

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

OBRANNÉ MECHANISMY,
COPINGOVÉ STRATEGIE A MÍRA
DEPRESE U JEDINCŮ SE
ZÁVISLOSTÍ NA ALKOHOLU

DEFENSE MECHANISMS, COPING STRATEGIES AND
DEPRESSION RATES IN INDIVIDUAL WITH ALCOHOL
DEPENDANCE



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Jan Kalenda**
Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc
2023

V první řadě bych chtěl velmi poděkovat panu doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D., za jeho odborné vedení diplomové práce, veškeré cenné rady, které mi poskytl, vstřícný přístup při konzultacích a ochotu. Chtěl bych poděkovat svojí rodině, která při mně stála a podporovala mě celé roky studia. Velké poděkování také patří rodině mé přítelkyně, která mi byla nápomocná a podporovala mě. Dále bych chtěl poděkovat personálu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, který mi poskytl prostor a pomohl s realizací výzkumu. Největší díky patří mé přítelkyni Veronice, která mi byla velmi nápomocná a vnášela do výzkumu své cenné rady.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Obranné mechanismy, copingové strategie a míra deprese u jedinců se závislostí na alkoholu“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 27.3.2023

Podpis

OBSAH

| Číslo | Kapitola | Strana |
|---|----------|--------|
| OBSAH | | 3 |
| ÚVOD | | 6 |
| TEORETICKÁ ČÁST | | 7 |
| 1 Alkohol a věci s ním spojené | | 8 |
| 1.1 Co se míní pojmem alkohol..... | | 8 |
| 1.2 Užívání alkoholu u nás a v jiných zemích..... | | 9 |
| 1.3 Vliv alkoholu na člověka a stádia opilosti..... | | 10 |
| 1.4 Diagnostické kategorie v souvislosti s užíváním alkoholu..... | | 12 |
| 1.5 Závislost na alkoholu..... | | 13 |
| 1.6 Typologie závislých dle Jellineka a Lesche..... | | 14 |
| 1.7 Teorie vzniku závislosti..... | | 16 |
| 1.7.1 Modely vycházející z psychoanalytických teorií..... | | 17 |
| 1.7.2 Modely vycházející z behaviorálních teorií..... | | 18 |
| 1.7.3 Model vycházející z neurobiologického přístupu..... | | 18 |
| 1.7.4 Integrativní model..... | | 19 |
| 2 Stres | | 20 |
| 2.1 Vymezení stresu a jeho základní dělení..... | | 20 |
| 2.2 Krátký úvod do historie stresu..... | | 22 |
| 2.3 Coping neboli zvládání..... | | 25 |
| 2.4 Osobnostní charakteristiky moderující zvládání stresu..... | | 27 |
| 2.4.1 Locus of control..... | | 27 |
| 2.4.2 Optimismus..... | | 28 |

| | |
|---|-----------|
| 2.5 Copingové strategie u závislých jedinců | 29 |
| 3 Obranné mechanismy | 31 |
| 3.1 Obranné mechanismy užívané na denní bázi | 31 |
| 3.2 Vymezení obranných mechanismů | 32 |
| 3.3 Freudův úvod do psychoanalytické psychologie..... | 33 |
| 3.4 Úvod do obranných mechanismů | 34 |
| 3.4.1 Egopsychologie..... | 35 |
| 3.4.2 Teorie objektních vztahů..... | 35 |
| 3.5 Obranné mechanismy dle G. E. Vaillanta..... | 36 |
| 3.6 Obranné mechanismy u závislých jedinců | 38 |
| 4 Deprese | 40 |
| 4.1 Vyjádření deprese..... | 41 |
| 4.2 Komorbidita deprese a alkoholu..... | 41 |
| 4.3 Souvislosti deprese, copingu a obranných mechanismů | 42 |
| VÝZKUMNÁ ČÁST | 44 |
| 5 Výzkumný problém a cíle práce..... | 45 |
| 5.1 Stanovené výzkumné hypotézy | 46 |
| 6 Zvolený metodologický rámec..... | 47 |
| 6.1 Metody získávání dat..... | 48 |
| 6.2 Způsob získávání dat | 49 |
| 6.3 Metody používané v našem výzkumu | 50 |
| 6.3.1 Strategie zvládnání stresu (SVF-78)..... | 50 |
| 6.3.2 Beckův inventář deprese (BDI-II) | 52 |
| 6.3.3 Defense Style Questionnaire (DSQ40) | 53 |

| | |
|---|-----------|
| 6.4 Kritéria výběru a představení vzorku | 54 |
| 6.5 Etické problémy a způsob jejich řešení | 56 |
| 6.6 Metoda analýzy kvantitativních dat..... | 57 |
| 7 Výsledky výzkumu a ověřování stanovených hypotéz | 61 |
| 7.1 Výsledky primárního cíle výzkumu – dotazník SVF-78 | 61 |
| 7.2 Výsledky primárního cíle výzkumu – dotazník DSQ40..... | 64 |
| 7.3 Výsledky sekundárního cíle výzkumu – korelace dotazníku BDI-II..... | 68 |
| 7.4 Výsledky výzkumu – rozhodnutí o hypotézách | 70 |
| 8 Diskuse..... | 72 |
| 9 Závěr..... | 78 |
| 10 Souhrn | 79 |
| Použitá literatura..... | 82 |
| Přílohy | 89 |

ÚVOD

Téma psychoaktivních látek je s lidským pokolením propojeno již velmi dlouhou dobu. Některé z nich dokonce sami hojně užíváme a život bez nich si nedokážeme představit. Ano, píšu zde o alkoholu. Nadužívání alkoholu může vést k značným zdravotním a sociálním problémům a konkrétně Česká republika patří mezi země s vysokou konzumací alkoholu. Proč se u nás konzumuje alkohol v poměrně vysoké míře je otázka, na kterou zde čtenář odpověď úplně nenajde, ačkoliv v teoretické části poukážeme na některé teorie vzniku závislostní problematiky. Nicméně naším cílem bylo poukázat na možnou roli stresu a obranných mechanismů v souvislosti s problematikou alkoholové závislosti.

Práce pomyslně navazuje na bakalářskou diplomovou práci *Obsahová analýza dokumentů jedinců léčících se s alkoholovou závislostí* (Kalenda, 2021), kdy jsem také pracoval s jedinci, kteří se léčili se závislostí na alkoholu. Ačkoliv jsme se s vedoucím tehdy zaměřovali na léčbu perspektivou samotných pacientů, tak nyní se v současném výzkumu zaměřujeme zejména na to, jak se tito jedinci dokáží vypořádat se stresem a úzkostí. Konkrétně se snažíme zjistit, zda se liší v užívání strategií zvládnání stresu. Mimo to nám přišlo zajímavé se zaměřit i na obranné mechanismy, neboť ty s tím také úzce souvisí a mohou odrážet i jedincovo psychické zdraví. Vzhledem k tomu, že si rádi klademe i věci nad rámec, tak nás zajímala i souvislost s depresí u těchto jedinců. Inspirací nám byl výzkum *Obranné mechanismy a copingové strategie u lidí závislých na alkoholu* (Spáčil, 2018).

Důvodem, proč mě samotného zajímá problematika závislosti a psychoaktivních látek je, že je považuji za takového neférového obchodníka, který vám něco málo dá, ale zároveň vezme mnohem víc. To si řada jedinců neuvědomuje, když začne užívat psychoaktivní látky. Na tuto problematiku se nahlíží jako na komplexní fenomén. Při propojení několika možných proměnných, které se vyskytnou u jedince, může dojít k tomu, že se ocitne v bludném kruhu závislosti a sám si toho mnohdy není ani vědom. Cílem je poukázat na možné faktory, které se u závislých vyskytují. Následující řádky textu provedou čtenáře teoretickými východisky a výzkumy věnovanými alkoholu, stresu a jeho zvládnání, obranným mechanismům a depresi. Ve výzkumné části se čtenáři dočtou o postupu našeho výzkumu, včetně výsledků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Alkohol a věci s ním spojené

Alkohol, jakožto jedna z nejzneužívanějších látek, je něco s čím se všichni setkáme takřka po celém světě. Dnešní doba je orientovaná na výrobu destilátů všech možných příchutí. Ačkoliv by se na první pohled mohlo zdát, že je nám alkohol jen ku prospěchu, tak sebou přináší i velkou řadu problémů, které v našem výzkumu čtenářům představíme. Než se ovšem pustíme do psaní o problematice závislosti a jevů s ní spojených, tak si v krátkosti představíme, co se myslí pojmem alkohol a rámcově poukážeme na některé znaky s ním spojené.

1.1 Co se míní pojmem alkohol

Význam slova alkohol bude pro každého mírně odlišný. Někdo v něm bude nacházet lahodné vychlazené pivo, víno, či panák rumu, zatímco jiný v něm uvidí oporu v těžkých časech. Abychom se ale v něčem sjednotili, tak je potřeba vydefinovat si, co se alkoholem myslí.

Pod definicí alkoholu nalézáme také pojmy jako ethylalkohol, či ethanol. Jedná se o chemické označení alkoholu, který je členem rozsáhlé skupiny organických sloučenin. Právě ethanol je základní psychoaktivní látka, která působí na receptory v našem mozku a je elementárním činitelem objevujícím se v alkoholických nápojích (APA, 2022). Původ slova alkohol vychází z arabského jazyka a označuje jemnou a zvláštní látku. Chemické označení ethylalkoholu je C_2H_5OH , což nám udává složení, kterým je uhlík, vodík a kyslík (Skála, 1988). Tímto si u biochemiků vysloužil přezdívku „hloupá molekula“, neboť jeho složení, oproti jiným návykovým látkám, je poměrně nezajímavé (Edwards, 2004).

Výroba alkoholu je značně jednoduchá, neboť vzniká kvašením cukru za působení kvasinek. Vzhledem k tomu, že při vyšších koncentracích jsou kvasinky ničeny vlastním produktem (alkoholem)¹, tak skrz proces kvašení lze získat pouze omezenou koncentraci (Skála, 1988).

Objev a užívání alkoholických nápojů se datuje daleko do historie. Již první lidé dokázali užít techniku kvašení na shromážděné ovoce. Přidáním vody a vyčkáním několika dní, než proběhnou enzymatické reakce, si dokázali vyrobit alkoholický nápoj. Jak jsme již zmínili,

¹ Zde mě napadá myšlenka, že stejně jako jsou kvasinky ničeny vlastním produktem, tak můžeme nacházet podobnou analogii u člověka, který se také ruínuje vlastním produktem. Jak píšeme o několik řádků níže o objevu destilace, jenž navyšuje procentuální zastoupení alkoholu.

tak koncentrace alkoholu je při procesu kvašení značně ohraničena, avšak i s tímto problémem si lidské pokolení hravě poradilo. V průběhu 16. století se do Evropy dostala technika destilace, která byla považována za ohromný vynález, neboť dokázala navýšit procentuální zastoupení alkoholu (Edwards, 2004)². I v současné době se stále rozlišují tři kategorie alkoholických nápojů dle procenta udávaného alkoholu. Pivo – zde nacházíme od 1,5 % až po 5 % alkoholu. Víno – vyskytuje se zde 7 % až 18 % alkoholu. Posledním jsou lihoviny, kdy obsažené množství alkoholu je udáváno od 22,5 % výše (Skála, 1988).

1.2 Užívání alkoholu u nás a v jiných zemích

Světová zdravotnická organizace (WHO) varuje, že alkohol je považován za psychoaktivní látku, která má vlastnosti vyvolávající závislostní problematiku. Škodlivé užívání alkoholu způsobuje řadu nemocí a není divu, že je alkohol dáván do souvislosti s více než dvěma stovkami nemocí a úrazy. Pití alkoholických nápojů je spojeno s nebezpečím vzniku duševních onemocnění a poruch chování, včetně již zmiňované závislosti na alkoholu. Alkohol způsobuje závažná onemocnění jako je cirhóza jater, rakovinu a kardiovaskulární problémy. Mimo to se s ním pojí i vážné negativní sociální a ekonomické důsledky. Dle statistik země každoročně důsledkem škodlivého užívání alkoholu až tři miliony lidí na celém světě, kdy toto číslo reprezentuje 5,3 % všech úmrtí (WHO, 2022).

Americké Centrum pro Závislosti vycházelo z dat WHO a zjišťovalo, jak pitný režim zemí ovlivňuje očekávanou délku života dané populace. Ve výzkumu se zjistilo, že souvislosti mezi očekávanou délkou života a spotřebou alkoholu se nejeví jako pozitivní, čímž se naznačuje, že k nižší délce života přispívají i jiné zásadní faktory. Při zjišťování, kolik v průměru litrů čistého alkoholu vypije člověk ročně, se Česká republika zařadila s Francií na čtvrtém místě v žebříčku jednotlivých států. V České republice člověk v průměru spotřebuje 11,8 litrů čistého alkoholu ročně. Jasným vítězem je Bělorusko, kde se spotřebovalo 14,4 litrů čistého alkoholu. Druhé místo obdržela Litva s 12,9 litry a třetí Grenada s 11,9 litry. Zejména ve Francii, kde se spotřebovalo více alkoholu než v jiných zemích, se vyskytuje trend nadprůměrné délky života (American Addiction Centers, 2023). Ačkoliv by se mohlo zdát, že samotná konzumace alkoholických nápojů je problémem, tak se zde vyskytuje i řada dalších

² Pro zájemce doporučuji knihu Griffitha Edwardse, který v kapitole 3 STRUČNÁ HISTORIE OPILSTVÍ poukázal na problémy a podněty, které se ve staré Anglii objevovaly v souvislosti s alkoholem. Více v Edwards, G. (2004). *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu* (přeložil Kateřina BODNÁROVÁ). Nakladatelství Lidové noviny.

faktorů, které do dění vstupují a různě interagují s proměnnými, které mají vliv na délku života. Tímto samozřejmě nechceme bagatelizovat problém nadužívání alkoholu, což je samo o sobě problém, ale chtěli jsme poukázat i na některé další vlivy, které různě umocňují, či snižují vliv a efekt konzumace.

Olecká a Pospíšil (2022) se ve své publikaci zaměřují na Českou republiku. Dodávají, že až 12 % populace v České republice se přiznává k nadměrnému pití alkoholických nápojů. Dle odhadů se 1,5-1,7 milionů dospělých v Česku řadí do kategorie rizikové konzumace alkoholických nápojů. Z tohoto enormního čísla spadá osm set až devět set tisíc i do kategorie škodlivého užívání. Mimo to se ženy a muži odlišují v tom, kdy u nich dochází ke zneužívání alkoholických nápojů. U žen se vykazuje trend, že dochází ke zneužívání alkoholických nápojů v období mladé dospělosti, zatímco muži zneužívají alkoholické nápoje spíše ve starším věku.

Že je nadužívání alkoholu poměrně velký problém, který sebou nese i další důsledky, si jsou dobře vědomi světové organizace. Z desíti zemí světa, které dosahují nejvyšší úrovně zkonsumovaného alkoholu se jich devět nachází v Evropě. Vzhledem k tomu, že se nadužívání dotýká téměř všech zemí světa, tak se WHO ve svém projektu zaměřuje na takzvaně *Turning down the alcohol flow*.³ Ve svém rámci se bude soustředit na bezpečnější evropský region bez škod způsobených alkoholem. Krom těchto snah, bude cílit i na snížení stigma a diskriminace, která souvisí s problémy způsobenými alkoholem. Cílem tedy bude ošetřit oblasti jako je cena alkoholu, dostupnost a marketing. Nezapomíná se ani na edukativní záměr informací týkající se zdravotních problémů a podpora zdravotnických a komunitních služeb (World Health Organization, 2022). Budeme tedy doufat, že tyto programy přinesou ucelené řešení tak komplexního problém, jako je nadužívání alkoholu. Podstatné je, že my sami můžeme k redukci problémů přispět tím, že si sáhneme do svědomí a zauvažujeme nad tím, zda se netýká tato problematika nás samotných.

1.3 Vliv alkoholu na člověka a stádia opilsti

Možná si to neradi přiznáváme, ale samozřejmě, že na nás má alkohol vliv. Je jasné, že roli hrají i další faktory a byť jsme všichni jedinečná individua, tak se efekt alkoholu projeví. Možná, že se při čtení naleznou tací, co budou tvrdit, že jedno pivo na ně žádný dopad nemá,

³ Vlastní překlad – Ztlumení toku alkoholu.

ale nevěřme tomu. Nyní se podíváme na to, jak na nás alkohol působí a co se s námi zhruba stane, když se nám ho dostane do těla určité množství.

Po konzumaci alkoholického nápoje je největší část vstřebána skrz tenké střevo a potom se odbourává v játrech. Maximální koncentrace alkoholu v krvi je dosažena zhruba mezi třiceti až devadesáti minutami po konzumaci. Běžný alkoholický nápoj v sobě obsahuje něco mezi desíti až dvanácti miligramy ethanolu a při nadměrném množství užívání nejsou játra schopny odbourávat přebytečný alkohol. Ten se potom hromadí v těle a vyvolává tak znaky intoxikace (Jung & Namkoong, 2014). Vstřebávání alkoholu ovlivní i aktuální psychický a fyzický stav jedince. Při únavě a nervovém vypětí se resorpce zpomalí kvůli snížené činnosti žaludku. Během fyzické námahy je vstřebávání naopak urychleno. V případě vypití alkoholického nápoje na lačný žaludek, dojde k nejrychlejšímu vstřebávání alkoholu. Odbourávání alkoholu z těla probíhá skrz jaterní enzym alkoholdehydrogenáza, který odbourává molekuly alkoholu na acethylaldehyd a dále na vodu a oxid uhličitý (Skála, 1988). Ačkoliv je alkohol schopný ovlivňovat každý orgán v těle, tak největší dopady jsou na nervový, gastrointestinální, kardiovaskulární a respirační systémy. Při intoxikaci alkoholem dochází k anterográdní amnézii, kdy si osoba není schopna vybavit všechno, nebo část toho, co se stalo. Příčinou je zvýšená koncentrace alkoholu v krvi, která blokuje ukládání krátkodobých vzpomínek do dlouhodobých. Mimo to se kognitivní zhoršení projevuje i v dalších oblastech jako je verbální a vizuoprostorová paměť, či zpracování informací (Jung & Namkoong, 2014).

Mezi další efekty, které sebou konzumace alkoholu přináší, řadíme útlum prefrontální mozkové kůry, který zpočátku přináší uvolnění a odbourání společenských zábran. Nicméně při nepřetržitém užívání dochází k expandování do dalších oblastí, což může s nástupem podnapilosti zapříčinit pocit zpomalenosti až ohrožení zůstat vzhůru. Jednou z dalších oblastí, která je alkoholem narušena, je spánek. Působením alkoholu dochází k roztržitému spánkovému cyklu propletenými okamžiky probuzení, kterých si nejsme schopni všimnout. Značně negativní vliv má alkohol na REM fázi spánku. Při odbourávání alkoholu vznikají aldehydy, které jsou považovány za blokátory REM fáze. U některých jedinců závislých na alkoholu se v extrémních případech nedostatku REM fáze může stát, že REM fáze prorazí do bdělého vědomí a způsobí bludy, dezorientaci a halucinace. V odborných kruzích se tento jev nazývá *delirium tremens*⁴ (Walker, 2018).

⁴ Jedná se o závažný stav, kdy se u člověka objevuje neklid, třes, pocení, halucinace až agrese. Mnohdy je u těchto stavů nutná hospitalizace. Více v Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.

V souvislosti s tím, kolik alkoholu do našeho těla vpravíme, se bude odrážet míra, kterou je naše tělo alkoholem zasaženo. Ačkoliv jsme všichni individuální tvorové a řekněme, že na každého bude alkohol působit lehce odlišně, tak můžeme popsat čtyři stádia opilosti v závislosti na koncentraci alkoholu v krvi. Kalina (2015. str. 118) uvádí:

1. Lehkou opilost (též alkoholémii do 1,5 promile alkoholu v krvi), pro kterou jsou typické excitační účinky alkoholu, uvolnění a způsobuje příjemnější navazování kontaktů.
2. Střední stupeň opilosti (též alkoholémie od 1,6 do 2,0 promile alkoholu v krvi), kdy dochází k většímu útlumu, a proto se toto stádium označuje i jako hypnotické.
3. Stádium těžké opilosti (též alkoholémie nad 2,0 promile alkoholu v krvi), které je považované již za značně kritické. Označuje se také jako narkotické, kdy se objevují poruchy koordinace a zmatenost.
4. Stádium těžké intoxikace (též alkoholémie nad 3,0 promile alkoholu v krvi) vyznačující se ztrátou vědomí až možnou zástavou dechového, či oběhového systému. Toto stádium bývá označované jako asfyktické.

1.4 Diagnostické kategorie v souvislosti s užíváním alkoholu

Pro klinické účely je žádoucí, aby došlo ke kategorizaci stavů spojených s užíváním alkoholu, či jiné návykové látky. Díky tomu je dále možné navázat na potřebnou psychoterapeutickou a farmakologickou pomoc. V následující kapitole se v krátkosti seznámíme s klasifikačním systémem a popíšeme i možné poruchy, které se u jedinců s abúzem⁵ alkoholu mohou vyskytovat.

V evropských zemích se používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která spadá pod záštitu WHO. Při stanovení diagnózy se usuzuje ze symptomů a syndromu, které se u daných jedinců vyskytují. Díky klasifikacím a diagnostickým systémům je možné zvolit řádné léčebné postupy. Nutno podotknout, že se tyto klasifikační systémy vyvíjejí v závislosti na vědeckých poznatcích a postupem doby (Orel, 2020).

Při užívání návykových látek nalézáme poměrně pestrou diagnostickou kategorii F10-F19 pod názvem *Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*, kam řadíme i poruchy způsobené nadužíváním alkoholu. Při akutní intoxikaci (F1x.0) se dostaví

⁵ Abúzus je odvozeno z latiny a označuje nadměrné užívání, či zneužívání. Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.

přechodný stav zapříčiněný aplikací psychotropní látky. Škodlivým užíváním (F1x.1) je myšleno dlouhodobé nadužívání psychotropní látky, které se projeví poškozením tělesné, či duševní roviny. Samotný syndrom závislosti (F1x.2) a jeho diagnostická kritéria zmíníme dále v samostatné podkapitole. Odvykací stav (F1x.) je způsoben vysazením, či prudkým snížením psychotropní látky, na které si již tělo udělalo návyk. Projevuje se ve formě rozmanitých somatických a psychických příznaků. Bývá doprovázen i poruchami vědomí ve formě deliria⁶ (F1x.4). Mezi další závažné stavy se řadí psychotické poruchy (F1x.5) vyvolané užíváním psychotropních látek. Tyto poruchy mohou svými symptomy připomínat schizofrenii, či afektivní poruchy. Amnestický syndrom (F1x.6) se týká organicky podmíněných psychických poruch a objevuje se při dlouhodobém zneužívání alkoholu. Mezi projevy se řadí ztráta všítipivosti paměti a časté konfabulace (Raboch, Pavlovský & Janotová, 2012).

1.5 Závislost na alkoholu

Nyní se dostáváme k pomyslnému teoretickému jádru naší práce a tím je problematika závislosti. Hned v úvodu si vymezíme, co se závislostí myslí a jaká diagnostická kritéria obsahuje. Poukážeme na závislost jakožto na proces a vyzdvihneme i některé typologie osob závislých, se kterými přišli slavní odborníci. Neopomineme ani některá teoretická východiska, která se zaměřují na příčinu vzniku závislosti.

Výše jsme zmiňovali, že se v Evropě řídíme 10. revizí Mezinárodní klasifikace nemocí⁷, která je pro nás stěžejní. Proto zde uvádíme definici syndromu závislosti a její diagnostická kritéria.

Pro MKN-10 platí, že syndrom závislosti je „...*skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání nějaké látky nebo třídy látek u daného jedince mnohem větší přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák*“ (Nešpor, 2018, str. 18). Syndrom závislosti je vymezen diagnostickými kritérii, které se u jedince zasaženého závislostí objevují. O definitivní diagnóze závislosti můžeme hovořit, pokud během jednoho roku dojde ke třem, či více z následujících jevů:

⁶ O deliriu jsme se již zmiňovali v podkapitole Vliv alkoholu na člověka a stádia opilosti.

⁷ V době, kdy práce vznikala byla stále platná MKN-10, nicméně její 11. revize již téměř klepala na dveře, takže je možné, že někteří budoucí čtenáři již budou pracovat s novou platnou variantou.

- Neutuchající touha, puzení užít látku. V našem případě alkohol.
- Zhoršené sebeovládání při konzumaci alkoholických nápojů vzhledem k ukončení a počátku, či množství.
- Objevuje se tělesný odvykací stav a jedinec se snaží, za pomoci alkoholu, tento stav zmírnit.
- Dochází k nárustu tolerance na alkohol, a tedy i k stoupající tendenci navyšovat množství alkoholu, aby bylo dosaženo kýženého efektu.⁸
- Alkohol se stává hlavním předmětem zájmů a ostatní zájmy, které před tím člověk měl, jsou značně zanedbávány (Nešpor, 2018, str. 18).

Z pohledu závislosti, jakožto procesu, se rozlišují čtyři základní fáze. Jedná se o:

- Počáteční etapu (prealkoholická), která se vyznačuje jedincovým uvědoměním si rozdílné frekvence a míry užívání alkoholických nápojů od ostatních. Konzumace alkoholických nápojů je zde primárně vázána k úlevě od strastí.
- Varovná etapa (prodromální) je významná navyšující se tolerancí a mírou potřeby napít se. Dochází k narušení sebeovládání a výčitkám, za které se člověk cítí provinile. Kvůli nim se u jedinců může objevit tendence k užívání obranného mechanismu racionalizace.
- Pro rozhodující etapu (kruciólní) je typický nárůst konfliktů spojených s užíváním alkoholu. Konflikty se projevují v rodinném a společenském životě, a proto se dotýčný zaměřuje na pití s jedinci, kteří ho neodsuzují, ba naopak, pijí s ním. Typickým znakem je změna hodnotové orientace a ochuzení předešlých zájmů.
- Konečná (terminální) etapa se prakticky rovná syndromu závislosti, kterému odpovídají kritéria zmíněné výše (Fischer & Škoda, 2014).

1.6 Typologie závislých dle Jellineka a Lesche

Vzhledem k tomu, že je alkohol snadno dostupnou látkou, tak problémy spojené s alkoholem, včetně samotné závislosti, zabírají přední příčky v žebříčku zdravotních komplikací ve většině regionů světa. Potíže se ovšem nevztahují zdaleka jen na samotného

⁸ Napadá mě myšlenka toho, že jsme všichni individuální a v jednom novinovém článku jsem četl, že jsou dokonce rekordmani v tom, kolik promile alkoholu v krvi měli. Jistě si dokážeme představit, že pro „netrénovaného“ člověka by to mohlo skončit až tragicky.

uživatelé. Dochází k zasažení rodiny, blízkého okolí, zaměstnavatele a v konečném důsledku i celé společnosti. Problematika spojená se závislostí na alkoholu tedy výrazně zatěžuje nejen jedince, ale i celý systém (Grant & et al., 2004). V důsledku toho zde byla snaha jedince kategorizovat do vhodných skupin, či typů, pro které jsou typické shodné znaky a tím pro ně i vymezit konkrétní možnosti léčby. Zásadní kategorizace je připisována Jellinekovi, který rozlišil pět typů vzorců pití alkoholu. Cloninger a jeho kolegové přišli s obecnějšími typy vycházející z osobnosti pacienta. Dalším důležitým modelem je Leschův, který přichází se čtyřmi typy (Leggio & et al., 2009).

Elvin Morton Jellinek upozorňuje na to, že téměř každá země se potýká s problematikou týkající se užívání alkoholu, ale termín „alkoholismus“⁹ je používán nejednoznačně. Při snaze vymezit, co alkoholismus znamená, aby bylo dosaženo jistého konsenzu, pracoval s definicí, která byla pojata poměrně obecně. Pojímá alkoholismus jako „...*any use of alcoholic beverages that causes any damage to the individual or society or both.*“¹⁰ (Jellinek, 1960, str. 35).

Pro pojmenování svých typů použil písmena řecké abecedy. Pro typ Alfa je typická psychologická potřeba konzumace alkoholu, která poskytuje úlevu od emocionální, či fyzické bolesti. Nedochozí zde ke ztrátě kontroly nad pitím a jedinci jsou schopni abstinovat (Jellinek, 1960). Při odeznění výskytu potíží dochází, ve většině případů, k ukončení užívání alkoholu a nerozvíjí se proces vzniku závislosti na alkoholu (Řehan, 2007). U typu Beta se jeví jako důležitý podnět příslušnost k určité sociální skupině. Jedinci disponují špatnými stravovacími návyky a mohou se u nich objevit komplikace periferních nervů, či cirhóza jater. Typ Beta se může dále rozvinout do typu Gama či Delta (Jellinek, 1960). Řehan (2007) v této souvislosti poznamenává, že jde o sociogenní podmíněnost, kdy se jedinec nechce lišit od svého okolí, a tak konzumuje alkohol s ostatními. Dalším typem Jellineka (1960) je Gama, kde dochází k navýšení tolerance na alkohol a objevují se odvykací symptomy včetně bažení a ztráty kontroly nad pitím. Za daných okolností se mohou typy Alfa a Beta rozvinout do typu Gama. U typu Gama se objevují známky poškození zdraví a konflikty v sociální a finanční sféře. Typ Delta se vyznačuje prvky předchozího typu (Gama) a neschopností abstinence. Poslední typ Epsilon, též dispoimanie, je typický opileckými stavy, které jsou proloženy abstinencí.

⁹ Domnívám se, že v současné době se tento termín tolik nepoužívá, protože v sobě nese značně pejorativní nádech. Dříve byl tento termín nejspíš považován za běžný. Jistě bychom našli i dnes takové, kteří by, pro označení jedince s problematikou závislosti na alkoholu, užíli tento termín. Nicméně ponechme dále užívání termínu jedinci s problematikou závislosti na alkoholu.

¹⁰ Vlastní překlad z anglického originálu zní „*jakékoliv užití alkoholického nápoje, které způsobuje škody jedinci, nebo společnosti, nebo oběma.*“

Typologie Otto M. Lesche vychází z dlouhodobé studie pacientů závislých na alkoholu. Je ceněná v klinické sféře, protože se používá v léčebných zařízeních, kde je nápomocná lékařům při určování typu pacienta, včetně specifikace léčebné strategie (Schlaff, Walter, & Lesch, 2011).

Leschův klasifikační systém se rozlišuje do čtyř typů, kde jsou pacienti závislí na alkoholu tříděni dle biochemických, klinických, fyziologických a behaviorálních charakteristik. Pro Typ I je typický rozvoj od příležitostného pití k obvyklému pití, kdy se bažení vymyká kontrole. Konzumace alkoholu je podmíněna odvykacími symptomy, které často přivedou pacienta do léčby. Rodinná historie je protkána problémy spojenými s alkoholem. U Typu II je konzumace alkoholu vnímána jako „sebeléčba“ úzkostných pocitů a nalezneme zde i snížení volních aktivit. Při intoxikaci se vyskytují sebedestruktivní tendence a potřeba kombinovat alkohol s uklidňujícími léky. Vliv prostředí je považován za stěžejní, tedy pokud se jedinec cítí dobře a v klidu, tak se konzumace alkoholu mírní a naopak. Typ III je dáván do souvislosti s jinými psychiatrickými poruchami a v rodině je častá historie výskytu duševních onemocnění. Období pití je střídáno obdobím abstinence. Jedinci Typu III jsou agresivnější a dochází zde k narušení vztahu s nejbližšími členy rodiny. Typ IV je charakteristický výskytem poškození mozku a další psychiatrické, či somatické komorbidity před čtrnáctým rokem života. Již při nízkém množství alkoholu se objevuje vysoká intoxikace (Lesch & Walter, 1996).

Leschova typologie se těší značné oblibě a jednotlivé typy byly přeloženy i do českého jazyka. Pro Typ I je určen název Alergický model. Typ II je Model řešení problémů a úzkosti. Typ III je pojmenován jako Model alkoholu jako antidepresiv. Typ IV se označuje jako Podmiňovací model (Fidesová & Miovský, 2020).

1.7 Teorie vzniku závislosti

Narůstající problémy týkající se návykových látek vyvolávaly v lidech otázku, jak závislost vzniká. Moderní společnost nahlíží na závislost, jakožto na multifaktoriální problém. V následující části seznámíme čtenáře s několika málo přístupy, které se zaměřují na příčinu vzniku, rozvoje a udržování závislosti.

1.7.1 Modely vycházející z psychoanalytických teorií

Pro náš normální vývoj je stěžejní projít všemi vývojovými stádii a dojít ideální osobnosti. Sigmund Freud přišel s myšlenkou, že každá osobnost má svůj základ v nevědomém konfliktu, a záleží v jakém stádiu se právě nachází. Při konfliktech se vyskytují dané obranné mechanismy a projevy pudů, které jsou pro každého jedince typické. V orálním stádiu jsou stěžejní ústa, které dítěti slouží ke komunikaci s okolním světem. Závislost na rodičích a jejich reakce tak ovlivňují osobnost dítěte. Nadměrná restrikce, či nadměrné uspokojování se mohou projevit fixací ve vývojovém stádiu (Prochaska & Norcross, 1999). Psychoanalytické bádání příčin alkoholové závislosti vedlo vědce k takzvaně prealkoholové osobnosti, která vznikla důsledkem fixace v orální fázi. Mimo jiné patří k zásadním i teorie attachmentu popsaná J. Bowlbym. Egopsychologické hnutí se zaměřilo na ego obranné mechanismy, díky kterým je jedinec schopen adaptivně reagovat na změny v okolí. Tedy závislost na alkoholu chápou jako reakci na intrapsychický konflikt a je považována za symptom (Váchová, Janů & Racková, 2009).

Považujeme za vhodné poukázat na některé teorie, které vychází z tohoto přístupu. Například Leon Wurmser (1984) je zastáncem tradičního psychoanalytického konceptu pudové teorie, ve kterém se projevuje destruktivní superego u uživatelů návykových látek. Takové superego je vytvořeno z ranných dětských traumatických zážitků a užitím návykové látky se jedinci snaží uniknout nepříjemným intrapsychickým konfliktům. Edward Khantzian (1980) naopak vidí podstatu problému užívání návykových látek v deficitech (slabá místa v egu), nikoli konfliktech. Jedinci závislí na psychotropních látkách vyhledávají konkrétní účinek drogy, která kompenzuje daný deficit. Khantzian je jeden z mála autorů, který přikládá důležitost užívané látce. Henry Krystal (1977) vychází z teorie objektních vztahů, kdy závislý prožívá k návykové látce symbolický vztah jako k matce – primárnímu objektu. Tento vztah vychází z narušeného vztahu k vlastní matce, kdy se objevuje snaha o sjednocení doprovázena pocitem strachu. Krom výše zmíněného, se Krystal zaměřuje i na teorii, kde dochází k narušení afektivní funkce, též alexithymie. Ve zkratce jde o to, že uživatelé návykových látek nedokážou rozpoznat emoční stavy a místo nich pociťují napětí a úzkost. Užívání návykových látek jim tak přináší zklidnění a uvolnění (citováno in Rotgers, 1999).

1.7.2 Modely vycházející z behaviorálních teorií

Behaviorální teorie se zaměřují na objektivně pozorovatelná fakta, tedy chování. Základní vzorec vysvětlující hlavní podstatu tohoto směru je spojení stimulu (S) a reakce (R). Osobnost je formována učením, konkrétně odměnami a tresty (Plháková, 2004). U závislých jedinců hraje roli pozitivní posílení a návyk, který vzešel z učení. Návyková látka představuje prvek, který je vlivem pozitivního zpevnování posilován a lze na něj pohlížet jako na naučený návyk (Křížová, 2021). Teorie učení vychází ze studií na zvířecích subjektech, kde je snaha formovat chování. Například krysa, která dostane jídlo po stisknutí páčky nereflektuje tento zážitek, ale zaznamená libé pocity, což je dále klíčové v procesu učení. Při aplikaci teorie učení na lidskou populaci nalézáme jisté analogie se zmíněným učením (West, 2016).

Mezi základní formy učení řadíme klasické podmiňování, kterému se věnoval I. P. Pavlov. Tato forma učení se promítá jak do vědomého, tak do bezděčného chování. Reakce na vnější stimuly se projevují na úrovni fyziologického vzrušení, které má symbolický charakter. Wikler (1965) upozoroval, že u chronických uživatelů heroinu již samotný pohled na nemocniční náčiní (jehlu), vedl ke spuštění odvykacích příznaků. Vnější podněty tedy vyvolávají potřebu, či žádost užít drogu. Další formou učení je operantní podmiňování B. F. Skinnera (1953), kde je zásadní souvislost se záměrným chováním. Nalézáme pro něj název zpevnování (reinforcement), což se u lidí s problémem závislosti vysvětluje tak, že účinek drogy je pro uživatele pozitivní (pozitivní zpevnění), nebo se opakovaným užitím návykové látky snaží odstranit negativní efekt (negativní zpevnění) (citováno in Rotgers, 1999).

1.7.3 Model vycházející z neurobiologického přístupu

Biologický model se zaměřuje zejména na biologické vlivy, které působí na člověka. Na závislost nahlíží jako na nemoc mozku, tedy konkrétně dysfunkce endokrinního systému a daných genetických predispozic. Současné vědní systémy zdůrazňují vliv systému odměn. Tento systém pracuje na dopaminovém principu a je úzce spojen s mediátorem dopaminem. Je prezentován v oblasti mozku *nukleus accumbens*, což je místo slasti, či odměny a nachází se v koncovém mozku. Systém odměny hraje důležitou roli v chování, jelikož při libých aktivitách vyplavuje právě zmíněný dopamin a tím navyšuje pravděpodobnost opakování tohoto chování (Křížová, 2021). Je nutné poznamenat, že dopaminový systém se podílí na vzniku a rozvoji nespočtu nemocí a dalších psychických, či neurologických poruch. Hraje významnou roli v poruchách pozornosti, hybnosti, soustředění, myšlení, emočního prožívání a řadě dalších

funkcí. Zásadní význam se připisuje podílu na rozvoji závislosti, kdy se uplatňuje princip, že jedinec cítí potřebu užívat návykovou látku zas a znovu, aby se cítil dobře. Za předpokladu, že si mozek vypěstuje závislost na snadnou, rychlou a silnou stimulaci dopaminového systému, dochází u člověka k tomu, že bez drogy je život fádni a plochý. Jedinec se tak ocitá v bezvýchodné situaci, kdy si návykovou látku aplikuje opakovaně, aby si navodil příjemný stav a cítil se dobře (Orel, 2015).

Při působení látky na mozek dochází ke klíčovým behaviorálním projevům. Užívání psychotropních látek je doprovázeno nutkavým jednáním a objevuje se značná preference návykové látky před přirozenými zdroji odměny. Behaviorální projevy jsou pod kontrolou podnětů týkajících se návykové látky a u závislých jedinců je vysoká pravděpodobnost možnosti znovu začít danou látku užívat, ačkoliv je u nich dlouhodobá abstinence. Musíme si uvědomit, že systém odměn je nastaven pro přirozené zdroje odměny a návykové látky jsou považovány za umělý zdroj odměn. Tedy získání odměny je snadnější, rychlejší a extrémně neúměrné z hlediska výdeje dopaminu. Náš organismus bohužel nedisponuje možnostmi, kterými by přijímání umělé odměny zastavil (Kalina, 2015).

1.7.4 Integrativní model

I Česká společnost se přičinila o rozvoj poznání závislostní problematiky. Mezi hlavní odborníky u nás se řadí Urban, Skála a Rubeš. Pro ucelenější náhled zde přikládáme i něco málo o integrativním modelu, který vzešel z mysli Eduarda Urbana. Pro integrativní modely platí, že sjednocují a propojují několik faktorů, které jsou zásadní při vzniku, rozvoji a udržování závislostní problematiky. V rámci tohoto směru se setkáváme s Urbanovým interakčním modelem, též známým jako tetraedr. Ve své práci navázal na předcházející modely a k nim připojil ještě jednu významnou čtvrtou proměnnou. Jeho model propojuje faktor farmakologický (droga), enviromentální (prostředí), psychický a somatický (organismus) a provokující (podnět). Drogou je myšlena samotná látka, například alkohol. Prostředím se myslí rámec, ve kterém je droga užívána. Tedy například vliv rodinných příslušníků a výchovy, kulturní zvyklosti a nahlížení na danou látku. Organismem je míněna naše fyzická a psychická konstituce a působení dané látky v konkrétním rámci. Samotný podnět je významnou proměnnou, kterou Urban přidal. Vysvětluje ji jako hlavního hybatele, který rozběhne proces (Řehan, 2007).

Jedno velké téma, kterému jsme se věnovali nám ukázalo, co se míní pojmem alkohol a že jeho nadužívání má negativní vliv jak na psychickou, tak i na tělesnou úroveň. Seznámili jsme čtenáře s některými typologiemi a teoriemi, ze kterých se vychází při hledání příčin vzniku a nyní se pomyslně přesuneme k dalšímu velkému tématu, které je také stěžejní pro naši práci.

2 Stres

Domníváme se, že nebudeme přehánět, když napíšeme, že slovo stres je v dnešní době velice nadužívané a daleko častěji používané než například slovo klid a pohoda. Možná již samotné slovo stres u některých úzkostnějších jedinců zapříčiní výskyt vtíravých myšlenek. Tento fenomén je všudypřítomný a všeprostupující proměnnou současné doby. Naše společnost je hektická, rychle se měnící a místy i nepředvídatelná. Každý z nás by dokázal vymyslet svou vlastní definici stresu a možná by i věděl, jak zvládnout jeho působení. Nicméně se jedná o poměrně složitou a komplexní věc, o které se nyní rozepíšeme trochu více. Zaměříme se na to, co se myslí stresem, jeho zvládání (coping), některé moderátory stresu a jak je to se stresem u jedinců s problematikou alkoholové závislosti.

2.1 Vymezení stresu a jeho základní dělení

Křivohlavý (2001, str. 170) definuje stres „...*jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.*“ Paulík (2017) podotýká, že zásadním je, aby obecný výklad stresu (zátěže) postuloval celkové nároky, které život klade na člověka a zároveň se na tyto nároky nahlíženo z bio-psycho-socio-spirituálně-ekologické¹¹ roviny, neboť je důležité nacházet spojitost s organismem a jeho okolím, jelikož se vše promítá do zmiňovaných složek.

Orel (2020) ve své publikaci rozlišuje stres a stresor. Stresorem je myšlen původce stresu, který spouští stresovou reakci, a až na některé extrémní výjimky, jsou tyto stresory individuálně odlišné. Stresová reakce je geneticky naprogramována a má potenciál zvýšit náš výkon, což nám umožňuje čelit překážkám, či výzvám, které se před nás postaví. Se stresory a

¹¹ Nahlížení na člověka z perspektivy celku, ze kterého je složen je v současnosti velmi zásadní a moderní přístupy si tento fakt uvědomují.

stresovou reakcí se běžně v životě setkáváme. Je nutné podotknout, že ve většině případů nevyvolají tyto faktory duševní onemocnění, avšak při dalších vzájemně působících faktorech mohou přispět ke vzniku některé z poruch. Pro Finka (2016) je stresová reakce nespecifickou reakcí těla na jakýkoliv požadavek na změnu a zdůrazňuje i důsledky stresu, mezi které patří strach, úzkost, deprese a posttraumatická stresová porucha. Krom toho má stres značně nepříznivé účinky na kardiovaskulární a cerebrovaskulární systém. Stres má pro jedince různý význam a vede k pocitu strachu a úzkosti. Míra stresu a změny v organismu jsou značně ovlivněné individuálním vnímáním dané stresové situace a se schopnostmi daného jedince se se situací vyrovnat. Definovat stres je značně obtížné, neboť se mezi lidmi vyskytují rozdíly v závislosti na individuální odolnosti a zranitelnosti včetně různých dalších okolností.

Projevy stresu lze pozorovat hned v několika rovinách. Od biologické roviny, kde skrze stresovou reakci dojde ke změnám v hormonálním, imunitním a nervovém systému. Přes emocionální rovinu, která v sobě zahrnuje afekty a změny nálady k rovině myšlení, kde dojde k ovlivnění myšlenkových pochodů, co se týče kvantity a kvality. Není opomenuta ani rovina chování, kde jsou projevy stresu vyjádřeny jako boj, útek, či ustrnutí, nebo rovina sociálních vztahů, jenž se odkazuje na jedince a jeho vztah k druhým (Orel, 2020).

Ačkoliv bychom si mohli myslet, že stres je něco, co známe již dlouho a nejedná se o aktuální věc, tak opak je pravdou. Problematika stresu, stresové reakce a vlivu stresu je stále aktuální téma, které se dotýká každého z nás. Zvláště v současné době, kdy vzniká tato práce. Není to tak dlouho, co jsme čelili pandemii Covidu a nyní se potýkáme s válkou na Ukrajině, která má značné dopady na nás všechny.

V současnosti máme tendenci vnímat pojem stres spíše záporně, čemuž dopomáhá i fakt, že negativní vliv stresu na organismus byl poměrně dost studován. Nicméně jedno ze základních dělení, se kterým přišel Selye je koncept eustres a distres. Distres je brán za negativní konstrukt, který má špatný vliv na organismus. Eustres je považován za zdravou a pozitivní zátěž, která motivuje jedince (Li & Li, 2016). K lepšímu pochopení můžeme dojít skrze Yerkes-Dodsonův zákon, který nám říká, že s rostoucím nabuzením roste i výkon, ovšem pouze do určitého bodu. Příliš vysoké nabuzení má na výkon rušivý vliv. Případně teorie optimální aktivační úrovně, se kterou přišel Daniel Berlyne. Teorie je postavená na

předpokladu, že příliš vysoká, či příliš nízká aktivační úroveň je pro jedince nepříjemná a lidé se cítí nejlépe při střední míře aktivační úrovně (Plháková, 2004).¹²

2.2 Krátký úvod do historie stresu

Abychom čtenářům přiblížili dlouhou pouť, kterou za sebou stres má, tak se musíme pomyslně přenést do Francie k fyziologovi Claude Bernardovi. Tento fyziolog poskytl zásadní příspěvek k výzkumu stresu. Bernard poznamenal, že tělo se pořád snaží o udržení stabilního vnitřního prostředí. Skrz výzkumy položil základy homeostatických mechanismů, což lze považovat za základní stavební kámen ve výzkumu stresu (Robinson, 2018). Na jeho myšlenky navázal Walter Cannon¹³, který se ve svých studiích zaměřoval na změny v organismu vystavenému těžkým situacím (Křivohlavý, 2001). Jeho bádání zahrnovalo studium dřeně nadledvin a sympatického nervového systému na zvířatech v laboratořích. Mimo to rozšířil svůj zájem o psychologické poznatky a emoční reakce související s činností sympatického nervového systému. Cannon přišel s konceptem boj nebo útěk¹⁴, který jsme již zmínili o několik řádků výše. Koncept boj nebo útěk vychází z toho, že v kritických momentech, kdy se zdá, že je organismus ohrožen, nastanou behaviorální a biologické reakce na toto ohrožení. V ohrožení dojde k dysbalanci homeostatické rovnováhy a při eliminaci ohrožení dojde k opětovnému nastolení homeostázy (McCarty, 2016). Jedinec vystavený vzteku a strachu si je vědom, že se v jeho organismu děje řada aktivit, mezi které řadíme například zrychlené dýchání a vyšší tepovou frekvenci, stažený žaludek, zvýšený svalový tonus a sucho v ústech. Za podpory hormonů je velká řada těchto změn zapříčiněna aktivací sympatického oddílu autonomního nervového systému, který mobilizuje organismus k útěku či boji. Z hlediska evoluce se jedná o navýšení možnosti přežít nebezpečnou situaci (Plháková, 2004).

Hans Selye, též známý jako otec výzkumu stresu, byl první, kdo zařadil termín stres do lékařského slovníku a jeho koncept stresu měl značné dopady na vědeckou i laickou komunitu. Identifikoval stres jakožto základ nespecifických příznaků a symptomů nemoci. Díky experimentům s krysami se mu podařilo navázat na téma homeostázy Clauda Bernarda a tuto práci ještě posunout dál. Propojil osu hypotalamus-hypofýza-nadledviny způsobem, kterým se

¹² Domnívám se, že ať už extrém v kladném směru, tak extrém v záporném, je pro nás nevhodným. Jsem zastáncem řekneme prostřední roviny, kdy nejvhodnější variantou se, dle mého, jeví takzvaně zlatá střední cesta.

¹³ Walter Cannon je též známý pro svou Cannon-Bardovu teorii emocí viz. dále pro zájemce Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.

¹⁴ Též známý v anglickém originálu *the fight or flight response*.

tělo vypořádávalo se stresem. Rozlišoval mezi akutním stresem a obecnou reakcí na stresory, kdy právě obecnou reakci představil světu jako obecný adaptační syndrom, též známý jako Selyeův syndrom (Tan & Yip, 2018). Obecný adaptační syndrom¹⁵ není závislý na typu narušení rovnovážného stavu organismu (homeostázy), ale mění se síla odpovědi, která je určována intenzitou požadavku. Tento syndrom se vyskytuje ve třech fázích:

1. První fáze GAS – Poplachová reakce je spojena s biochemickými změnami, kdy dochází k vylučování adrenalinu, glukózy a řadě dalších látek do oběhového systému a způsobuje tak uvolnění energie. Jedná se o prvotní reakci na stresor.
2. Druhá fáze GAS – Stadium rezistence, kdy se organismus snaží zastavit rozjetou stresovou reakci, pokud již není nutná. Pokračuje se v uvolňování zdrojů pro zpřístupnění energie. V případě, kdy působení stresorů pokračuje, se v organismu nevyskytují potřebné energetické zdroje pro obnovení homeostázy a organismus setrvává ve vypětí a pohotovosti.
3. Třetí fáze GAS – Stadium vyčerpání se dostaví, jestliže je působení stresoru pro organismus nadměrně dlouhé a organismus není schopen vyvinout prostředky pro potřebnou adaptaci. Nadměrné působení stresoru může mít pro organismus i fatální následky (Paulík, 2017).

Ačkoliv je Selyeho přístup označován jako biologický, tak i on sám si uvědomoval, že je nutné na tuto problematiku nahlížet i z psychologického hlediska. Předpokládal, že se ve stresové situaci prosazují i lidské faktory jako je vnímání a hodnocení, z čehož plyne, že i psychika má podíl na odpovědi jedince. K průkopníkům z oblasti psychologie se řadí Richard S. Lazarus, který vzal v potaz i vliv duševních jevů. V jeho pojetí je na stresovou situaci nahlíženo z kognitivní perspektivy (Kliment, 2014).

Jeho teorie je označovaná jako transakční teorie, protože poukazuje na to, že jedinec a prostředí se nalézají ve vztahu, či transakci, kdy na sebe vzájemně reagují. Jedná se o vzájemné dynamické působení proměnných, které zahrnují změny v čase a situacích. Ať už se hovoří o stresu, zátěži, či negativních emocí, tak máme na mysli proces, do kterého vstupujeme a snažíme se změnit nežádoucí a nepříjemné (Lazarus & Folkman, 1987). Lazarus ve své teorii přišel s takzvaně kognitivním hodnocením¹⁶, kterému lze rozumět jako proces kategorizace nějakého jevu, se kterým se setkáváme, a jenž má význam pro naši duševní pohodu. Tato

¹⁵ V angličtině známý jako *General adaptation syndrom* se zkratkou GAS.

¹⁶ V angličtině *cognitive appraisal*.

kategorizace má hodnotící aspekt a Lazarus rozlišuje dva typy kognitivního hodnocení – primární hodnocení¹⁷ a sekundární hodnocení¹⁸. Primární hodnocení lze vymezit do třech kategorií – irelevantní, benigně-pozitivní a stresující. Do kategorie irelevantní řadíme situace, kdy setkání (transakce) jedince s prostředím nemá na člověka žádný dopad. O benigně-pozitivním hovoříme tehdy, pokud je transakce vykládána jako pozitivní, či zvyšující pohodu. Stresující hodnocení sebou přináší nějaké poškození, hrozbu, ztrátu, či výzvu. Týká se to možného nebezpečí, které zatím nenastalo, ale je očekáváno (Lazarus & Folkman, 1984). Tedy jak popisuje Baštecká a Mach (2015), tak při primárním hodnocení zkoumáme, co to je a zda nám to může nějak ublížit a díky tomu rozřadíme podněty do jednotlivých kategorií.

Ať už je před námi výzva, či hrozba, tak je nutné ji nějak zdotat, abychom zvládli danou situaci. Při sekundárním hodnocení se Lazarus zaměřil na možnosti, co můžeme nebo musíme udělat, abychom danou situaci zvládli. Jedná se o komplexní hodnotící proces, který bere v potaz, jaké možnosti zvládnání jsou nám k dispozici. Do procesu hodnocení vstupují různé vlastnosti jedince a zkušenosti, které má. Kromě toho se primární a sekundární hodnocení vzájemně ovlivňují a spoluutváří intenzitu stresové situace a emocionální reakce (Lazarus & Folkman, 1984). Ačkoliv bychom si mohli myslet, že při zhodnocení stresové situace dojde k jasnému vyhodnocení, tak se jedná o dynamický proces, který se neustále vyvíjí a vlivem tohoto vývoje dochází k následnému přehodnocování. Přehodnocením¹⁹ má Lazarus na mysli to, že na základě nových dostupných informací změním dané hodnocení. To, co rozhodne, kam zařadit danou transakci je moment, kdy daná situace přesáhne naše adaptační zdroje (Kliment, 2014). Pro sekundární hodnocení jsou typické otázky týkající se zdrojů a sil, tedy zjišťujeme, zda zvládneme působení podnětu a jak jsme ho schopni zvládnout. Při přehodnocení se zajímáme zejména o to, zda jsme to dobře zvládli, nebo co jsme mohli udělat jinak. Lazarus, Coyne, a Folkmanová ve svých tezích propojují kognici, emoce, motivaci a považují je za neoddelitelné procesy podílející se na vyhodnocení a zvládnání stresové situace (Baštecká & Mach, 2015).

¹⁷ V angličtině *primary appraisal*.

¹⁸ V angličtině *secondary appraisal*.

¹⁹ V angličtině *reappraisal*.

2.3 Coping neboli zvládání

Lazarus své kognitivní hodnocení situace propojil se zvládáním stresu, respektive copingem. Coping, či zvládání je aktivita, která se napojuje na primární a sekundární zhodnocení, viz výše, a má dopomoci zvládnout, či snížit působící rizika. Cílem copingu je tedy vyrovnání se s hrozbou a její zvládnutí. Toto zvládnutí napomáhá k uchování pozitivního sebeobrazu, emocionálního rovnovážného stavu a po odeznění hrozby možnost regenerace. Lazarus formuluje coping jako behaviorální a kognitivní úsilí orientované na vnější a vnitřní podněty, které si žádají vynaložení zvýšené námahy a mohou i převyšovat zdroje, kterými jedinec disponuje (Kliment, 2014). Potom, co Lazarus představil svůj koncept kognitivního hodnocení situace a s ním spojené zvládání, vzrostl zájem o téma copingových procesů. S kolegy sestrojili dotazník s názvem *Způsoby zvládání*²⁰ a Lazarus zde rozlišuje mezi dvěma základními typy zvládání – zvládání zaměřené na problém²¹ a zvládání zaměřené na emoce.²² Zvládání zaměřené na problém, jak již název napovídá, je soustředěno na řešení problému nebo vykonání aktivity, abychom změnili zdroj stresu. Toto zvládání převládá v momentě, kdy jedinec cítí, že může udělat něco konstruktivního. Zvládání zaměřené na emoce je spojeno se snížením emocionálního tlaku, který je vyvolán situací. Vyskytuje se, když je stresor třeba překonat a vydržet (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Nacházíme zde rozdíly v pohlaví, kdy u mužů se více vyskytuje úsilí změnit stresovou situaci, tedy zvládání zaměřené na problém, zatímco ženy se spíše zaměřují na zvládání emocionálního tlaku, tedy zvládání zaměřené na emoce. Ukazuje se, že zvládání zaměřené na emoce dosahuje nižší účinnosti a pravděpodobně bude spojeno s vyšší mírou výskytu duševních onemocnění, než zvládání zaměřené na problém (Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath & Monnier, 1994).

Pro coping (zvládání) platí, že se jedná o přízpůsobivé způsoby, jak zvládnout stresové situace. Do strategií zaměřených na problém řadíme aktivní zvládání – cílené soustředění se na dosažení cíle, plánování – chystat se a uvažovat o zvládnutí stresové situace, potlačení protichůdných aktivit – záměrné odložení jiných aktivit a zdrženlivé zvládání – nechat si čas na rozhodnutí. Strategie zvládání zaměřené na emoce v sobě obsahují hledání instrumentální sociální opory – nabýt zkušenosti a informace, hledání sociální emocionální opory – čerpat podporu a porozumění, pozitivní reinterpretace – stanovit si pozitivní stránky obtíží, akceptace – akceptovat nebo se adaptovat na dané obtíže, popření – popřít, že problém existuje, případně

²⁰ Pro ostatní známý i ve svém anglickém originálu *Ways of Coping*.

²¹ V angličtině *problem-focused coping*.

²² V angličtině *emotion-focused coping*.

popřít existenci řešení problému a obrat k náboženství – víra v nadpřirozeno. Kromě těchto strategií máme i takzvané dysfunkční strategie, kam řadíme zaměření se na projev emocí – orientace na nepříjemnosti včetně projevů, behaviorální odpoutání – dát najevo pocity bezmoci a upustit od cíle, mentální odpoutání – odvrátit pozornost jinou aktivitou a odpoutání pomocí drog a alkoholu – útěk od řešení užíváním návykových látek (Mlčák, 2011, str. 34).

V této souvislosti zmiňme, že v literatuře nacházíme dělení copingových strategií na pozitivní a negativní. Pro pozitivní, funkční nebo také adaptivní platí, že se snaží nacházet konstruktivní řešení dané situace a získat kontrolu nad situací včetně kontroly emočního doprovodu. Patří sem například pozitivní přehodnocení, vyhledání podpory druhých či nalézání náhradního řešení. Za negativní, nefunkční nebo také maladaptivní strategie jsou považovány vyhýbání, rezignace, agrese, či utápění se v problému. Jedná se o strategie, které jsou nevhodné a mnohdy mají i opačný efekt, který stres ještě znásobí (Urbanovská, 2012). Ačkoliv se člověk může pustit do kouření, či pití alkoholu, aby zahnal stres, tak vlivem tabáku a alkoholu stoupá krevní tlak a tepová frekvence, což jde ruku v ruce se stresem. Oba tyto aspekty stres nemírni, jak by si někdo mohl myslet, ale zhoršují a jedinec se tak ocitá v bludném kruhu, který může vést k dalším patologickým projevům (Nešpor, 2019).

To, zda je pro konkrétního člověka typický způsob, jak zvládá stres, či zda se coping formuje na základě situace jsou otázky, na které nejsou jednoznačné odpovědi. Nicméně můžeme rozlišit tři přístupy dle určujících parametrů – dispoziční, situační a interakční. V rámci dispozičního přístupu se bavíme o takzvaně zvládacích stylech (Kliment, 2014). Pro zvládací styly platí, že se jedná převážně o vrozené vzorce, jejichž základem jsou rysy a osobnostní dispozice. Stresová situace má nepatrný vliv na chování a člověk disponuje stabilním jednáním a uvažováním (Urbanovská, 2012). Zatímco situační přístupy očekávají vliv situace a její charakteristiky, tak přístupy interakční poukazují na neoddělitelnost jedince a jeho prostředí, kdy osobnost a situace vstupuje do dynamického procesu, kde se navzájem ovlivňují. U situačních a interakčních přístupů se bavíme spíše o zvládacích strategiích (Kliment, 2014). Zvládací strategie mají značně proměnlivý charakter, neboť jsou závislé na aktuálním uvažování a rozpoložení jedince. Hovoříme zde o situačně specifickém jednání, kdy si vybíráme ze strategií dle situace a toho, jaké s nimi máme zážitky z minulosti (Urbanovská, 2012).

2.4 Osobnostní charakteristiky moderující zvládání stresu

Odborníci se v řadě případů shodují, že mezi proměnné, které ovlivňují způsob zvládání stresu řadíme i osobnost²³ člověka, věk, pohlaví a mnoho dalšího. Každý z nás disponuje osobnostními charakteristikami, které jsou v nás pevně zakotveny a ovlivňují to, do jaké míry zvládneme, či nezvládneme stresovou situaci. (Urbanovská, 2012). Těchto charakteristik je velké množství a o každé z nich by se dala napsat samostatná diplomová práce. Naším cílem zde není pojmut vše, ale poukázat alespoň na některé z nich a dát je do souvislosti s problematikou závislosti.

2.4.1 Locus of control

Pojem *Locus of control*²⁴ vzešel z mysli sociálního a klinického psychologa Juliana B. Rottera. Tento koncept pracuje s tím, že místo řízení je osobnostní charakteristika, kterou lze rozlišit na vnitřní (interní) a vnější (externí) (Baštecká & Mach, 2015). S tímto konceptem přispěl k tomu, jak jedinci přistupují k problematickým a nepříjemným situacím, které se jim v životě dějí, tedy jak člověk čelí nějakému problému, který se před ním vyskytne, kupříkladu nějaká stresová situace (Křivohlavý, 2001). Jedinci s vnitřním místem řízení věří, že vlastní činy a rozhodnutí jim určují sankce a odměny, které obdrží. Jedná se o aktivní ovládání prostředí, respektive zodpovídají si za svoje aktivity sami. U vnějšího místa řízení jsou sankce a odměny přičítány působení vnějších činitelů, které jedinec nemůže ovlivnit, tedy například štěstí, či osud. S vnějším místem řízení je spojována pasivita až bezmocnost (Baštecká & Mach, 2015). Jedná se o kontinuum, kdy se na jednom konci nachází lidé s externím a na druhém konci s interním loc. Rotter tvrdí, že každého z nás je možno zařadit někam mezi tyto dva body (Křivohlavý, 2001).

Mohlo by se zdát, že rozlišit loc u skupiny závislých na alkoholu by mělo být snadné, ale opak je pravdou. Goss a Morosko (1970) přišli s hypotézou, že jedinci závislí na alkoholu budou dosahovat vyšších skóre, tedy externího loc, oproti jiným skupinám, nicméně výsledky přinesly zjištění, že u osob závislých na alkoholu převažuje interní loc. Touto otázkou se

²³ Osobnost je samostatnou velkou kapitolou, o které by se dalo pojednat na samotnou práci. V následujících řádcích textu budeme spíše zmiňovat faktor osobnost, ale nebudeme se pouštět do definování, či vysvětlování. V kapitole Freudův úvod do psychoanalytické psychologie jen v krátkosti představíme Freudův strukturální model. Pro zájemce o téma osobnosti více v Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada Publishing.

²⁴ Z angličtiny přeloženo jako Místo řízení.

zabýval Hinrichsen (1976), který ve svém článku poukázal na různé vlivy, které ovlivňují místo řízení a mohou jej posouvat. Kupříkladu vliv terapeutických programů, inteligence, věku, etnické příslušnosti, sociální třídy a další. Nemělo by se opomenout ani na autoritu, která jedinci mohla říct, že je sám zodpovědný za své vystupování, což mohlo ovlivnit jeho skóre ve prospěch sociálně žádoucího chování. Výsledky studií naznačují, že jedinci závislý na alkoholu nejsou značně externě orientovaní, naopak někteří z nich se zdají být orientovaní interně.

2.4.2 Optimismus

Z tohoto úhlu pohledu je na optimismus nahlíženo jako na osobnostní dimenzi a jedná se o aspekt osobnosti, který je spojený s kognitivní povahou, tedy očekávání týkající se budoucnosti (Carver & Scheier, 2014). Existují důkazy, že očekávání budoucnosti ovlivňuje spokojenost v současnosti, respektive u jedinců, kteří mají pozitivní očekávání do budoucna (jsou dispozičně optimističtí) se vyskytuje menší úzkost a lépe se vypořádávají se stresovými situacemi. Vzhledem k tomu, že optimismus ovlivňuje náhled na svět (hodnocení) a chování, tak do značné míry ovlivní i zvládání. Dispoziční optimismus vychází ze samoregulačního rámce, kde pozitivní očekávání vede ke zvýšenému úsilí dosáhnout cíle, a naopak negativní očekávání vede ke snížení úsilí dosáhnout cíle (Nes & Segerstrom, 2006). Pro zachycení optimismu jako osobnostní dispozice byl vytvořen *Test životní orientace*²⁵, který byl v roce 1994 revidován (Carver & Scheier, 2014).

Wray a kolektiv (2013) se ve své studii zaměřili na optimismus a pesimismus jakožto dva faktory, které ovlivňují počátek a průběh užívání alkoholu u adolescentů, tedy zkoumali souvislost mezi optimismem a pesimismem v užívání alkoholu ve věkové populaci 14-18 let. Vycházeli z předpokladů, že mezi optimismem a užíváním alkoholu bude negativní souvislost, zatímco pesimismus bude spojen s užíváním alkoholu pozitivně. Výsledky ukazují, že u chlapců pesimismus pozitivně souvisel s užíváním, zatímco optimismus byl spojen negativně. U dívek tomu bylo podobně. K analogickým výsledkům dospěl i Nguyen (2022), který ve své studii pracoval s jedinci ve věkovém rozmezí 14-25 let a využil postupů binární logistické analýzy. Výsledky ukázaly, že čím byli participanti optimističtější, tím méně pili alkohol. Zjištění studie naznačuje, že optimismus může sloužit i jako protektivní faktor vůči užívání

²⁵ Též známý v anglickém názvu *Life Orientation Test*.

alkoholu, neboť ve Vietnamu je spotřeba alkoholu mezi vietnamskými teenagery nejvyšší mezi národy jihovýchodní Asie.

V souvislosti s osobnostními dispozicemi se můžeme setkat i s takzvaně zdroji, které napomáhají jedincům se zvládnáním stresu. O zdrojích můžeme říct, že pro člověka ve stresových situacích představují podpůrnou roli. Díky množství a kvalitě můžeme rozhodnout, jak dobře je jedinec schopen zvládnout nepříjemnou situaci. Základní rozlišení zdrojů, se kterým přichází mnoho učebnic, je na vnitřní a vnější. Za vnitřní zdroje jsou považovány osobnostní struktury, viz výše, zatímco vnější zdroje jsou orientovány v prostředí člověka (Kliment, 2014). Abychom jen rámcově doplnili některé osobnostní charakteristiky, které jsme zde opomenuli, tak mezi nejznámější se řadí například resilience, se kterou přišla vývojová psycholožka Emmy Wernerová, koherence neboli smysl pro integritu Aarona Antonovského, hardiness S. Kobasové a self-efficacy Alberta Banduri (Křivohlavý, 2001).

2.5 Copingové strategie u závislých jedinců

V laické veřejnosti se traduje, že si člověk má dát panáka v momentě, kdy se necítí dobře, respektive je ve stresu. Nejzákladnější model tedy navrhuje, že alkohol přispívá ke snížení napětí a lidé užívají alkohol, aby se cítili lépe²⁶.

Na tento model je potřeba nahlížet s rezervou, neboť se do něj musí započítat řada proměnných. Nicméně průzkumy ukázaly, že takzvaně sociální a problémoví uživatelé alkoholu pijí alkohol zejména kvůli snížení či vyrovnání se s úzkostí, napětím a jinými negativními emocemi (Cooper et al., 1992). Z pohledu sociálně kognitivního přístupu slouží copingové strategie jako hlavní faktor ovlivňující chování. Zejména užívání alkoholu je bráno jako strategie vyhnout se a uniknout nepříjemným emocím. U problémových uživatelů alkoholu se setkáváme s pozitivním přesvědčením o kladných účincích alkoholu, díky čemuž je jejich konzumace alkoholu podpořena a také brána jako strategie zvládnání. Právě vyhýbání, jakožto copingová strategie, je často považována za maladaptivní, jelikož nevede k řešení (Britton, 2004).

²⁶ Jak jsme se dozvěděli z kapitoly Coping neboli zvládnání, tak vlivem alkoholu stoupá krevní tlak, a to jde ruku v ruce se stresem. Viz Nešpor, K. (2019). *Přirozené způsoby zvládnání stresu*. Raabe. Až vám čtenářům bude někdo radit, že si máte dát panáka na uklidnění, tak ho odkažte na zmíněnou publikaci.

Jeffrey Gray přispěl na pole vědy svým fyziologickým modelem osobnosti, který je založen na dvou dimenzích motivovaného chování. BAS²⁷ je brán za systém, který aktivuje chování, jenž má vést člověka k pozitivnímu podnětu, respektive je tento systém orientován na odměny a předpokládá se, že je zprostředkován dopaminovým systémem. Zatímco BIS²⁸ se zaměřuje na redukci nepříznivých podnětů, respektive cílem tohoto systému je zbavit se nepříjemného. Gray tedy naznačuje, že jedinci, u kterých je vysoký BAS mají tendenci jednat impulzivně a vyskytuje se u nich i sklon k okamžitému rozhodování²⁹. V rámci tohoto mohou inklinovat ke krátkodobému zisku, v našem případě pití alkoholu, na úkor dlouhodobé ztráty. Jedinci s vyšším BIS jsou orientováni spíše na negativní signály, jako je trest či negativní fyzická reakce způsobená alkoholem, což může zapříčinit jejich nižší užívání alkoholu (citováno in Feil & Hasking, 2008).

Náš mozek je poměrně efektivní v tom si pamatovat a již nějakou dobu probíhají výzkumy týkající se dopaminového systému³⁰ v mozku v souvislosti se závislostí. Vědci na univerzitě v Michiganu přišli s tím závěrem, že dopamin nezprostředkovává potěšení, ale spíše touhu. Suprese dopaminergních přenašečů nesnížila hodnocení potěšení z drogových odměn u uživatelů návykových látek, nicméně zredukovala jejich touhu po konzumaci. Touha se velmi často objevuje v souvislosti s podněty odměny, které jsou zprostředkovány dopaminergním systémem. Intenzita nutkání je závislá, jak na odměně, tak na aktuálním stavu mozkového systému souvisejícího s dopaminem. Při této interakci dochází k působení dalších moderátorů jako jsou emoce, stres, či intoxikace. Toto může být důvodem, proč se mezi stresem a závislostí nachází poměrně velké souvislosti. Dle některých jde v problematice závislosti zejména o touhu, a ne tolik o uspokojení či potěšení. Motivované chování člověka tedy do jisté míry podléhá dopaminovému systému odměny, který podtrhává touhu užít látku (Berridge & Robinson, 2016).

Procházka, Mahrová, a Laštovica (2014) se ve své studii zaměřili na kontext vazby, alexithymie, copingových strategií a osobnostních stylů u jedinců závislých na psychotropních látkách. Alexithymie se vyznačuje deficitem v emoční sféře, který následně vede k maladaptivním stylům vyjádření a zpracování emocí. Ve svém vzorku pracovali s 55 respondenty, kdy 14 z nich bylo ženského pohlaví a 41 mužského. Průměrný věk se pohyboval okolo 32 let. U respondentů se vyskytovala problematika závislosti na alkoholu, pervitinu,

²⁷ Zkratka z anglického *behavioral approach system*.

²⁸ Zkratka z anglického *behavioral inhibition system*.

²⁹ Zde můžeme vidět analogie s maladaptivními copingovými strategiemi.

³⁰ O dopaminovém systému pojednáváme v podkapitole Model vycházející z neurobiologického přístupu.

opiátech a gamblingu. Výsledky naznačují, že alexithymie významně koreluje s negativními strategiemi zvládnání stresu a existují významné rozdíly mezi jedinci s alexithymií a bez ní. Mimo jiné se našla i korelace mezi úzkostnou vazbou a negativními copingovými strategiemi.

K podobným výsledkům přispěl i výzkum Spáčila (2018), kdy u 72 jedinců s problematikou alkoholové závislosti zjistil převahu negativních copingových strategií.

Problematika závislosti je značně obsáhlá, komplexní záležitost a dá se na ni nahlížet hned z několika úhlů. Zde jsme chtěli poukázat na to, že při copingových strategiích hraje roli poměrně dost faktorů, od samotného mozku a jeho motivačních systémů, až přes osobnostní dispozice k samotným akcím zvládnání. Nicméně se zdá, že jedinci užívají psychoaktivní látky zejména k tomu, aby se vyhnuli problému, případně si tím ulevili. K tomu jsou ovlivněni motivačními systémy v mozku, které jim zprostředkovávají touhu po užití a dalšími faktory.

3 Obranné mechanismy

Pojem obranné mechanismy ve vás může evokovat pocit vzdoru. Člověk se ocitne pod nějakým „útokem“ a aktivuje svoje štíty ve formě právě zmíněných obranných mechanismů. Pokud toto převedeme do poněkud abstraktnější úrovně, tak se již dostaneme k tomu, k čemu směřujeme. Téma obranných mechanismů je další velkou kapitolou v našem skromném výzkumu a navazuje na předchozí část. Ačkoliv by se mohlo zdát, že je pojem obranné mechanismy pro veřejnost něčím novým, tak se jedná o něco, co všichni z nás máme, jen o tom nevíme. Samozřejmě si toho nejsme na první pohled vědomi, a tak to u obranných mechanismů je. Nyní se dostáváme k nové samostatné kapitole, která podkryje část našich aktivit, které běžně v každodenním životě používáme. Seznámíme čtenáře s tím, co jsou obranné mechanismy. V krátkosti zopakujeme učení S. Freuda a představíme model obranných mechanismů.

3.1 Obranné mechanismy užívané na denní bázi

V adolescentním věku je hledání odpovědí na otázky typu, kdo jsem, poměrně běžnou záležitostí. Cestou, jak najít bezpečí a stabilitu v tomto období je přijmout oblečení, účesy a způsoby, které jsou zrovna aktuální, případně se identifikovat s některým ze svých filmových idolů. Díky tomu se jedinec cítí v bezpečí a jeho pocit sebe sama je ochráněn. Hovoříme zde o

takzvaném obranném mechanismu identifikace. Můžeme se přenést na dětské hřiště, kde také nalezneme obrany. Pokud si děti nechtějí s některými dětmi hrát, tak se odmítnutí jedinci ocitají v bludném kruhu. Při dalším očekávaném odmítnutí dochází k projekci svého nepřátelství do druhých a ti reagují odmítavě, čímž tak potvrdí odmítnutí. Klíčem mechanismu projekce je zde to, že odmítnuté děti připisují své potíže ostatním a tím se tak chrání (Cramer, 2006).

Cakirpaloglu (2012) nás seznamuje s tím, že naše občasné zapominání má, co dočinění s obranným mechanismem vytěsnění. Pokud se snažíme věci dějící se kolem nás zdůvodňovat, tak sáhneme po obranném mechanismu racionalizace. Zkrátka tyto reakce u nás snižují úzkost a zároveň nám pomáhají se přizpůsobit daným okolnostem. Můžeme tedy tvrdit, že použití některých obran je pro člověka v dané situaci žádoucí.

Jistě se může stát něco podobného i vám, protože obrany využíváme všichni a řekněme téměř na denní bázi. To, které obranné mechanismy u nás převládají určuje velká řada proměnných. Například hodnoty, které přebíráme od rodiny a společnosti nás různě formují a utváří. Proto je důležité si, například v rámci dospívání, uvědomit, že identifikace může být jak v kladném směru, tak se můžeme identifikovat i s vrstevnickou partou, kde se vyskytuje rizikové chování, tedy negativní směr. Kam se přikloníme je dále vázáno na naši osobnost, která je značně komplexní.

3.2 Vymezení obranných mechanismů

Potom, co jsme poukázali na to, že všichni disponujeme obranami a využíváme je, tak je nutné si vydefinovat, co se obrannými mechanismy myslí.

Definice slovníku Americké Psychologické Asociace (APA) vychází z klasických psychoanalytických teorií, kdy obranné mechanismy vidí jako reakční vzorec ega sloužící k ochraně před úzkostí, která pramení z psychického konfliktu. Mechanismy mohou nabírat různých úrovní v závislosti na tom, jak moc zkreslují realitu (APA, 2023). Hovoříme o psychologickém mechanismu, kterým oplývá každý z nás a nalézá se v nevědomí. Funkcí obranných mechanismů je vypořádání se s úzkostí a udržování rovnovážného psychického stavu. K dosažení rovnováhy dochází ke změnám ve vnímání sebe, druhých, myšlenek a pocitů. Mimo to mají i ochrannou funkci, tedy v situaci ohrožení dokážou pozměnit vnímanou realitu a díky tomu je jedincovo chování stabilnější. Pro obranné mechanismy platí, že jsou určovány osobností člověka a dalo by se tedy tvrdit, že odráží i jedincovo psychické zdraví. Záleží tedy

jak zralými obrannými mechanismy disponuje ego jednotlivce (Hong & Ha, 2020). Nutné je tedy podotknout, že obrany jsou namířeny jak proti vnitřním, tak proti vnějším tlakům, které ohrožují jedincovo self. Zásadní funkcí obrany je tedy, krom ochrany před úzkostí, ochrana integrace sebe sama (Cramer, 2006).

3.3 Freudův úvod do psychoanalytické psychologie

Vzhledem k tomu, že jsme používali slova jako ego a konflikt, tak k dosažení ucelenějšího pohledu se zmíníme o Sigmundu Freudovi³¹. Považujeme za nutné alespoň rámcově představit tolik známý Freudův strukturální model lidské psychiky a jeho učení. Čtenáři se tak dostane lepší propojení informací a pro někoho, kdo není obeznámen s tímto modelem, to bude jistě obohacující a doplňující.

„Psychoanalytické učení vzniklo na přelomu 19. a 20. století. Jeho zakladatelem byl Sigmund Freud (1856-1939). Základní princip psychoanalýzy zdůrazňuje determinovanost osobnosti psychickými a biologickými činiteli“ (Cakirpaloglu, 2012, str. 112).

Psychodynamické, nebo též hlubinné směry v psychologii se zaměřují na to, co se děje pod povrchem vědomí jedince. Zajímají se zejména o podvědomé, nebo nevědomé jednání jedincova psychického života. Psychoanalýzu poprvé představil světu, rodák z Příboru na Moravě³², Sigmund Freud, který považoval za základní síly jedincova psychického dění nevědomé pudy sexuální a agresivní. Snahou společnosti je tyto pudy ovládat skrze zvnitřnění sociálních norem, což vede k tomu, že jsou pudové síly přemístěny do nevědomí a odsud nadále ovládají jedincovo prožívání a chování. Freud tedy tvrdil, že pro psychiku jedince hraje významnou roli interakce mezi nevědomými silami a obrannými mechanismy (Plháková, 2006).

Freud přispěl na pole poznání hned několika svými koncepty, nicméně náš zájem se upíná k jeho pojetí osobnosti. Ve svých pracích rozlišil dva modely osobnostní skladby – topografický model a strukturální model. Oba staví na předpokladu seřazení dílčích složek, které jsou ve vzájemném vztahu a mezi modely můžeme nacházet jisté souvislosti. Strukturální model lidské psychiky se skládá ze tří složek id, ego, superego. Pro id platí, že se jedná o nejprimitivnější složku osobnosti, která je hnána principem slasti a zaměřuje se na uspokojení

³¹ Freudovo učení bývá mnohdy blízké i laické veřejnosti. Ačkoliv se v jeho chápání laiky objevují mírné změny a někteří zapomínají na agresivní pud, tak na sexuální rozměr si lidé většinou vzpomenu hned.

³² I když dlouho žil ve Vídni a Anglii, tak v Příboru nalezneme jeho rodný dům.

potřeb. Ego je řídicí složkou fungující na principu reality. Usměrnjuje požadavky id a zároveň se přizpůsobuje požadavkům superega. Superego znázorňuje morální složku osobnosti, která v sobě nese nařízení vnějších autorit a řídí se principem dokonalosti (Cakirpaloglu, 2012). Jelikož by okamžité uspokojení sexuálních a agresivních pudů vedlo k hrubému překročení sociálních norem, tak člověk disponuje obrannými mechanismy, které mají zabránit nekontrolovatelnému vybití pudových sil. Obranné mechanismy mají protektivní funkci vůči uvědomění si těchto sexuálních a destruktivních sil a následné úzkosti, která by člověka zaplavila. Jejich aktivita je primárně nevědomá a dle Freuda je jádrem osobnosti neuvědomovaný konflikt mezi pudy, pravidly společnosti a obrannými mechanismy (Prochaska & Norcross, 1999).

3.4 Úvod do obranných mechanismů

Poprvé se slovo obrana objevilo v roce 1894 ve Freudově studii *Obranné neuropsychózy*. Zde a v řadě dalších studií sloužilo označení obrany ke vzdoru ega vůči negativním představám a afektům. Po nějaké době bylo slovo obrana nahrazeno slovem vytěsnění, což zapříčinilo jisté nejasnosti v terminologii, neboť vztah obou slov zůstal nevyjasněný. K rozuzlení došlo o několik let později, kdy Freud opět začal užívat slovo obrana pro označení technik, které ego používá v konfliktech a vytěsnění konkretizoval na jednu z metod obran (Freud, 2006). Jak v článku pojednává Vaillant (2012), tak i přes nejasnou terminologii se díky téměř čtyřem dekadám let, podařilo Freudovi a jeho dceři vymezit obranné mechanismy, se kterými se setkáváme dnes. Krom toho identifikovali pět základních vlastností, které pro obranné mechanismy platí:

1. Zásadním prostředkem, skrz který zvládáme afekty a konflikty, jsou právě obranné mechanismy.
2. Obranné mechanismy se nacházejí na nevědomé úrovni.
3. Mezi jednotlivými obranami nacházíme jasné hranice a jsou tedy vůči sobě vyčleněné.
4. Obrany jsou reverzibilní.
5. Krom toho, že obrany slouží k adaptaci, tak mohou nabývat i patologické povahy.

Freud inspiroval svými myšlenkami mnohé následovníky, mimo jiné i svou vlastní dceru. Anna Freudová je představitelkou takzvané Egopsychologie. V roce 1936 vyšla její práce *Já a obranné mechanismy*, kde hovoří o tom, že obrany jsou součástí ega a zastávají důležitou funkci v procesu adaptace. Freudová rozlišuje obrany do dvou kategorií, kdy jedna

z nich je zaměřena na zkrocení přání z id a druhá se snaží bojovat s negativními podněty z vnějšího okolí. Navázala tak na studie Freuda a vymezila deset obranných mechanismů, kterými ego disponuje v boji s id – represe, regrese, izolace, reaktivní výtvar, odčinění, introjekce, projekce, obrat proti vlastní osobě, zvrát v opak a sublimace. Pro orientaci na vnější prostředí jsou v druhé kategorii zastoupeny různé druhy popření, kdy se ego brání proti nelibým pocitům. Kromě toho může nastat i situace, kdy dochází současně k působení vnějších a vnitřních podnětů, které způsobují nepříjemné pocity, či úzkost. Pro tuto situaci popsala Freudová dva obranné mechanismy, kterými jsou identifikace s útočníkem/agresorem a altruistické vzdání se/postoupení (Plháková, 2011). Ego, jakožto složce osobnosti se dostalo poměrně velkého zájmu a stalo se pro některé i samostatným směrem. Adaptace a společenské vyjádření má být výsledkem vnitřních a vnějších tlaků, které na nás působí.

3.4.1 Egopsychologie

S postulátem Freudova strukturálního modelu se pojí příchod nového období v psychologii. Zejména zastáncům psychoanalýzy se změnilo dosavadní pole zájmů, a to tak, že obrátili pozornost od obsahů nevědomí k procesům, které obsahy mimo vědomí udržují. Tato změna přinesla zejména praktické výhody, jelikož terapeuti již mohli pracovat s něčím dostupnějším a lépe přístupným. Hovoříme o Egopsychologii, protože díky orientaci na ego a jeho obrany se dalo předpokládat, že psychické zdraví pacientů je dáváno do souvislosti s výskytem zralých obran. Mimo to i možnosti kombinací různých obran, což vede k flexibilnějším reakcím na vnější, či vnitřní podněty. Díky procesům, které si představíme pod pojmem obrany, můžeme kategorizovat jednotlivce dle toho, jak umí pracovat se svou úzkostí, či jinými emocemi (McWilliams, 2015).

3.4.2 Teorie objektních vztahů

Britská teorie objektních vztahů se zaměřuje na takzvané objekty, kterými jsou pro dítě zejména blízcí lidé. Vychází z předpokladů, že citové vztahy k těmto lidem (objektům) zastupují důležitou roli v psychickém vývoji dítěte. Ačkoliv se nepřiklání tolik k samotným pudům, tak přiznávají, že pudové impulzy značně ovlivňují představy o objektech. Mezi průkopníky tohoto směru patří Melanie Kleinová, která se zaměřovala jak na normální, tak i na abnormální vývoj dítěte. Na počátku je pro dítě těžké uchopit objekt jako celek a rozpadá se

mu tedy na dobrou a špatnou část. Pro tento děj nacházíme pojmenování splitting³³ – štěpení zážitků na kladné a negativní (Plháková, 2006). Melanie Kleinová se přiklání k pojmu pozice, který chápala odlišně od Freudova pojmu fáze. Pojetí paranoidněschizoidní pozice a depresivní pozice je chápáno tak, že mají svůj základ v dětství a přetrvávají jako základní struktury citového života. Pro každou z pozic platí, že má své vlastní obranné mechanismy a úzkosti. Depresivní pozice je typická obavami z poškození svých objektů, zatímco paranoidněschizoidní pozice pociťuje úzkost o svou vlastní bezpečnost (Roth, 2001). Projektivní identifikace je mechanismus, kterým se dítě snaží zbavit negativních zážitků a objevuje se v paranoidněschizoidní pozici. V depresivní pozici je dítě schopno integrace psychické zkušenosti a vidí svůj objekt jako příjemce kladných i záporných pocitů. Snaží se o inkorporaci, tedy zvnitřnění objektu, který tak chrání před sebou samým. U depresivní pozice je nutné vyzdvihnout důležitost objektu, protože dítě je na něm závislé. Může se dostavit takzvaně manická obrana, kdy se u dítěte objevuje tendence poukázat na svou samostatnost a že je možné si najít jednoduše zcela nový objekt jeho zájmů. Za děsivější a mnohem více destruktivní se považuje reakce závist, kdy dítě chce svůj milovaný objekt znehodnotit, či zničit (Plháková, 2011).

3.5 Obranné mechanismy dle G. E. Vaillanta

Mezi odborníky, kteří se zajímali o obranné mechanismy ega se řadí i americký psychiatr George Eman Vaillant. Koncept ego obranných mechanismů považuje za jeden z nejhodnotnějších příspěvků lékařskému světu, se kterým psychoanalýza přišla. Navazuje na funkci obranných mechanismů popsaných Freudem a jeho dcerou a sám podtrhuje jejich funkci v řešení konfliktu mezi instinktivními potřebami, sociálními normami a vnější realitou. Ve své studii pozoroval 30 mužů po dobu 25 let a výsledky jeho studie naznačují, že se ego obranné mechanismy objevují jak u zdravé populace, tak i u klinické, popsané jako patologické. Mimo to se podařilo zjistit, že u některých jedinců se ego obranné mechanismy dále nevyvíjely a přetrvaly stejné, zatímco u jiných došlo k vývoji ego obranných mechanismů paralelně v souvislosti s dozríváním a nabýváním životních zkušeností. Teoreticky by se dalo stanovit, že používání zralejších obranných mechanismů je v souvislosti s úspěšnější adaptací na životní

³³ Splitting je považován za jeden z obranných mechanismů.

události (Vaillant, 1971). Vaillant rozčlenil osmnáct obranných mechanismů do čtyř úrovní dle jejich zralosti a adaptability:

- 1. úroveň Psychotické obrany – Pro obrany této úrovně je typický rozchod s objektivní realitou. Řadí se zde obrany jako je psychotické popření, psychotická distorze a bludná projekce (Vaillant, 2020). Psychotické obrany jsou spojovány zejména s poruchami osobnosti, bipolárními poruchami a okruhem poruch schizofrenního spektra. U psychotických obran dochází k selhání při zadržování reakce na stresor, což zapříčiňuje výrazný odklon od reality. Tyto mechanismy jsou typické u malých dětí, v našich snech a u psychóz. Jedinci s touto úrovní obrany se svému okolí mohou jevit jako podivní (Berney et al., 2014).
- 2. úroveň Ne zralé (narcistické) obrany – U této úrovně obran se dá hovořit, že pro objekty (pozorovatele, či okolí) jsou obrany obtěžující, zatímco uživateli obran přináší klid. Pro lepší pochopení se uvádí příklad, kdy je osoba v přeplněném výtahu a někdo si tam zapálí cigaretu. Typ 2. úrovně se běžně vyskytuje u adolescentů, u dospělých s problematikou zneužívání návykových látek a u lidí s poruchami osobnosti. U nezralých obran dochází často k externalizaci odpovědnosti. K obranám 2. úrovně patří agování (acting out), disociace, pasivní agrese, autistické fantazie, projekce a devalvace (Vaillant, 2020). Pro nezralé obrany platí, že pomocí zkreslení povědomí o nepříjemných událostech potlačují emocionální konflikt a jsou ukazateli špatného duševního zdraví. Nezralé obrany jsou dávány do souvislosti s alexithymií, nejistou vazbou a vyhybavými copingovými strategiemi. Krom jiného se našla korelace nezralých obran s připisovanou důležitostí nezdravému jídlu, konzumaci alkoholu a sledováním televize (Costa & Brody, 2013). V souvislosti s poruchami osobnosti je dle teorie jedním z hlavních rysů hraniční organizace osobnosti využívání nezralých obranných mechanismů, mezi které patří štěpení, idealizace a disociace. U disociální a narcistické osobnosti jsou přítomny projektivní obrany. Histrionská porucha osobnosti se vyznačuje užíváním disociace a agováním (Cramer, 1999).
- 3. úroveň Neurotické obrany – Zde se karta obrací a obrany způsobují diskomfort zejména uživateli a méně objektu (pozorovateli, či okolí), tedy vyskytují se v souvislosti s intrapsychickým konfliktem. Nacházíme zde obrany jako přesun, intelektualizace, reaktivní formace a represe. Neurotické obrany jsou často spojovány s neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami. Mezi projevy patří fobie, obsese, či somatizace. Objevují se od 5 let věku až po smrt a nejsou považovány za nezdravé, ale

ani za zdravé (Vaillant, 2020). Kipper a kolektiv (2005) se snažili za pomoci dotazníku DSQ³⁴ vyzkoumat jaké obranné mechanismy budou užívat pacienti s akutní panickou poruchou. Výsledky poukazují na to, že pacienti užívali spíše neurotické a nezralé obranné mechanismy oproti kontrolní skupině. S podobnými výsledky přišli již dříve Andrews a kolektiv (1993, citováno in Kipper et al., 2005), kdy jedinci s různými úzkostnými poruchami (obsedantně-kompulzivní porucha, panická porucha a sociální fobie), byli taktéž podrobena dotazníkovému šetření skrz DSQ a vykazovali nízké skóre zralých obran, zatímco skóre neurotických a nezralých obran byly vyšší.

- 4. úroveň Zralé obrany – U zralých obran se jedinec optimálně adaptuje na zvládnutí stresorů. Maximalizuje se zde uspokojení a dochází k uvědomování si pocitů a představ, včetně jejich důsledků. Ačkoliv jsou pocity a představy pozměňovány, tak se jedná o přijatelné a flexibilní změny, ze kterých je vytvářeno pozitivní duševní zdraví. Řadí se sem anticipace, altruismus, humor, sublimace a suprese. Důležité je nezapomínat, že méně zralé obrany se mohou vyvinout ve zralejší a jednotlivé obrany se mezi sebou kombinují a doplňují (Vaillant, 2020).

3.6 Obranné mechanismy u závislých jedinců

Na předchozích řádcích jsme si vymezili obranné mechanismy. Nyní považujeme za nutné poukázat na některé výzkumy, které souvisí s problematikou závislosti a obrannými mechanismy. Jelikož podobnou kapitolu máme věnovanou i copingovým strategiím, tak je žádoucí ukončit další velké téma v podobném duchu.

Výzkumníci v Srbsku se zaměřili na vzorek 90 žen, které rozdělili do tří skupin. Skupina závislých na alkoholu, skupina závislých na opiátech a kontrolní skupina bez psychiatrické diagnózy. K zjišťování obran využili DSQ40. Zatímco zralé obrany nevykazovaly žádné signifikantní rozdíly v porovnávání experimentální a kontrolní skupiny, tak u nezralých a neurotických tomu tak nebylo. Ženy závislé na alkoholu dosahovaly vyššího skóre u neurotických obran, a to konkrétně pseudoaltruismus a idealizaci, zatímco ženy závislé na opiátech dosahovaly vyššího skóre u nezralých obran, jako devalvace, izolace, štěpení a popírání (Raketic, Kovacevic & Djuric, 2009).

³⁴ Zkratka z anglického *Defense Style Questionnaire*, který v našem výzkumu užíváme i my.

Abd Halim a Sabri (2013) se ve svém výzkumu zaměřili na určení obranných mechanismů a copingových stylů, včetně jejich souvislostí, u závislých jedinců s problematikou relapsu. Vzorek čítal 120 respondentů podstupujících protidrogovou léčbu, kteří se alespoň jedenkrát vrátili k užívání návykových látek. Léčebný program probíhal u nevládních organizací v Malajsii. Výsledky naznačují, že u recidivujících uživatelů návykových látek, se vyskytuje vyšší užívání neurotických obran, zejména obrany odčinění. U nezralých obran se ukazuje jako zásadní racionalizace, následována štěpením a popřením. Ve zralých obranách se uplatňuje nejlépe sublimace. U copingových stylů dominoval úkolově orientovaný styl zvládání, dále vyhybavý styl zvládání a jako poslední se umístil styl zvládání zaměřený na emoce. Při hledání souvislostí mezi obranami a copingovými styly, se prokázaly pozitivní korelace, které se vyskytovaly u neurotických a zralých obran se všemi třemi copingovými styly. Zatímco u nezralých obran se prokázala zásadní korelace pouze se stylem zvládání zaměřeným na emoce.

Iwanicka, Gerhant a Olajosy (2017) si za cíl výzkumu kladli ověřit, zda se jedinci závislí na alkoholu, charakterističtí svým způsobem copingu, liší v závažnosti psychopatologických symptomů a obranných mechanismů. Vzorek jedinců, se kterými pracovali, tvořilo 112 osob se závislostí na alkoholu ve věkovém rozmezí 20-63 let. V 78 % byli ve výzkumu zastoupeni muži. Na tomto vzorku byly zjištěny tři copingové styly, a to emocionálně-vyhybavý styl, úkolově-orientovaný styl a smíšený styl. Jejich výsledky poukazují na to, že u jedinců, kde převládá emocionálně-vyhybavý styl se zároveň vyskytuje vyšší závažnost psychopatologických symptomů a užívání nezralých obranných mechanismů. U těchto jedinců se objevují psychopatologické symptomy jako deprese, úzkost, obsedantně-kompulzivní chování, nepřátelství, pocit viny a somatizace. Mezi nezralými obranami dominují projekce, pasivní agrese, štěpení a přesun. Zatímco u jedinců s úkolově-orientovaným copingovým stylem se vyskytuje nejvyšší úroveň adaptace a nejlepší předpoklady k pozitivnímu zvládání obtíží.

Výzkum zaměřující se na osobnostní rysy a obranné mechanismy provedli vědci ve Francii. Cílem bylo určit faktor, který by predikoval užívání alkoholu u žen. Z celkového vzorku 98 respondentů bylo 48 žen léčících se s problematikou nadužívání alkoholu a 50 žen bylo, za pomoci metody sněhové koule, vybráno jako kontrolní skupina. Výzkumníci zvolili dva dotazníky, a to DSQ40 a Big Five. Provedli korelaci mezi osobnostními rysy a obrannými mechanismy a krom toho i logistickou regresi. Výsledky týkající se osobnostních rysů prozradily, že ženy potýkající se s alkoholovou problematikou dosáhly nižšího skóre

v extraverci a svědomitosti, zatímco vyššího skóre v neuroticismu, oproti kontrolní skupině. V obranných mechanismech dosahovaly ženy potýkající se s problematikou alkoholu vyššího skóre v neurotických a nezralých obranných mechanismech, oproti kontrolní skupině a nižšího skóre ve zralých oproti kontrolní skupině. V rámci logistické regrese se ukázalo, že u žen s nižšími zralými a vyššími nezralými a neurotickými obranami, se objevuje vyšší pravděpodobnost výskytu problémů s alkoholem. Stejně tak jsou za prediktory považovány vysoký neuroticismus a nižší svědomitost (Ribadier, Dorard & Varescon, 2016). Podobných výsledku došel i Spáčil (2018), který zjistil, že u jedinců s problematikou alkoholové závislosti se vyskytují odlišné skóry v nezralých a neurotických obranách oproti normě.

Zde končíme další velkou kapitolu věnovanou tématu obranných mechanismů, kde jsme se zaměřili na jejich představení a propojení obran s uživateli návykových látek. Dle tohoto ukotvení se zdá, že uživatelé návykových látek disponují nezralými a neurotickými obrannými mechanismy. Nyní se přesuneme na poslední velkou kapitolu v teoretické části naší práce.

4 Deprese

Vzhledem k tomu, že se naše výzkumná práce zabývá i depresí u jedinců závislých na alkoholu a ve výzkumu jsme pracovali s dotazníkem deprese,³⁵ tak považujeme za nutné alespoň rámcově se tomuto tématu věnovat.

V MKN-10 je deprese řazena pod kategorii *Poruchy nálady*, též známé jako afektivní poruchy. Její označení je F32 a můžeme se setkat s takzvaně depresivní fází, či depresivní epizodou. Mezi nejčastější znaky se řadí smutek a ztráta zájmů, včetně sníženého potěšení a spontánní motivace. U depresí se vyskytuje velké riziko sebevražedného jednání, které do jisté míry závisí na hloubce deprese. Při depresi se dostávají tělesné potíže jako je tlak na hrudi, či potíže s trávením. Může se vyskytnout zvýšená, či snížená chuť k jídlu a velmi často je deprese doprovázena poruchami spánku. Délka trvání je rozmanitá, nicméně se u deprese hovoří o týdnech až měsících. Hloubka, kterou je jedinec depresí zasažen, se rozlišuje na lehkou, středně těžkou a těžkou s, či bez psychotických příznaků. Lehká a středně těžká podkategorie může být doprovázena somatickými příznaky (Orel, 2020).

³⁵ V našem výzkumu konkrétně využíváme BDI-II (Beck Depression Inventory II). Více se o něm zmíníme ve výzkumné části.

4.1 Vyjádření deprese

Ačkoliv se zlehka upouští od níže zmíněné etiologie, tak považujeme za nutné a smysluplné poukázat na původní klasifikaci. Díky tomu si uvědomíme, že vyjádření deprese probíhá v několika rovinách. V případě endogenní deprese se jedná o abnormality v nervových přenašečích, zejména dopaminu. Tedy deprese není vázána na žádné události v životě člověka ani jeho zdravotní stav. Naopak reaktivní deprese je vázána na některou z událostí, která se jedinci stala. Zejména hovoříme o stresových událostech, jako je například ztráta rodinného příslušníka. Organická deprese se připisuje poškození mozku ve formě nádorů, či úrazů. Farmakologická deprese vzniká působením některých léků (Adam et al., 2019).

4.2 Komorbidita deprese a alkoholu

V poslední době se rozrostl zájem o zkoumání komorbidity depresivní poruchy a problémů spojených s užíváním alkoholu. Vědci z univerzity Otago na Novém Zélandu provedli metaanalýzu výzkumů zabývajících se problémy s alkoholem a depresí. Jejich výsledky přinesly zjištění, že se mezi těmito dvěma proměnnými vyskytuje středně silná souvislost. Pro tyto výsledky jsou možná dvě obecná vysvětlení. Vzhledem k tomu, že do studie zařadili i faktory jako jsou prostředí a genetika, tak tvrdí, že tyto faktory zvyšují pravděpodobnost výskytu obou problémů. Zároveň jsou problémy s alkoholem a deprese vyvolány spolupůsobením těchto faktorů. Druhým vysvětlením je to, že problémy s alkoholem a deprese jsou v kauzálním vztahu, kdy můžeme tvrdit, že jedno je vyvoláno druhým a naopak. Kauzální vztah má tři možné popisy a to že: 1) problémy s alkoholem způsobují depresi, 2) deprese způsobuje problémy s alkoholem a 3) každá z poruch současně zvyšuje riziko i druhé poruchy, jedná se tedy o reciproční kauzální vztah (Boden & Fergusson, 2011). Při intoxikaci alkoholem je značná pravděpodobnost, že se u jedince objeví poruchy nálady. U experimentálního navození vysoké úrovně intoxikace se těžké depresivní příznaky objevovaly několik dnů v kuse. Nicméně je nutné poukázat na to, že těžké depresivní epizody se vyvíjely v kontextu opakované intoxikace a s abstinencí pravděpodobně vymizí. Změny nálady se běžně vyskytují zejména u těžkých případů problémů s alkoholem (Schuckit, 1994).

Světová zdravotnická organizace navrhuje, že při výskytu depresivní poruchy a poruch spojených s užíváním alkoholu je vhodné praktikovat souběžnou léčbu obou poruch. Vzájemný výskyt obou proměnných (deprese a problémy s alkoholem) je často spojen s horší prognózou,

než když se obě proměnné vyskytují samostatně. Výzkum využívající kognitivně-behaviorální techniky se zaměřil na pacienty s výskytem deprese a problematickým užíváním alkoholu. Účastníky výzkumu rozdělili do čtyř skupin dle pohlaví a užívané medikace. V první skupině se pracovalo za pomoci kognitivně-behaviorálních technik zaměřených na depresi. Druhá skupina měla kognitivně-behaviorální techniky zaměřené na alkohol. Třetí skupina integrovala prvky obou zaměření. Čtvrtá skupina měla pouze jednu intervenci, ve které dále nepokračovala. Předchozí skupiny jedna, dva a tři si prošly následnými dalšími devíti intervencemi. Výsledky naznačují, že u intervence s prvky deprese nebyl zjištěn žádný rozdíl v léčbě. Při srovnávání integrované léčby s léčbou zaměřenou pouze na jeden faktor, se objevilo větší omezení pití a snížená míra deprese. Intervence u mužů se zaměřila spíše na alkohol než na depresi, což vedlo ke snížení spotřeby alkoholických nápojů a zvýšenému celkovému fungování. U žen se vyskytlo zlepšení v obou proměnných, když se intervence týkala spíše deprese než problematiky alkoholu. Závěry studie tedy naznačují, že integrovaná léčba může být lepší než léčba zaměřená pouze na jednu z obou problematik. Významu mohou nabývat i genderové rozdíly (Baker et al., 2010).

4.3 Souvislosti deprese, copingu a obranných mechanismů

Nyní pomyslně ukončíme teoretickou část propojením některých faktorů, na které poukážeme na několika výzkumech.

DeFife a Hilsenroth (2005) se ve svém výzkumu soustředili na cíl zkoumat vztah mezi úrovněmi obran a depresivními příznaky na vzorku 69 respondentů. Mezi 69 jedinci se nacházelo 28 mužů a 41 žen. Za pomoci Pearsonovy korelace hledali souvislosti mezi celkovým skóre obranného fungování, symptomy deprese a mírou závažnosti symptomů. Jejich výsledky naznačují, že méně zralé obrany souvisí s větší symptomatologií a větší závažností depresivních symptomů. Konkrétně se jedná zejména o obrany pasivní agrese a agování, které pozitivně souvisely s depresivními symptomy a vykazovaly trend závažnosti symptomů.

Kwon a Lemon (2000) zaměřili svou studii na atribuční styly a obranné mechanismy v souvislosti s depresí. Do svého výzkumu shromáždili data od 160 studentů, kdy 60 bylo mužského a 100 ženského pohlaví. Průměrný věk respondenta byl 20 let. Ve své studii používali metody BDI, DSQ88 a dotazník měřící atribuční styl (MAS). Výsledky ukázaly, že negativní atribuční styl, tak nízká úroveň obran jsou asociovány s depresivními symptomy. Mimo jiné se

zjistilo, že velmi nízká obranná nezralost je možným zprostředkovatelem souvislosti mezi negativním atribučním stylem a depresivními příznaky.

Jelikož se Ukrajina řadí mezi země s nejvyšší konzumací alkoholu na světě, tak vědci z Ukrajiny se ve svém výzkumu, na komunitním vzorku 320 dospělých, snažili nalézt vztah mezi frekvencí konzumace alkoholu, spiritualitou a zvládáním každodenních strastí. Výzkumníci zjistili, že častější užívání alkoholu negativně korelovalo s používáním strategie pozitivního přehodnocení, dále konzumace pozitivně korelovala s častějším užíváním vyhýbavých strategií a strategie konfrontace. U spirituality se vykazovala negativní korelace s frekvencí užívání alkoholu (Churakova, Burlaka, & Parker, 2017).

Nyní končíme další velkou kapitolu a zároveň uzavíráme i teoretickou část, kde jsme čtenáře seznámili s teoretickým ukotvením našeho zaměření. Následující druhá polovina práce je věnována výzkumné části.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkumný problém a cíle práce

Nyní se dostáváme do výzkumné části naší studie. Pro tuto část je stěžejní obeznámit čtenáře se záměrem našeho výzkumu a prezentovat mu jednotlivé kroky, které byly provedeny. Jedná se, vedle teoretického zázemí, o pomyslný vrchol naší práce. Ačkoliv by se mohlo zdát, že o závislosti bylo napsáno již mnoho, tak je problematika závislosti stále aktuálním tématem. Současná doba je hektická a rychle se měnící, což pro mnohé jedince může být stresujícím faktorem. Stres a jeho dopady mají na některé jedince poměrně velký vliv. Naše teoretická část provedla čtenáře současným poznáním o zmiňovaných fenoménech, a právě jednou takovou maladaptivní copingovou strategií je užívání návykových látek, v našem případě alkoholu. Tento zajetý vzorec má „dopomáhat“ k úlevě. Záměrně dáváme slovo do uvozovek, jelikož těžko říct, zda můžeme hovořit o úlevě, vzhledem k nově vznikajícím problémům v souvislosti s alkoholem, či problémům, které jsou alkoholem umocněny. Není žádným tajemstvím, že i Česká republika se potýká s problematikou alkoholové závislosti.

Jelikož jsou copingové strategie poměrně vědomé, tak nás zaujala i myšlenka obranných mechanismů, které jsou člověku o něco víc skryté. Učení vycházející z hlubinné psychologie se zaměřuje, mimo jiné, na obranné mechanismy, díky kterým je naše ego udržováno v rovnováze. Vlivem nabytých zkušeností a vývojem se naše ego obranné mechanismy mohou vyvinout na vyšší a zralejší úroveň, což dopomáhá k flexibilnějšímu zvládnutí naší úzkosti. Naopak, jestliže se naše obrany nevyvíjejí a my používáme stereotypně ty samé, tak se můžeme dostat v situacích do konfliktů, které mohou dále poškodit jak okolí, tak nás.

V neposlední řadě nám přišlo zajímavé a vhodné využít těchto dvou zkoumaných fenoménů a propojit je s výskytem jedné z afektivních poruch, konkrétně depresí. Chtěli jsme nahlédnout na možné vztahy a zjistit případné korelace týkající se hloubky deprese, copingových strategií a obranných mechanismů.

Náš výzkum bychom, pro lepší uchopení, rozdělili na primární cíl a sekundární cíl. Primárním cílem bylo zaměřit pozornost na copingové strategie a obranné mechanismy. Kladli jsme si za cíl zjistit, zda se náš vzorek, jedinců léčících se s alkoholovou závislostí, liší v používání copingových strategií a obranných mechanismů od běžné populace. Sekundárním cílem bylo analyzovat možné vztahy mezi hrubými skóry dotazníku deprese, hrubými skóry kategorie negativních copingových strategií a hrubými skóry zralých, neurotických a nezralých obran. Vzhledem k charakteru práce jsme zvolili kvantitativní výzkumnou studii, která proběhla formou dotazníkového šetření. Čtenáře provedeme vymezenými hypotézami,

zvoleným metodologickým rámcem, metodou získávání dat, způsobem, jakým jsme data získávali a představením používaných dotazníků. Mimo jiné představíme i vzorek, se kterým jsme pracovali a kritéria. Popíšeme i etické problémy, na které jsme během výzkumu narazili a způsob jejich řešení. Následně se přesuneme k samotné analýze kvantitativních dat. Dále čtenářům představíme výsledky výzkumu, jak primárního, tak sekundárního, a navážeme na ně diskusí. V diskusi neopomeneme limity práce a další možné směry výzkumů. Práce je zakončena kapitolami Závěr, Souhrn a Zdroje.

5.1 Stanovené výzkumné hypotézy

Jelikož se charakter práce nese v kvantitativním duchu, tak je žádoucí a vhodné stanovit si hypotézy, které chceme ověřit. Na následujících řádcích představíme čtenáři naše hypotézy a dovolíme si i několik vět věnovat krátkému vysvětlení tomu, co to hypotézy jsou. Ferjenčík (2000) vysvětluje, že hypotéza je výrok o zkoumaných proměnných, který je testovatelný a nejčastěji pojednává o jejich vztahu. Tedy úkolem výzkumníka je interpretovat dané výsledky vzhledem ke vztahu formulovaných hypotéz. Neměli bychom zapomínat, že naše výsledky mají pravděpodobnostní charakter a při jejich výkladu je někdy vhodné provádět interpretaci zkoumaných fenoménů opatrně.

Primární cíl výzkumu:

H₁: „*Jedinci v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují ve všech subtestech měřící copingové strategie SVF-78, stejných hodnot, jako běžná populace.*“

H₂: „*Jedinci v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, nedosahují vyššího skóre v kategorii negativní copingové strategie v dotazníku SVF-78, oproti běžné populaci.*“

H₃: „*Mezi muži a ženami v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, neexistují žádné rozdíly v subtestech dotazníku SVF-78 měřící copingové strategie.*“

H₄: „*Muži v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, ve zralých obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.*“

H₅: „*Muži v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v neurotických obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.*“

H₆: „*Muži v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v nezralých obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.*“

H₇: „Ženy v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, ve zralých obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.“

H₈: „Ženy v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v neurotických obranných mechanismech stejných hodnot, jako běžná populace.“

H₉: „Ženy v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v nezralých obranných mechanismech stejných hodnot, jako běžná populace.“

Sekundární cíl výzkumu:

H₁₀: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Zralé obranné mechanismy, měřenou dotazníkem DSQ40, a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“

H₁₁: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Neurotické obranné mechanismy, měřenou dotazníkem DSQ40 a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“

H₁₂: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Nezralé obranné mechanismy, měřenou dotazníkem DSQ40 a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“

H₁₃: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Pozitivní copingové strategie, měřenou dotazníkem SVF-78, a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“

H₁₄: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Negativní copingové strategie, měřenou dotazníkem SVF-78, a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“

6 Zvolený metodologický rámec

Pro náš výzkum je vhodné využít kvantitativní výzkumné šetření, jelikož ke sběru dat jsme využili dotazníky a pracujeme s metrickými proměnnými. Zvolené dotazníky se zaměřují na copingové strategie, obranné mechanismy a depresi. Pro naše cíle jsme zvolili vhodné dotazníky, které tak operacionalizují dané proměnné do čísel, díky čemuž jsme schopni dále pracovat a ověřovat platnost našich hypotéz. V následující části se čtenář dočte, jak jsme data

sbírali a představíme i dotazníky, se kterými jsme pracovali. V krátkosti si jen dovolíme vymezit některé charakteristiky kvantitativních výzkumů.

Pro kvantitativní výzkumy platí, že realita je předem daná nezávisle na nás a cílem výzkumníka je ji objevit. Užívá se analytických principů dedukce-indukce a na chování člověka je nahlíženo jako na důsledek kulturních, sociálních, či biologických faktorů. Pro povahu dat platí, že je takzvaně tvrdá a reliabilní. Tedy výzkumy je možno opakovat a dosáhnout tak, alespoň podobných výsledků, bez ohledu na místo a čas (Miovský, 2006).

6.1 Metody získávání dat

Data pro náš výzkum byla získávána záměrným výběrem přes instituci, a to konkrétně Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži. Skupina, na kterou jsme v našem výzkumu cílili, byli jedinci léčící se zde s problematikou závislosti na alkoholu. Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži jsme si vybrali zejména kvůli tomu, že jsem zde vykonával praxe, které naše katedra zajišťuje. Toto pracoviště je v partnerské síti organizací, se kterými škola spolupracuje. Ačkoliv výzkum neprobíhal přes stáž, či danou praxi, tak mi praxe umožnila seznámit se s personálem, což vedlo k navázání dalších kontaktů a budoucí spolupráci.

Do Kroměříže jsem po skončení praxe docházel jako dobrovolník díky organizaci, do které jsem se zapsal. Ta zprostředkovává dobrovolnickou činnost na oddělení pro jedince léčící se se závislostí na psychoaktivních látkách, včetně alkoholu. Po domluvě s psycholožkami, ostatním personálem a samotnými pacienty mi bylo umožněno účastnit se ranních komunitních sezení. Samozřejmě primární bylo navázat vztah s jedinci a motivovat je, což nebylo vždy jednoduché a výzkum tedy probíhal v několika vlnách, kdy jsem opakovaně docházel do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Velké poděkování patří tamním psycholožkám, které mi dopomáhaly motivovat pacienty, aby se podíleli na výzkumu.

Náš výzkum byl realizován na oddělení 8A, 8B a 15. Toxikorehabilitační oddělení 8A je mužské uzavřené protialkoholní oddělení, které nabízí léčbu závislosti na alkoholu u pacientů s přidruženými onemocněními a léčbu kombinovaných závislostí. Zejména se jedná o psychostimulancia jako je pervitin, konopné drogy – marihuana a opioidy heroin. Mimo jiné je zde možnost potkat pacienty, kteří se nalézají v ochranné protialkoholní, či protitoxikomanické léčbě. Toxikorehabilitační oddělení 8B je otevřené oddělení, kde se vyskytují muži i ženy a léčí se zde s problematikou závislosti na alkoholu, či nealkoholových drogách, zejména lécích.

Jedná se o otevřenější prostředí a cílili jsme hlavně na ženy, které se zde léčily. Toxikorehabilitační oddělení 15 je opět otevřené oddělení pro muže a ženy a nalezneme zde motivované a aktivně se zapojující pacienty. Léčba se na oddělení 15 soustředí na komplexní léčbu závislosti, a především závislosti na alkoholu. Zde jsme cílili jak na muže, tak na ženy.

6.2 Způsob získávání dat

Vzhledem k danému vzorku, který jsme pro náš výzkumný cíl zvolili, byly některé naše možnosti limitující. Na všech odděleních je režimová léčba, která má jasně danou strukturu a plán aktivit. Pracovali jsme s myšlenkou, že by náš výzkum mohl některé aktivity narušit, což jsme samozřejmě nechtěli dopustit, a tak po dohodě s psycholožkami a ostatním personálem, byla vymezena doba, kdy je vhodné výzkum realizovat. Díky mé účasti na ranních komunitních sezeních jsem mohl vždy seznámit pacienty s výzkumem a byl zde i malý prostor pro dotazy. Výzkum probíhal v ranních hodinách po zasedání komunity, a to zhruba od 9:00 do 10:00, kdy mají pacienti čas na zalévání jednoho šálku kávy a relativně volno před nadcházejícími aktivitami. Samozřejmě se tento čas pohyboval v závislosti na chodu oddělení a délce ranního komunitního sezení.

Pro pacienty byla předem připravená složka, která obsahovala úvodní instrukce, kde jsem se představil a v krátkosti vysvětlil záměr výzkumu. Pacienti byli požádáni, aby na úvodní stránku s instrukcemi napsali své nejvyšší dosažené vzdělání a problematiku, se kterou se v dané instituci léčí. Vzhledem k tomu, že nám nebylo umožněno nahlížet do lékařských záznamů a dokumentace, což zcela respektujeme a chápeme, tak jsme ponechali na pacientech, zda nám sami sdělí, s čím se léčí. Vymezili jsme kategorie A, A+ a J, kdy A byla primárně alkoholová problematika, A+ znamenalo alkohol a některá další návyková látka, nebo patologické hráčství. J zastupovalo jakoukoliv jinou problematiku netýkající se alkoholu. Důvodem bylo to, že se náš výzkum zaměřuje na jedince s problematikou alkoholové závislosti, případně problematiku alkoholové závislosti a další přidruženou látku, či s patologickým hraním. Složka dále obsahovala dotazník SVF-78, BDI-II a DSQ40 přesně v tomto pořadí. Jako první byl dotazník s největším počtem položek, sedmdesát osm, druhý obsahoval dvacet jedna a třetí čtyřicet, což mělo pacienty motivovat k tomu, že když vyplnili dva ze tří dotazníků, tak by mohli úspěšně vyplnit i ten poslední. Pro zájemce, kteří chtěli vstoupit do výzkumu byla zakoupena sada propisek, které si mohli vypůjčit.

Sběr dat probíhal od listopadu 2022 do ledna 2023. Jelikož se výzkum realizoval ve vlnách, tak ve stejném období probíhalo i vyhodnocování dotazníků. Veškeré vyhodnocení dotazníků probíhalo ručně s následným přepisem do programu Microsoft Excel. S psycholožkami daných oddělení jsem byl v telefonickém kontaktu a při zadávání a vypracování dotazníků jsem byl vždy přítomen, abych případně dovysvětlil některé instrukce. Veškeré instrukce byly uvedeny pro každý dotazník zvlášť na úvodní straně každého dotazníku. Vyplňování proběhlo skupinově, kdy se pacienti dobrovolně shromáždili v jídelní místnosti, kde výzkum probíhal.

6.3 Metody používané v našem výzkumu

Pro náš výzkum bylo nutné využít dotazníky, a to konkrétně SVF-78, BDI-II a DSQ40. Dotazníky SVF-78 a BDI-II byly vypůjčeny z Kabinetu psychodiagnostických metod na Katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. DSQ40 mi byl zapůjčen vedoucím diplomové práce. Čas pro vyplnění dotazníků byl dostatečný. Počítali jsme s tím, že dle instrukcí, vyplnění každého dotazníku zabere zhruba 10-15 minut, což odpovídalo naší představě. Pacientům zabralo vyplnění všech třech dotazníků zhruba 40-45 minut. Během vyplňování se nevyskytly žádné komplikace. Na následujících řádcích si jednotlivé metody představíme.

6.3.1 Strategie zvládnání stresu (SVF-78)

Dotazník vytvořil Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová (2003) a je konstruován jakožto vícedimenzionální sebesuzovací inventář, který zobrazuje reakce na zátěžové situace při výskytu stresu. Na jeho vyplnění je potřeba zhruba 10-15 minut a dotazník je určen pro dospělou populaci. Nutností je, aby vyplnění proběhlo bez přerušení, protože jinak se nemůže část dotazníku interpretovat. Jedinec odpovídá na pěti bodové škále, kde 0=vůbec ne, 1=spíše ne, 2=možná, 3=pravděpodobně, 4=velmi pravděpodobně. Odpověď odráží způsob, kterým jedinec zpracovává a zvládá zátěžové situace. Komplet dotazníku obsahuje příručku, vyhodnocovací list a testový profil. Zajímavostí je, že se v dotazníku záměrně neuvádí termín stres.

Z názvu dotazníku vyplývá počet položek, na které testovaný odpovídá, tedy sedmdesát osm, a ty jsou kategorizovány do třinácti subtestů. Mimo to zde nacházíme i dvě další obecnější

kategorie tvořené z daných subtestů. Kategorie POZ (pozitivní strategie zvládnání stresu) je tvořena subtesty jedna až sedm. Kategorie NEG (negativní strategie zvládnání stresu) je tvořena subtesty deset až třináct. Pro subtesty osm a devět platí, že se nevztahují ani do jedné z kategorií a je u nich nutné zvážit kontext ostatních strategií (Janke & Erdmann, 2003). Pro lepší přehled subtestů uvádíme níže tabulku.

Tabulka č. 1: Převzato z příručky dotazníku SVF-78 (Janke & Erdmann, 2003, str. 10)

| <i>Číslo subtestu</i> | <i>Název subtestu</i> | <i>Charakteristika</i> |
|-----------------------|--------------------------------|---|
| 1 | <i>Podhodnocení</i> | <i>Jedinec si přisuzuje menší míru stresu ve srovnání s jinými.</i> |
| 2 | <i>Odmítání viny</i> | <i>Vyzdvihnout, že nejde o vlastní odpovědnost.</i> |
| 3 | <i>Odklon</i> | <i>Odklonění od zátěžových situací, či aktivit a případně zaměření se na situace neslučující se se stresem.</i> |
| 4 | <i>Náhradní uspokojení</i> | <i>Otočit se k situacím, či aktivitám směřující pozitivním směrem.</i> |
| 5 | <i>Kontrola situace</i> | <i>Snaha analyzovat situaci a naplánovat takové jednání, díky kterému dostane jedinec situaci pod kontrolu a zároveň řeší daný problém.</i> |
| 6 | <i>Kontrola reakcí</i> | <i>Tendence umět udržovat, či mít kontrolu nad svými reakcemi.</i> |
| 7 | <i>Pozitivní sebeinstrukce</i> | <i>Připisovat kompetence a schopnost kontrolovat danou situaci sobě.</i> |
| 8 | <i>Potřeba sociální opory</i> | <i>Nalézt si sociální oporu a obstarat si rozhovor.</i> |
| 9 | <i>Vyhýbání se</i> | <i>Záměr vyhnout se a zamezit zátěži.</i> |
| 10 | <i>Úniková tendence</i> | <i>Snaha vyváznout ze zátěžové situace.</i> |
| 11 | <i>Perseverace</i> | <i>Tendence ulpívat na myšlenkách zátěžové situace a dlouho nad nimi přemítat.</i> |
| 12 | <i>Rezignace</i> | <i>Tendence se beznadějně vzdávat.</i> |
| 13 | <i>Sebeobviňování</i> | <i>Tendence připisovat vinu sobě.</i> |

Pro dotazník SVF-78 byla vytvořena standardizace na 124 mužích a 122 ženách. Tito jedinci se pohybovali ve věku od 20 až do 64 let. Vnitřní konzistence daného dotazníku se pohybuje v rozmezí 0,77-0,94 a dotazník dosahuje poměrně vysoké reliability, kdy split-half reliability činí 0,92. V rámci faktorové analýzy se třináct subtestů promítlo do pěti faktorů. Faktor jedna v sobě integroval negativní strategie. Pro faktory dva až čtyři platí tři pozitivní

oblasti a faktor pět je znázorněn subttestem *Potřeba sociální opory*. Ačkoliv se pro tento dotazník nevyskytují české normy, tak se vychází z německých, které jsou u nás akceptovatelné. U dotazníku SVF-78 se mohou převést hrubé skóry na T-skóry, díky čemuž lze srovnávat dané skóry se skóry jiných subjektů (Svoboda, Humpolíček & Šnorek, 2013).

6.3.2 Beckův Inventář Deprese (BDI-II)

BDI neboli Beckova sebeposuzovací škála deprese je screeningovou zkouškou, která je hojně užívána ve výzkumu, či v psychologickém vyšetření. Jejím cílem je odhalit hloubku deprese u již diagnostikovaných pacientů. Původní verze vycházela z výpovědí pacientů. Obsahuje dvacet jedna položek, na které pacienti odpovídají na čtyř bodové škále dle toho, jak je daný výrok nejlépe vystihuje. Rozmezí bodů se pohybuje od 0-3. Beckova škála se zaměřuje na rozpoložení týkající se posledních čtrnácti dnů, včetně dne vyplňování dotazníku. Pokud nastane situace, že pro danou položku odpovídá více tvrzení, tak má zvolit tvrzení s vyšší bodovou hodnotou. Dotazník je určen jedincům, u kterých se již vyskytuje podezření na depresivní onemocnění, tedy je určen k měření hloubky deprese, a ne zda je deprese přítomna. Dotazník není konstruován tak, aby rozlišil endogenní, či exogenní depresi a pracuje s depresí jakožto stavem, nikoliv jako osobnostním rysem. V rámci faktorové analýzy nacházíme dva faktory – faktor jedna, somaticko-afektivní, pojímající položky čtyři, deset, jedenáct, dvanáct, třináct, patnáct až dvacet jedna. Faktor dva, kognitivní, pojímající položky jedna až tři, pět až devět a čtrnáct (Preiss & Vacíř, 1999).

Tabulka č. 2: Položky BDI-II. Převzato z příručky *Beckova sebeposuzovací škála pro dospělé* (Preiss & Vacíř, 1999, str. 8)

| <i>Číslo položky</i> | <i>Název</i> |
|----------------------|---|
| 1 | <i>Smutek</i> |
| 2 | <i>Pesimismus</i> |
| 3 | <i>Minulá selhání</i> |
| 4 | <i>Ztráta radosti</i> |
| 5 | <i>Pocity viny</i> |
| 6 | <i>Pocit potrestání</i> |
| 7 | <i>Znechucení sám ze sebe</i> |
| 8 | <i>Sebekritika</i> |
| 9 | <i>Sebevražedné myšlenky nebo přání</i> |
| 10 | <i>Plačtivost</i> |
| 11 | <i>Agitovanost</i> |

| | |
|----|----------------------------|
| 12 | <i>Ztráta zájmu</i> |
| 13 | <i>Nerozhodnost</i> |
| 14 | <i>Pocit bezcennosti</i> |
| 15 | <i>Ztráta energie</i> |
| 16 | <i>Změna spánku</i> |
| 17 | <i>Podrážděnost</i> |
| 18 | <i>Změny chutí k jídlu</i> |
| 19 | <i>Koncentrace</i> |
| 20 | <i>Únava</i> |
| 21 | <i>Ztráta zájmu o sex</i> |

Výzkumníci z Česka (Ptáček et al., 2016) se zaměřili na využití Beckovy škály deprese (BDI-II) v praxi a její standardizaci na české populaci. Realizovali výzkum na reprezentativním vzorku 1027 respondentů pracovně aktivní české populace a snažili se ověřit validitu a reliabilitu české verze BDI-II. Cronbachova alfa dosahovala hodnot 0,92, což poukazuje na vysokou konzistenci položek. Při ověřování faktorů pomocí faktorové analýzy se vyskytly tři faktory – faktor jedna, kognitivní, zastoupený položkami tři, pět, šest, sedm, osm, třináct a čtrnáct. Faktor dva, somatický, zastoupený položkami deset, jedenáct, patnáct, šestnáct, sedmnáct, osmnáct, devatenáct, dvacet a dvacet jedna. Faktor tři, afektivní, zastoupený položkami dva, čtyři, devět a dvanáct. Jedná se o tří faktorovou strukturu dotazníku BDI-II, se kterou přišel Beck a jeho kolegové. Těmito výsledky se kolegové z Česka utvrdili v tom, že český překlad BDI-II je validním a reliabilním nástrojem.

V dřívějších letech přišel Beck se dvěma faktory, o kterých pojednáváme výše. Nicméně současná studie potvrzuje výskyt daných faktorů, ačkoliv se nyní faktor somaticko-afektivní rozdělil na dva samostatné. Příčinou může být například velikost vzorku.

6.3.3 Defense Style Questionnaire (DSQ40)

Dotazník obranných stylů je určen k zjištění obran daného jedince. Objevuje se několik verzí, například se můžeme setkat i s osmdesáti osmi položkovým dotazníkem. V našem výzkumu jsme využili dotazník se čtyřiceti položkami. Čas potřebný pro vyplnění dotazníku se pohybuje v rozmezí 10-20 minut. Jedinci v dotazníku odpovídají, do jaké míry souhlasí, či nesouhlasí s daným tvrzením. Souhlas a nesouhlas se odráží v devíti bodové škále, kdy 1=velmi nesouhlasím, 3=mírně nesouhlasím, 5=někde mezi a 9=velmi souhlasím. Čtyřiceti položkový DSQ operuje s dvaceti obranami, kdy každá obrana je reprezentována dvěma položkami. V rámci faktorové analýzy se vytvořili tři faktory, které pojímají dané obrany – konkrétně Zralé

obran, Neurotické obrany a Nezralé obrany. Tyto faktory vysoce korelovaly s faktory z verze DSQ72, a to konkrétně v rozmezí 0,93-0,97. Dotazník dosahuje poměrně dobré reliability v takzvané test-retest formě, a to v rozmezí 0,75-0,85. Vnitřní konzistence, která byla zjišťována na 712 respondentech, se pro dané tři faktory ukázala v rozmezí 0,58-0,80 (Cramer, 2006). V našem výzkumu jsme vycházeli z českých norem, které vytvořila Červenková (2005). Pro lepší přehled jsme čtenářům vytvořili vlastní tabulku s danými obrannými mechanismy.

Tabulka č. 3: Obrany vyskytující se v dotazníku DSQ40

| <i>Zralé obrany</i> | <i>Neurotické obrany</i> | <i>Nezralé obrany</i> |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| <i>Sublimace</i> | <i>Odčinění</i> | <i>Projekce</i> |
| <i>Humor</i> | <i>Pseudoaltruismus</i> | <i>Pasivní agrese</i> |
| <i>Anticipace</i> | <i>Idealizace</i> | <i>Agování</i> |
| <i>Suprese</i> | <i>Reaktivní formace</i> | <i>Izolace</i> |
| | | <i>Devalvace</i> |
| | | <i>Autistická fantazie</i> |
| | | <i>Popření</i> |
| | | <i>Přesun</i> |
| | | <i>Disociace</i> |
| | | <i>Štěpení</i> |
| | | <i>Racionalizace</i> |
| | | <i>Somatizace</i> |

6.4 Kritéria výběru a představení vzorku

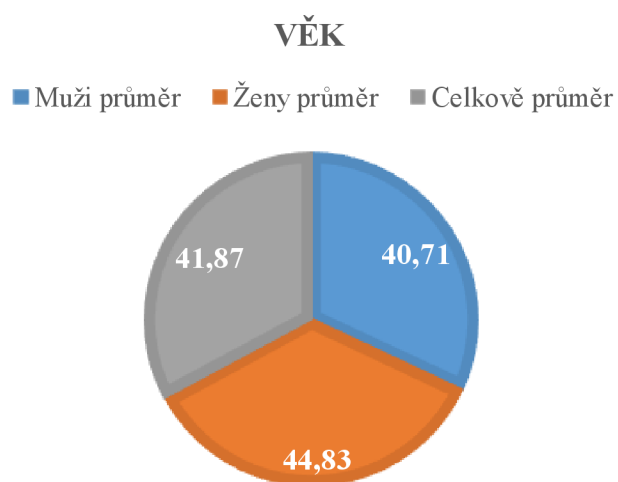
Je podstatné představit vzorek, se kterým jsme na výzkumu spolupracovali. Mimo to je vhodné vytyčit si kritéria pro vstup do výzkumu. Následující řádky věnujeme kritériím a krátkému představení našeho vzorku. Výzkumu se celkově zúčastnilo 72 respondentů, což považujeme za velký úspěch, vzhledem k naší vytyčené populaci. U jedinců potýkajících se se závislostí poměrně kolísá motivace a spolupráce, zvláště u problematiky zaměřené na alkohol. Tato kooperace je často podmíněna vzájemným vztahem mezi jedinci a zdravotním personálem daného zařízení. Díky dobrovolnictví a spolupráci zdravotnického personálu jsme byli schopni

získat tolik respondentů. Abychom mohli jedince zařadit do výzkumu, tak jsme si vytyčili následující kritéria:

1. Léčba jedinců se musí týkat alkoholové problematiky, případně problematiky alkoholu a jiné návykové látky, či patologického hraní současně.
2. Vyplnění dotazníků musí proběhnout bez přerušení.
3. Je nutné, aby účastníci výzkumu vyplnili všechny položky dotazníků.

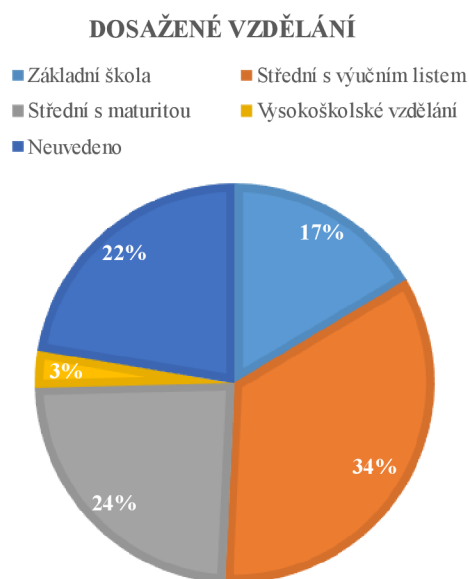
Vzhledem k zaměření výzkumu a dobrovolné účasti se nám podařilo zajistit, že do výzkumu nevstoupil nikdo s jinou problematikou než alkohol. Případně alkohol s něčím kombinoval. Toto korespondovalo s cílem naší práce. Pro validní vyplnění dotazníků bylo nutné, aby proběhlo bez přerušení. U jedinců léčících se se závislostí je poměrně značná tendence kouřit tabákové výrobky, což se vyřešilo tak, že si šli nejprve zakouřit, a potom jim byly předloženy dotazníky. Zamezilo se tak případnému přerušení. Důvodem vyřazení některých jedinců z výzkumu bylo kritérium číslo tři. Ačkoliv jsem se snažil v rychlosti kontrolovat, zda jsou dotazníky řádně vyplněny, tak se u některých stalo, že nevyplnili některé položky, či celé stránky a museli být z výzkumu vyřazeni. Toto se stalo u 5 respondentů. Pro náš výzkum jsme tedy, z celkového počtu 72, získali ve finální podobě 67 respondentů s jejichž daty jsme pracovali. Z počtu 67 respondentů bylo 49 mužů a 18 žen. Nyní si v krátkosti dovolíme ukázat a okomentovat dva jednoduché grafy pro lepší přehlednost.

Graf 1: Znázornění věku našich respondentů



Graf 1 nám znázorňuje průměrný věk, bez ohledu na pohlaví, který je 41,87 let (SD=10,22). Nutno podotknout, že věk neuvodli 3 mužští respondenti, takže je průměrný věk brán z celku 64 respondentů. Pokud bychom chtěli poukázat na věk u mužů a u žen zvlášť, pak průměrný věk mužů byl 40,71 let (SD=9,59) a průměrný věk u žen byl 44,83 let (SD=11,43).

Graf 2: Znázornění maximálního dosaženého vzdělání našich respondentů



Graf 2 znázorňuje maximální dosažené vzdělání našich respondentů, které jsme chtěli získat pro lepší představení našich respondentů čtenářům. Samozřejmě jsme nechali na samotných respondentech, zda se o tuto informaci podělí. Nutno poznamenat, že 15 respondentů neuvodlo nejvyšší dosažené vzdělání, což činí 22 % z našeho vzorku. Nejvyšší zastoupené dosažené vzdělání představuje *Střední vzdělání s výučním listem* u 23 respondentů, což činí 34 %. Jako druhé následuje *Střední vzdělání s maturitou*, kterého dosáhlo 16 respondentů, což představuje 24 %. Těsně za ním je *Základní vzdělání* u 11 respondentů, což činí 17 %. *Vysokoškolské vzdělání* dosáhli 2 naši respondenti, což představuje 3 %.

6.5 Etické problémy a způsob jejich řešení

V psychologických výzkumech se setkáme i s etickými otázkami, které musí být vyřešeny. Jde o ochranu osob a práv jak respondentů, tak i nás samotných. Mimo jiné reprezentujeme danou instituci, pod jejíž záštitou výzkum vzniká, tedy v našem případě

Univerzitu Palackého v Olomouci. Ve složkách, které jsem rozdál respondentům jsem se na titulní straně řádně představil, uvedl jsem studijní program, který studuji a kde. Seznámil jsem respondenty s tématem výzkumu, vedoucím práce a dotazníky. Vše bylo doprovázeno i otázkami ze strany respondentů. Otázky se týkaly toho, co to jsou copingové strategie a obranné mechanismy. V krátkosti jsem je s tématy seznámil a požádal je o vyplnění dotazníků. Vše probíhalo na bázi dobrovolnosti a ujistil jsem je, že data z výzkumu slouží k interpretaci výsledků v rámci diplomové práce. Z výzkumu bylo možné kdykoliv odstoupit, a proto si měli do kolonky podpis zvolit svůj vlastní osobní znak, či číslo, dle kterého bych mohl dotazník dohledat a následně vyřadit. Poskytl jsem respondentům svůj školní email, kde by mě mohli v případě zájmu, či nejasností kontaktovat. Ačkoliv jsem sdělil, že podpis neznamena jméno a hned na první straně dotazníku SVF-78 jsem proškrtnul kolonku „jméno“, tak se ve vzorku objevili tací, kteří jméno uvedli. Ať už na první stránce, či na některé jiné. Jména jsem tedy začernal a jednotlivým složkám s dotazníky jsem náhodně přidělil čísla od jedné do šedesáti sedmi. První stranu dotazníku jsem zanechal na všech třech oddělení, kde byl výzkum realizován a podotýkám, že nikdo nevyužil možnosti z výzkumu odstoupit. V případě potřeby jsem byl domluvený s personálem zdravotnického zařízení, že provede rychlou intervenci, avšak se vyplňování dotazníků obešlo bez nutnosti jakéhokoliv zásahu personálu. Výzkum byl konzultován a schválen primářkou oddělení, zdravotním personálem a psycholožkami Psychiatrické nemocnice Kroměříž.

6.6 Metoda analýzy kvantitativních dat

Během postupného sbírání dat probíhalo i veškeré vyhodnocení dotazníků. Vyhodnocení všech dotazníků se uskutečňovalo ručně, kdy každá složka (respondent) byla vyhodnocena samostatně a bylo ji přiřazeno číslo. Hrubé skóry dotazníku SVF-78 byly převedeny na T-skóry a u zbylých dvou dotazníků byly ponechány hrubé skóry. Veškerá vyhodnocená data byla převedena do Microsoft Excelu a dále se s nimi pracovalo v programu STATISTICA.

V úvodu jsme naše data podrobily testům normality, které dopomohly zjistit, zda data mají sklon k normálnímu rozložení. Využili jsme tři testy normality, a to konkrétně Kolmogorův-Smirnovův test, Lilieforsův test a Shapirův-Wilkův test.

V níže uvedených tabulkách je sloupec s názvem *p hodnota*, který odkazuje na hodnotu hladiny významnosti. Hodnota hladiny významnosti se značí symbolem α (alfa) a konsenzus

mezi vědci je, že se tradičně volí 0,05 (tedy 5 %). Pokud se v programu STATISTICA čísla zabarví červeně, potom je zde signifikance, též statistická významnost, na dané hladině významnosti (5 %). Tedy p hodnota nám udává, jaká je pravděpodobnost, že pokud platí nulová hypotéza, tak dostaneme hodnoty ještě mimořádnější a nepříznivé vůči nulové hypotéze. Jinými slovy, pokud je p hodnota menší než 0,05, potom zamítáme nulovou hypotézu. Za předpokladu, že je p hodnota vyšší než 0,05, tak nulovou hypotézu nezamítáme (Hendl, 2006). Veškeré naše výpočty jsme prováděli na hladině významnosti 5 %.

Tabulka č. 4: Testy normality pro dotazník SVF-78

| <i>Proměnná dotazníku SVF-78</i> | <i>Počet jedinců v našem vzorku</i> | <i>Max D</i> | <i>Kolmogorův-Smirnovův test</i> | <i>Lilieforsův test</i> | <i>Shapiroův-Wilkův test</i> | <i>p hodnota</i> |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------|
| <i>Podhodnocení</i> | 67 | 0,20 | <i>p < ,05</i> | <i>p < ,01</i> | <i>0,93</i> | <i>0,00</i> |
| <i>Odmítání viny</i> | 67 | 0,13 | <i>p < ,20</i> | <i>p < ,01</i> | <i>0,90</i> | <i>0,00</i> |
| <i>Odklon</i> | 67 | 0,10 | <i>p > .20</i> | <i>p < ,10</i> | 0,98 | 0,55 |
| <i>Náhradní uspokojení</i> | 67 | 0,09 | <i>p > .20</i> | <i>p > .20</i> | 0,97 | 0,19 |
| <i>Kontrola situace</i> | 67 | 0,09 | <i>p > .20</i> | <i>p < ,20</i> | 0,99 | 0,94 |
| <i>Kontrola reakce</i> | 67 | 0,11 | <i>p > .20</i> | <i>p < ,05</i> | <i>0,90</i> | <i>0,00</i> |
| <i>Pozitivní sebeinstrukce</i> | 67 | 0,11 | <i>p > .20</i> | <i>p < ,05</i> | 0,98 | 0,21 |
| <i>Potřeba sociální opory</i> | 67 | 0,12 | <i>p > .20</i> | <i>p < ,05</i> | 0,97 | 0,16 |
| <i>Vyhýbání se</i> | 67 | 0,12 | <i>p > .20</i> | <i>p < ,05</i> | <i>0,95</i> | <i>0,01</i> |
| <i>Úniková tendence</i> | 67 | 0,10 | <i>p > .20</i> | <i>p < ,15</i> | <i>0,96</i> | <i>0,02</i> |
| <i>Perseverace</i> | 67 | 0,10 | <i>p > .20</i> | <i>p < ,15</i> | 0,97 | 0,11 |
| <i>Rezignace</i> | 67 | 0,14 | <i>p < ,15</i> | <i>p < ,01</i> | <i>0,94</i> | <i>0,00</i> |
| <i>Sebeobviňování</i> | 67 | 0,07 | <i>p > .20</i> | <i>p > .20</i> | 0,96 | 0,05 |
| <i>POZ Strategie</i> | 67 | 0,12 | <i>p > .20</i> | <i>p < ,05</i> | 0,97 | 0,10 |
| <i>NEG Strategie</i> | 67 | 0,12 | <i>p > .20</i> | <i>p < ,05</i> | <i>0,95</i> | <i>0,01</i> |

Tabulka č. 4, týkající se dotazníku SVF-78, nám zobrazuje normalitu rozložení v našem zkoumaném vzorku. Za stěžejní a nejsilnější je považován *Shapiroův-Wilkův test*. Tedy v našem vzorku nalezneme normální rozložení u subtestů *Odklon*, *Náhradní uspokojení*, *Kontrola*

situace, Pozitivní sebeinstrukce, Sociální opora, Perseverace, Sebeobviňování a POZ Strategie. Nenormální rozložení je u subtestů, které jsou vyobrazeny červeně, tedy hladina významnosti klesla pod 5 % (0,05). Subtestů s normálním rozložením je celkově osm a subtestů s nenormálním rozložením je celkově sedm, což znamená, že nadpoloviční většinu zastupují subtesty s normálním rozložením, a proto bychom mohli využít parametrických testů. Nicméně je potřeba se ještě zaměřit i na další dotazníky a jejich rozložení normality.

Tabulka č. 5: Testy normality pro dotazník BDI-II

| Proměnná hloubka deprese | Počet jedinců v našem vzorku | Max D | Kolmogorův-Smirnovův test | Lilieforsův test | Shapirův-Wilkův test | p hodnota |
|--------------------------|------------------------------|-------|---------------------------|------------------|----------------------|-----------|
| Dotazník BDI-II | 67 | 0,10 | $p > .20$ | $p < ,15$ | 0,96 | 0,054 |

Tabulka č. 5 se zaměřuje na normální rozložení dat v dotazníku BDI-II. Zde vidíme, že *Shapirův-Wilkův test* normality vykazuje normální rozložení a opět podporuje naši myšlenku pracovat s parametrickými testy. Ani zbylé dva testy normality nevykazují znaky nenormálního rozložení.

Tabulka č. 6: Testy normality pro dotazník DSQ40

| Proměnná dotazníku DSQ40 | Počet jedinců v našem vzorku | Max D | Kolmogorův-Smirnovův test | Lilieforsův test | Shapirův-Wilkův test | p hodnota |
|--------------------------|------------------------------|-------|---------------------------|------------------|----------------------|-----------|
| Sublimace | 67 | 0,10 | $p > .20$ | $p < ,15$ | 0,97 | 0,16 |
| Humor | 67 | 0,15 | $p < ,15$ | $p < ,01$ | 0,95 | 0,01 |
| Anticipace | 67 | 0,16 | $p < ,10$ | $p < ,01$ | 0,96 | 0,03 |
| Suprese | 67 | 0,10 | $p > .20$ | $p < ,10$ | 0,97 | 0,18 |
| Odčínění | 67 | 0,10 | $p > .20$ | $p < ,15$ | 0,98 | 0,38 |
| Pseudoaltruismus | 67 | 0,13 | $p > .20$ | $p < ,01$ | 0,97 | 0,18 |
| Idealizace | 67 | 0,08 | $p > .20$ | $p > .20$ | 0,98 | 0,26 |
| Reaktivní formace | 67 | 0,08 | $p > .20$ | $p > .20$ | 0,97 | 0,06 |
| Projekce | 67 | 0,10 | $p > .20$ | $p < ,10$ | 0,97 | 0,19 |

| | | | | | | |
|----------------------------|----|------|-----------|-----------|------|------|
| <i>Pasivní agrese</i> | 67 | 0,11 | $p > .20$ | $p < ,05$ | 0,97 | 0,06 |
| <i>Agování</i> | 67 | 0,11 | $p > .20$ | $p < ,10$ | 0,97 | 0,07 |
| <i>Izolace</i> | 67 | 0,14 | $p < ,20$ | $p < ,01$ | 0,98 | 0,26 |
| <i>Devalvace</i> | 67 | 0,08 | $p > .20$ | $p > .20$ | 0,99 | 0,64 |
| <i>Autistická fantazie</i> | 67 | 0,11 | $p > .20$ | $p < ,05$ | 0,98 | 0,46 |
| <i>Popření</i> | 67 | 0,14 | $p < ,20$ | $p < ,01$ | 0,97 | 0,07 |
| <i>Přesun</i> | 67 | 0,11 | $p > .20$ | $p < ,10$ | 0,97 | 0,10 |
| <i>Disociace</i> | 67 | 0,13 | $p > .20$ | $p < ,01$ | 0,96 | 0,03 |
| <i>Štěpení</i> | 67 | 0,09 | $p > .20$ | $p < ,20$ | 0,97 | 0,08 |
| <i>Racionalizace</i> | 67 | 0,08 | $p > .20$ | $p > .20$ | 0,97 | 0,18 |
| <i>Somatizace</i> | 67 | 0,08 | $p > .20$ | $p > .20$ | 0,98 | 0,25 |
| <i>Zralé obrany</i> | 67 | 0,08 | $p > .20$ | $p > .20$ | 0,99 | 0,80 |
| <i>Neurotické obrany</i> | 67 | 0,07 | $p > .20$ | $p > .20$ | 0,98 | 0,52 |
| <i>Nezralé obrany</i> | 67 | 0,08 | $p > .20$ | $p > .20$ | 0,99 | 0,98 |

Tabulka č. 6 nám zobrazuje normalitu rozložení dat dotazníku DSQ40. *Shapirův-Wilkův test* vykazuje nenormální rozložení dat u obran *Humor*, *Anticipace* a *Disociace*. Tedy hladina významnosti opět klesla pod 5 % (0,05). Nicméně rozložení dat u ostatních obran vykazuje normální rozložení, což opět nahrává myšlence parametrických testů.

V dotazníku SVF-78 byla nadpoloviční většina subtestů s normálním rozložením. Dotazník DSQ40 vykazoval normální rozložení téměř u všech obran a dotazník BDI-II také vykazoval normální rozložení. Po provedení testů normality v programu STATISTICA na našem vzorku, zvážení a konzultaci s vedoucím práce, jsme se rozhodli, že pro další práci s daty využijeme parametrických testů. Parametrické testy jsme zvolili zejména z toho důvodu, že u všech třech dotazníků převažovalo normální rozložení dat. Výhodou parametrických testů je jejich snadná interpretace a často bývají první volbou. Jsme si vědomi možnosti mírného zkreslení na základě citlivosti parametrických testů i vzhledem k nenormálnímu rozložení u některých našich subtestů. Pro náš výzkum jsme využívali Studentův jednovýběrový t-test, který zjišťoval, zda se v našem výzkumném vzorku vyskytují rozdíly oproti normě. Pro zjištění rozdílu mezi pohlavím jsme využili t-test pro dva nezávislé výběry bez předpokladů stejných rozptylů, též známý jako Welchův test.

7 Výsledky výzkumu a ověřování stanovených hypotéz

Nyní se zaměříme na ověřování našich stanovených hypotéz a seznámíme čtenáře s výsledky našeho výzkumu. Platnost hypotéz je demonstrována v jednotlivých tabulkách, kdy se zaměřujeme zejména na sloupec *p* hodnota. Z předchozích řádků víme, že pokud bude *p* hodnota menší než 0,05, potom zamítáme nulovou hypotézu. Pokud bude *p* hodnota vyšší než 0,05, tak nulovou hypotézu nezamítáme. Jestliže se vyskytne v programu STATISTICA nějaká signifikance u našich proměnných, tak se čísla zbarví červeně. Ke každé tabulce je věnován krátký komentář týkající se toho, jak bylo o hypotéze rozhodnuto. Pro lepší přehled čtenářům jsme kapitolu rozdělili na dvě podkapitoly, které se věnují nejprve primárním cílům výzkumu a následně sekundárním cílům výzkumu. Pro lepší přehled čtenářům ještě zmíníme naše hypotézy před jednotlivými tabulkami.

7.1 Výsledky primárního cíle výzkumu – dotazník SVF-78

H₁: „Jedinci v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují ve všech subtestech měřící copingové strategie SVF-78, stejných hodnot, jako běžná populace.“

H₂: „Jedinci v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, nedosahují vyššího skóre v kategorii negativní copingové strategie v dotazníku SVF-78, oproti běžné populaci.“

Tabulka č. 7: Jednovýběrový t-test srovnání výsledků dotazníků SVF-78 s normami na hladině významnosti $p < 0,05$

| Proměnná dotazníku SVF-78 | Průměrná hodnota | Směrodatná odchylka | Počet jedinců v našem vzorku | Směrodatná chyba měření | Referenční hodnota | T-value | df | p hodnota | Míra účinku |
|---------------------------|------------------|---------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------|---------|----|-----------|-------------|
| Podhodnocení | 49,07 | 13,69 | 67 | 1,67 | 50 | -0,55 | 66 | 0,58 | -0,09 |
| Odmítání viny | 51,09 | 14,06 | 67 | 1,72 | 50 | 0,63 | 66 | 0,53 | 0,11 |
| Odklon | 52,54 | 9,40 | 67 | 1,15 | 50 | 2,21 | 66 | 0,03 | 0,25 |
| Náhradní uspokojení | 53,76 | 11,22 | 67 | 1,37 | 50 | 2,74 | 66 | 0,01 | 0,38 |
| Kontrola situace | 49,87 | 9,63 | 67 | 1,18 | 50 | -0,11 | 66 | 0,91 | -0,01 |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-------|-------|----|------|----|-------|----|------|-------|
| <i>Kontrola reakce</i> | 49,37 | 10,52 | 67 | 1,28 | 50 | -0,49 | 66 | 0,63 | -0,06 |
| <i>Pozitivní sebeinstrukce</i> | 45,28 | 9,72 | 67 | 1,19 | 50 | -3,97 | 66 | 0,00 | -0,47 |
| <i>Potřeba sociální opory</i> | 55,93 | 11,06 | 67 | 1,35 | 50 | 4,39 | 66 | 0,00 | 0,59 |
| <i>Vyhýbání se</i> | 57,54 | 9,43 | 67 | 1,15 | 50 | 6,54 | 66 | 0,00 | 0,75 |
| <i>Úniková tendence</i> | 58,94 | 10,14 | 67 | 1,24 | 50 | 7,22 | 66 | 0,00 | 0,89 |
| <i>Perseverace</i> | 53,87 | 9,85 | 67 | 1,20 | 50 | 3,21 | 66 | 0,00 | 0,39 |
| <i>Rezignace</i> | 58,72 | 9,49 | 67 | 1,16 | 50 | 7,52 | 66 | 0,00 | 0,87 |
| <i>Sebeobviňování</i> | 58,30 | 11,81 | 67 | 1,44 | 50 | 5,75 | 66 | 0,00 | 0,83 |
| <i>POZ Strategie</i> | 51,30 | 12,45 | 67 | 1,52 | 50 | 0,85 | 66 | 0,40 | 0,13 |
| <i>NEG Strategie</i> | 60,25 | 10,18 | 67 | 1,24 | 50 | 8,24 | 66 | 0,00 | 1,03 |

Abychom mohli srovnávat náš vzorek vůči běžné populaci, tak bylo zapotřebí provést transformaci hrubých skóre na T-skóre. Při nahlédnutí do tabulky č. 7 nalezneme sloupec s názvem *Referenční hodnota*. Ta odkazuje na naši běžnou populaci a jelikož se jedná o T-skór, tak je hodnota rovna 50. Zjišťovali jsme tedy zda se náš vzorek liší v používání copingových strategií a srovnávali jsme výsledky našeho vzorku s referenční hodnotou. Signifikantní rozdíly mezi naším vzorkem a referenční hodnotou nalézáme v subtestech *Odklon*, *Náhradní uspokojení*, *Pozitivní sebeinstrukce*, *Potřeba sociální opory*, *Vyhýbání se*, *Úniková tendence*, *Perseverace*, *Rezignace*, *Sebeobviňování* a *NEG Strategie*. Z tohoto důvodu zamítáme H₁. Pro H₂ bylo zapotřebí dopočítat v programu Microsoft Excel takzvaně míru účinku, která nám prozradí směr našeho vzorku, tedy o kolik směrodatné odchyly, či směrodatných odchylek dosahuje náš vzorek vyšších, či nižších hodnot. Sloupec *Míra účinku* je znázorněn hned vedle sloupce *p hodnota*. Po vypočítání můžeme vidět, že subtest *NEG Strategie* vykazuje silnou míru účinku rovnající se 1,03. V našem případě můžeme tvrdit, že jedinci v našem vzorku dosahují vyšších hodnot v subtestu negativní copingové strategie, a tedy zamítáme H₂. Je vhodné si povšimnout i míry účinku u subtestů *Potřeba sociální opory*, *Vyhýbání se*, *Úniková tendence*, *Rezignace* a *Sebeobviňování*.

H₃: „Mezi muži a ženami v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, neexistují žádné rozdíly v subtestech dotazníku SVF-78 měřící copingové strategie.“

Tabulka č. 8: Porovnání rozdílů mezi muži a ženami v dotazníku SVF-78 pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry bez předpokladu stejných rozptylů, tedy Welchova testu, na hladině významnosti $p < 0,05$

| <i>Proměnná dotazníku SVF-78</i> | <i>Průměr muži</i> | <i>Průměr ženy</i> | <i>t-value</i> | <i>df</i> | <i>p hodnota</i> | <i>Počet jedinců ve skupině mužů</i> | <i>Počet jedinců ve skupině žen</i> | <i>Sm odchylka muži</i> | <i>Sm odchylka ženy</i> | <i>F-ratio variances</i> | <i>p variances</i> |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|----------------|-----------|------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------|
| <i>Podhodnocení</i> | 47,43 | 53,56 | -1,65 | 65 | 0,10 | 49 | 18 | 14,79 | 8,96 | 2,73 | 0,03 |
| <i>Odmítání viny</i> | 48,20 | 58,94 | -2,93 | 65 | 0,00 | 49 | 18 | 14,53 | 9,03 | 2,59 | 0,03 |
| <i>Odklon</i> | 51,37 | 55,72 | -1,70 | 65 | 0,09 | 49 | 18 | 9,54 | 8,46 | 1,27 | 0,60 |
| <i>Náhradní uspokojení</i> | 53,29 | 55,06 | -0,57 | 65 | 0,57 | 49 | 18 | 11,00 | 12,02 | 1,20 | 0,61 |
| <i>Kontrola situace</i> | 49,71 | 50,28 | -0,21 | 65 | 0,83 | 49 | 18 | 10,18 | 8,19 | 1,55 | 0,33 |
| <i>Kontrola reakce</i> | 48,78 | 51,00 | -0,77 | 65 | 0,45 | 49 | 18 | 11,27 | 8,16 | 1,91 | 0,15 |
| <i>Pozitivní sebeinstrukce</i> | 45,59 | 44,44 | 0,43 | 65 | 0,67 | 49 | 18 | 9,44 | 10,70 | 1,28 | 0,49 |
| <i>Potřeba sociální opory</i> | 58,47 | 49,00 | 3,34 | 65 | 0,00 | 49 | 18 | 10,70 | 9,07 | 1,39 | 0,46 |
| <i>Vyhýbání se</i> | 56,73 | 59,72 | -1,15 | 65 | 0,25 | 49 | 18 | 10,24 | 6,50 | 2,48 | 0,04 |
| <i>Úniková tendence</i> | 58,57 | 59,94 | -0,49 | 65 | 0,63 | 49 | 18 | 10,05 | 10,61 | 1,11 | 0,74 |
| <i>Perseverace</i> | 54,29 | 52,72 | 0,57 | 65 | 0,57 | 49 | 18 | 10,67 | 7,28 | 2,15 | 0,09 |
| <i>Rezignace</i> | 58,16 | 60,22 | -0,79 | 65 | 0,44 | 49 | 18 | 10,32 | 6,73 | 2,36 | 0,06 |
| <i>Sebeobviňování</i> | 58,39 | 58,06 | 0,10 | 65 | 0,92 | 49 | 18 | 12,35 | 10,54 | 1,37 | 0,48 |
| <i>POZ Strategie</i> | 49,63 | 55,83 | -1,84 | 65 | 0,07 | 49 | 18 | 12,76 | 10,62 | 1,44 | 0,41 |
| <i>NEG Strategie</i> | 59,78 | 61,56 | -0,63 | 65 | 0,53 | 49 | 18 | 10,99 | 7,68 | 2,05 | 0,11 |

Důvod, proč jsme se rozhodli využít Welchův test je ten, že není svázán podmínkou stejných rozptylů a v našem vzorku není stejné zastoupení počtu mužů a žen. Z tabulky č. 8

jasně vyplývá, že v subtestech *Odmítání viny* a *Potřeba sociální opory* se vyskytují mezi muži a ženami signifikantní rozdíly. Tedy naši H_3 zamítáme. Ostatní subtesty nevykazují signifikantní rozdíly mezi muži a ženami na hladině významnosti α . V programu Microsoft Excel jsme dále dopočítali míru účinku pro dané dva subtesty. Po vypočítání můžeme vidět, že ženy dosahují vyšších hodnot v subtestu *Odmítání viny* oproti mužům, kdy se jedná o silnou míru účinku rovnající se 0,91. Muži dosahují vyšších hodnot v subtestu *Potřeba sociální opory*, kdy se jedná o silnou míru účinku rovnající se 0,96.

7.2 Výsledky primárního cíle výzkumu – dotazník DSQ40

H4: „Muži v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, ve zralých obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.“

H5: „Muži v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v neurotických obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.“

H6: „Muži v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v nezralých obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.“

Tabulka č. 9: Jednovýběrový t-test srovnání výsledků dotazníku DSQ40 našeho vzorku mužů s normami u mužů na hladině významnosti $p < 0,05$

| <i>Proměnná dotazníku DSQ40</i> | <i>Průměr</i> | <i>Směrodatná odchylka</i> | <i>Počet mužů</i> | <i>Směrodatná chyba</i> | <i>Průměr referenční skupiny</i> | <i>Směrodatná odchylka referenční skupiny</i> | <i>t</i> | <i>SV</i> | <i>p hodnota</i> |
|---------------------------------|---------------|----------------------------|-------------------|-------------------------|----------------------------------|---|----------|-----------|------------------|
| <i>Sublimace</i> | 5,30 | 2,10 | 48 | 0,30 | 5,71 | 1,91 | -1,35 | 47 | 0,18 |
| <i>Humor</i> | 6,13 | 1,97 | 48 | 0,28 | 6,58 | 1,78 | -1,60 | 47 | 0,12 |
| <i>Anticipace</i> | 5,60 | 1,63 | 48 | 0,23 | 5,53 | 1,36 | 0,32 | 47 | 0,75 |
| <i>Suprese</i> | 5,40 | 1,98 | 48 | 0,29 | 5,73 | 1,67 | -1,17 | 47 | 0,25 |
| <i>Odčinění</i> | 5,15 | 1,73 | 48 | 0,25 | 4,10 | 1,95 | 4,18 | 47 | 0,00 |
| <i>Pseudoaltruismus</i> | 5,17 | 1,53 | 48 | 0,22 | 4,57 | 1,48 | 2,69 | 47 | 0,01 |
| <i>Idealizace</i> | 4,63 | 1,99 | 48 | 0,29 | 3,46 | 1,78 | 4,06 | 47 | 0,00 |
| <i>Reaktivní formace</i> | 4,49 | 1,83 | 48 | 0,26 | 3,88 | 1,74 | 2,31 | 47 | 0,03 |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|------|----|------|------|------|-------|----|-------|
| <i>Projekce</i> | 4,73 | 1,93 | 48 | 0,28 | 3,33 | 1,74 | 5,02 | 47 | 0,00 |
| <i>Pasivní agrese</i> | 4,70 | 1,95 | 48 | 0,28 | 3,71 | 1,72 | 3,51 | 47 | 0,00 |
| <i>Agování</i> | 4,68 | 2,11 | 48 | 0,30 | 5,52 | 1,96 | -2,76 | 47 | 0,01 |
| <i>Izolace</i> | 5,10 | 1,70 | 48 | 0,25 | 4,15 | 2,15 | 3,88 | 47 | 0,00 |
| <i>Devalvace</i> | 5,07 | 1,45 | 48 | 0,21 | 4,38 | 1,50 | 3,31 | 47 | 0,00 |
| <i>Autistická fantazie</i> | 5,38 | 1,82 | 48 | 0,26 | 3,72 | 2,10 | 6,30 | 47 | 0,00 |
| <i>Popření</i> | 4,59 | 1,57 | 48 | 0,23 | 3,81 | 1,89 | 3,47 | 47 | 0,00 |
| <i>Přesun</i> | 4,28 | 1,87 | 48 | 0,27 | 3,79 | 1,91 | 1,82 | 47 | 0,08 |
| <i>Disociace</i> | 4,25 | 1,85 | 48 | 0,27 | 3,72 | 1,79 | 1,98 | 47 | 0,053 |
| <i>Štěpení</i> | 5,70 | 1,97 | 48 | 0,28 | 4,52 | 1,98 | 4,14 | 47 | 0,00 |
| <i>Racionalizace</i> | 5,74 | 1,87 | 48 | 0,27 | 5,59 | 1,90 | 0,55 | 47 | 0,58 |
| <i>Somatizace</i> | 4,95 | 2,21 | 48 | 0,32 | 4,71 | 1,89 | 0,75 | 47 | 0,46 |
| <i>Zralé obrany</i> | 5,61 | 1,27 | 48 | 0,18 | 5,89 | 1,10 | -1,54 | 47 | 0,13 |
| <i>Neurotické obrany</i> | 4,85 | 1,15 | 48 | 0,17 | 4,00 | 1,17 | 5,13 | 47 | 0,00 |
| <i>Nezralé obrany</i> | 4,93 | 0,88 | 48 | 0,13 | 4,51 | 0,70 | 3,30 | 47 | 0,00 |

Jelikož musí vyhodnocení dotazníku DSQ40 probíhat zvlášť u mužů a zvlášť u žen, tak se nyní věnujeme zastoupení mužské populace v našem vzorku. Je to dáno z důvodu odlišných norem v rámci pohlaví. Tabulka č. 9 nám prozradila, že signifikantní rozdíly našeho vzorku vůči normě, se vyskytují u obran *Odčinění*, *Pseudoaltruismus*, *Idealizace*, *Reaktivní formace*, *Projekce*, *Pasivní agrese*, *Agování*, *Izolace*, *Devalvace*, *Autistická fantazie*, *Popření*, *Štěpení*, *Neurotické obrany* a *Nezralé obrany*. Naše výzkumné hypotézy se zaměřují na konečné kategorie, které jsou obranami zastoupeny. Můžeme vidět, že u zralých obran není signifikantní změna, což potvrzuje i samostatná kategorie *Zralé obrany*, tedy naši H₄ nezamítáme. Ovšem všechny obrany spadající do neurotických obran dosahují signifikantních rozdílů, což nám potvrzuje i samostatná kategorie *Neurotické obrany*, a tedy v našem vzorku nacházíme odlišnosti oproti normě. H₅ tedy zamítáme. Stejný případ se vyskytl i u nezralých obran, kdy u většiny nezralých obran je v našem vzorku signifikantní rozdíl, což opět potvrzuje samostatná kategorie *Nezralé obrany*, a proto i H₆ zamítáme. V programu Microsoft Excel jsme dopočetli míru účinku pro dané kategorie obran, kde se vyskytly významné rozdíly. Míra účinku pro *Neurotické obrany* je rovna 0,73, kdy se jedná o silnou míru účinku. Pro *Nezralé obrany* je

rovna 0,6, kdy se jedná o středně silnou míru účinku. Z toho vyplývá, že se u mužů vyskytuje vyšší užívání neurotických a nezralých mechanismů.

H7: „Ženy v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, ve zralých obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.“

H8: „Ženy v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v neurotických obranných mechanismech stejných hodnot, jako běžná populace.“

H9: „Ženy v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v nezralých obranných mechanismech stejných hodnot, jako běžná populace.“

Tabulka č. 10: Jednovýběrový t-test srovnání výsledků dotazníku DSQ40 našeho vzorku žen s normami u žen na hladině významnosti $p < 0,05$

| Proměnná dotazníku DSQ40 | Průměr | Směrodatná odchylka | Počet žen | Směrodatná chyba | Průměr referenční skupiny | Směrodatná odchylka referenční skupiny | t | SV | p hodnota |
|--------------------------|--------|---------------------|-----------|------------------|---------------------------|--|-------|----|-----------|
| Sublimace | 5,33 | 1,64 | 18 | 0,39 | 6,09 | 1,95 | -1,95 | 17 | 0,07 |
| Humor | 6,31 | 2,01 | 18 | 0,47 | 6,58 | 1,73 | -0,58 | 17 | 0,57 |
| Anticipace | 5,64 | 1,50 | 18 | 0,35 | 5,78 | 1,56 | -0,40 | 17 | 0,70 |
| Suprese | 5,69 | 1,45 | 18 | 0,34 | 5,22 | 1,7 | 1,39 | 17 | 0,18 |
| Odčinění | 5,22 | 1,97 | 18 | 0,46 | 4,27 | 1,74 | 2,05 | 17 | 0,06 |
| Pseudoaltruismus | 6,39 | 1,82 | 18 | 0,43 | 5,26 | 1,82 | 2,63 | 17 | 0,02 |
| Idealizace | 5,31 | 1,86 | 18 | 0,44 | 3,27 | 1,95 | 4,65 | 17 | 0,00 |
| Reaktivní formace | 5,33 | 2,18 | 18 | 0,51 | 4,51 | 1,79 | 1,61 | 17 | 0,13 |
| Projekce | 5,19 | 2,06 | 18 | 0,49 | 2,52 | 1,76 | 5,51 | 17 | 0,00 |
| Pasivní agrese | 4,64 | 1,81 | 18 | 0,43 | 2,67 | 1,69 | 4,63 | 17 | 0,00 |
| Agování | 5,58 | 2,17 | 18 | 0,51 | 4,42 | 2,19 | 2,27 | 17 | 0,04 |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|------|----|------|------|------|-------|----|------|
| <i>Izolace</i> | 5,36 | 2,41 | 18 | 0,57 | 3,46 | 2,13 | 3,35 | 17 | 0,00 |
| <i>Devalvace</i> | 5,03 | 2,00 | 18 | 0,47 | 3,81 | 1,37 | 2,58 | 17 | 0,02 |
| <i>Autistická fantazie</i> | 4,97 | 1,85 | 18 | 0,44 | 3,69 | 2 | 2,94 | 17 | 0,01 |
| <i>Popření</i> | 4,33 | 1,65 | 18 | 0,39 | 3,22 | 1,57 | 2,86 | 17 | 0,01 |
| <i>Přesun</i> | 4,17 | 1,93 | 18 | 0,46 | 4,19 | 1,72 | -0,05 | 17 | 0,96 |
| <i>Disociace</i> | 4,22 | 2,04 | 18 | 0,48 | 3,11 | 1,5 | 2,32 | 17 | 0,03 |
| <i>Štěpení</i> | 5,67 | 1,99 | 18 | 0,47 | 3,41 | 1,94 | 4,80 | 17 | 0,00 |
| <i>Racionalizace</i> | 5,69 | 1,71 | 18 | 0,40 | 5,97 | 1,91 | -0,68 | 17 | 0,50 |
| <i>Somatizace</i> | 5,11 | 1,73 | 18 | 0,41 | 4,78 | 1,84 | 0,81 | 17 | 0,43 |
| <i>Zralé obrany</i> | 5,74 | 1,14 | 18 | 0,27 | 5,92 | 1,15 | -0,66 | 17 | 0,52 |
| <i>Neurotické obrany</i> | 5,56 | 1,35 | 18 | 0,32 | 4,33 | 1,26 | 3,88 | 17 | 0,00 |
| <i>Nezralé obrany</i> | 5,00 | 1,04 | 18 | 0,24 | 4,31 | 0,67 | 2,81 | 17 | 0,01 |

Nyní se budeme věnovat zastoupení ženské populaci v našem vzorku. Z tabulky č. 10 jasně vyplývá, že signifikantní rozdíly našeho vzorku, vůči normě, se vyskytují u obran *Pseudoaltruismus*, *Idealizace*, *Projekce*, *Pasivní agrese*, *Agování*, *Izolace*, *Devalvace*, *Autistická fantazie*, *Popření*, *Disociace*, *Štěpení*, *Neurotické obrany* a *Nezralé obrany*. Naše výzkumné hypotézy se zaměřují na konečné kategorie, které jsou obranami zastoupeny. Můžeme vidět, že u zralých obran není signifikantní změna, což potvrzuje i samostatná kategorie *Zralé obrany*, tedy naši H_7 nezamítáme. Ovšem dvě ze čtyř obran spadající do neurotických dosahují signifikantních rozdílů, což nám potvrzuje i samostatná kategorie *Neurotické obrany*, a tedy náš vzorek se liší oproti normě. H_8 tedy zamítáme. Podobné výsledky nalezneme i u nezralých obran, kdy se u většiny nezralých obran objevují signifikantní rozdíly, což opět potvrzuje samostatní kategorie *Nezralé obrany*, a proto H_9 také zamítáme. V programu Microsoft Excel jsme dopočítali míru účinku pro dané kategorie obran, kde se vyskytly významné rozdíly. Míra účinku pro *Neurotické obrany* je rovna 0,98, kdy se jedná o silnou míru účinku. Pro *Nezralé obrany* je rovna 1,03, kdy se jedná o silnou míru účinku. Z toho vyplývá, že se u žen vyskytuje vyšší užívání neurotických a nezralých mechanismů.

7.3 Výsledky sekundárního cíle výzkumu – korelace dotazníku BDI-II

Naším sekundárním cílem bylo analyzovat možné vztahy mezi skóry dotazníku deprese, skóry kategorie negativních a pozitivních copingových strategií, skóry zralých, neurotických a nezralých obran. Jelikož je u dotazníků BDI-II i DSQ40 výsledek určen v hrubých skórech, tak jsme si do programu Microsoft Excel převedli i hrubé skóry dotazníku SVF-78. Protože u předchozích hypotéz jsme pracovali s výsledky převedenými na T-skór. Vzhledem k tomu, že jsme se rozhodli pro užití parametrických metod, které počítají s normálním rozložením dat, tak jsme pro zjišťování vztahů zvolili Pearsonův korelační koeficient. Vzhledem k tomu že se jednotlivé dotazníky v hrubých skórech a bodových rozměrech liší, tak jsme si vědomi možného zkreslení našich výsledků.

Pearsonův korelační koeficient je velmi důležitým a značně oblíbeným ukazatelem síly vztahu dvou proměnných. Značíme ho jako korelační koeficient r a nabývá hodnot od -1 do 1. Podle velikosti korelačního koeficientu můžeme říct, o jak silný vztah se jedná. Pro pásmo 0,1-0,3 platí, že jde o málo silný vztah. Pásmo 0,3-0,7 odpovídá středně silnému vztahu. Od 0,7-1,0 hovoříme o velké síle vztahu. Stejný princip se uplatňuje i do záporu (Hendl, 2006).

Pro náš zvolený sekundární cíl si vystačíme s jednou tabulkou, kterou okomentujeme a níže přikládáme stanovené hypotézy.

H₁₀: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Zralé obranné mechanismy, měřenou dotazníkem DSQ40, a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“

H₁₁: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Neurotické obranné mechanismy, měřenou dotazníkem DSQ40 a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“

H₁₂: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Nezralé obranné mechanismy, měřenou dotazníkem DSQ40 a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“

H₁₃: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Pozitivní copingové strategie, měřenou dotazníkem SVF-78, a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“

H₁₄: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou *Negativní copingové strategie*, měřenou dotazníkem SVF-78, a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“

Tabulka č. 11: Pearsonova korelace dotazníku BDI-II s danými subtesty na hladině významnosti $p < 0,05$

| Subtesty z dotazníků | Korelace s BDI-II | p hodnota | Koeficient determinace (R ²) | Počet jedinců v našem vzorku | T |
|----------------------|-------------------|-----------|--|------------------------------|-------|
| Zralé obrany | -0,14 | 0,25 | 0,02 | 67 | -1,16 |
| Neurotické obrany | 0,09 | 0,49 | 0,01 | 67 | 0,70 |
| Nezralé obrany | 0,33 | 0,01 | 0,11 | 67 | 2,82 |
| POZ Strategie | -0,16 | 0,21 | 0,02 | 67 | -1,27 |
| NEG Strategie | 0,37 | 0,00 | 0,13 | 67 | 3,16 |

Naším cílem bylo zjistit možné vztahy mezi kvantitativními proměnnými a ty jsou znázorněny v tabulce č. 11. Sloupec *Korelace s BDI-II* nám prezentuje sílu vztahu a směr, tedy zda jde o kladnou, či zápornou korelaci, mezi zkoumanými proměnnými. Sloupec *Koeficient determinace* nám prozrazuje procento vysvětleného rozptylu. Tedy tabulka č. 11 nám prozradila, že mezi kategorií *Zralé obrany* a výsledky dotazníku BDI-II je negativní korelace dosahující síly -0,14. Jedná se tedy o malou sílu vztahu, která je záporná. Na základě toho nezamítáme H₁₀. Procento vysvětleného rozptylu se pohybuje v řádech jednotek. Korelace mezi proměnnou *Neurotické obrany* a výsledky dotazníku BDI-II je kladný a dosahuje síly 0,09. Jedná se o velmi malou sílu vztahu a procento vysvětleného rozptylu se pohybuje v řádech jednotek. Na základě toho zamítáme H₁₁. Korelace mezi proměnnou *Nezralé obrany* a výsledky dotazníku BDI-II je kladná a dosahuje síly 0,33, což je považováno za středně silný vztah. Procento vysvětleného rozptylu se pohybuje v rozmezí desítek. Na základě toho zamítáme H₁₂. Korelace mezi proměnnou *POZ Strategie* a výsledky dotazníku BDI-II je záporná a dosahuje síly -0,16, což znázorňuje malou sílu vztahu. Procento vysvětleného rozptylu se pohybuje v rozmezí jednotek. Na základě toho nezamítáme H₁₃. Korelace mezi proměnnou *NEG*

Strategie a výsledky dotazníku BDI-II je kladná a dosahuje síly 0,37, což odpovídá středně silnému vztahu. Procento vysvětleného rozptylu se pohybuje v rozmezí desítek. Na základě toho zamítáme H_{14} .

Při pohledu do tabulky č. 11 vidíme, že signifikance na hladině α (0,05) nastala pouze u vztahů mezi kategorií *Nezralé obrany* a výslednými skóry dotazníku BDI-II a kategorií *NEG Strategie* a výsledným skóre dotazníku BDI-II. Hledali jsme vztahy na celkovém souboru všech 67 respondentů a ve sloupci *p hodnota* je vidět, že v obou případech se jedná o hodnoty menší, než byla stanovena hladina významnosti.

7.4 Výsledky výzkumu – rozhodnutí o hypotézách

Pro lepší přehled si dovolíme zrekapitulovat dané hypotézy a k nim vyjádření o tom, jak o nich bylo rozhodnuto.

Primární cíl výzkumu:

H_1 : „*Jedinci v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují ve všech subtestech měřící copingové strategie SVF-78, stejných hodnot, jako běžná populace.*“

Rozhodnutí – zamítáme.

H_2 : „*Jedinci v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, nedosahují vyššího skóre v kategorii negativní copingové strategie v dotazníku SVF-78, oproti běžné populaci.*“

Rozhodnutí – zamítáme.

H_3 : „*Mezi muži a ženami v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, neexistují žádné rozdíly v subtestech dotazníku SVF-78 měřící copingové strategie.*“

Rozhodnutí – zamítáme.

H_4 : „*Muži v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, ve zralých obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.*“

Rozhodnutí – nezamítáme.

H_5 : „*Muži v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v neurotických obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.*“

Rozhodnutí – zamítáme.

H₆: „Muži v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v nezralých obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.“

Rozhodnutí – zamítáme.

H₇: „Ženy v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, ve zralých obranných mechanismech, stejných hodnot, jako běžná populace.“

Rozhodnutí – nezamítáme.

H₈: „Ženy v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v neurotických obranných mechanismech stejných hodnot, jako běžná populace.“

Rozhodnutí – zamítáme.

H₉: „Ženy v našem výzkumném vzorku, léčící se s alkoholovou závislostí, dosahují v dotazníku DSQ40, v nezralých obranných mechanismech stejných hodnot, jako běžná populace.“

Rozhodnutí – zamítáme.

Sekundární cíl výzkumu:

H₁₀: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Zralé obranné mechanismy, měřenou dotazníkem DSQ40, a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“ Rozhodnutí – nezamítáme.

H₁₁: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Neurotické obranné mechanismy, měřenou dotazníkem DSQ40 a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“ Rozhodnutí – zamítáme.

H₁₂: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Nezralé obranné mechanismy, měřenou dotazníkem DSQ40 a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“ Rozhodnutí – zamítáme.

H₁₃: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Pozitivní copingové strategie, měřenou dotazníkem SVF-78, a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“ Rozhodnutí – nezamítáme.

H₁₄: „U jedinců v našem výzkumném vzorku, lidí léčících se s alkoholovou závislostí, nenacházíme kladný vztah mezi proměnnou Negativní copingové strategie, měřenou dotazníkem SVF-78, a hloubkou deprese, měřenou dotazníkem BDI-II.“ Rozhodnutí – zamítáme.

8 Diskuse

V této kapitole se budeme věnovat diskusi našich získaných výsledků. Jedná se o pomyslný vrchol naší práce, jelikož zde budeme rozebírat výsledky a nahlížet na ně optikou našeho teoretického podkladu. Cíle naší práce jsme rozdělily na primární a sekundární. U primárního cíle jsme si kladli za cíl zjistit, zda se náš vzorek, skládající se z mužů a žen s problematikou alkoholové závislosti, liší v užívání copingových strategií a obranných mechanismů od běžné populace.

Jelikož stres zasahuje nás všechny, tak je nutné se pozastavit nad tím, jak se se stresovou situací vypořádat. Náš výzkum měl za cíl poodkrýt jaké strategie zvládání využívají jedinci léčící se s problematikou závislosti na alkoholu. Naše výsledky přinesly zjištění, že v multidimenzionálním dotazníku SVF-78 měřícím copingové strategie se vyskytují signifikantní odlišnosti našeho vzorku, ve srovnání s běžnou populací. Konkrétně se jedná o subtesty *Odklon*, *Náhradní uspokojení*, *Pozitivní sebeinstrukce*, *Potřeba sociální opory*, *Vyhýbání se*, *Úniková tendence*, *Perseverace*, *Rezignace*, *Sebeobviňování* a celková kategorie *Negativní strategie*. Nejvyšších průměrných hodnot dosahovaly strategie *Úniková tendence*, *Rezignace* a *Sebeobviňování*. Všechny spadají do kategorie negativních strategií. Samostatná kategorie *NEG Strategie* dosáhla nejvyšších průměrných hodnot ze všech. Prokázali jsme tak, že u jedinců s problematikou alkoholové závislosti převládají negativní strategie zvládání stresové situace. V kategorii *POZ Strategie* se nevyskytly žádné signifikantní rozdíly našeho vzorku vůči běžné populaci. Toto zjištění považujeme za přínos, neboť může přispět k terapeutickým praktikám a rozšířit je o možnosti edukace stresu a práce s ním. Mimo jiné může dopomoci vysvětlit možné příčiny rozvoje alkoholové závislosti, vzhledem k tomu, že je konzumace alkoholických nápojů a obecně užívání návykových látek bráno jako maladaptivní copingová strategie. Výsledky dále mohou sloužit pro veřejnost jako ukazatel toho, že negativní strategie nejsou vhodné a mohou vést k dalším obtížím.

Janke a Erdmann (2003) podotýkají, že na subtesty *Potřeba sociální opory* a *Vyhýbání se* je potřeba nahlédnout ke kontextu zkoumaných osob. Ačkoliv v léčbě nalezneme jedince v různých fázích alkoholové závislosti, tak například kruciólní etapa jasně naznačuje, že dotyční jedinci inklinují k užívání alkoholu s někým, kdo je neodsuzuje a pije s nimi. Vytváří vlastní společenství jedinců, kteří se pravidelně schází a užívají spolu alkohol, jak pojednává Fischer a Škoda (2014). Tímto bychom odkázali na to, že subtest *Potřeba sociální opory* naznačuje tendenci mít oporu v druhých, co se týče užívání alkoholu. Nicméně, jelikož náš výzkum

probíhal u jedinců, kteří se aktuálně léčí v léčebně, je dost možné, že potřebou sociální opory je myšlena opora v komunitě. Léčba v komunitě nese prvky terapie, která do jisté míry nahrazuje rodinu, či přátele. Ve výzkumu prováděném u jedinců s alkoholovou problematikou, který jsme uskutečnili na bakalářském stupni (Kalenda, 2021), vyšlo najevo, že téměř všem nejvíce pomáhá skupinová terapie. Zejména v tom, že mohou sdílet své prožitky, získat náhled druhých a vidět, že nejsou sami, kdo se potýká s podobnými problémy. Vzhledem ke kontextu je možné, že výsledky spíše nasvědčují pro potenciál terapeutické komunity než pro pítí s druhými. Dostává se jim tak pozitivního charakteru, nicméně by bylo jistě zajímavé podrobit šetření v některých hospodských zařízeních a porovnat tyto výsledky s našimi.

Pro subtest *Vyhýbání* je kontext již trochu více patrný a souvisí s ním i subtest *Úniková tendence*. Jak píše Mlčák (2011), tak užívání návykových látek je bráno jako samostatná copingová strategie, jenž je považována za maladaptivní. Nevede ke konstruktivnímu řešení, ale ke krátkodobému úniku, či vyhnutí se. Britton (2004) podtrhuje myšlenku maladaptivních copingových strategií, kdy konzumace alkoholu je vnímána jako strategie zvládnání. Celkově jsme zjistili, že se jedinci v našem vzorku liší v užívání negativních copingových strategií, oproti běžné populaci a dosahovali v průměru vyšších hodnot. Procházka, Mahrová, a Laštovica (2014), kteří také zjišťovali copingové strategie u závislých jedinců zjistili analogické výsledky. Spáčil (2018) dospěl k podobným výsledkům ve svém výzkumu, kde také zkoumal copingové strategie a obranné mechanismy.

Při zjišťování rozdílů copingových strategií mezi muži a ženami v našem vzorku, jsme narazili na signifikantní rozdíly v subtestech *Odmítání viny* a *Potřeba sociální opory*. Po vypočtení míry účinku jsme zjistili, že ženy vykazují vyšší skóre oproti mužům v subtestu *Odmítání viny*. Výzkum, který představili Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath a Monnier (1994) poukazuje na rozdíly v pohlaví, týkající se zvládnání zátěže. Zatímco muži jsou více orientováni na zvládnání zaměřené na problém, tak ženy mají tendenci zaměřovat se na zvládnání emocionálního tlaku. Tímto by se dalo poukázat na to, že ženy usilují více o zvládnutí emoční zátěže tím, že postrádají vlastní odpovědnost za zátěž, případně si ji nepřipouští. Zatímco muži si problém pravděpodobně připustí více, či dříve a chtějí ho řešit. Dalo by se zde jistě hovořit o tom, že žena se potýká s větší stigmatizací, co se týče problematiky alkoholu. Je možné i narušení sebeobrazu a role, které by přineslo další možnou psychopatologii. Mimo jiné Hobfoll, Dunahoo, Ben-Porath a Monnier (1994) odkazují na to, že zvládnání zaměřené na emoce je spojováno s vyšší mírou výskytu duševních onemocnění.

V subtestu *Potřeba sociální opory*, se po vypočtení míry účinku ukázalo, že muži dosahují vyšších skóre než ženy. Opět by se dalo uvažovat o kontextu pomoci terapeutické komunity, který zmiňujeme výše. Dále by se dalo odvodit, že jestliže si ženy méně přiznávají vinu, tak o ní tolik nepotřebují mluvit, oproti mužům. Vzhledem k tomu, že, až na výjimky, je léčba alkoholové závislosti dobrovolná, vyvstává otázka, čím to, že se u žen v léčbě projevuje vyšší odmítání viny a nižší míra potřeby sociální opory? Jistě by zde byl prostor na výzkum těchto fenoménů. Nemůžeme se ubránit myšlence, jak je to s pitím v rámci pohlaví. Zajímalo by nás, zda by se vyskytly nějaké signifikantní změny týkající se toho, které pohlaví pije častěji samo a které ve společnosti druhých. V ostatních subtestech se nevyskytly žádné signifikantní rozdíly mezi muži a ženami.

Pro obranné mechanismy, či styly, platí, že udržují jedincovo self v rovnováze. Tento směr vychází z psychoanalýzy a dostal se do povědomí široké veřejnosti. Jak píší Hong a Ha (2020), tak obrany, kterými disponujeme odráží naše psychické zdraví. Náš výzkum měl za cíl nahlédnout na obranné mechanismy jedinců léčících se s alkoholovou závislostí. Obranné mechanismy jsme museli vyhodnocovat zvlášť kvůli normám, ostatně o tom pojednáváme ve výzkumné části. U mužů se vyskytly signifikantní změny v obranách *Odčinění, Pseudoaltruismus, Idealizace, Reaktivní formace, Projekce, Pasivní agrese, Agování, Izolace, Devalvace, Autistická fantazie, Popření a Štěpení*. Vzhledem k tomu, že jsme se ve výzkumu zaměřili na celkové kategorie, tak se signifikantní změny projevíly v kategorii *Neurotické obrany* a *Nezralé obrany*. Pro *Zralé obrany* u mužů nenacházíme v našem vzorku žádné signifikantní rozdíly oproti normě. Po vypočtení míry účinku můžeme říct, že v neurotických i nezralých obranách dosahovali muži v našem vzorku vyššího skóre, oproti normě. Jak pojednává Costa a Brody (2013), tak se našla souvislost nezralých obran s připisováním důležitosti konzumaci alkoholu a obecně nezdravému životnímu stylu. Mimo jiné se nezralé obrany vyskytují zejména u jedinců s problematikou zneužívání návykových látek a poruch osobnosti, jak pojednává Zeigler-Hill, Shackelford a kolektiv autorů (2020). Podobné výsledky jsme získali při zjišťování rozdílů obran u žen. U žen se vyskytly signifikantní rozdíly v obranách *Pseudoaltruismus, Idealizace, Projekce, Pasivní agrese, Agování, Izolace, Devalvace, Autistická fantazie, Popření, Disociace a Štěpení*. Vzhledem k tomu, že jsme se ve výzkumu zaměřili na celkové kategorie, tak se projevíly signifikantní změny v kategorii *Neurotické obrany* a *Nezralé obrany*. Pro *Zralé obrany* u žen nenacházíme v našem vzorku žádné signifikantní rozdíly oproti normě. Po vypočtení míry účinku můžeme tvrdit, že v obou kategoriích dosahují ženy vyššího skóre, oproti běžné populaci. Naše zjištění koresponduje

s jinými výzkumy, například Raketice, Kovacevic a Djuric (2009), kteří u žen závislých na alkoholu a opiátech zjistili vyšší výskyt neurotických a nezralých obran. Z neurotických obran korespondují tyto výzkumy u obran *Pseudoaltruismus* a *Idealizace*. U nezralých obran korespondují výzkumy v obranách *Devalvace*, *Izolace*, *Štěpení* a *Popření*. Výzkumem jsme prokázali, že jak u mužů, tak u žen, s problematikou alkoholové závislosti, se vyskytují odlišnosti v obranných mechanismech oproti běžné populaci. Dále jsme prokázali, že se u tohoto vzorku vyskytuje vyšší užívání neurotických a nezralých obran. Zjišťování obranných mechanismů, či stylů, považujeme v klinické praxi za velmi významné. Můžeme tak zjistit jaké obrany u jedince převažují a díky tomu získat lepší náhled na jeho duševní zdraví. Nalezením obran můžeme zjistit, jak dále s jedincem pracovat v psychoterapii, případně jak k nim přistupovat i možnou pravděpodobnost úspěchu léčebného procesu. Mimo jiné je důležité poukázat na možnost posouvat obrany do vyšších úrovní vlivem léčby, což může zapříčinit jedincovo adaptivnější fungování v běžném životě. Při zjišťování obran a souvislosti copingových stylů výzkumníci Abd Halim a Sabri (2013) dospěli k výsledkům, kdy u recidivujících závislých jedinců dominovaly neurotické a nezralé obrany, což opět koresponduje s našimi výsledky. Zejména se jednalo o *Odčiničení*, *Racionalizaci*, *Štěpení* a *Popření*. Krom toho se vyskytla souvislost neurotických obran a copingových stylů zaměřených na úkoly, vyhýbání a emoce. Cramer (1999) dává do souvislosti některé poruchy osobnosti s konkrétními obranami. Výzkumy naznačují, že u jedinců s problematikou závislosti se často vyskytují nezralé a neurotické obrany, což může být dáno nedostatkem výchovných prostředků a maladaptivním rodinným prostředím. Maladaptivní copingové strategie se propojují s nezralými a neurotickými obranami, u jedinců závislých na návykových látkách, což může dále přinášet obtíže, jak samotným uživatelům návykových látek, tak i okolí. Bohužel neznáme pozadí výchovy našich respondentů, avšak domníváme se, že by jistě mohlo být zajímavé odhalit rodinné zázemí jedinců s alkoholovou problematikou. Ačkoliv jsme se v práci nezaměřili na osobnost jedinců s problematikou závislosti na alkoholu, tak ponecháváme dalším možným výzkumům tímto směrem dveře otevřené.

Sekundárním cílem výzkumu byla snaha nalézt a analyzovat možné vztahy mezi hloubkou deprese a copingovými strategiemi, či obrannými mechanismy. Jak pojednáváme v teoretické části, tak deprese a problematika alkoholové závislosti jsou poměrně propojeny. Jedná se o tři možné vztahy a to – závislost na alkoholu způsobuje depresi, deprese způsobuje alkoholovou závislost, výskyt jedné poruchy zvyšuje pravděpodobnost výskytu druhé (Boden & Fergusson, 2011). *POZ Strategie* a *Zralé obrany* korelovaly negativně s hloubkou deprese,

avšak se jednalo o slabý vztah, který nebyl signifikantní. V našem výzkumu jsme našli pozitivní korelace mezi kategorií *Nezralé obrany* a hloubkou deprese a *NEG Strategie* a hloubkou deprese. V rámci tohoto zjištění se můžeme opřít o výzkum Nese a Segerstroma (2006). Ti předpokládají, že optimističtí jedinci budou lépe zvládat stresové situace a také pozitivně nahlížet na svět. Vzhledem k tomu, že negativní strategie nepřináší pozitivní odezvu, alespoň ne z dlouhodobého hlediska, tak při užívání strategie vyhnutí se, či úniku do užívání návykových látek se může objevit depresivní symptomatika. Dochází k tomu, že se do mozku vyplaví extrémní přívál dopaminu a jelikož náš mozek nedokáže sám užívání návykových látek zastavit, tak se nám svět zdá potom nudný až fádni. Cooper a kolektiv (1992) se odkazují na to, že sociální a problémoví uživatelé alkoholu pijí, protože chtějí snížit, nebo se vyrovnat s úzkostí a jinými negativními emocemi. Zde můžeme předpokládat již výskyt některých depresivních symptomů, které se dále umocňují maladaptivními strategiemi a nezralými obranami. DeFife a Hilsenroth (2005) zjistili souvislost mezi nízkými obranami, symptomy deprese a mírou závažnosti symptomů, což opět podporuje naše výsledky. Analogické výsledky nacházíme i u Kwona a Lemona (2000), kteří zjistili asociace nízké úrovně obran s depresivními symptomy.

Komorbidity deprese a alkoholové problematiky se nám zdála významná, jelikož by tak podtrhla opět tolik zmiňované bio-psycho-sociálně-spirituální paradigmatu léčby. Souběžný výskyt deprese a alkoholové problematiky nám pomyslně poukazuje na možnosti léčby. Ve výzkumu Bakera a kolektivu (2010) se u žen zaměřili na depresi, což zároveň vedlo i ke zlepšení konzumace alkoholu, zatímco u mužů se zaměřili na konzumaci alkoholu, což vedlo ke snížení konzumace a zvýšenému fungování. Tímto chceme podtrhnout některé rozdíly, které souvisí s pohlavím. Jak zmiňujeme výše, tak ženy se spíše zaměřují na zvládání zaměřené na emoce, což by se mělo odrazit i v léčebné strategii, zatímco muži se zaměřují spíše na problém. Procento vysvětleného rozptylu se pohybuje v řádech desítek, tedy dalo by se říct, že nezralé obrany a negativní copingové strategie mohou dopomoci vysvětlit depresi. I vzhledem k výskytu těchto souvislostí, zde necháváme prostor pro další možné studie, které by více otevřely danou problematiku.

Vzhledem k tomu, že Světová zdravotnická organizace nahlíží na alkohol jakožto na psychoaktivní látku, která je spojována s řadou zdravotních problémů, neduh a závislostí, tak je žádoucí toto téma otevřít a výzkumně se mu věnovat. Nebylo překvapením, že každoročně zemře důsledkem škodlivého užívání alkoholu až tři miliony lidí, jak vychází ze statistik WHO. Mimo jiné se konkrétně Česká republika řadí mezi země s vysokou konzumací alkoholu, čemuž jasně nahrávají data získaná z výzkumu Olecké a Pospíšila (2022). Na příčiny rozvoje a

udržování závislosti je nutné nahlížet z více úhlů. Ačkoliv naše výsledky nepřinesou vysvětlení vzniku závislosti, tak mohou dopomoci odkrýt pomyslnou část této problematiky, kdy souběžně se vyskytující negativní strategie zvládání stresu a nezralé, či neurotické obrany u jedinců závislých na alkoholu, mohou umocnit a přispět tak k rozvoji závislosti. Cílem naší výzkumné práce není výsledky zobecňovat, ale poukázat na klinickou významnost obranných mechanismů v souvislosti s psychickým zdravím. Mimo to je naším cílem i zaměřit pozornost na zvládání stresových situací, jakožto možným prediktorem vzniku a rozvoje problémů s alkoholem.

Považujeme za nutné rozvést i samotnou reflexi týkající se výzkumu, protože bez ní považujeme výzkum za neúplný. Jako hlavní limit shledáváme počet respondentů, včetně nerovnoměrného zastoupení mužů a žen. Vzhledem ke zkoumané populaci a možnostem, kterými jsme disponovali, jsme samozřejmě nesmírně vděční za současný vzorek. Nicméně si uvědomujeme, že do dalších výzkumů by bylo vhodné zapojit vyšší počet respondentů a vyvážit i zastoupení pohlaví. Za další limit považujeme striktní a strukturovaný harmonogram v léčebných zařízeních, který nám zúžil čas potřebný na vyplnění dotazníků a spolupráci s pacienty. Ačkoliv většina pacientů stihla vyplnit dotazník, tak mohli být v jistém časovém presu, který mohl mít vliv na výsledky. S tímto může souviset i fakt, že někteří dotazníky nevyplnili kompletně a museli být tak vyřazeni z výzkumu. Pravděpodobně se ukázalo, že tři dotazníky pro tyto pacienty bylo příliš a pro další výzkumy, na vzorku jedinců s problematikou závislosti, apelujeme na zvážení počtu dotazníků. Za limit shledáváme i to, že v dotazníku BDI-II je na konci rovnou vyhodnocení skóre, což mohlo ovlivnit výsledky výzkumu ve prospěch vyšších, či nižších hodnot deprese. Mimo jiné je zde samozřejmě pomyslný otazník nad problematikou selfreportů, čímž je zatížena značná část dotazníkových šetření. I role výzkumníka měla jistě své klady a zápory. Mezi zápory řadíme možnou nervozitu a s tím spojenou nízkou schopnost namotivovat všechny pacienty léčící se s alkoholovou problematikou daných oddělení na účasti výzkumu. Do kladů bychom zařadili množství času a práce, kterou jsem strávil s pacienty v rámci dobrovolných činností, které mohly přispět k navázání vztahu a následné spolupráci. Považujeme za nutné zmínit i fakt, že ačkoliv jsme chtěli původně pracovat na kvalitativním výzkumu, tak u závislostní problematiky je dobré si uvědomit, že ne každému vyhovuje přístup založený na rozhovoru. Tím pádem zvolený charakter výzkumu, tedy tužka a papír s anonymitou, mohli přispět k lepším výsledkům a shledáváme je za vhodné.

Co se týče témat ohledně okruhu s problematikou závislosti je velké množství, na které by bylo vhodné se zaměřit. Z našeho pohledu shledáváme do budoucích výzkumů zajímavé

zaměřit se na možný vliv léčebného procesu a terapeutické komunity na posun obranných mechanismů do adaptivnějších a flexibilnějších rovin. I vzhledem k výskytu nezralých obran a depresivní symptomatiky, by bylo jistě vhodné zaměřit se na léčebný vliv těchto dvou faktorů. Jelikož se obrany pojí s osobností, tak by bylo vhodné do dalších výzkumů zapojit některý z osobnostních inventářů, například PSSI a zkoumat souvislosti s některými osobnostními styly, či poruchami a konkrétními obranami. Mimo jiné by se pozornost mohla zaměřit i na výskyt stresu na začátku léčby a po ukončení komplexní léčby, což by mohlo přinést pozitivní náhled samotnému pacientovi a možnosti, jak se stresem pracovat. Krom toho by bylo jistě zajímavé zkusit replikovat výzkum, kdy by se u žen s problematikou závislosti na alkoholu věnovala pozornost zvládnání zaměřenému na emoce a mužům na problém, a jaké výsledky bychom získali. Vzhledem k možným maladaptivním rodinným schémátům by mohlo být zajímavé propojit výzkum vazby a obranných mechanismů u osob závislých na návykových látkách.

9 Závěr

Nyní se nacházíme v kapitole Závěr, kde čtenářům představíme výsledky naší studie, ke kterým jsme za pomoci statistických metod dospěli.

V souvislosti se stanovenými hypotézami jsme dospěli k závěrům:

- Prokazujeme odlišnosti v užívání copingových strategií našich respondentů oproti běžné populaci. Konkrétně vykazují vyšší užívání negativních copingových strategií při výskytu zátěžové situace.
- Prokazujeme odlišnosti mezi muži a ženami v užívání copingových strategií, a to konkrétně v subtestech *Odmítání viny* a *Potřeba sociální opory*. Ženy vykazují vyšší hodnoty v subtestu *Odmítání viny* oproti mužům. Muži vykazují vyšší hodnoty v subtestu *Potřeba sociální opory* oproti ženám.
- U mužů prokazujeme vyšší užívání nezralých a neurotických obran oproti normě, zatímco v užívání zralých obran nenacházíme žádné významné rozdíly.
- U žen prokazujeme vyšší užívání nezralých a neurotických obran oproti normě, zatímco v užívání zralých obran nenacházíme žádné významné rozdíly.
- Mezi nezralými obranami a negativními strategiemi nacházíme středně silný pozitivní vztah.

- Mezi zralými obranami a pozitivními strategiemi nacházíme slabý negativní vztah.

10 Souhrn

Téma závislosti na alkoholu bylo vybráno zejména proto, že jsme chtěli navázat na předešlou práci, kde jsme již měli možnost s jedinci závislými na alkoholu spolupracovat. Domníváme se, že problematika závislosti je aktuální téma a představuje širokou oblast zájmů, kde se uplatňuje řada faktorů, které se mohou zkoumat. Naše studie je rozdělena na dvě velké části, a to teoretickou a výzkumnou. V teoretické části jsme představili čtenářům alkohol, jeho původ, složení a to, jak si stojí Česká republika v rámci konzumace alkoholu. Mimo jiné jsme představili i negativní účinky alkoholu na člověka, stádia opilosti a možné diagnostické kategorie, které souvisí s problematikou užívání návykových látek. Vymezili jsme si závislost na alkoholu a poukázali jsme i na některé typologie závislých osob, se kterými přišli významní odborníci. Kapitulu o alkoholu jsme uzavřeli teoriemi vzniku závislosti. Jako první jsme představili některé modely vycházející z psychoanalýzy a tedy Wurmsera, Khantziana a Krystala. U behaviorálních modelů jsme poukázali na klasické podmiňování a zpevňování. Z neurobiologického modelu dominuje systém odměn, který nahlíží na závislosti jako na nemoc mozku. Kapitulu jsme uzavřeli integrativním modelem vzniku závislosti a plynule jsme navázali na další velkou kapitolu týkající se stresu.

V kapitole Stres jsme představili a popsali některé negativní účinky včetně krátkého úvodu do historie. Seznámili jsme čtenáře s pomyslným otcem stresu Hansem Selye a jeho obecným adaptačním syndromem. Následovala kapitola o zvládání neboli copingu, jeho vysvětlení a rozlišení copingových stylů a strategií. Následovaly osobnostní charakteristiky, které moderují zvládání stresové situace. Konkrétně jsme vybrali locus of control a optimismus a proložili jsme je výzkumy týkající se závislosti na alkoholu. Kapitulu o stresu jsme ukončili výzkumy týkající se alkoholové problematiky a copingu a navázali na další samostatnou kapitolu obranných mechanismů.

V kapitole Obranné mechanismy jsme poukázali na to, že obranné mechanismy běžně užíváme a představili jsme tento koncept. V následující podkapitole jsme čtenářům objasnili Freudův strukturální model lidské psychiky, který s tématem obran úzce souvisí. Dále jsme čtenáře seznámili s úvodem do obranných mechanismů, kde popisujeme jejich začátek a pět základních vlastností s návazností na rámcové vymezení egopsychologie a teorie objektních

vztahů. Následně se v teoretické části objevuje koncept obranných mechanismů G. E. Vaillanta, který rozlišuje čtyři úrovně obran, které jsme jednotlivě popsali v teoretické části. Kapitulu zaměřenou na obranné mechanismy ukončujeme podkapitolou věnovanou obranným mechanismům u závislých jedinců. Rámcově jsme v teoretické části vymezili depresi a s ní spojenou problematiku alkoholu a v poslední podkapitole teoretické části jsme propojily prvky všech předešlých faktorů na několika výzkumech.

Výzkumná část začíná kapitolou Výzkumný problém a cíle práce. V nich jsme čtenáře seznámili s cíli našeho výzkumu, kdy jsme si naše cíle rozdělili na primární cíl a sekundární. Primárním cílem bylo zjistit, zda se náš vzorek liší v používání copingových strategií a obranných mechanismech od běžné populace. Sekundárním cílem bylo analyzovat možné vztahy mezi depresí a kategoriemi negativních copingových strategií, zralých, neurotických a nezralých obran. Následně jsme vymezili hypotézy. Náš výzkum se nese v kvantitativním duchu. Výzkum byl prováděn v zařízení Psychiatrická nemocnice v Kroměříži ve vlnách, a to v období od listopadu 2022 do ledna 2023, kde jsem měl možnost docházet jako dobrovolník a podílet se na aktivitách u jedinců léčících se s alkoholovou závislostí. Konkrétně jsme realizovali výzkum na oddělení 8A, 8B a 15, kdy jsme měli přichystané složky s jednotlivými dotazníky a vymezený prostor a čas na vyplnění. Dobrovolníci se shromáždili v dané místnosti a začalo probíhat vyplňování. V samostatné podkapitole jsme představili jednotlivé dotazníky, kterými jsou SVF-78, BDI-II a DSQ40. Pro lepší přehled čtenářům jsme u jednotlivých podkapitol k daným dotazníkům vytvořili tabulky. Na kapitolu s dotazníky navazujeme představením vzorku a kritéria výběru, kdy jsme z celkového počtu 72 respondentů pracovali s daty od 67 respondentů. V této části se může čtenář dočíst o průměrném věku našich respondentů a maximálním dosaženém vzdělání. Následuje kapitola týkající se etických problémů a jejich řešení, kde se čtenář dočte, jak jsme vyřešili zejména anonymitu našich respondentů, včetně možnosti odstupu z výzkumu. K výzkumu nám byl udělen souhlas primářkou oddělení a zbylým zdravotnickým personálem. S daty jsme pracovali v programu Microsoft Excel a STATISTICa. Hned v počátku jsme provedli testy normality jednotlivých dotazníků, kde jsme zjistili, že u SVF-78 byla nadpoloviční většina v normálním rozložení, u BDI-II bylo normální rozložení a u DSQ40 bylo téměř vše v normálním rozložení. Na základě toho jsme se rozhodli použít parametrické testy, ačkoliv jsme si vědomi možného zkreslení. Rozhodli jsme se tak zejména proto, protože jejich výhodou je snadná interpretace a často bývají první volbou. Pro náš výzkum jsme využívali Studentův jednovýběrový t-test, který

zjišťoval rozdíly oproti normě a pro zjištění rozdílů mezi pohlavím jsme využili Welchův test. Všechny naše výpočty probíhaly na hladině významnosti 0,05 (5 %).

Výsledky primárního výzkumu se týkají odlišností copingových strategií a obranných mechanismů. Signifikantní rozdíly v našem vzorku jsme našli v subtestech *Odklon*, *Náhradní uspokojení*, *Pozitivní sebeinstrukce*, *Potřeba sociální opory*, *Vyhýbání se*, *Úniková tendence*, *Perseverace*, *Rezignace*, *Sebeobviňování* a *NEG Strategie*. Konkrétně vykazují vyšší užívání negativních copingových strategií. Existují rozdíly mezi muži a ženami v našem vzorku, a to konkrétně v subtestech *Odmítání viny* a *Potřeba sociální opory*. U mužů v našem vzorku jsme našli signifikantní rozdíly vůči normě u obran *Odčinění*, *Pseudoaltruismus*, *Idealizace*, *Reaktivní formace*, *Projekce*, *Pasivní agrese*, *Agování*, *Izolace*, *Devalvace*, *Autistická fantazie*, *Popření*, *Štěpení*, *Neurotické obrany* a *Nezralé obrany*. Tedy muži se v našem vzorku liší v neurotických a nezralých obranách oproti běžné populaci, zatímco se neliší ve zralých obranách. U žen v našem vzorku jsme našli signifikantní rozdíly vůči normě u obran *Pseudoaltruismus*, *Idealizace*, *Projekce*, *Pasivní agrese*, *Agování*, *Izolace*, *Devalvace*, *Autistická fantazie*, *Popření*, *Disociace*, *Štěpení*, *Neurotické obrany* a *Nezralé obrany*. Tedy ženy se v našem vzorku liší v neurotických a nezralých obranách oproti běžné populaci, zatímco se neliší ve zralých obranách.

Pro sekundární cíl výzkumu jsme našli kladný středně silný vztah mezi výsledky dotazníku BDI-II a *Nezralé obrany* a BDI-II a *NEG Strategie*. Pro ostatní kategorie *POZ Strategie* a *Zralé obrany* jsme našli záporný slabý zanedbatelný vztah. Podobné výsledky jsme našly pro *Neurotické obrany* a BDI-II, kdy se jednalo o kladný slabý zanedbatelný vztah.

Do výzkumné části bylo zakomponováno rozhodnutí ohledně našich hypotéz. Následně jsme se věnovali diskusi získaných výsledků včetně limitů práce a dalších možných směrů výzkumu. V neposlední řadě jsme představili výsledky v kapitole Závěr, na který navazuje kapitola Souhrn. Práce je uzavřena výčtem zdrojů, ze kterých jsme při psaní čerpali.

Použitá literatura:

- Abd Halim, M. H., & Sabri, F. (2013). Relationship between defense mechanisms and coping styles among relapsing addicts. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1829-1837.
- Adam, Z., Klimeš, J., Pour, L., Král, Z., Onderková, A., Čermák, A., & Vorlíček, J. (2019). *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Grada Publishing.
- American Addiction Centers. (2023). *Global Drinking Demographics*. Citováno 25. ledna. 2023. Dostupné z: <https://alcohol.org/guides/global-drinking-demographics/>.
- American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology. Citováno 27. prosince. 2022. Dostupné z: <https://dictionary.apa.org/alcohol>.
- American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology. Citováno 3. ledna. 2023. Dostupné z: <https://dictionary.apa.org/defense-mechanisms>.
- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., & Connolly, J. (2010). *Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome*. *Addiction*, 105(1), 87–99.
- Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Portál.
- Berney, S., de Roten, Y., Beretta, V., Kramer, U., & Despland, J. N. (2014). Identifying psychotic defenses in a clinical interview. *Journal of clinical psychology*, 70(5), 428-439.
- Berridge, K. C., & Robinson, T. E. (2016). Liking, wanting, and the incentive-sensitization theory of addiction. *American Psychologist*, 71(8), 670.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). *Alcohol and depression*. *Addiction*, 106(5), 906–914.
- Britton, P. C. (2004). The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addiction Research & Theory*, 12(2), 103-114.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada Publishing.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in cognitive sciences*, 18(6), 293-299.

- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of abnormal psychology*, 101(1), 139.
- Costa, R. M., & Brody, S. (2013). Immature psychological defense mechanisms are associated with greater personal importance of junk food, alcohol, and television. *Psychiatry Research*, 209(3), 535-539.
- Cramer, P. (1999). Personality, personality disorders, and defense mechanisms. *Journal of personality*, 67(3), 535-554.
- Cramer, P. (2006). *Protecting the self: Defense mechanisms in action*. Guilford Press.
- Červenková, I. (2005). *Možnosti měření obranných mechanismů ega (standardizace české verze dotazníku DSQ 40)* [diplomové práce]. Univerzita Karlova.
- DeFife, J. A., & Hilsenroth, M. J. (2005). Clinical utility of the Defensive Functioning Scale in the assessment of depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(3), 176-182.
- Edwards, G. (2004). *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu* (přeložil Kateřina BODNÁROVÁ). Nakladatelství Lidové noviny.
- Feil, J., & Hasking, P. (2008). The relationship between personality, coping strategies and alcohol use. *Addiction Research & Theory*, 16(5), 526-537.
- Ferenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (přeložil Petr BAKALÁŘ). Portál.
- Fidesová, H. & Miovský, M. (2020). Aktualizovaná verze Leschovy typologie závislosti na alkoholu. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 2/2020, 112-113.
- Fink, G. (2016). Stress, definitions, mechanisms, and effects outlined: Lessons from anxiety. In *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 3-11). Academic Press.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení* (2., rozšířené a aktualizované vydání). Grada Publishing.
- Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanismy* (přeložil Petr BABKA). Portál.

- Goss, A., & Morosko, T. E. (1970). Relation between a dimension of Internal-External Control and the MMPI with an alcoholic population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(2), 189–192.
- Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C., & Pickering, R. P. (2004). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991–1992 and 2001–2002. *Drug and alcohol dependence*, 74(3), 223-234.
- Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat* (Vyd. 2., opr). Portál.
- Hinrichsen, J. J. (1976). Locus of control among alcoholics. Some empirical and conceptual issues. *Journal of Studies on Alcohol*, 37(7), 908-916.
- Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., Ben-Porath, Y., & Monnier, J. (1994). Gender and coping: The dual-axis model of coping. *American journal of community psychology*, 22(1), 49-82.
- Hong, S., & Ha, J. H. (2020). Classification and Evaluation of Defense Mechanisms. *Psychoanalysis*, 31(1), 1-10.
- Churakova, I., Burlaka, V., & Parker, T. W. (2017). Relationship between alcohol use, spirituality, and coping. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15, 842-852.
- Iwanicka, K., Gerhant, A., & Olajosy, M. (2017). Psychopathological symptoms, defense mechanisms and time perspectives among subjects with alcohol dependence (AD) presenting different patterns of coping with stress. *PeerJ*, 5, e3576.
- Janke, W., & Erdmann, G. (2003). *Strategie zvládání stresu–SVF 78*. Praha: Testcentrum.
- Jellinek, E. M. (1960). Formulations of the Disease Nature of Alcoholism. In *The disease concept of alcoholism* (s. 33-149). New Haven: Hillhouse Press.
- Jung, Y. C., & Namkoong, K. (2014). Alcohol: intoxication and poisoning–diagnosis and treatment. *Handbook of clinical neurology*, 125, 115-121.
- Kalenda, J. (2021). *Obsahová analýza dokumentů jedinců léčících se s alkoholovou závislostí* [diplomové práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kalina, K. (2015). *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing.

- Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., ... & Manfro, G. G. (2005). Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(9), 619-624.
- Kliment, P. (2014). *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví* (autor úvodu Vratislav SCHREIBER). Portál.
- Křížová, I. (2021). *Závislosti: pro psychologické obory*. Grada.
- Kwon, P., & Lemon, K. E. (2000). Attributional style and defense mechanisms: A synthesis of cognitive and psychodynamic factors in depression. *Journal of clinical psychology*, 56(6), 723-735.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169.
- Leggio, L., Kenna, G. A., Fenton, M., Bonenfant, E., & Swift, R. M. (2009). *Typologies of Alcohol Dependence. From Jellinek to Genetics and Beyond*. *Neuropsychology Review*, 19(1), 115–129.
- Lesch, O. M., & Walter, H. (1996). Subtypes of alcoholism and their role in therapy. *Alcohol and Alcoholism*, 31(1), 63-68.
- Li, C. T., Cao, J., & Li, T. M. (2016). Eustress or distress: An empirical study of perceived stress in everyday college life. In *Proceedings of the 2016 ACM International Joint Conference on Pervasive and Ubiquitous Computing: Adjunct* (pp. 1209-1217).
- McCarty, R. (2016). The Fight-or-Flight Response. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, 33–37.
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktury osobnosti v klinickém procesu* (přeložil Hana DRÁBKOVÁ). Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.
- Mlčák, Z. (2011). *Psychologie zdraví a nemoci* (Vyd. 2). Ostravská univerzita.

- Nes, L. S., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and social psychology review*, 10(3), 235-251.
- Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby* (5., rozšířené vydání). Portál.
- Nešpor, K. (2019). *Přirozené způsoby zvládnání stresu*. Raabe.
- Nguyen, N. N. (2022). Optimism as a protective factor against alcohol use among Vietnamese teenagers. *Journal of Substance Use*, 27(4), 381-384.
- Olecká, I., & Pospíšil, J. (2022). Sociodemographic analysis of substance abuse data in 2020. In *Substance abuse in the Czech population: reflections on threats, their value context and possibilities of social prevention* (s. 41-54). Palacký University Olomouc.
- Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Grada.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.
- Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Grada Publishing.
- Plháková, A. (2011). *Úvod do psychoanalytických teorií*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Preiss M, Vacíř K. *BDI-II. Beckova sebeposuzovací škála pro dospělé*. Brno: Psychodiagnostika 1999.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi* (přeložil Jiří ŠTĚPO). Grada Publishing.
- Procházka, R., Mahrová, G., & Laštovica, M. (2014). Alexithymie a její vztah k osobnostním stylům u lidí závislých na psychoaktivních látkách. *Psychologie a její kontexty (Psychology & Its Contexts)*, (5), 17-26.
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). BECKOVA ŠKÁLA DEPRESE BDI-II STANDARDIZACE A VYUŽITÍ V PRAXI. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 112(6).

- Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2012). *Psychiatrie: minimum pro praxi* (5. vyd). Triton.
- Raketic, D., Kovacevic, M., & Djuric, T. (2009). Women addiction (alcohol and opiates) and defense mechanism style. *European Psychiatry*, 24(S1), 1-1.
- Ribadier, A., Dorard, G., & Varescon, I. (2016). Personality and defense styles: clinical specificities and predictive factors of alcohol use disorder in women. *Journal of psychoactive drugs*, 48(5), 384-392.
- Robinson, A. M. (2018). Let's talk about stress: History of stress research. *Review of General Psychology*, 22(3), 334-342.
- Rotgers, F. (1999). *Léčba drogových závislostí* (přeložil Magdalena SLÁČALOVÁ, přeložil Martin HAJNÝ). Grada.
- Roth, P. (2001). The paranoid-schizoid position. *Kleinian theory: A contemporary perspective*, 32-46.
- Řehan, V. (2007). *Adiktologie I*. Univerzita Palackého.
- Schlaff, G., Walter, H., & Lesch, O. M. (2011). The Lesch alcoholism typology - psychiatric and psychosocial treatment approaches. *Annals of gastroenterology*, 24(2), 89-97.
- Schuckit, M. A. (1994). *Alcohol and depression: a clinical perspective*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s377), 28-32.
- Skála, J. (1988). *--až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách (zneužívání a závislost)* (4. přeprac. a dopl. vyd). Avicenum.
- Spáčil, T. (2018). *Obranné mechanismy a copingové strategie u lidí závislých na alkoholu* [diplomová práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Portál.
- Tan, S. Y., & Yip, A. (2018). Hans Selye (1907-1982): Founder of the stress theory. *Singapore medical journal*, 59(4), 170.
- Urbanovská, E. (2012). *Psychologie zdraví I*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Váchová, P. E., Janů, L. & Racková, S. (2009). Patogeneze závislosti. *Psychiatr. Pro Praxi*, 10(6): 257-259.

- Vaillant, G., E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of general psychiatry*, 24(2), 107-118.
- Vaillant, G., E. (2012). Lifting the field's "repression" of defenses. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 885-887
- Vaillant, G., E. (2020). Defense Mechanisms. In Zeigler-Hill, V., & Shackelford, T. K. (Eds.). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (s. 1024-1033). Springer.
- Walker, M. P. (2018). *Proč spíme: odhalte sílu spánku a snění* (přeložil Filip DRLÍK). Jan Melvil Publishing.
- West, R. (2016). *Modely závislosti*. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
- World Health Organization. (2022). *Alcohol*. Citováno 23. listopadu. 2022. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
- World Health Organization. (2022). *Turning down the alcohol flow. Background document on the European framework for action on alcohol, 2022–2025* (No. WHO/EURO: 2022-5991-45756-65835). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Wray, T. B., Dvorak, R. D., Hsia, J. F., Arens, A. M., & Schweinle, W. E. (2013). Optimism and pessimism as predictors of alcohol use trajectories in adolescence. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(1), 58-68.

Přílohy

Seznam příloh:

1. Český a cizojazyčný abstrakt
2. Představení výzkumu
3. Práce s daty v programu STATISTICa

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Obranné mechanismy, copingové strategie a míra deprese u jedinců se závislostí na alkoholu

Autor práce: Bc. Jan Kalenda

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

Počet stran a znaků: 88 s., 175 097 počet znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 92

Abstrakt: Cíle práce byly rozděleny na primární cíl výzkumu a sekundární cíl výzkumu. Primárním cílem výzkumu bylo zjistit, zda se jedinci s problematikou alkoholové závislosti liší v používání copingových strategií a obranných mechanismů od běžné populace. Sekundárním cílem bylo analyzovat možné vztahy mezi depresí a copingovými strategiemi a obrannými mechanismy. Teoretická část je zaměřena na čtyři velká témata týkající se alkoholu, stresu a jeho zvládnutí, obranných mechanismů a deprese. Kapitoly jsou proložené výzkumy týkající se těchto témat a problematikou závislosti. Ve výzkumu jsme využívali dotazníky SVF-78, BDI-II a DSQ40. Pracovali jsme s daty od 67 respondentů. Prokázali jsme vyšší užívání negativních copingových strategií oproti běžné populaci. Dále jsme prokázali vyšší užívání nezralých a neurotických obran oproti normě. Nalezli jsme středně silné vztahy mezi negativními copingovými strategiemi a depresí a nezralými obrannými mechanismy a depresí.

Klíčová slova: alkohol, copingové strategie, obranné mechanismy, deprese, SVF-78, BDI-II, DSQ40

ABSTRACT OF THESIS

Title: Defense mechanisms, coping strategies and depression rates in individual with alcohol dependance

Author: Bc. Jan Kalenda

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

Number of pages and characters: 88 p., 175 097 number of characters

Number of appendices: 3

Number of references: 92

Abstract: The objectives of the work were divided into primary research objective and secondary research objective. The primary goal of the research was to determine whether individuals with alcohol addiction differ in their use of coping strategies and defense mechanisms from the general population. A secondary aim was to analyze possible relationships between depression and coping strategies and defense mechanisms. The theoretical part is focused on four big topics related to alcohol, stress and its management, defense mechanisms and depression. The chapters are interspersed with research on these topics and the issue of addiction. In the research, we used the SVF-78, BDI-II and DSQ40 questionnaires. We worked with data from 67 respondents. We demonstrated a higher use of negative coping strategies compared to the general population. Furthermore, we demonstrated a higher use of immature and neurotic defenses compared to the norm. We found moderately strong relationships between negative coping strategies and depression and between immature defense mechanisms and depression.

Key words: alcohol, coping strategies, defense mechanisms, depression, SVF-78, BDI-II, DSQ40

Příloha č. 2 Představení výzkumu



Výzkum: Obranné mechanismy, copingové strategie a míra deprese u jedinců se závislostí na alkoholu

Autor: Bc. Jan Kalenda

Dobrý den vážený pane, vážená paní,

mé jméno je Bc. Jan Kalenda a jsem studentem 2. stupně magisterského programu Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Se svým vedoucím doc. PhDr. Mgr. Romanem Procházkou, Ph.D. se v diplomové práci zaměřujeme na téma obranných mechanismů, copingových strategií a deprese u jedinců s problematikou závislosti na alkoholu. Výzkum probíhá v kvantitativním duchu, a to za pomoci dotazníků DSQ40, SVF 78 a BDI-II. Touto cestou bych Vás velmi rád požádal o pár minut Vašeho času a o spolupráci vyplněním následujících dotazníků.

Výzkum je zcela anonymní a tyto data nebudou použity jinak než k interpretaci výsledků v rámci diplomové práce. Vstup do výzkumu je dobrovolný a základní podmínkou je dodržení etických standardů výzkumu. Z výzkumu lze kdykoliv odstoupit bez udání důvodu. Testová baterie zabere zhruba 35 minut. Velmi si vážím Vaší pomoci a spolupráce. Výzkum by měl přispět na pole závislostní problematiky a nabídnout náhled na téma obranných mechanismů, copingových strategií a deprese. V případě zájmu a jakýchkoliv dotazů, mě můžete kontaktovat na emailové adrese jan.kalenda01@upol.cz

Podpisem prohlašuji, že jsem byl seznámen s podmínkami účasti na výzkumu k diplomové práci na téma Obranné mechanismy, copingové strategie a míra deprese u jedinců se závislostí na alkoholu. Beru na vědomí, že osobní údaje (jméno, příjmení, rok narození a jiné) poskytnuté pro účely výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k účelům diplomové práce. Beru na vědomí, že z výzkumu mohu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu.

Dne.....

Podpis.....

Příloha č. 3 Práce s daty v programu STATISTICA

Statistica - CELEK MGR VÝZKUM stat

File Home Edit View Format Statistics Data Mining Graphs Tools Data Feature Finder

Cut Select All Move Screen Catcher Find Repeat Go To Find/Replace Fill Random Values Copy Down Copy Right Standardize Variables Cases Variables Cases OLE Object OLE Links Edit

Data: CELEK MGR VÝZKUM stat (43v by 67c)

C:\Users\Jan Kalenda\Desktop\CELEK MGR VÝZKUM.xlsx : List1

| ČÍSLO PAC | Podhodnocení | Odmítnání viny | Odklon | Náhradní uspokojení | Kontrola situace | Kontrola reakce | Pozitivní sebeinstrukce | Potřeba sociální opory | Vyhýbání se | Úniková tendence | Perseverace | Rezignace |
|-----------|--------------|----------------|--------|---------------------|------------------|-----------------|-------------------------|------------------------|-------------|------------------|-------------|-----------|
| 11 | 55 | 51 | 62 | 70 | 66 | 61 | 54 | 54 | 70 | 58 | 59 | 54 |
| 12 | 60 | 51 | 67 | 70 | 55 | 64 | 65 | 58 | 66 | 51 | 41 | 48 |
| 13 | 28 | 45 | 51 | 40 | 48 | 44 | 38 | 72 | 51 | 61 | 61 | 70 |
| 14 | 46 | 51 | 57 | 54 | 50 | 58 | 51 | 69 | 73 | 48 | 62 | 58 |
| 15 | 37 | 41 | 47 | 38 | 58 | 58 | 49 | 44 | 45 | 58 | 55 | 60 |
| 16 | 59 | 48 | 59 | 65 | 48 | 48 | 51 | 66 | 59 | 48 | 55 | 51 |
| 17 | 0 | 41 | 30 | 29 | 48 | 0 | 32 | 59 | 28 | 68 | 69 | 75 |
| 18 | 54 | 68 | 53 | 52 | 33 | 50 | 36 | 36 | 49 | 58 | 33 | 60 |
| 19 | 46 | 45 | 59 | 62 | 50 | 50 | 47 | 55 | 68 | 73 | 49 | 60 |
| 20 | 48 | 57 | 53 | 54 | 41 | 50 | 47 | 55 | 54 | 58 | 59 | 58 |
| 21 | 51 | 0 | 27 | 44 | 30 | 29 | 31 | 48 | 37 | 40 | 33 | 56 |
| 22 | 58 | 0 | 57 | 75 | 63 | 55 | 51 | 72 | 64 | 61 | 66 | 70 |
| 23 | 42 | 73 | 33 | 46 | 63 | 52 | 54 | 67 | 48 | 45 | 61 | 32 |
| 24 | 55 | 54 | 59 | 58 | 55 | 55 | 49 | 67 | 57 | 64 | 55 | 65 |
| 25 | 46 | 51 | 57 | 69 | 38 | 38 | 43 | 67 | 49 | 68 | 49 | 58 |
| 26 | 75 | 73 | 53 | 54 | 60 | 61 | 54 | 75 | 70 | 66 | 55 | 58 |
| 27 | 31 | 45 | 47 | 49 | 47 | 41 | 38 | 59 | 59 | 70 | 63 | 75 |
| 28 | 37 | 48 | 44 | 44 | 47 | 50 | 36 | 58 | 64 | 73 | 72 | 75 |
| 29 | 28 | 48 | 41 | 49 | 44 | 39 | 34 | 72 | 53 | 73 | 63 | 73 |
| 30 | 46 | 48 | 57 | 46 | 58 | 52 | 49 | 46 | 70 | 51 | 25 | 35 |
| 31 | 28 | 48 | 39 | 40 | 53 | 44 | 40 | 58 | 53 | 64 | 63 | 60 |
| 32 | 23 | 39 | 53 | 52 | 55 | 45 | 40 | 62 | 68 | 68 | 72 | 75 |
| 33 | 23 | 23 | 51 | 44 | 38 | 44 | 25 | 69 | 47 | 73 | 63 | 62 |
| 34 | 64 | 61 | 57 | 52 | 38 | 45 | 49 | 48 | 53 | 58 | 45 | 60 |
| 35 | 51 | 57 | 57 | 52 | 53 | 50 | 45 | 66 | 62 | 61 | 61 | 63 |
| 36 | 62 | 45 | 51 | 49 | 58 | 68 | 63 | 54 | 62 | 51 | 54 | 48 |
| 37 | 23 | 36 | 47 | 40 | 38 | 41 | 36 | 69 | 51 | 70 | 63 | 75 |
| 38 | 37 | 36 | 41 | 43 | 25 | 32 | 31 | 59 | 45 | 58 | 54 | 60 |
| 40 | 55 | 61 | 57 | 46 | 50 | 52 | 49 | 58 | 62 | 68 | 57 | 62 |

Descriptive Statistics: ... For Help, press F1 CELEK MGR VÝZKUM stat C1,V43 40 Set OFF Weight OFF CAP NUM REC