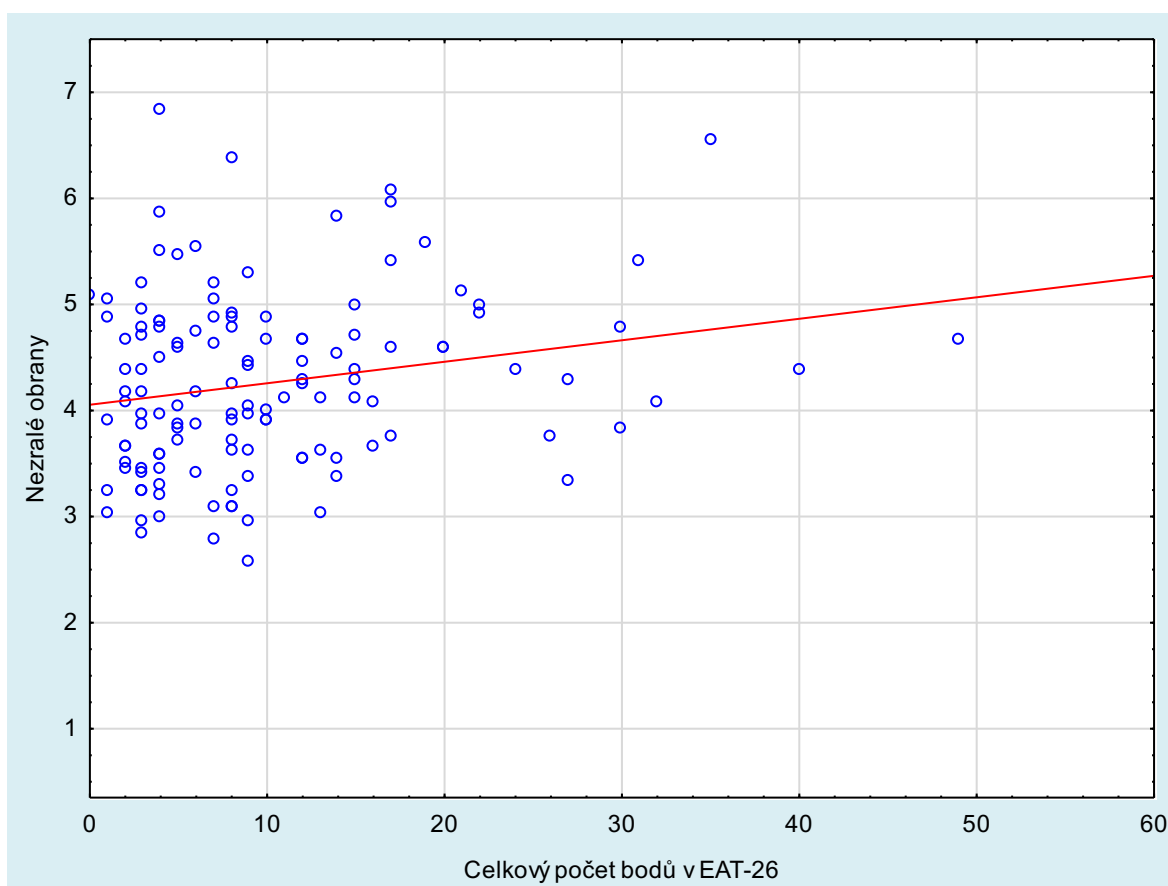
**Graf č.1 Bodový graf Celkového počtu bodů v EAT-26 a Zralých obran**



**Graf č.2 Bodový graf Celkového počtu bodů v EAT-26 a Neurotických obran**



**Graf č.3 Bodový graf Celkového počtu bodů v EAT-26 a Nezralých obran**



### 7.1.2.3 Zjistit, zda existuje rozdíl mezi užívání jednotlivých obranných mechanismů mezi dívkami s poruchou příjmu potravy a bez ní.

Abychom zjistili, zda existuje rozdíl mezi dvěma nezávislými skupinami, použili jsme t-test pro dva nezávislé výběry. Budeme testovat následující hypotézy:

*H<sub>4</sub>: Zdravé dívky dosahují vyššího skóru v zralých obranných mechanismech ve srovnání s dívkami s poruchou příjmu potravy.*

*H<sub>5</sub>: Dívky s poruchou příjmu potravy dosahují vyššího skóru u neurotických obranných mechanismů oproti zdravým dívkám.*

*H<sub>6</sub>: Dívky s poruchou příjmu potravy dosahují vyššího skóru u nezralých obranných mechanismů oproti zdravým dívkám.*

Níže uvedená tabulka č.10 ukazuje výsledky t-testu. Červeně zbarvené písmo poukazuje na signifikantní výsledky. Ty pozorujeme u proměnné Neurotické obranné mechanismy, kde p-hodnota dosahuje hodnoty **p=0,006**. Proto můžeme říci, že jsme našli **vysoce signifikantní** výsledek. Z hlediska praktické významnosti pozorujeme vysokou

míru účinku, která je zaznamenána ve sloupečku Cohenovo d. Z tohoto důvodu přijímáme hypotézu č. 5. Hypotézy 4 a 6 nepřijímáme, jelikož jsme nenalezli důkazy pro zamítnutí jejich nulových hypotéz.

Tabulka č.10 T-test pro dva nezávislé výběry

Proměnná	M 0	M 1	t	df	p	N 0	N 1	SD 0	SD 1	F	p	Coh. d
Zralé	5,591	5,508	0,297	128	0,767	114	16	0,997	1,381	1,921	0,056	-
Neurotické	4,571	5,453	-2,772	128	0,006	114	16	1,201	1,116	1,159	0,787	0,722
Nezralé	4,210	4,604	-1,786	128	0,077	114	16	0,837	0,748	1,253	0,645	-

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

Poslední hypotézu, kterou budeme zkoumat je následující:

*H<sub>7</sub>: Dívky s poruchou příjmu potravy se liší od zdravých dívek v míře používání jednotlivých obranných mechanismů.*

K jejímu testování jsme se rozhodli použít Hotellingův test. Ten používáme v situacích, kdy potřebujeme testovat více závislých proměnných, v našem případě 20 obranných mechanismů. Kdybychom mechanismy testovali klasickým t-testem, došlo by k nepřesnostem vzniklým v důsledku mnohonásobného testování.

Výsledky nám ukazuje tabulka č.11. Signifikantní výsledky můžeme pozorovat v řádcích odlišených červeným písmem. Jde o obranný mechanismus **Idealizace, Reaktivní formace, Přesun a Somatizace**. Uvedené obrany pochází ze skupin neurotické a nezralé obranné mechanismy. V mechanismech ze skupiny zralých se signifikantně neodlišují, což odpovídá výsledkům výše uvedeným. Největší rozdíl vidíme u mechanismu Reaktivní formace, jehož p-hodnota dosahuje **p=0,001**. V tomto případě výsledky označujeme jako **velmi vysoce signifikantní**. Cohenovo d je v tomto případě vysoké. U zbývajících třech mechanismů se Cohenovo d pohybuje kolem hodnoty 0,5, což není až tak vysoká hodnota.

P-hodnota Hotellingova testu, která není uvedena v tabulce je rovna **p=0,00859**. Proto můžeme říci, že jsme došli k **vysoce signifikantním** výsledkům a hypotézu číslo 7 přijímáme.

**Tabulka č.11 Hotellingův test srovnávající jednotlivé obranné mechanismy u skupin  
zdravých dívek a dívek s poruchou příjmu potravy**

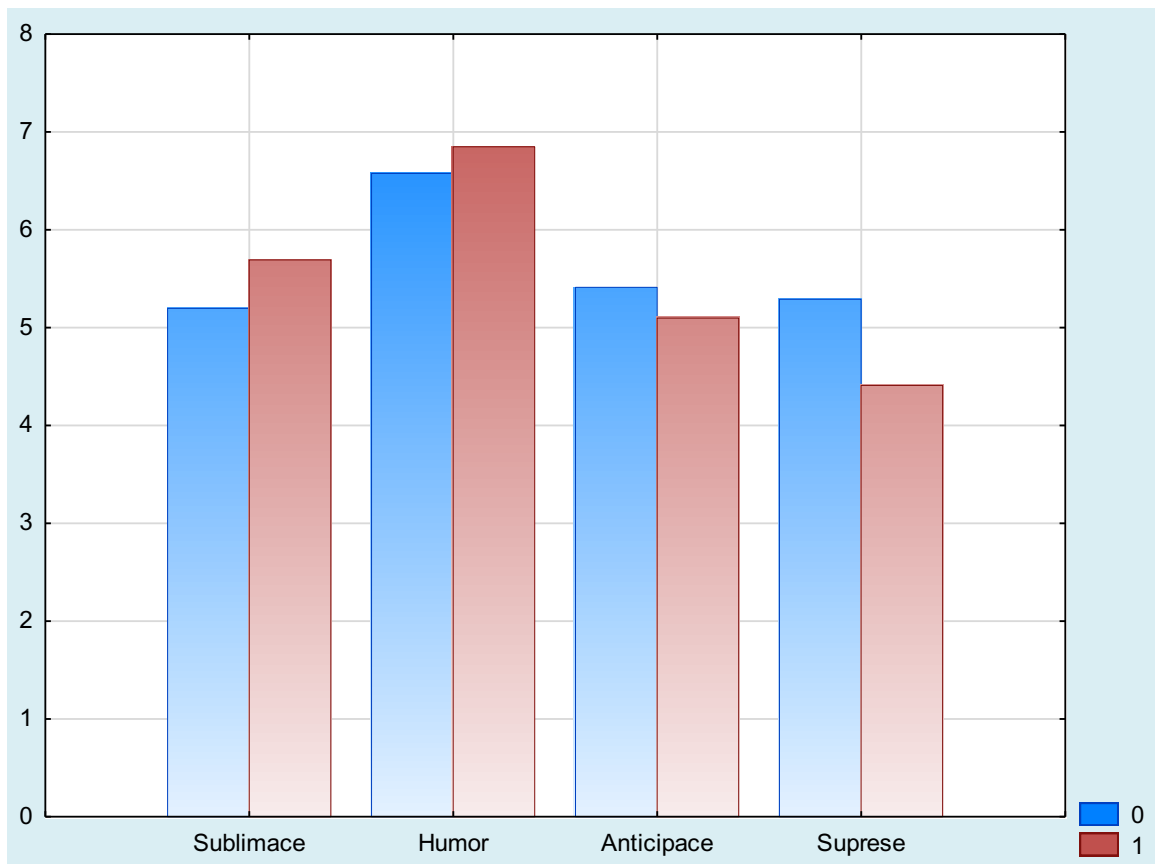
Proměnná	M 0	M 1	t	df	p	N 0	N 1	SD 0	SD 1	F	p	Coh. d
Sublimace	5,193	5,688	-1,03	128	0,305	114	16	1,716	2,33	1,844	0,074	
Humor	6,57	6,844	-0,59	128	0,556	114	16	1,675	2,143	1,637	0,15	
Anticipace	5,408	5,094	0,76	128	0,447	114	16	1,538	1,573	1,046	0,83	
Suprese	5,285	4,406	1,87	128	0,064	114	16	1,713	2,107	1,514	0,224	
Odčínění	4,197	4,844	-1,30	128	0,195	114	16	1,793	2,278	1,614	0,161	
Pseudoaltruismus	5,605	5,656	-0,12	128	0,903	114	16	1,472	2,111	2,058	0,034	
Idealizace	4,215	5,375	-2,04	128	0,044	114	16	2,153	1,996	1,164	0,778	0,537
Reaktivní formace	4,408	5,938	-3,38	128	0,001	114	16	1,708	1,601	1,139	0,82	0,868
Projekce	3,206	3,688	-1,00	128	0,316	114	16	1,818	1,559	1,36	0,511	
Pasivní agrese	3,219	3,031	0,47	128	0,643	114	16	1,517	1,5	1,023	1	
Agování	5,057	5,438	-0,74	128	0,462	114	16	1,88	2,287	1,48	0,249	
Izolace	4,373	5,344	-1,63	128	0,105	114	16	2,266	1,895	1,43	0,438	
Devalvace	4,868	5,469	-1,59	128	0,114	114	16	1,427	1,297	1,21	0,707	
Autistické fantazie	4,088	4,563	-0,84	128	0,405	114	16	2,122	2,175	1,051	0,821	
Popření	2,974	2,75	0,59	128	0,555	114	16	1,437	1,238	1,347	0,526	
Přesun	4,272	5,313	-2,19	128	0,03	114	16	1,773	1,806	1,038	0,845	0,577
Disociace	3,658	3,844	-0,41	128	0,684	114	16	1,663	2,014	1,466	0,26	
Štěpení	4,114	4,625	-0,96	128	0,34	114	16	2,012	1,884	1,141	0,817	
Racionalizace	5,763	5,281	1,11	128	0,271	114	16	1,529	2,258	2,182	0,022	
Somatizace	4,925	5,906	-2,25	128	0,026	114	16	1,634	1,645	1,014	0,892	0,591

Pozn.: M = průměr, SD = Směrodatná odchylka, Coh.d = Cohenovo d, 0 = zdravé, 1 = PPP

Následující tři grafy nám ukazují výsledky tabulky č.11. Pro přehlednost jsou rozděleny dle skupin obranných mechanismů na zralé, neurotické a nezralé. V každém grafu nalezneme jednotlivé obrany, které do dané skupiny patří. Graficky tak můžeme porovnat, jak se v užívání obran naše skupiny liší. Skupina **zdravých** dívek je označena číslem **0**. Skupina dívek **s poruchou příjmu potravy** je označena číslem **1**. Osa **Y** nese **průměrné** hodnoty, kterých dívky nabývaly v dotazníku DSQ-40. Na ose **X** můžeme vidět dané obranné mechanismy.

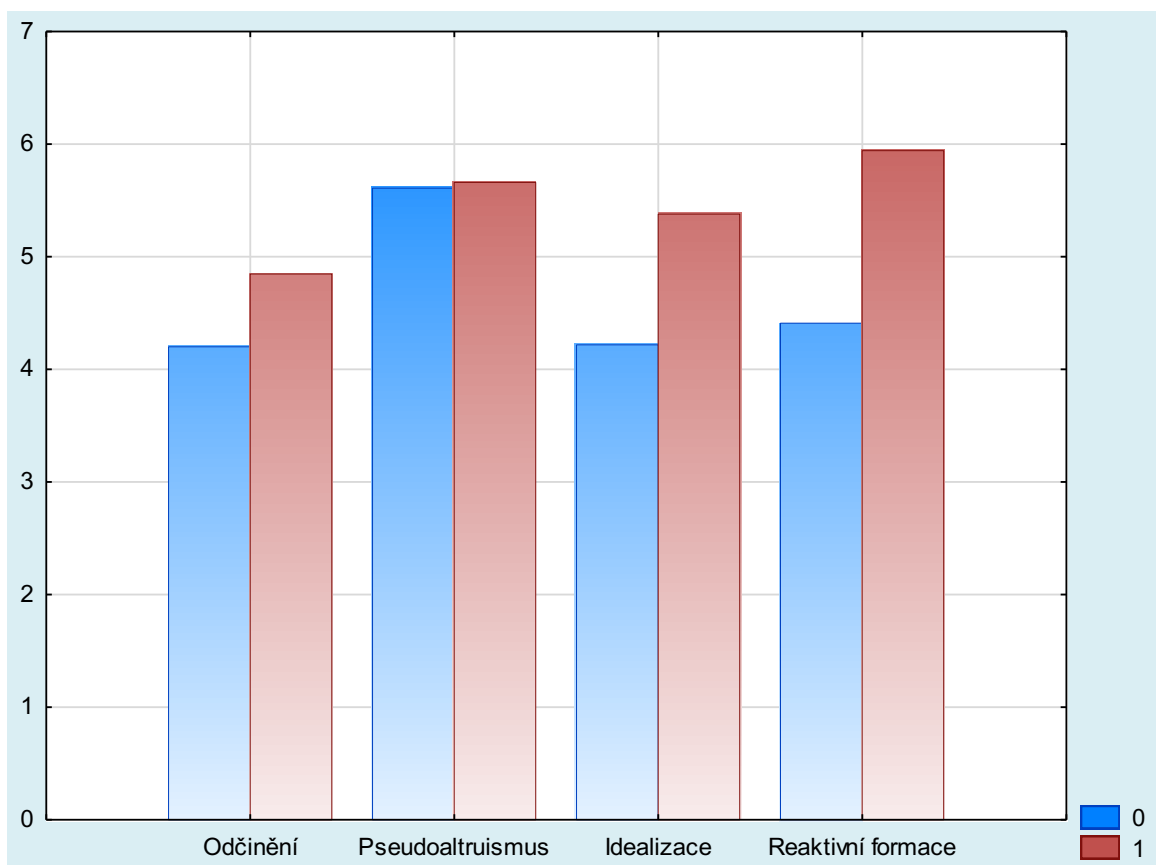
**Graf č. 4** vyobrazuje zralé obranné mechanismy. V těchto mechanismech nepozorujeme mezi skupinami významné rozdíly. U sublimace a suprese vidíme, že skupina dívek s PPP skórují výše než skupina zdravých dívek. Naopak tomu je u anticipace a suprese, kdy dívky s PPP skórují níže.

**Graf č. 4** Sloupcový graf zralých obranných mechanismů dle skupin



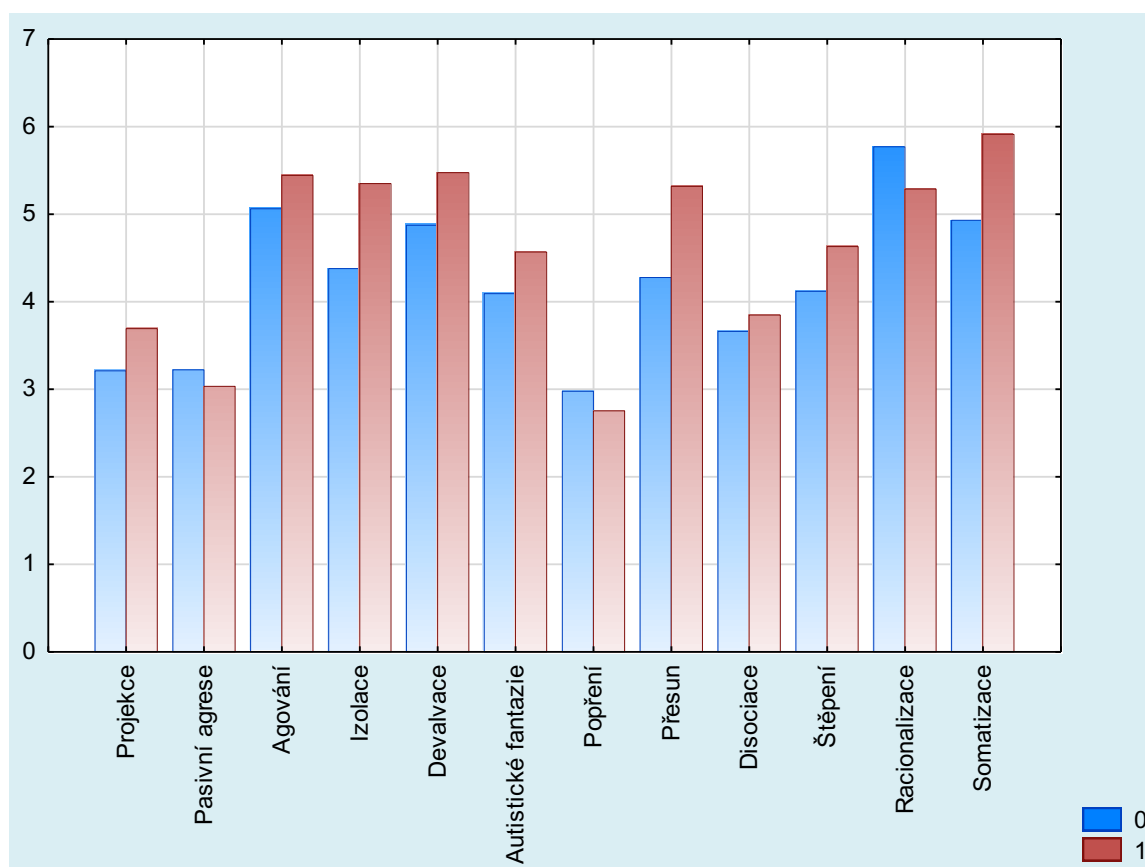
U **grafu č. 5** již můžeme pozorovat významnější rozdíly v užívání neurotických obran. Vidíme, že skupina dívek s PPP skórují ve všech mechanismech výše než dívky zdravé. Významný rozdíl však ukazují sloupce s mechanismem **idealizace** a **reaktivní formace**.

**Graf č. 5 Sloupcový graf neurotických obranných mechanismů dle skupin**



Posledním grafem, který demonstruje rozdíly mezi užíváním nezralých obranných mechanismů u našich dvou skupin zobrazuje **graf č. 6**. Jak je vidět v grafu, tato skupina představuje nejpočetnější skupinu ze všech tří kategorií obran. Dívky s PPP skórují významně výše v obranách **přesun** a **somatizace**. O něco méně pak u projekce, agování, izolace, devalvace, autistické fantazie, disociace a štěpení. Obráceně tomu je u mechanismů pasivní agrese, popření a racionalizace, kdy dívky s PPP skórují níže než skupina dívek zdravých.

**Graf č. 6 Sloupcový graf nezralých obranných mechanismů dle skupin**



### 7.1.3 Přehled hypotéz

Pro shrnutí a lepší orientaci si můžeme prohlédnout tabulku číslo 12, která ukazuje jednotlivé hypotézy a jejich přijetí či nepřijetí ve sloupci **Rozsudek**. Sloupec **Číslo tabulky** ukazuje, podle které tabulky jsme rozhodovali o dané hypotéze. Ve sloupci **Znění** nalezneme, jak zněla daná hypotéza.

Tabulka č. 12 Přehled hypotéz

Znění	Číslo tabulky	Rozsudek
<i>H<sub>1</sub>: Skór zralých obranných mechanismů se snižuje se snižujícím se skóre v EAT-26.</i>	7	Nepřijímáme
<i>H<sub>2</sub>: Skór neurotických obranných mechanismů se zvyšuje spolu se zvyšujícím se skórem v EAT-26.</i>	7	Přijímáme
<i>H<sub>1</sub>: Skór nezralých obranných mechanismů se zvyšuje spolu se zvyšujícím se skórem v EAT-26.</i>	7	Přijímáme
<i>H<sub>4</sub>: Zdravé dívky dosahují vyššího skóru v zralých obranných mechanismech ve srovnání s dívkami s poruchou příjmu potravy.</i>	8	Nepřijímáme
<i>H<sub>5</sub>: Dívky s poruchou příjmu potravy dosahují vyššího skóru u neurotických obranných mechanismů oproti zdravým dívkám.</i>	8	Přijímáme
<i>H<sub>6</sub>: Dívky s poruchou příjmu potravy dosahují vyššího skóru u nezralých obranných mechanismů oproti zdravým dívkám.</i>	8	Nepřijímáme
<i>H<sub>7</sub>: Dívky s poruchou příjmu potravy se liší od zdravých dívek v míře používání jednotlivých skupin obranných mechanismů.</i>	9	Přijímáme



## 8 Diskuze

Tato práce byla založena na hledání souvislostí v užívání obranných mechanismů u dívek s poruchou příjmu potravy. Provedli jsme screening poruch příjmu potravy na třech nejrizikovějších fakultách Univerzity Palackého v Olomouci. Těmito fakultami byly: Lékařská, Právnická a Fakulta tělesné kultury. Testovou baterii, která obsahovala DSQ-40 a EAT-26, nám vyplnilo 130 děvčat. Věkové rozložení dívek bylo od 19 do 27 let. Data jsme sbírali metodou kvótního výběru do té doby, než jsme dosáhli uvedeného čísla. Abychom dosáhli podobného rozdělení studentek v našich skupinách, jako je tomu ve skutečnosti, zjistili jsme si reálný počet studentů na fakultách a daným poměrem jsme zjistili kvóty, které potřebujeme naplnit.

Dotazníkem EAT-26 jsme odhalili, že ze 130 zúčastněných děvčat se u 16 z nich objevuje riziko spojené s poruchou příjmu potravy. U těchto dvou skupin jsme dále zjišťovali, jak se liší v užívání obranných mechanismů, které jsme zjistili dotazníkem DSQ-40. T-testem pro dva nezávislé výběry jsme zjistili, že se signifikantně odlišují v užívání neurotických obran. K tomu přispívá i jejich vysoká míra účinku. Hypotézu, která předpokládala vyšší skóre u neurotických obranných mechanismů u dívek s PPP, jsme přijali. Tento výsledek koresponduje s výsledky studie Garfinkela, Moldofského a Garnera v roce 1980, in Steiner 1990. K potvrzení užívání neurotických obran přispívá výzkum Ježkové (2006), který byl proveden v České republice. Naopak v používání nezralých mechanismů se naše výsledky s tímto výzkumem neshodují, jelikož jsme neshledali signifikantní rozdíly v užívání těchto obran mezi našimi skupinami. Nejsou v souladu ani s ostatními výzkumy provedených na toto téma nejen v České republice. Hypotézu předpokládající vyšší skóre u těchto mechanismů u dívek s PPP jsme nemohli přijmout.

Nyní se zamyslíme, proč tyto výsledky nekorespondují s výsledky ostatních studií. Jelikož byl náš výzkumný soubor tvořen z vysokoškolských studentek, je možné, že se jejich chování a fungování odlišuje od běžné normy, u které se nezralé mechanismy mohou vyskytovat. Nabízí se otázka, zda absence nezralých mechanismů souvisí s pozitivním zvládnutím stresu na vysoké škole. Možná je i úvaha, jestli by se u dívek s nadměrným užíváním nezralých mechanismů nevyskytovaly psychické problémy znemožňující studovat vysokou školu. V potaz bereme i variantu, že dívky při vyplňování dotazníku klamaly. Jelikož bylo vyplnění dotazníku anonymní a dobrovolné, je tato varianta méně pravděpodobná. Příčina odlišných výsledků nemusí záležet pouze na povaze a odpovědích našich probandek. V některých výzkumech byly využity jiné dotazníky pro

indikaci obranných mechanismů, např. dotazník LSI (Stein, Bronstein a Weizman, 2003). Faktory v dotazníku DSQ-40, který jsme použili v této práci, mají poměrně malou reliabilitu: zralé 0,57, neurotické 0,60 a nezralé 0,75 (Ruutu, Pelkonen, Holi, 2006), což může být dalším činitelem přispívajícím k neshodujícím se výsledkům.

Ve výzkumu Steina, Bronsteina a Weizmana (2003) byl zjištěn signifikantní rozdíl v užívání nezralých obran mezi zdravými dívkami a dívkami s poruchou příjmu potravy. Tito autoři dále zjistili větší užívání regrese, přesunu a kompenzace u dívek s PPP. Jelikož zde byl použit mimo DSQ-40 i dotazník LSI, který obsahuje obranný mechanismus kompenzace, není možné naše výsledky srovnávat s výsledky tohoto výzkumu. Pro srovnání zde zmiňujeme i jiné výsledky, které zjistili větší užívání pasivní agrese, sublimace a odčínění u dívek s poruchou příjmu potravy (Poikolainen, Kanerva, Marttunen a Lönnqvist 2001). S tímto tvrzením opět nemůžeme souhlasit. Hotellingovým testem zjistili, že se dívky významně odlišují v mechanismech idealizace, reaktivní formace, přesun a somatizace. Vysokou míru účinku měl však jen obranný mechanismus reaktivní formace. Interpretovat výsledky u jednotlivých obran je velmi problematické, jelikož výzkumy se od sebe různí. Testovanou hypotézu o rozdílu v užívání jednotlivých mechanismů mezi našimi skupinami jsme přijali.

Pokud bychom se zamysleli, jak se užívání obranných mechanismů u těchto dívek může promítnout do jejich života, bylo by to následovně. Užívání idealizace u dívek s PPP by mohlo být spojeno s následováním jejich ideálů krásy jako například modelek či štíhlých hereček. Chování v rámci reaktivní formace by mohlo být založeno na odmítání jídla, které mezi ostatními lidmi manifestují naopak láskou k jídlu. Přesun a somatizace se řadí do skupiny nezralých mechanismů, a potvrzují, že dívky s tímto onemocněním tyto mechanismy užívají ve větší míře než dívky bez onemocnění. Tyto úvahy slouží pouze jako zamyšlení a nejsou ničím podloženy. Mohly by posloužit jako podnět k dalším výzkumům na toto téma.

Dalším z cílů bylo zjistit, zda skóre v testu EAT-26 souvisí s narůstajícím skórem u skupin zralých, neurotických a nezralých obranných mechanismů. Pearsonova korelace nám prozradila, že zvyšující se skóre v EAT-26 významně koreluje s vyšším skórem neurotických a nezralých obranných mechanismů. Naopak u zralých obran jsme nezaznamenali žádné souvislosti. Tento záměr byl založen na výzkumu Steigera a Houla (1991), kteří dospěli ke stejným výsledkům u nezralých obranných mechanismů. Naopak u neurotických obran nejsme schopni rozhodnout, zda se naše výsledky a výsledky jejich

studie shodují, jelikož tato hypotéza v jejich výzkumu nebyla zkoumaná. Hypotézy týkající se nárůstu skóru u nezralých a neurotických obranných mechanismů spolu se skórem v EAT-26 jsme mohli přijmout.

Nyní si shrneme limity a výhody našeho výzkumu. Kladně hodnotíme rozsáhlou literaturu, která pro toto téma existuje. Nesetkali jsme se tak s problémem nedostatku zdrojů, jelikož máme k dispozici mnoho zahraničních i českých textů. Teorii, ze které jsme čerpali byla bohatá, a tak jsme mohli využít spoustu informací. Výhodou výzkumu byl rozsáhlý soubor, na němž jsme realizovali náš výzkum, což je předpokladem u každého kvantitativního designu. Nesetkali jsme se ani s problémem nedostatku respondentů, jelikož naše populace byla poměrně velká. Dotazníkové metody DSQ-40 a EAT-26 jsou již standardizované na českou populaci. Díky tomu jsme se nesetkali s potížemi při vyhodnocování dat. Jelikož byly dotazníky anonymní, nemuseli jsme řešit etické problémy, které by jinak mohly vyvstat. Všem respondentkám bylo více než 18 let, tudíž jsme nepotřebovali ani souhlasy zákonných zástupců.

Naopak limitem výzkumu představuje způsob sběru dat, jelikož k tomu docházelo prostřednictvím internetu, kdy si nikdy nemůžeme být jisti, kdo doopravdy sedí za monitorem a vyplňuje náš dotazník. To s sebou nese ale i druhou stránku věci, kterou je snadné zpracování dat do elektronické podoby. Jelikož kvótní výběr patří mezi nepravděpodobnostní metody, kdy respondenty nevybíráme náhodně, náš výběrový soubor není příliš reprezentativní. Dalším nedostatkem, který vnímáme je nezařazení vyplnění položek výšky a váhy, díky kterým jsme mohli vypočítat BMI respondentek, a lépe detekovat, zda se jedná o opravdovou poruchu příjmu potravy. Na druhou stranu výška a váha jsou citlivé údaje, které nebyly úplně potřebné, jelikož šlo hlavně o psychickou stránku věci. S tím se pojí atypické poruchy příjmu potravy, u kterých nemusí být dosaženo určitého BMI a také spadají do PPP. Jsme si vědomi, že zařazení dotazníku, který by blíže určil okolnosti jídelních návyků probandek by nám pomohl lépe detekovat, o který druh poruchy příjmu potravy se jedná, a zda je u probandky porucha opravdu přítomna. Tento nedostatek by nám pravděpodobně pomohla odhalit pilotní studie, kterou jsme bohužel před započítím výzkumu neprovedli.

Každý výzkum s sebou nese určitá omezení, a proto se nyní zaměříme na doporučení, která by mohla být užitečná pro další výzkumy, které budou realizovány na podobné téma. Budoucím výzkumníkům bychom doporučili hlouběji prozkoumat okolnosti, které mohou souviset s poruchami příjmu potravy. Ideální by bylo setkat se

s participanty osobně, jelikož fyzický kontakt může mnohé prozradit. Na druhou stranu takový kontakt přestává být do určité míry anonymní a participant může vědomě zkreslovat výsledky. Jedinec poruchu může zatajit.

Dalším doporučením je provést screening PPP na všech fakultách Univerzity Palackého, abychom mohli porovnat, na které fakultě je riziko s jídelními návyky největší. Dále by pak mohlo být zajímavé zkoumat, zda množství učiva či prostředí univerzity je některým z faktorů vzniku poruch příjmu potravy.

Jednou z možností vylepšit výzkum je zařazení mužského pohlaví do výzkumného souboru. V některých výzkumech se objevují doklady nárůstu tohoto onemocnění u mužů, takže by se dalo pozorovat, zda jej zaznamenáváme i zde. V rámci delšího časového období by se dal tento vzrůst zkoumat i do budoucna.

Pokud jde o praktickou využitelnost výzkumu, tak by bylo možné použít ho jako podklad pro preventivní program či osvětu o poruchách příjmu potravy na středních a základních školách. Zde se setkáváme s dětmi a dospívajícími, jejichž věkové období je pro propuknutí nemoci nejcitlivější. Jelikož šlo o screening na vysoké škole, můžeme uvažovat o nabídnutí pomoci pro studenty vysokých škol v rámci přednášek, jak ze stran odborníků, tak třeba lidí, kteří si onemocněním sami prošli. Mohli bychom tak dodat odvahu začít se léčit těm, kteří to potřebují. Co se týká samotného využití poznatků o užívání obranných mechanismů u dívek s poruchou příjmu potravy, tak tyto informace mohou sloužit pro odborníky, kteří s těmito pacienty pracují. Zůstává otázkou, zda používání neurotických a nezralých mechanismů slouží jako prediktory vzniku této poruchy či jsou jejich důsledkem. V každém případě výsledky poukazují na fakt, že dívky které se potýkají s narušenými jídelními návyky zvládají stresové situace méně adaptivním způsobem než ti, kteří se s poruchami příjmu potravy nepotýkají. Takové poznatky se mohou dále využít při terapii s těmito pacienty (Ježková, 2006).

## **Závěry**

Jako první se nám testem EAT-26 podařilo identifikovat 16 případů dívek se zvýšeným rizikem spojeným s poruchou příjmu potravy na našem vzorku 130 dívek na fakultách Lékařské, Právnické a Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Z toho vyplývá, že se na těchto fakultách objevuje poměrně vysoké rizikové chování spojené s jídelními návyky.

Na základě získaných údajů můžeme říci, že existuje souvislost mezi užíváním neurotických obranných mechanismů u poruch příjmu potravy. Tato souvislost se prokázala i v testování hypotézy o zvyšujícím se skóre v testu identifikujícím PPP a zvyšujícím se skóre v testu u neurotických obranných mechanismů. Výsledky našeho výzkumu potvrzují výsledky již zrealizovaných studií v ohledu užívání neurotických obranných mechanismů u dívek s poruchou příjmu potravy.

Naopak se naše výsledky v užívání nezralých obranných mechanismů příliš neshodují s ostatními výzkumy, které dokazují užívání nezralých obranných u takto nemocných dívek. Sice jsme vysledovali významnou korelaci se vzrůstajícím skórem v testu identifikujícím PPP se zvyšujícím se skórem nezralých mechanismů, ale při testování hypotézy, zda dívky s PPP užívají více nezralé obranné mechanismy než zdravé dívky, neshledali jsme signifikantní výsledky.

Dále jsme testovali hypotézu, že dívky s PPP užívají méně zralé obranné mechanismy. Tato hypotéza se nepotvrdila. V tomto ohledu se shodujeme s většinou ostatních výzkumů, které také nenalezli významné rozdíly v užívání zralých obranných mechanismů u dívek s PPP a u dívek zdravých.

V užívání jednotlivých obranných mechanismů jsme zaznamenali největší rozdíl mezi zdravými dívkami a dívkami s PPP v obranách idealizace, reaktivní formace, přesunu a somatizace. Jelikož jsou tyto výsledky v užívání jednotlivých obranných mechanismů v různých výzkumech variabilní, je těžké usoudit, zda se naše výsledky shodují, či nikoliv. Každopádně se výše uvedené obrany řadí do nezralých a neurotických mechanismů, čímž potvrzujeme dříve nalezené výsledky.

## **Souhrn**

Práce pojednává o dvou tématech, mezi kterými se snaží najít souvislost. Prvním z nich jsou poruchy příjmu potravy, u kterých jsme nastínili jejich historii a jednotlivé typy. Nejčastějšími poruchami v tomto spektru jsou mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Zabývali jsme se zde i dalšími poruchami, se kterými se můžeme setkat. Těmito poruchami jsou: orthorexie, noční přejídání, pika a atypické poruchy příjmu potravy, které splňují kritéria poruch příjmu potravy, ale v něčem se odlišují od těch základních.

Abychom lépe porozuměli, jak PPP vznikají, představili jsme si jejich etiologii. Zjistili jsme, že tyto poruchy jsou multifaktoriálně ovlivněny. Mezi tyto faktory jsme zařadili biologické vlivy, psychologické vlivy a sociokulturní vlivy. Jelikož jsme později provedli screening těchto poruch, tak jsme se zabývali jejich epidemiologií jak v České republice, tak v ostatních zemích. Zjistili jsme, že není jednoduché přesně určit, jak moc jsou tyto poruchy rozšířené z důvodu mála záznamů a málo vyhledávané léčby ze strany pacientů. Z výzkumů provedených ve Spojených státech se odhaduje, že mentální anorexie, která je odhadována na 0,5 %, je méně rozšířená než mentální bulimie, jejíž výskyt je odhadován na 1 – 5 %. V České republice máme k dispozici screening Krcha a Drábkové (1996), kteří zjistili, že tři čtvrtiny dívek nejsou spokojeny se svým tělem.

Abychom podpořili osvětu o poruchách příjmu potravy, zařadili jsme zde kapitulu o identifikaci těchto poruch například u našich blízkých či známých. Poslední kapitola věnovaná poruchám příjmu potravy představuje téma o možnostech jejich léčby. Jako neúčinnější se jeví léčba založená na kognitivně-behaviorální terapii (Fairburn, 2001). Z výzkumů je patrné, že farmakoterapie je u větší části mentálních anorektiček neúčinná, naopak tomu je u mentální bulimie, kdy medikace pomáhá snížit frekvenci záchvatů přejídání.

Druhé hlavní téma teoretické části představují obranné mechanismy. Zde jsme se zabývali jejich historií, kdy jsme se seznámili s pojetím obranných mechanismů u nejnvlivnějších osobností v této oblasti. Těmito osobnostmi byli Sigmund Freud, Anna Freudová a Melanie Kleinová. Jelikož existuje mnoho pojetí a klasifikací nevědomých obran, vybrali jsme si jednu od George Emanuela Vaillanta (1971), která je nejvíce uznávaná. Rozdělil obranné mechanismy na narcistické, které jsou nejvíce patologickou skupinou objevující se u psychotických pacientů. Další skupinou jsou nezralé obrany, prostřednictvím kterých jedinci připisují svou zodpovědnost někomu jinému. Třetí skupinu představují neurotické obranné mechanismy, které užívají neurotici, ale i zdravé osoby, které se setkávají s těžkým obdobím provázeným větším stresem. Poslední zralé obrany využívají zralí jedinci, u kterých bylo plně rozvinuto sebepoznání a završení integrace psychických funkcí. V další kapitole jsme se seznámili s jednotlivými obrannými mechanismy. Popisovali jsme pouze ty, které se později objeví v dotazníku, který jsme předložili našemu souboru v praktické části. Skupinu mechanismů použitých v dotazníku tvoří: projekce, pasivní agrese, agování, izolace, devalvace, autistické fantazie, popření, přesunutí, disociace, somatizace, racionalizace, štěpení, pseudoaltruismus, idealizace, reaktivní formace, odčinění, sublimace, humor, anticipace a suprese.

Kapitolou sjednocující dvě hlavní témata poruchy příjmu potravy a obranné mechanismy jsme zakončili teoretickou část. Zde jsme si představili různé studie zabývající se poruchami příjmu potravy v souvislosti s obrannými mechanismy. Například dle Steinera (1990) se výsledky naší studie shodují v tom, že pacientky s mentální anorexií užívají více neurotické mechanismy než pacientky zdravé, což potvrzuje i náš výzkum, ale pouze obecně v rámci poruch příjmu potravy, jelikož jsme je blíže nespecifikovali. Naopak například dle výzkumu Bonda (2004) se naše výsledky rozcházejí ve zjištění, že v našem vzorku jsme nezaznamenali signifikantní rozdíly mezi těmito dvěma skupinami v užívání nezralých obranných mechanismů. Většina studií včetně této zde zmíněné došla k závěru, že dívky s PPP používají nezralé obrany více než skupina bez poruch příjmu potravy.

V návaznosti na uvedené výzkumy (ostatní jsou uvedeny ve třetí kapitole teoretické části) jsme uskutečnili výzkum založený na kvantitativním designu. Provedli jsme screening poruch příjmu potravy na třech rizikových fakultách Univerzity Palackého. Šlo o fakultu Lékařskou, Právnickou a Fakultu tělesné kultury. Na těchto fakultách jsme kvótním výběrem získali 130 respondentek, kterým jsme předložili dva testy. Screening byl založen na testu EAT-26, který měl mezi dívkami identifikovat poruchy příjmu potravy. Zároveň dívky měly vyplnit test DSQ-40, který zjišťuje užívání 20ti obranných mechanismů. Dívky, které v testu dosáhly 20 a více bodů, byly zařazeny do skupiny dívek s poruchou příjmu potravy. Zbytek tvořil skupinu dívek bez poruchy příjmu potravy. Test identifikoval 16 dívek, které by dle něj měly mít některou z poruch příjmu potravy. Podle uvedených skupin jsme dále testovali, které obranné mechanismy se u nich vyskytují nejvíce. T-testem pro dva nezávislé výběry jsme zjistili signifikantní rozdíly v užívání neurotických obranných mechanismů. Dále jsme pomocí Pearsonovy korelace hledali souvislosti se zvyšujícím se skórem v testu EAT-26 a zvyšujícím se skórem v testu DSQ-40. Touto cestou jsme dospěli k výsledku, že rostoucí skóre v testu EAT-26 významně koreluje se zvyšujícím se skórem u neurotických a nezralých obranných mechanismů. S rostoucím skórem u nezralých mechanismů a současně rostoucím skórem v EAT-26 se shodujeme se studií Steigera a Houla (1991).

Posledním cílem bylo zjistit, zda se v našem souboru objevují rozdíly v jednotlivých obranných mechanismech mezi našimi skupinami. K tomu nám pomohl Hotellingův test, který objevil signifikantní rozdíly v mechanismech idealizace, reaktivní formace, přesun a somatizace. Zjistili jsme, že není snadné říci, zda se naše výsledky shodují s výsledky jiných studií kvůli jejich variabilitě.

Předpokládaná hypotéza o rozdílu v užívání nezralých obran mezi našimi skupinami nebyla přijata. Skutečnost, že nám nevyšel rozdíl v užívání nezralých mechanismů, jako tomu bylo v předchozích výzkumech, může být způsobena povahou výzkumného vzorku, neupřímnými odpověďmi probandek, které bohužel nemůžeme ovlivnit a také dalšími faktory. Poznatky z výzkumu by se daly využít při epidemiologických studiích zkoumajících, zda dochází ke stále většímu nárůstu poruch příjmu potravy. Také práce může posloužit jako podklad k případnému preventivnímu programu proti poruchám příjmu potravy. Dále jsou informace o užívání neurotických mechanismů relevantní pro odborníky, kteří s takovými pacienty budou pracovat.



## Seznam použitých zdrojů a literatury

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. Získáno 14.1.2019 z doi:10.1080/13668250020054486

American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence (2003). *Identifying and Treating Eating Disorders*. Pediatrics. 111(1), 204–211. Získáno 16.1.2019 z doi:10.1542/peds.111.1.204

Andrews, G., Bond, M., Singh, M., (1993). *The Defense Style Questionnaire*. The Journal of Nervous and Mental Disease. 181(4). 246-256. Získáno 14.1. 2019 z 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. Získáno 14.1. 2019 z doi:10.1001/archpsyc.1989.01810050069011

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. Získáno 13.1. 2019 z doi:10.1111/1467-6494.00043

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 3.11. 2018 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. Získáno 14.1. 2019 z doi:10.1023/b:tajp.0000017989.72521.26

Brown, H. N., Vaillant, G. E. (1981). *Hypochondriasis*. Archives of Internal Medicine. 141(6), 723. Získáno 14.1. 2019 z doi:10.1001/archinte.1981.00340060031009

Bruch, H., (1962). *Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa*, Psychosomatic medicine, 24, 187-194. Získáno 16.1.2019 z <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.320.7064&rep=rep1&type=pdf>

Busfield J. (1990). *Fasting girls: the emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. *Medical History*, 34(4), 453–454.

Čakirpaloglu, P., (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing.

Conte, H. R., Plutchik, R. (1995). *Ego Defenses: Theory and Measurement*. John Wiley & Sons.

Cooper, Z., Fairburn, C. G. (1987). *The eating disorder examination: a semistructured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders*. *International Journal of Eating Disorders* 6, 1-8. Získáno 6.12.2018 z [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X\(198701\)6:1%3C1::AID-EAT2260060102%3E3.0.CO;2-9](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X(198701)6:1%3C1::AID-EAT2260060102%3E3.0.CO;2-9)

Crosby, W. H. (1976). *Pica*. *The Journal of the American Medical Association*. 235(25), 2765. Získáno 14.1.2019 z doi:10.1001/jama.1976.03260510055032

Černá, M. (2012). *Vliv ideálu štíhlosti na dospívající dívky a riziko vzniku poruch příjmu potravy*. Diplomová práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Ivana Marášková.

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. Získáno 6.12.2018 z <https://doi.org/10.1017/S003329170003751X>

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. Získáno 19.11.2018 z <https://doi.org/10.1007/BF03325060>

*DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. (2015). Praha: Hogrefe - Testcentrum.

Fairburn, C. G. (2001). *Eating Disorders*. *Encyclopedia of Life Sciences*. Získáno 16.1.2019 z doi:10.1038/npg.els.0002302

Fairburn, C. G., Harrison, P. J. (2003). *Eating disorders*. *The Lancet*. 361(9355). 407–416. Získáno 15.1.2019 z doi:10.1016/s0140-6736(03)12378-1

Fakulta tělesné kultury UP. (2017). *Výroční zpráva o činnosti 2017*. Získáno z [https://files.upol.cz/normy/\\_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7B6E67039E-3C74-4A28-BBBD-9150A18A3217%7D&file=2017%20VZČ%20FTK.pdf&action=default](https://files.upol.cz/normy/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7B6E67039E-3C74-4A28-BBBD-9150A18A3217%7D&file=2017%20VZČ%20FTK.pdf&action=default)

Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál.

Freud, S. (2000). *Spisy z let 1892-1899*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

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. Získáno 5.12.2018 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=56725257&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>

Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Eckert, E. D., Casper, R. C., Davis, J. M. & Roper, M. (1980). *Attitudinal dimensions in anorexia nervosa*. *Journal of Psychiatric Research* 15, 239-251.

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. Získáno 15.1. 2019 z doi:10.1002/1098-108x(199312)14:4<427::aid-eat2260140405>3.0.co;2-h

Hentschel, U., Smith, G., Draguns, J. G., & Ehlers, W. (2004). *Defense mechanisms: Theoretical, research and clinical perspectives*. Oxford: Elsevier Science Ltd. Získáno 6.12.2018 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2004-19502-000&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>

Chabrol, H., Callahan, S. *Mécanismes de défense et coping*.(2004) Paris. Dunod Získáno 14.1. 2019 z <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/rsi/82/31.pdf>

Ježková, T. *Obranné mechanismy ega u pacientek s mentální anorexií*. Katedra psychologie, 2006. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Filosofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Tamara Hrachovinová.

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.

Lékařská fakulta UP. (2017). *Výroční zpráva LF UP za rok 2017*. Získáno z [https://www.lf.upol.cz/fileadmin/userdata/LF/Dokumenty/Vyrocní\\_zpravy/VZ\\_LF\\_2017.pdf](https://www.lf.upol.cz/fileadmin/userdata/LF/Dokumenty/Vyrocní_zpravy/VZ_LF_2017.pdf)

Morris, C. G., & Maisto, A. A. (1999). *Psychology: an introduction (10th ed)*. Upper Saddle River: Prentice-Hall.

Nielsen, S. (2001). *Epidemiology and mortality of eating disorders*. *Psychiatric Clinics of North America*. 24(2), 201–214. Získáno 15.1.2019 z doi:10.1016/s0193-953x(05)70217-3

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing.

Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.

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 16.1.2019 z <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004191.pub2/abstract>

Perry, J. C., Cooper, S.H. (1989). *An Empirical Study of Defense Mechanisms*. *Archives of General Psychiatry*. 46(5). 444-460. Získáno 14.1.2019 z doi:10.1001/archpsyc.1989.01810050058

Poikolainen, K., Kanerva, R., Marttunen, M., & Lönnqvist, J. (2001). *Defence styles and other risk factors for eating disorders among female adolescents: A case-control study*. *European Eating Disorders Review*, 9(5), 325–334. Získáno 3.11. 2018 z <https://doi.org/10.1002/erv.407>

Právnická fakulta UP. (2016). *Výroční zpráva o činnosti a hospodaření 2016*. Získáno z [https://www.pf.upol.cz/fileadmin/userdata/PF/Uredni\\_deskaPF/Vyrocní-zprava-2016.pdf](https://www.pf.upol.cz/fileadmin/userdata/PF/Uredni_deskaPF/Vyrocní-zprava-2016.pdf)

Rosen, D. S. (2010). *Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents*. *Pediatrics*, 126(6), 1240–1253. Získáno 16.1.2019 z doi:10.1542/peds.2010-2821

Ruutu, T., Pelkonen, M., Holli, 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. Získáno 10.3. 2019 z

<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198141.88926.2e>Řičan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu* (6., rev. a dopl. vyd). Praha: Grada Publishing.

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 29.11.2018 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=16585167&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>

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 5.12.2018 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=8556017&site=eds-live&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 22.11. 2018 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22644309>

Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.

Sours, J. A., (1974). *The anorexia nervosa syndrome*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 55, 567-572. Získáno 15.1.2019 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. Získáno 10.11.2018 z [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199103\)10:2<145::AID-EAT2260100203>3.0.CO;2-D](https://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 27.11. 2018 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. Získáno 3.2. 2019 z doi:10.1002/1098-108x(199003)9:2<141::aid-eat2260090203>3.0.co;2-g

Striegel-Moore, R. (1995). *Psychological factors in the etiology of binge eating*. *Addictive Behaviors*, 20(6), 713–723. Získáno 15.1.2019 z doi:10.1016/0306-4603(95)00094-1

Strober, M. (1981). *A comparative analysis of personality organization in juvenile anorexia nervosa*. *Journal of Youth and Adolescence*, 10(4), 285–295. <https://doi.org/10.1007/BF02088992>

Stunkard, A. J. (1959). *Eating patterns and obesity*. *The Psychiatric Quarterly*, 33, 284–295. Získáno 6.12.2018 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=13835451&lang=cs&site=ehost-live>

Vaillant, G. (2012). *Lifting the field's "repression" of defenses*. *The American Journal of Psychiatry*, 169(9), 885–887. Získáno 30.10. 2018 z <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12050703>

Vaillant, G. E. (1971). *Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms*. *Archives of General Psychiatry*, 24(2), 107. Získáno 13.1. 2019 z doi:10.1001/archpsyc.1971.01750080011

Vidović, V., Henigsberg, N., Jureša, V. (2003). *Anxiety and Defense Styles*, *Coll. Antropol.* 27, 125–134. Získáno 3.2. 2019 z <https://hrcak.srce.hr/file/44250>

# ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Název práce:** Obranné mechanismy u dívek s poruchou příjmu potravy

**Autor práce:** Barbara Světlíková

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

**Počet stran a znaků:** 62, 108 073

**Počet příloh:** 0

**Počet titulů použité literatury:** 57

## **Abstrakt:**

Předmětem diplomové práce je hledání souvislostí u poruch příjmu potravy a obrannými mechanismy. Teoretická část pojednává o historii, dělení, etiologii, epidemiologii, identifikaci a léčbě poruch příjmu potravy. Zabývá se historií, klasifikací a jednotlivými druhy obranných mechanismů. Cílem praktické části je provést screening poruch příjmu potravy u 130 dívek na Lékařské fakultě, Právnické fakultě a Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Screening objevil 16 dívek, které vykazují známky PPP. Výběr souboru byl proveden na základě kvótního výběru. Sběr dat proběhl dotazníkovým šetřením, kdy respondentkám byla předloženy testy EAT-26 a DSQ-40. Dalším cílem bylo zjistit, jak se liší zdravé dívky a dívky s PPP v užívání obranných mechanismů. Z výsledků můžeme konstatovat, že jsme našli významnou korelaci mezi zvyšujícím se skórem v testu EAT-26 a zvyšujícím se skórem u neurotických a nezralých obranných mechanismů v dotazníku DSQ-40. Dívky s poruchou potravy využívají více neurotických obranných mechanismů než dívky zdravé. U dívek s PPP jsme dále zjistili větší užívání obranných mechanismů idealizace, reaktivní formace, přesun a somatizace.

**Klíčová slova:** poruchy příjmu potravy, obranné mechanismy, screening

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Defense mechanisms of girls with eating disorders

**Author:** Barbara Světlíková

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

**Number of pages and characters:** 62, 108 073

**Number of appendices:** 0

**Number of references:** 57

**Abstract:**

The aim of the thesis is searching for connections of eating disorders and defense mechanisms. The first part of the thesis is about history, distribution, ethiology, epidemiology, identification and treatment of eating disorders. It is also about history, classification and individual types of defense mechanisms. The goal of the practical part is to realize a screening of eating disorders of 130 students studying at the Faculty of Medicine, Faculty of Law and Faculty of Physical Culture at Palacký University Olomouc. There were discovered 16 girls showing some criteria of eating disorders. The selection of the sample was based on the quote selection. Data collection was made by survey of the questionnaires EAT-26 and DSQ-40. The further goal of the study was also to find out which defense mechanisms the girls with eating disorders use. The results say that we found a significant correlation between high score in the EAT-26 and high score of neurotic and maladaptive defenses in the DSQ-40. The girls with eating disorders use more neurotic defense styles than the healthy ones. We found out that the girls with eating disorders use idealization, reaction formation, displacement and somatization more than the healthy girls.

**Key words:** eating disorders, defense mechanisms, screening