

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VZTAH MEZI EFEKTIVITOU OBRANNÝCH
MECHANISMŮ A KVALITOU INTROJIKOVANÝCH
VZTAHŮ U VYBRANÉ KLINICKÉ POPULACE**

**THE RELATION BETWEEN EFFECTIVENESS OF EGO DEFENSE
MECHANISMS AND QUALITY OF INTROJECT RELATIONSHIPS IN
SELECTED CLINICAL POPULATION**



Bakalářská diplomová práce

Autor: Martin Dušák

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc

2015

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Vztah mezi efektivitou obranných mechanismů a kvalitou introjиковaných vztahů u vybrané klinické populace“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 30. března 2015

.....

Martin Dušák

Poděkování

Chtěl bych poděkovat PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D., za ochotu a cenné připomínky, které mi pomohly při psaní této bakalářské práce.

Dále bych chtěl poděkovat personálu a pacientům Psychiatrické léčebny v Kroměříži za jejich vstřícný přístup a možnost zde výzkum provést.

V neposlední řadě také rodičům, přátelům a všem, kteří mě při psaní práce nějakým způsobem podpořili.

Úvod.....	5
Teoretická část	6
1. Uvedení do kontextu	6
2. Vznik a vývoj osobnosti.....	6
2.1 Orální fáze.....	7
2.2 Anální fáze.....	9
2.3 Falická fáze – Oidipální stádium	10
2.4 Období latence	11
2.5 Genitální období	12
3. Typy neurotického zpracování konfliktu	12
3.1 Hysterický modus	13
3.2 Nutkavý modus	14
3.3 Fobický modus.....	15
3.4 Úzkostný modus	16
3.5 Depresivní modus	17
4. Psychotický modus.....	18
5. Závislý modus	19
6. Teorie citové vazby	20
6.1 Některé metody k zjišťování citové vazby	23
7. Obranné mechanismy	23
7.1 Některé metody měření obranných mechanismů.....	24
8. Zvládání stresu	25
8.1 Některé metody k posuzování zvládání zátěže	27
9. Raná citová vazba, obranné mechanismy a zvládání stresu.....	28

Výzkumná část.....	30
10. Výzkumné cíle a výzkumná otázka	30
10.1. Výzkumné otázky	30
11. Sběr dat a výzkumný soubor.....	31
11.1 Neklinická populace	31
11.2 Klinická populace	31
12. Použité metody	33
12.1 Parental Bonding Instrument (PBI)	33
12.2 Strategie zvládnání stresu (SVF78)	34
12.3 Egostruktury.....	35
13. Způsob zpracování dat.....	37
14. Etika výzkumu	37
15. Výsledky	38
15.1 Neklinická populace	38
15.2 Klinická populace	41
15.3 Rozdíl mezi klinickou a neklinickou populací	42
15.4 Vyjádření k výzkumným otázkám.....	46
16. Diskuze	49
17. Souhrn.....	52
18. Závěr	56
Seznam použitých zdrojů a literatury	57
Přílohy.....	63

Úvod

Naše myšlení, chování a prožívání je určováno nesmírně pestrou paletou proměnných. To činí ze studia lidské mysli nesmírně obtížný úkol. V této práci budu pracovat s tím pohledem, že nás nejvíce ovlivňuje naše dětství a lidé, kteří se o nás v útlém věku starali. Především matka a otec. Jak je ale možné, že nás může takto vzdálená událost a téměř neexistující vzpomínky ovlivňovat? Občas může být těžké připustit si, že jsme do jisté míry determinováni svou minulostí, když už připustíme, že je to možné a pravděpodobné, začneme se ptát, jak nás tedy tyto vztahy ovlivňují.

Cílem této práce je pokusit se popsat, jak nás mohou rané vztahy ovlivnit a jak poté v dospělosti zvládáme náš každodenní život. V odpovídajících termínech, tedy jak naše rané vazby k pečujícím osobám ovlivňují v dospělosti naše obrany Ega, způsob, jak se vyrovnáváme se zátěží.

V teoretické části se zaměřím na to, jak vzniká lidská osobnost, na její vývoj od narození až po dospělost. Dále se zaměřím na to, jak může vypadat lidská psychika, pokud dojde k narušení přirozeného vývoje neurotické a psychotické osobnosti. Samostatné kapitoly budou věnovány teorii citové vazby, obranným mechanismům a copingu.

Práce si klade za cíl prozkoumat vztahy mezi těmito dimenzemi a porovnat, zda existuje rozdíl mezi klinickou populací tj. lidmi, kteří jsou v současnosti hospitalizováni na psychiatrickém oddělení, a neklinickou populací, tj. lidmi, kteří v současnosti hospitalizováni na psychiatrickém oddělení nejsou.

Inspirací pro tuto práci je nově vznikající dotazník „Egostruktury“, který vytvořil vedoucí této práce PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. Inspirací v tom smyslu, že dotazník obsahuje několik dimenzí, z nichž dvě jsou uvedeny v názvu práce, tj. „Kvalita introjikaných vztahů“ a „Síla obranných mechanismů“.

Tato práce přispívá k tvorbě norem tohoto dotazníku.

Teoretická část

1. Uvedení do kontextu

Pokud si dáváme za cíl zkoumat ranou citovou vazbu a zvládání stresu/obran Ega, je to poměrně ošemetný úkol. Představme si pomyslnou časovou osu, kde na levém konci je narození člověka, na pravém konci je současnost, tady a teď. Raná vazba je něco, co spadá spíše do levé části osy. To, jak člověk čelí *nynějším* problémům, se posouvá do pravé části pomyslné přímky. Oba dva koncepty pochopitelně zkoumáme *ze současného* pohledu, protože ve výzkumu jsou použity sebezposuzovací dotazníky. I tak, pokud se respondent nad otázkami zamýšlí, můžeme si jeho myšlenkové pochody pokusit představit. Pokud vyplňuje dotazníky o tom, jak vnímal své rodiče během prvních 16 let života, nepochybně pátrá v historii více, než pokud se zamýšlí, jak se např. během posledního týdne vyrovnal se zátěží.

Vzhledem k této pomyslné „vzdálenosti“ obou konceptů, je podle mého nezbytné popsat, co stojí „mezi“. Tedy vývoj lidské osobnosti.

Práce si klade za cíl srovnat klinickou a neklinickou populaci. Bylo by velmi zdlouhavé a nejspíš ne moc užitečné, popisovat symptomatiku jednotlivých diagnóz, které jsou v práci zastoupeny. Je zde však pokus o popsání dynamiky osobnosti s psychickými potížemi. Tato dynamika je důležitá nejen pro porozumění lidem s psychickými problémy, ale i pro pochopení fungování zdravé osobnosti, jelikož tyto „mody zpracování“ jsou určitým způsobem vlastní většině z nás.

Toto je základem práce, ve speciálních kapitolách se poté budu věnovat teorii citové vazby, obranným mechanismům a copingu.

2. Vznik a vývoj osobnosti

Nejprve se budu věnovat tomu, jak vlastně vzniká to, čemu můžeme říkat lidská osobnost. V této části budou popsány základní konstituční faktory, které při vzniku a vývoji osobnosti hrají hlavní roli.

Vývoj osobnosti je podle Cakirpaloglu (2012, s. 52) „*komplexní a celoživotní přeměna člověka z biologického v jedinečné lidské bytí.*“

K tomu, aby se z člověka skutečně stalo „*jedinečné lidské bytí*“, je zapotřebí několika faktorů. Základní faktory lze dělit na **vnitřní** a **vnější**. Za vnitřní je možné považovat to,

co člověk dostal do vínku. Jeho geny a biologická stavba. Za vnější činitele je pak považováno to, co na člověka během jeho života působí. Jako jsou geografické a přírodní jevy na straně jedné a společnost a kultura na straně druhé (Cakirpaloglu, 2012).

V této práci budu sledovat linku poměrně úzkou. Vnitřní činitele necháme v pozadí, jelikož jsou neměnné a pro tuto chvíli není důležité se jimi zabývat. Z vnějších činitelů poté vybereme „pouze“ primární vztahové osoby, jimiž jsou nejčastěji matka a otec. Mohou to však být i ti, kteří dané role zastupují (babička, náhradní matka atd.). Ta osoba, která se o malé dítě stará v prvních letech jeho života.

Myšlenka této práce stojí na předpokladu psychoanalytické tradice, že první roky života jsou nejdůležitějším obdobím ve vývoji člověka. Proto nyní popíšu základní vývojové etapy tak, jak je předložila psychoanalýza. Budu se snažit držet se moderního výkladu těchto fází, jelikož původní verze, tak jak ji popsal Freud (2000b) ve „Třech pojednáních k teorii sexuality“, není ve své ryzí (možná stereotypně pojímané) podobě příliš platná. Čeho však využiji, je členění vývojových fází, které je podle mého soudu přehledné a rozhodně ne zavrženíhodné.

2.1 Orální fáze

První období nazýváme tzv. orální fází. Orální proto, že podle klasické psychoanalytické teorie jsou hlavním zdrojem uspokojení ústa. Základní potřebou dítěte v tomto období je získání potravy v podobě kojení z mateřského prsu. Tím, že se mu potravy dostává, je jeho potřeba uspokojena a v dítěti klesá úzkost. Takto by mohla být formulována naprosto základní a poněkud stereotypní představa o orální fázi. Ukázalo se však, že tento pohled je velmi omezený a nebere v potaz další faktory. Dítě jistě potřebuje, aby bylo nakrmeno, také zde ale existuje silná potřeba po blízkém vztahu, po kontaktu s pečující osobou (Bowlby, 2010; Spitz, 1978).

Orální období bývá časově vymezeno narozením až prvním rokem života (Cakirpaloglu, 2012).

Potvrzení skutečnosti, jak je potřeba kontaktu s blízkou osobou důležitá, provedl Henry Harlow (1958), který ve svém dnes již slavném experimentu zkoumal opice makak. Ty byly krmeny dvěma typy „umělých matek“. Obě byly z drátů, schopné poskytnout potravu, ale pouze jedna byla obalena froté materiálem, příjemným na dotek. Opice vyživované pouze drátěnou matkou bez schopnosti poskytnout alespoň minimální potřebu kontaktu,

byly v dospělosti velmi agresivní, neschopné rozvíjet sociální vztahy a nebylo u nich přítomno sexuální chování (Harlow, 1958; Mentzos, 2000).

V českých podmínkách se této problematice věnoval Langmeier a Matějček (1968) v knize „Psychická deprivace v dětství“. Stručně shrnuto, děti, které strávily své první roky života bez pečující osoby, vykazovaly defekty v emoční, sociální a kognitivní oblasti. Tyto děti nebyly schopny si zvnitřnit „dobrý“ vztah, který by poté mohly využít pro budování zdravé osobnosti.

V prvním roce života se dítě projevuje, a tím i komunikuje, křikem, pláčem, sáním, smíchem, napodobováním, tulením (Mentzos, 2000), pokud tyto jeho projevy povedou k žádanému cíli, tj. kontakt s matkou (pečující osobou) a/nebo k ukojení hladu, tak dítě získá zkušenost, že může svým jednáním ovlivnit okolní svět. V této době jsou zde položeny základy dalšího vývoje, i když samozřejmě ne vědomě.

Podobně se k problematice prvního roku života vyjadřuje i Erik Erikson (1999), kdy prvním stádiem, které dítě musí ve svém životě překonat je tzv. bazální důvěra a nedůvěra. Tuto důvěru mu může poskytnout pečující osoba. Pokud to dobré převáží nad tím špatným, výsledkem je tzv. ctnost, kterou je v tomto stádiu „naděje“. Naděje, že svět je dobrý a stojí za to ho prozkoumat, že má cenu být aktivní ve svém snažení, že mohu něco změnit.

Erikson (1999, s. 37) dále popisuje i „*jádrovou patologii, základní antipatii*“, což je v prvním části života „*stažení se*“. To souvisí naopak s pasivitou, odevzdáním se osudu. Poněšický dále uvádí (2012c, s. 65): „*obětování se, čekání na vděčnost, tendence k harmonii a strach z konfliktů*.“ Také v méně patologické rovině, např. pohodlnost, naivní optimismus nebo přesvědčení „*on to za mě někdo (rodiče) zařídí*“. Toto, jak uvidíme později, velmi úzce souvisí s možnostmi, s jakými se člověk vyrovnává s obtížemi života.

Dítě v tomto období tvoří s pečující osobou jednotu. Margaret Mahlerová (2006) nazývá tuto jednotu symbiózou – symbiotickou fází. Z pohledu dítěte samozřejmě. Dítě nevnímá rozdíl mezi Já a Ty a je naprosto závislé na pečující osobě, která se o něj musí starat. Tento těsný vztah je naprosto kritický pro další vývoj. Dítě musí zakusit, že jeho potřeby jsou vnímány, že svět je dobré a bezpečné místo. Emoce dítěte jsou v tomto období v jakési surové formě a samo si není schopno s nimi poradit. Od toho je tu jeho pečující osoba, která mu tyto emoce pomáhá „kontejnovat“, jak tento proces nazval Bion (in Plháková, 2006).

Typickými obranami Ega jsou v tomto stádiu projekce, introjekce a popření (Blanck & Blanck, 1992). Obranné mechanismy budou více popsány v samostatné kapitole.

Vývoj Já (Self) se dá podle Eriksona (1968, s. 114) charakterizovat jako „*Já jsem to, co dostávám*“.

2.2 Anální fáze

Druhým stádiem vývoje dítěte, tak jak byly rozřazeny Freudem, je stádium anální. Hlavní erotogenní oblastí je, jak název napovídá, řitní otvor. Dítě se v tomto období učí, jak zadržovat své potřeby, odložit slast a naučit se používat nočník. Tento pohled byl však přeceňovaný, opět zde byl kladen přílišný důraz pouze na slast způsobovanou vyprazdňováním stolice, popř. důraz na čistotu. Modernější pojetí, tak jak ho popisují Mentzos (2000) a Poněšický (2012c), je více zaměřeno na autonomii a na blízký vztah k matce.

Anální fázi lze vymezit zhruba šestým měsícem, kdy dochází k postupnému přesunu psychické energie z úst do konečníku, a čtvrtým rokem života, kdy dochází k dalšímu přesunu libida, tentokrát do oblasti pohlavních orgánů (Cakirpaloglu, 2012).

Nad otázkou, proč vlastně dítě má potřebu pokračovat do další vývojové fáze, se podílí řada faktorů. K hlavním bude s velkou pravděpodobností patřit zrání centrální nervové soustavy a s tím související celková vyšší hybnost těla dítěte. Takto nově nabytá autonomie se začne projevovat prozkoumáváním světa se snahou po větší autonomii od pečující osoby. Margaret Mahlerová (2006) nazývá toto období „*praktikující fázi*“.

Dítě chce využít své nové schopnosti a odpoutat se od matky¹. O něco později dojde dítěti, že matku do jisté míry zanedbalo a bude se k ní chtít vrátit, podle Mahlerové (2006) tzv. „*fáze znovupřiblížení*“. To však pro dítě představuje konflikt mezi jeho přáními, jelikož na jednu stranu chce být samostatné, ale zároveň nechce o matku „*přijít*“. Čím blíže však matce je, tím více to vnímá jako ohrožující pro svou autonomii. To klade nároky na matku v tom smyslu, že mu musí dovolit tolik autonomie, kolik je dítě schopné zvládnout a zároveň pro něj fungovat jako „*bezpečný přístav*“, ke kterému se dítě může bez problémů vrátit. Dítě se v tomto věku může jevit jako vzteklé, zuřivé. V této fázi začíná být také důležitější úloha otce, který vstupuje nově do dříve pouze dyadického

¹ V literatuře často není rozlišena matka a pečující osoba obecně. V této práci jsou oba pojmy využívány jako synonyma, nejčastěji z důvodu přehlednosti při popisu pojetí daného autora.

vztahu. Usnadňuje tím dítěti odbourat úzkost, kterou má z toho, že chce „opustit“ matku. Pokud je otec nepřítomen, bude to znamenat v oidipálním trojúhelníku komplikovanější odpoutání dítěte od matky. Vytváří se tak také prostor pro další stádium tzv. falické (Mahlerová, 2006; Mentzos, 2000).

Pokud bychom tedy měli sloučit názory klasické psychoanalýzy a novějších teorií, je to možné takto. Dítě se v každé své oblasti snaží projevit svou libovůli, ať se již jedná o prozkoumávání světa nebo vyměšování. „*Chci dělat, co chci a vyměšovat, kdy chci*“, mohlo by znít v hlavě dítěte. Na druhé straně stojí rodič, který se v dobrém slova smyslu snaží dítě omezovat tak, aby z dítěte vyrostlo sociálně použitelné individuum. Říkají mu: „*Ted' půjdeš na nočník, támhle nechod', tohle nesmíš*“. Dítě se učí prosadit se a zároveň respektovat druhého (Poněšický, 2012c).

S popisem Mahlerové (2006) se shodují i pozorování Eriksona (1999). Ten považuje hlavní konflikt v této vývojové fázi za autonomii versus zahanbení (stud), s *vůli* jako ctností.

Došlo také k internalizaci pečující osoby v tom smyslu, že dítě ví, že tato osoba existuje, i když není přítomna. Jedná se tzv. „*objektovou stálost*“ (Mentzos, 2000; Rycroft, 1993).

K typickým obranám patří intelektualizace, izolace, reaktivní výtvar, odčinění identifikací a přesunutí (Blanck & Blanck, 1992).

Jako v předchozí kapitole vývoj Self se dá podle Eriksona (1968, s. 114) charakterizovat jako „*Já jsem to, co chci*“.

2.3 Falická fáze – Oidipální stádium

Třetím obdobím v životě dítěte je falická fáze. V ní se odehrává dnes již všeobecně známý oidipovský konflikt. Podle klasické psychoanalýzy, velmi zjednodušeně, se chlapci bojí, že o penis přijdou, tzv. kastrální úzkost, a dívky naopak penis mužům závidí. Tato vyjádření jsou velmi zhuštěná, ale například Mentzos (2000) uvádí, že kastrální úzkost je klinicky velmi dobře ověřena. Závist penisu se podle něho netýká anatomické rozdílnosti dívka – chlapec, ale symbolického významu v tom, že chlapcům jsou přiznávána větší práva než dívkám, např. ve smyslu projevení agresivity a animálnosti, což nebývá u dívek tak tolerováno. Zmiňuje poměrně malý prostor, který je v literatuře věnován konceptu „*závisti zrození*“ (Mentzos, 2000, s. 65), který naopak podporuje u chlapců pocit

méněcennosti tím, že nejsou schopni rodit děti. Dále tuto myšlenku Mentzos nerozvádí, ale lze usuzovat, že se opět nejedná o anatomický rozdíl jako takový, ale spíše jeho symbolický význam.

Oidipální stádium se podle Poněšického (2012a) rozpíná zhruba od druhého až třetího roku do pátého až šestého roku života dítěte. Hlavní oblastí, které je v tomto stádiu věnována pozornost, jsou genitálie. Je to období, kdy se nejprve rozvíjí a následně utichá dětská sexualita. Je přítomna dětská masturbace, objevují se fantazijní představy o druhém pohlaví, včetně incestních přání po rodiči opačného pohlaví.

Dítě v tomto období řeší obtížný konflikt, při kterém chce rodiče opačného pohlaví jen pro sebe, zároveň má však strach, jak ze své vlastní neschopnosti druhého „zvládnout“. Rodiče stejného pohlaví, kterého v tuto chvíli jednak miluje a nechce přijít o jeho náklonnost, zároveň však nenávidí, jelikož mu stojí v cestě za rodičem opačného pohlaví. Je zde vidět značný posun ve složitosti vztahů, které byly naznačeny u anální fáze, tzn. že se jedná o triadický vztah matka – dítě – otec (Mentzos, 2000; Poněšický, 2012a, 2012c).

Celé toto období souvisí s aspekty života jako soupeření, vítězství, porážky, méněcennost a celkově specifika ve vztahu ke stejnému a opačnému pohlaví (Poněšický, 2012b).

I v této kapitole popisuje Erikson (1968, s. 122) vývoj Self. Tentokrát takto: „*Já jsem to, co si dokážu představit*“.

2.4 Období latence

Toto období je vymezeno začátkem školní docházky, tj. šestým až sedmým rokem života až pubertou, tj. 12. rokem (Cakirpaloglu, 2012).

Podle klasické psychoanalytické teorie je toto období obdobím klidu, kdy je ukončen oidipovský konflikt a dítě se může soustředit na intelektuální rozvoj. Podle Lidze (1968) však není správně tento předpoklad zastávat. Dítě i nadále sexuálně prozkoumává sebe i své okolí.

Psychoanalýza tomuto období příliš prostoru nevěnuje, avšak vývojová psychologie toto období registruje a obecně bývá nazýváno *mladší školní věk*. Změny v tomto období nejsou bouřlivé, ale spíše postupné a kontinuální. Kromě vývoje kognitivních procesů na všech úrovních, je pro nás zajímavé sledovat emocionální vývoj. Ten již není tak afektovaný a dítě je schopné své emoce regulovat. Je schopno si některé věci „pouze“

myslet a nekonat podle nich okamžitě, ale vybit onu energii jinde. Toto období je také charakteristické větší extravertí a pohybem k lidem, ke skupině vrstevníků (Langmeier & Krejčířová, 2006; Šimíčková-Čížková, 2005).

Poslední shrnutí, které Erikson (1968, s. 127) uvádí, je právě u období latence, a to: „*Isem to, co se učím*“.

2.5 Genitální období

Posledním obdobím, které klasická psychoanalytická teorie rozlišuje, je období genitální. Jedná se o období velkých změn. Na jedné straně to jsou fyzické změny, především rozvoj sekundárních pohlavních znaků a s tím související změna vzhledu, rostoucí zájem o druhé pohlaví, s prvními sexuálními zážitky. Jedná se však spíše o hledání vlastních možností než opravdový zájem o intimitu (Mentzos, 2000).

Je to období charakteristické vyhraněností, hledáním své vlastní identity. Z toho vyplývá výrazná konformita s názory vrstevníků a nekonformita s názory generace rodičů. S koncem puberty pozvolně přicházejí myšlenky na budoucnost a vyhledávání vedení u autorit (Mentzos, 2000).

Počátek genitálního období je kolem dvanáctého roku a končí dospělostí, šestnáctého až osmnáctého roku (Cakirpaloglu, 2012).

3. Typy neurotického zpracování konfliktu

Pro neurózu, neurotickou osobnost nebo neurotické příznaky je typické to, že se objevují tělesné nebo duševní příznaky, pro které není při lékařském vyšetření objektivní důvod. Vše se zdá z medicínského hlediska v pořádku. Přesto však jedince mohou sužovat různé bolesti nebo se trápit v mezilidských vztazích. Zdroj pro neurotické symptomy je možné hledat u každé psychologické školy na jiném místě. Pro psychoanalýzu je to vnitřní konflikt, který pochází z dětských zákazů a omezení, pro např. behavioristy je to naučený znak úzkosti, pro Rogerse to je inkongruence, tedy že naše pocity nejsou v souladu s naším jednáním (Kratochvíl, 2006).

Obecně pro ně platí, že je to nezdravý způsob zvládnání intrapsychieho konfliktu, tak jak byl popsán v předchozí kapitole. V této práci se budu držet především psychodynamického pojetí neurózy.

Karen Horney (2000) ve své knize popisuje, co je to neurotická osobnost. Je to člověk, který nežije svůj život, je omezován nejrůznějšími zákazy a příkazy „tohle bych *měl* udělat / říci ...“ místo toho, co by člověk opravdu chtěl. V podstatě je v tomto pojetí těžké rozlišit, kdo je a kdo není neurotik. Důležité je, na jakém základu se staví. Pokud „jde do tuhého“, neurotik má mnohem větší pravděpodobnost, že s ním událost otřese a velmi to zraní jeho sebedůvěru. Je trochu jak prapor na stožáru. Kam vítr foukne, tam se stočí. Neumí si stát za svým. Pokud by toho byl schopný (jako zdravý člověk), těžší situace by ho sice do nějaké míry ochromily, avšak nevyvrátily by ho ze země. Zdravý člověk je spíše ten stožár, na kterém prapor vlaje. I on se ve větru kymácí, avšak neznamena to, že se neustále odvrací na jinou stranu.

Ještě uvedu krátkou poznámku na úvod. Mentzos (2000, 2012) se vyhýbá pojmenování např. „hysterická osobnost/ charakter“. Mluví spíše o „modech zpracování“. Definice jednotlivých neurotických osobností, tak jak se používají, nejsou přesné a neexistuje jednotný způsob jejich diagnostiky. Proto udělit nálepku „hysterický“ je podle něho v současné době nemožné. Lze však odhalit typický modus zpracování, který nazýváme např. hysterický, fobický atd. Těmito mody zpracování se budeme zabývat v následující kapitole.

Rozdělení na následující „mody“ zpracování je syntéza několika autorů, kteří se dané problematice věnují (Mentzos, 2000, 2012, Poněšický, 2012b, Reimann, 1999).

3.1 Hysterický modus

Pro hysterické zpracování konfliktů je typický převod do somatické sféry. Pacienti nejsou schopni vědomě prožívat konflikty.

Nejjednodušší způsob jak popsat hysterické zpracování, je začít s obranami, které jsou pro tento typ modu typické. Je to podle Poněšického (2012b) regrese, vytěsnění a konverze do somatické sféry. Nejdříve dochází k regresi, tj. do sestupu na nižší úroveň vývoje. Po regresi nastupuje na řadu vytěsnění, což znamená, že člověk si není vědom konfliktu, který v něm právě probíhá. Energie, která se však při vzniku podnětu nahromadila, se musí někde vybit. U hysterie se vybije přechodem do somatické sféry. Jedná se o symptomy jako poruchy zraku, poruchy dechu, pocity ochrnutí, neschopnost jít, stát, palpitace. Tyto symptomy jsou organicky nepodmíněné, tj. pokud pacienta vyšetří praktický lékař, např. bolest u srdce, nenajde z anatomického hlediska nic v nepořádku. Dříve tak byly příčiny hledány nejdříve právě u onoho postiženého orgánu, poté byly hledány neurologické

příčiny a až Freud spolu s Breuerem (1893) objevili spojitost mezi raným traumatem a funkční poruchou orgánu. Tuto poruchu nazvali právě konverzní hysterie.

Původ hysterického modu byl dříve dáván do souvislosti s oidipální fází a fixací libida zde. To je však podle Mentzose (2000, 2012) překonaný model. Jelikož se podle něj typická hysterie, tak jak je popsána v klasické psychoanalýze, téměř v klinické praxi nevyskytuje, tj. že by hlavní zdroj konfliktu souvisel s oidipovským trojúhelníkem. Uvádí, že je také poměrně častý výskyt nesprávně prožité symbiotické fáze (s matkou) v orální fázi.

Pro hysterický modus zpracování je typické, že pro něj neexistuje minulost ani budoucnost, ale pouze tady a teď. Okamžité uspokojení. Člověk nepřemýšlí nad konsekvencemi svých činů (Poněšický, 2012b).

Dnes se pod starým pojmem „konverzní hysterie“ nejčastěji rozumí disociativní a histriónské osobnosti (Mentzos, 2012).

3.2 Nutkavý modus

Nutková neuróza nebo nutkavý modus zpracování konfliktu je typický tím, že pacient trpí myšlenkami, které se mu vnucují, např. „něco se někomu stalo“, a způsob, jak se s těmito myšlenkami vypořádává, je ve většině případů kompulze. Ta má charakter magického jednání: „když otočím vypínačem třikrát, tak oné katastrofě zabráním“.

Jednou z hlavních charakteristik nutkavého modu je touha po rovnováze (Mentzos, 2012; Poněšický, 2012b).

V nevědomí pacienta vznikne impulz, který se dožaduje uspokojení. Pacient si je onoho impulzu vědom (na rozdíl od hysterického modu) a snaží se s ním bojovat. Ví, že jeho jednání je nesmyslné, že logicky nemusí cvaknout vypínačem světla třicetkrát, avšak úzkost, která provází tento proces, je po nějaké době neúnosná a pacient onu činnost stejně provede. Tím se úzkost sníží. Tento způsob vybití psychické energie je ale neúčinný, protože konflikt, který onu úzkost a impulz vyvolal, stále trvá. Nutkavé jednání je pouze náhražkou. Po nějaké době se potřeba činit vrátí a pacient jedná stejně, opakovaně (Mentzos, 2000, 2012; Poněšický, 2012b).

Typickými obranami jsou izolace afektu, reaktivní výtvar, intelektualizace a racionalizace. Ona izolace afektu je pro nutkavý modus zpracování typická. Obrany i Já pacienta jsou podle Poněšického (2012b) hypertrofické. Pacient, jak bylo zmíněno výše,

má na celý proces náhled a ví, že jedná nerozumně. Chtěl by ovládnout své city, potlačit je a vše řešit pouze racionálně a rozumově. Tím je opakem hysterického modu, který se vyznačuje výraznou emotivitou a dramatičností chování, vše „máme hned na talíři“, zatímco pacient s dominujícím nutkavým modem je rigidní, pedantní.

Nutkavý modus zpracování se často dává do souvislosti s anální fází. Řečí nevědomí by se dal hlavní konflikt charakterizovat slovy: „Mám být poslušný nebo můžu být i nevychovaný?“. V obecnější rovině se jedná o konflikt „poslušnost“ versus „vzdor“. Zde se novější autoři tolik neodkláněli od klasické psychoanalýzy a zmiňovali, že tento typ osobnosti bývá spojen s čistotou, ušpiněním nebo nákazou (Mentzos, 2000, 2012; Poněšický, 2012b).

Na závěr ještě zmíním, že nutkavá neuróza neexistuje bez fobických příznaků (Mentzos, 2000). Je to logické. Člověk má sice na svůj problém náhled, ale pokud se např. domnívá, že když přejede autem po mostě, tak někdo zemře, logicky se začne mostům vyhýbat. Vytvoří si tak fobie z mostů (gefyrofobie).

Nutkavé symptomy jsou také často přítomny u případu nastupující psychotické poruchy. „Odčinit“ konflikt magickými kroky zde působí jako poslední snaha o záchranu stability osobnosti před jejím rozpadem (Mentzos, 2000).

3.3 Fobický modus

Obecná definice fobie by se dala popsat následujícím způsobem. Pacient má problém poradit si s úzkostí, která vzniká v jeho nitru. Jeho způsob řešení je ten, že onu úzkost „naváže“ na nějaký vnější objekt. Tyto objekty (pavouci, hadi, otevřené/uzavřené prostory) mají tu výhodu, že se jim dá „snáze“ vyhnout. Jednoduchost úniku je však pouze zdánlivá. Pro neurotika je skutečně jednodušší cokoliv, než konfrontace se sebou samým. Vyhnout se v reálném životě hadům není zas tak složité, jako vyhnout se otevřeným prostorám. Toto je pak v reálu řešeno tzv. „řídícím objektem“, který pomáhá pacientovi zvládnout ony situace, kde by byl vystaven úzkost vzbuzující situaci. Tímto objektem může být rodinný příslušník, dítě, předmět, byt – něco, co mu pomůže snížit úzkost. V psychodynamické formulaci tento objekt nahrazuje nedostatečně zvnitřnělý vztah, který pacient ve svém dětství postrádal. V dospělosti ho nahradí takto „zvnějšku“. Zde by bylo možné uvažovat nad tím, že toto je jeden z důvodů, proč se v případě traumatické události u někoho fobie rozvine a u někoho ne. Tedy opora v dobrém introjektu (Mentzos, 2000, 2012; Poněšický, 2012b).

Poněšický (2012b) uvádí důvody vzniku fobie především v nepřítomnosti signální úzkosti. To znamená, že organizmus a psychika člověka nebyly schopny se připravit na traumatickou událost, ke které došlo velmi náhle. Dojde k jakémusi „průlom“ do nitra osobnosti, čímž člověk ztratí důvěru v pozitivní zkušenost a začne se některým situacím vyhýbat. Oním průlomem může být např. autohavárie, srdeční záchvat, ale i různá traumata z dětství, např. tak, jak jej popsal Freud v slavném případě „Analýza fobie pětiletého chlapce“ (Freud, 1936).

Nepřítomnost dobrého vztahu a traumatické události může tedy vést ke vzniku fobie. Důvody, proč se fobie váže nejčastěji na dané objekty a situace, se různí. Podle behavioristické teorie se jedná o časovou souslednost jevů v minulosti. Tedy, že například agorafobie vznikne z toho, že dítě cítí úzkost z místnosti, ve které došlo k traumatu. U místností a agorafobie je tento vztah pochopitelný, ale například u strachu z pavouků (arachnofobie), strachu z létání (aviofobie) nebo strachu z hadů (ofidiofobie) je tato souslednost mnohem méně zřejmá. Existují však genetické předpoklady pro rozvoj fobie. Pavouci a hadi jsou nejčastějšími z toho důvodu, že člověk má v sobě zakódováno vyhýbat se malým, rychle se pohybujícím objektům, protože mu v minulosti často přinášeli zkázu. Psychodynamické hledisko přináší pouze částečné vysvětlení fobie, a sice co ony objekty znamenají na symbolické úrovni. Jaký pocit může připomínat létání? Jednotné odpovědi se však nelze dopátrat, projevy fobie jsou individuální a velmi souvisí s životní situací pacienta (Mentzos, 2000; Vágnerová, 2012).

K typickým obranám patří hlavně přesunutí a vytěsnění: strach je přesunut z nitra na vnější objekt a na samotnou traumatickou událost si pacient nevzpomíná (Poněšický, 2012b).

3.4 Úzkostný modus

Úzkostné zpracování konfliktu má poněkud zvláštní postavení, jelikož úzkost je do jisté míry přítomna u všech zpracování konfliktů a někteří autoři ji považují za nejjednodušší typ utváření neurotických symptomů (Greenson, 1959). S tím však polemizuje Mentzos (2000) a uvádí, že poté by přestal existovat úzkostný typ osobnosti. Úzkost je nespecifická, není vázána na konkrétní podnět. Co však tedy určuje specifikum pomyslného typického úzkostného charakteru? Z literatury (Mentzos, 2000, 2012) se zdá, že se jedná především o sílu fyziologických příznaků.

Podstatou úzkosti je strach z nebytí, ze ztráty sebe sama, z ohrožení jak tělesného, tak duševního života. Snaží se připravit organismus na akci, na zachování sebe sama (Poněšický, 2012b).

K hlavním tělesným příznakům úzkosti řadí Mentzos (2000) především červenání, pocení, bušení srdce. Také zmiňuje, že hlavní zdroj úzkosti není z ohrožení psychické integrity, ale především z fyzického nebytí. Podle něj právě ono bušení srdce je nejčastější zdroj strachu z nebytí.

Úzkost je přítomna i u zdravých lidí a do jisté míry ji musíme považovat za žádoucí. Nutí člověka k tomu, aby zmobilizoval své síly a našel opět stav rovnováhy. To, co odlišuje úzkost zdravou a patologickou, je kvantitativní neadekvátnost. Na mírný podnět reaguje organismus přehnanou úzkostí, čímž se ona reakce stává nefunkční (Mentzos, 2000).

3.5 Depresivní modus

V nejobecnější definici je deprese reakcí na ztrátu (Poněšický, 2012b). Příčiny deprese je nutné hledat v dětství. Zdá se, že jedním z důležitých rysů depresivních osobností je nepřítomnost „pozitivního a spolehlivého vztahu“, nejčastěji vztahu s matkou. Velký vliv na osobnost dítěte může mít matka, která ho týrá, zanedbává, je nepřítomna, je sama depresivní, ale na druhé straně pokud dítě příliš rozmazluje. Dále také pokud není schopna poskytnout dítěti rozumnou míru pozitivní frustrace nebo mu není schopna nastavit určité hranice, tak aby dítě poznalo, že i láska pečující osoby nepřijde vždy sama od sebe a že o ni dítě musí aktivně bojovat. Dítěti, kterému nějaká z výše zmíněných (a mnoha dalších) vztahových zkušeností chybí, je pravděpodobné, že je bude v dospělosti neustále vyhledávat. Pacient se bude snažit najít to, čeho se mu v dětství nedostávalo. V té míře, jaké to však mělo proběhnout v dětství, tedy jakési nepodmíněné přijetí, je možné právě pouze v dětství. Dospělé vztahy na takovémto principu nemohou fungovat. Je možné, že toto pacient na vědomé úrovni chápe, ale na nevědomé úrovni bude neustále hledat onen dokonalý vztah, který mu v dětství „nevyšel“. To však není možné, a tak bude neustále docházet k novému a novému zklamání, z čehož může propuknout deprese.

V depresi hrají roli také kromě vztahových faktorů také faktory biologické, dědičné (Mentzos, 2000).

Mentzos (2000, 2012) popisuje tři bludné kruhy deprese. **První** z nich je následující: dojde-li ke ztrátě, snaží se pacient instinktivně stáhnout ze světa, do svého nitra. Jinak

řečeno nechce být světu na očích. To je přirozená reakce, avšak patologickou z ní činí opět její míra. První bludný kruh spočívá v tom, že se stažením ze světa (stále obrazným) se pacientovi ztratí i tzv. narcistický přísun, tedy i to dobré, co od lidí může získat (chválu, uznání). Neznamená to jen vyhnutí se dalším zklamáním a frustracím. **Druhý** bludný kruh spočívá v identifikaci se ztraceným objektem. Opět je to do jisté míry normální obrana člověka, např. když někdo převezme roli, kterou dříve vykonával zemřelý. Problém s identifikací je však v tom, že při ní nedochází k zvnitřnění pouze toho „dobrého“, ale i toho „špatného“, co onen ztracený objekt pro druhého představoval. Zjednodušeně řečeno, pacient má nyní v sobě motor deprese, který získal ve chvíli, kdy si myslel, že jen přebírá to dobré od toho druhého. **Třetí** bludný kruh souvisí s agresí. Depresivní pacient se bojí projevit agresi. Jelikož pokud by tak učinil, znamenalo by to riziko ztráty náklonnosti onoho milovaného objektu. Tudíž ji musí potlačit, agrese je však jednou ze základních lidských emocí a její projevení je nutné ke zdravému fungování. Tato agrese je nyní však obrácena na výše zmíněný zvnitřněný objekt. Stává se tak současně autoagresí.

Poněšický (2012b) shrnuje konflikt depresivního pacienta jako: „mám o lásku aktivně bojovat a riskovat zklamání nebo se mám pasivně přizpůsobit?“

4. Psychotický modus

Psychotické onemocnění je obecně stav, kdy je postížena schopnost člověka komunikovat s realitou. Člověk má problém odlišit to, co je realita a co je pouze fantazie (Možný, 1999).

Jedná se o celé spektrum nemocí, od schizofrenie po schizoafektivní poruchy. Nejen proto je také těžké určit příčinu vzniku psychózy, ta může být způsobena organickým poškozením mozku, existují toxické psychózy nebo např. psychotické dekompenzace u těžkých poruch osobnosti. Dále se hovoří o dědičných faktorech. Proto jsou také psychózy rozděleny do dvou základních skupin, a sice symptomatické a funkční (Možný, 1999; Vágnerová, 2012).

Přesto je však možné s jistým omezením vymezit dynamiku, která stojí za psychózou. Těm se věnuje např. Mentzos (2005) nebo Laing (2000). Snaží se pochopit symptomy psychózy jako smysluplné, i když se tak vůbec nemusejí zdát. Psychotická produkce (halucinace, bludy) jsou způsobem, jak se vypořádat s neúnosnými vnitřními obsahy. Hned na začátku knihy popisuje Mentzos (2005) příklad, kdy ho poprvé napadlo, jak je možné

uvažovat z hlediska psychodynamiky nad psychózami. Přišel navštívit mladou pacientku, která byla nově přijata na oddělení v akutním psychotickém stavu. Hned jak se objevil u ní v pokoji, začala na něj pacientka volat, že se zbláznil a ať mu někdo pomůže. To chápal autor jako projekci jejího nesnesitelného stavu.

Poněšický (2012b) popisuje psychózu jako stav, kdy se bourá hranice mezi Já a Ty, dochází k rozpadu osobnosti. Střed se hroutí zevnitř, jak popisuje ve své knize Saksová (2011). Při tomto rozpadu, zhroucení dochází podle Poněšického k „*totální projekci*“ (2012b, s. 166). Tím tedy vznikají bludy, tak jak bylo popsáno výše. To, co by tedy u zdravého člověka zůstalo ve fantazii, je nyní pro psychotika v realitě. Obsahy jeho vědomí a nevědomí, reality a fantazie se sloučily rozpadem osobnosti v jedno. Nedokáže rozeznat, kde začíná jedno a končí druhé.

Důvodem tohoto procesu je skutečnost (z psychodynamického hlediska), že psychotik prožívá nesnesitelný intrapsychický konflikt (kterému předcházela konflikt interpersonální), jehož jediným řešením v dané situaci je úplné emoční stažení se (Mentzos, 2012; Poněšický, 2012b). To je zřejmě důvod, proč např. pacienti se schizofrenií působí emočně velmi ploše, i když jsou rozumově celkem dobře schopni fungovat. Podle Poněšického (2012b) jde o konflikt mezi touhou po symbióze a zároveň strachem ze ztráty sebe sama. „Čím blíže jsem, tím více se ztrácím“. Spouštěčem prý nebývá trauma, jak je tomu v případě neuróz, ale spíše první zamilovanost, popř. nějaký jiný velmi blízký vztah.

Mentzos (2012) i Poněšický (2012b) uvažují nad tím, že persekucní bludy jsou poté jistým způsobem zachováním vztahovosti.

5. Závislý modus

Pokud hovoříme o závislé osobnosti, zdůrazňuje opět Mentzos (2012), že je to zavádějící, jelikož se závislost vyskytuje do nějaké míry u velké řady duševních poruch a obecně v lidském prožívání.

Kalina (2008) uvádí, že vliv na vznik závislosti má spoustu faktorů – biologických, rodinných, společenských. V rámci této práce se tedy budu opět věnovat hlavně dynamice a specifikům toho, jaké jsou hlavní rysy závislé osobnosti a jak tento typ osobnosti vzniká.

U závislého modu zpracování konfliktu se přímo nabízí hledat kritické faktory v orálním stádiu, jelikož to spojeno především s konzumací. Doslovnou i symbolickou. Snaha tohoto chování je odstranit nesnesitelné intrapsychické napětí (Mentzos, 2012).

Kalina (2008) v podstatě shrnuje nejednoznačnost vzniku závislosti, když popisuje vliv matky. Klasicky prý hyperprotektivní matka měla větší vliv na vznik závislosti. Tato interpretace však působí v léčebnách jako stigma a podle výzkumů, které dokládá Vaillant (1983, in Kalina, 2008), se tato hypotéza nepotvrdila.

Role otce se zdá podle Kaliny (2008) významnější. Málo vřelý a problematický vztah se objevil v rodinách lidí, kteří se později stali závislými, a to především na alkoholu. Obdobný vliv může mít také vzdálený nebo nepřítomný otec.

Výzkumy tedy spíše dávají do popředí vztah dítěte a otce, je však možné pracovat i na následující rovině. Jak jsem popsal výše, orální stádium souvisí se symbiotickou fází, s matkou. Tedy i doba, kde by bylo jistým způsobem logické hledat jeden z kořenů závislosti. Další předpoklad, že by zde mohl být skutečně vliv hyperprotektivní matky, která, zjednodušeně řečeno, nechce pustit dítě ze svých spárů. V pozdější vývojové fázi, kdy narůstá důležitost otce a kdy nastává přechod od dyadického k triadickému vztahu, který by měl dítěti svou přítomností usnadnit odloučení od matky. Pokud je však otec nedostupný (ať už fakticky nebo např. emočně), nedojde zde k onomu potřebnému odloučení od matky, resp. dojde, ale ne za pomoci otce.

Raná citová vazba je podle Kaliny (2008) v úzké souvislosti se závislostí. Popisuje tento vztah podobně, jako je popsán výše. Dítě nemá dostatečně zvnitřněný vztah, na který by se mohlo spolehnout. V těžkých chvílích tedy sahá po návykové látce nebo chování.

6. Teorie citové vazby

Teorie citové vazby (teorie attachmentu, přimknutí, připoutání) je jednou z nejvlivnějších psychologických teorií minulého století. Jejím autorem je John Bowlby (1907-1990). Jedná se teorii, která se zabývá vztahem dítěte a tzv. „vazebné osoby“. Tou hlavní bývá většinou matka, popř. osoba, která tuto roli zastupuje. Citovou vazbu však dítě vytváří i k dalším blízkým osobám, se kterými přichází do bližšího kontaktu.

Bowlby postavil svou teorii na pozorování malých dětí, tedy zcela jinak, než jak v té době psychoanalýza získávala informace. Ty pocházely především z klinických případů, z rozboru jedince a zpětném hledání příčin, jak se život člověka vyvíjel. Bowlby se přímým pozorováním snažil potvrdit poznatky psychoanalýzy a zároveň integrovat další přístupy, jako etologie, teorie systémů a kognitivní teorie (Bowlby, 2010; Fonagy & Target, 2005).

Jako vazbu (attachment) chápal Bowlby instinktivní soubor chování, který slouží k udržení blízkého vztahu mezi dítětem a vazebnou osobou. Tento vztah totiž podle Bowlbyho (2010) představuje stejně důležitý (ne-li důležitější) jako u jiných základních potřeb, např. jídla. Dítě po narození je bezmocné a potřebuje někoho, kdo bude jeho světu dávat smysl, kdo bude kontejnovat, jak by to nazval Bion, jeho emoce. Dítě se nemá o koho jiného opřít, než o svou vazebnou osobu (Fonagy & Target, 2005). Tento vztah je velmi blízký, podle Donalda Winnicotta dokonce natolik blízký, že „něco jako novorozenec neexistuje, existuje pouze novorozenec a jeho matka“ (Winnicott, 1960, s. 587).

Pokud tedy existuje takto silný vztah mezi dítětem a vazebnou osobou, je zřejmé, že dítě je tímto vztahem velmi ovlivněno. Způsob, jakým se tak stane, může být pochopitelně různý, od dobrých po špatné zkušenosti.

Spolupracovnice Bowlbyho, Mary Ainsworthová vyvinula test, kterým kvalitu připoutání u dětí zkoumala. Jedná se o tzv. „Strange Situation Test“ (dále jen SST), neboli „Test neznámé situace“ (Ainsworth & Bell, 1970). V tomto testu jsou kojenci nakrátko odloučení od své vazebné osoby a podle stylu, jakým se v dané situaci chovají, jsou odvozeny základní typy připoutání.

Jistý typ

Vazebné osoby jsou pro dítě přirozeně dostupné (fyzicky i emočně), není pro ně problém být v pozadí na úkor dítěte. Vytváří pro dítě tzv. „secure base“ – základnu. Je to ten typ vztahu, který poskytuje dítěti pozitivní zkušenost toho, že je přijímáno takové, jaké je, bez výhrad. Tuto zkušenost může získat pouze v dětství a pokud se tak stane, je dítě aktivní, prozkoumává okolí, protože ví, že se může bez problémů k matce vrátit, že je zde stále pro něj. V SST po odloučení od vazebné osoby ji děti hledají a volají ji, při znovusetkání ji vítají a jsou rádi, že ji vidí (Fonagy & Target, 2005; Titl, 2014).

Vyhýbavý typ

Vazebné osoby těchto dětí nebyly dostatečně dostupné, citově chladné a málo vnímavé. Poskytují jim bezpečí pouze v případě, že jsou „hodné“ a „nezlobí“ (Pöthe, 2001). Děti v SST při odloučení od vazebné osoby neprotestují, při jejím návratu se chovají lhostejně a nevítají ji. Nechají se utiшит i cizí osobou (Titl, 2014).

Ambivalentní typ

Vazebné osoby těchto dětí byly dostupné, avšak ve svém jednání nekonzistentní. Jsou dostupní, v obou smyslech, avšak nereagují dosti citlivě na potřeby dítěte. Prosazují si samy své potřeby na úkor dítěte, které tak není schopno projevit všechny své potřeby. Díky nestálým reakcím ze strany okolí, se dítě snaží získat pozornost silnými emočními reakcemi. V SST při odloučení reagují silným pláčem, po znovusetkání je velmi těžké je utišit, snaží se „vyždímat“ (Titl, 2014, s. 81) z péče co nejvíce pozornosti, tu však nedokážou efektivně využít (Fonagy & Target, 2005; Kulísek, 2000; Titl, 2014).

Dezorganizovaný typ

Tento typ připoutání byl do seznamu přidán jako poslední, jelikož vykazuje znaky obou dvou předchozích, nejistých vazeb. Dítě se v SST chová tak, že při pohybu k vazebné osobě k ní postupuje např. s odvrácenou tváří, chodí v kruzích. Dítě k ní zároveň chce, ale zároveň se jí bojí. Důležitá vazebná osoba je zároveň zdrojem hrozby. Jedná se o případy, kdy je dítě v rodině týráno (Kulísek, 2000; Titl, 2014).

U jistého typu vazby byl zmíněn onen pozitivní vztah, který má dítě s vazebnou osobou získat. Vztah, jaký si dítě zvnitřní, je dán jeho vztahovou osobou. To, jak pak bude následně jednat v dalších letech svého života, je určeno právě tímto vztahem. V teorii citové vazby se tomuto modelu říká „vnitřní pracovní model“. Je to základní nastavení, se kterým vychází dítě do světa a podle kterého bude jednat s dalšími lidmi. Toto nastavení je poměrně stálé a s časem se moc nemění. Bowlby (2012) popisuje, že člověk nepracuje s jedním ale dvěma i více modely, které jsou na sebe navrženy a částečně propojeny. Jeden vnitřní pracovní model však bývá dominantní, většinou ten první. Problém, je že tento první vztah může být nevědomý a člověk jedná podle tohoto základního nastavení (tedy např. ostatní mě budou mít rádi, jen pokud dodržím pravidla), avšak tento model byl možná funkční v dětství, v nových, dospělých situacích již funkční nebude. K nápravě je nutné ho pomocí psychoterapie dostat zpět do vědomí.

Bowlbyho myšlenky jsou dnes již rozpracovány mnoha autory a je v podstatě nemožné je zachytit všechny na jednom místě. Nejblíže k tomuto úkolu má kniha Jude Cassidyové a Philipa Shavera - *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (2008).

6.1 Některé metody k zjišťování citové vazby

Zde jsou uvedeny vybrané metody, s kterými je možné měřit kvalitu rané vazby. Metod je nepřehledné množství a zde jsou uvedeny ty nejpoužívanější.

- **PBI** – Parental Bonding Instrument – tento test je používán ve výzkumu pro tuto práci. Bližší popis je ve výzkumné části.
- **AAQ** (Adult Attachment Questionnaire) – vytvořen v roce 1990, autoři dotazníku jsou Hazen a Shaver. Obsahuje celkem 18 položek. Hodnocení probíhá na pěti bodové Likertově škále. Typy připoutání, které dotazník měří, jsou: jistý, úzkostný a vyhýbavý (Svoboda, 2013).
- **ECR** (Experiences in Close Relationships) – dotazník vytvořil Brennan, Clark a Shaver v roce 1998. Obsahuje celkem 18 položek a je rozdělen na dvě subškály: „vztahovou úzkostnost“ a „vztahovou vyhýbavost“. Hodnocení probíhá na sedmi bodové Likertově stupnici. Do českého prostředí škálu přeložil Lečbych a Pospíšilíková (2012).

7. Obranné mechanismy

Pro tuto chvíli zúžíme lidskou bytost a její totožnost na pojem Ego. Ego je ta vědomá část našeho prožívání, ten, za koho se považujeme, že jsme. Ve světě jsme však vystaveni mnoha hrozbám a zátěžím, které mohou přicházet jak z vnějšku, tak z našeho nitra. Z vnějšku není takový problém si zátěž představit, např. zkouška, úmrtí blízkého člověka. Hrozby z vnitřku jsou něco jiného. Vznikají na způsobu zvnitřňování (introjekce) vztahů a situací. Jak bylo popsáno v kapitole o teorii citové vazby, vytváříme si vnitřní model, podle kterého se poté vztahujeme k ostatním. Ať už jsou ony blízké osoby dobré nebo špatné. Tyto modely jsou často neměnné a také nevědomé (Bowlby, 2010).

Pokud tedy ve světě narazíme na spouštěč, který aktivuje náš nevědomý vnitřní model, začneme podle něj jednat, i když to nemusí být v danou chvíli nejvhodnější. Jak je to možné? Obrana našeho Ega nám nedovolí jednat jinak. Znamenalo by to narušení našeho sebepojetí, našeho vidění světa. A jak bylo popsáno v kapitole o úzkosti, už to stačí k tomu, aby se objevil strach z „nebytí“ (Poněšický, 2012b).

Obrany Ega se tedy snaží odvrátit tuto úzkost, toho ohrožení našeho sebepojetí. Celý tento mechanismus je nevědomý, což představuje právě jeho výhodu i nevýhodu. Výhoda je ta, že se nemusíme tak často vypořádávat s úzkostí, avšak pokud obrany chrání nějaký maladaptivní introjekt, nějaký vztah, který není dobrý, který není funkční, tím ztrácí Ego jakousi barevnost toho, jak se může projevovat. Vzniká tedy to, čemu se říká neurotický symptom. Ego (člověk) přichází o možnost, např. prosadit se, projevit agresi. Obrany Ega tu nejsou od toho, aby problém vyřešily, ale aby zmírnily napětí (Mentzos, 2012).

Sám Freud (1991) již některé obrany popsal, více se jimi zabývala však až jeho dcera Anna Freudová.

Ta ve své knize (Freud, 2006) popsal deset základních obran. Jsou jimi regrese, vytěsnění, reaktivní formace, izolace, odčinění, projekce, introjekce, obrat proti, zvrát a sublimace.

Obrannými mechanismy se dále zabýval také americký psychiatr a psychoanalytik George Vaillant. Obrany rozdělil celkem na 4 skupiny: psychotické obrany, nezralé obrany, neurotické obrany a zralé obrany (Vaillant, 1992).

Jednotlivé popisy obran jsou známé a je možné je dohledat v mnoha publikacích, např. (Mentzos, 2000, 2012; Plháková, 2007; Rycroft, 1993). Uvádím však popis od Vaillanta (1992, s. 39), který popisuje jednotlivé obrany z pohledu toho, jak je daný člověk nebo pacient vědomě popisuje. Vychází ze základního tvrzení, „nenávidím svého otce“, jednotlivé obrany pak ono tvrzení „překrouť“ podle svého specifického způsobu.

Tab. 1: Popis obranných mechanismů podle Vaillanta (1992, s. 39)

Obrana	Vědomá reprezentace myšlenky, pocitu nebo chování
Bez obrany	Nenávidím svého otce!
Psychotické obrany	
Popření	Ke zrození jsem nepotřeboval otce!
Nezralé obrany	
Projekce	Můj otec mě nenávidí!
Pasivně-agresivní chování	Nenávidím sebe! (pokus o sebevraždu)
Agování	Bez rozmyslu přejedu 12 policistů.
Fantazie	Ve svém denním snění myslím na to, jak vraždím obry.
Neurotické obrany	
Disociace	Říkám svému otci vtipy.
Přemístění	Nenávidím otcova psa!
Izolace (nebo intelektualizace)	Nesouhlasím s obchodními praktikami svého otce!
Vytěsnění	Nevím, proč se tak potím a proč jsem takový podrážděný.
Reaktivní formace	Miluji svého otce a nesnáším otcovy nepřátele.
Zralé obrany	
Potlačení	Jsem na svého otce naštvaný, ale neřeknu mu to.
Sublimace	Porazil jsem otce v ping-pongu.
Altruismus	Chápu ty, kteří nesnáší mého otce.

7.1 Některé metody měření obranných mechanismů

Obranné mechanismy jsou již ze své podstaty nevědomé, a je proto těžké snažit se o jejich „změření“. V České republice je k dispozici pouze metoda DSQ-40, kterou do češtiny přeložila Iva Červenková (2005).

Zde následuje výčet a krátký popis metod, které se pokouší obrany Ega měřit:

- **Defense mechanism test (DMT)** – vytvořen v roce 1960 Ulfem Kraghem. Probandovy jsou předkládány obrázky na principu TAT. Test měří deset druhů obranných mechanismů (Gilíková, 2012; Krah, 1960).
- **Defense mechanism inventory (DMI)** – jedná se o projektivní techniku, kterou v roce 1969 vytvořil Gleser a Ihilevich. Probandovi je předloženo deset krátkých povídek, s možností 20 odpovědí. Na základě odpovědí se stanoví profil obranných mechanismů, které jsou seskupeny do pěti kategorií. Agrese proti sobě, agrese proti objektu, projekce, popření a mechanismy intelektualizace (Svoboda, 2013; Tauschke, Merskey, & Helmes, 1990).
- **Defense Style Questionnaire (DSQ)** – výše zmíněný dotazník, vytvořený v roce 1983 Bondem. Obsahuje 40 výroků, které jsou hodnoceny na 9 bodové škále (Červená, 2006).
- **Life Style Index (LSI)** - vytvořen Plutchikem, Kellermanem a Conteem v roce 1979. Je tvořen 8 škálami, které odpovídají následujícím obranám: popření, regrese, kompenzace, projekce, přemístění, intelektualizace, reaktivní výtvar a negace (Svoboda, 2013).

Obranné mechanismy je také možné zkoumat pomocí projektivních metod jako Tematický apercepční test nebo Rorschachova metoda (Cooper, Perry, & Arnow, 1988; Hibbard et al., 1994).

Obrany Ega jsou v literatuře občas popisovány s negativními konotacemi (Suls, David, & Harvey, 1996), je však nutné mít na paměti, že mají svůj smysl. Mají své ústřední místo ve struktuře lidské psychiky a snažit se je za každou cenu změnit, není dobrý nápad. V některých případech je dokonce vhodné snažit se obrany pacienta posilovat (Mentzos, 2005).

Jak bylo zmíněno, obranné mechanismy jsou nevědomé a jejich měření představuje metodologický problém. Ten shrnují ve své knize Plutchnik a Conte (1995, s. 205): *„V klasickém psychoanalytickém smyslu jsou obranné mechanismy nevědomý proces. Sebeuposuzovací dotazníky tedy nemusí postihnout podstatu daného jevu, kterého si daný člověk není vědom. Existuje však chvíle, kdy nejsou obrany naplno aktivní a subjekt si je na krátkou chvíli vědom svých zakázaných impulsů. Např. „Lidé mi říkají, že si občas vyleju vztek na někom, kdo si to nezaslouží“. Zde je možné zvažovat obranný mechanismus přemístění.“*

8. Zvládání stresu

V následující kapitole se budu věnovat stresu a strategiím jeho zvládání. Také se pokusím vymežit blíže vztah mezi obrannými mechanismy a copingem.

Existuje mnoho definic stresu, zde je jedna v podání Jara Křivohlavého (1994, s. 10). „*Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná*“.

Toto ohrožení může být prakticky cokoliv, co je jedincem vnímáno jako zátěžové. Bývají to zkoušky, termíny, davy lidí v supermarketu, hluk, znečištění, pracovní vytížení. Vše toto může nějakým způsobem ohrožovat integritu jedince, ať už psychicky nebo fyzicky.

Jak jsem popsal v předchozí kapitole, pokud něco ohrožuje celistvost osobnosti, nastává úzkost, která má za cíl odvrátit člověka od situace, představující dané ohrožení. Úzkost mohou odvracet nevědomé obrany Ega podle nejrůznějších scénářů. Jsou však *nevědomé*, a proto nám někdy mohou způsobit situace, kdy nejsme spokojeni, jak jsme se dostali „až sem“ nebo že jsme museli udělat „zrovna tohle“. V tuto chvíli přicházejí na scénu copingové strategie, díky kterým se snaží člověk vědomě přizpůsobit (ať už sebe nebo své okolí) nepříznivé situaci.

Další reakcí na stres mohou být deprese, agrese, vztek, apatie (Nolen-Hoeksema, 2012). Jedná se o další způsoby zpracování, s nimiž poté souvisí i specifická patologie, viz kapitola o neurotickém zpracování konfliktu.

Provokativní výrok Sigmunda Freuda (2000a, s. 13), že „*Já není pánem ve svém vlastním domě*“ je stále podle mého do určité míry platný, a tak by se mohlo zdát, že mluvit o něčem jako jsou vědomé strategie zvládnání, nemá smysl, když je většina našeho chování pravděpodobně určována naším nevědomím. Obecně lze však říci, že lidská touha po vědění a s ní související touha po kontrole je přítomna i v tom, jak se člověk vyrovnává se zátěží. Předchozím výrokem Sigmunda Freuda nechci shazovat lidské snahy o to, činit vědomá rozhodnutí. Je to koneckonců i jeden z úkolů psychoterapie jako léčby. Čím více toho o sobě víme, tím vědomější a erudovanější rozhodnutí můžeme učinit. Což posiluje hodnotu člověka tím, že ho to staví do středu sebe sama. „Já jsem ten, kdo to může změnit“ „Já jsem ten, kdo pro to něco udělá“, což je nepochybně zdravější přístup k životu, než pouhé „odevzdání se osudu“.

Vědomé způsoby toho, jak se vyrovnáváme s požadavky života, jsou tzv. strategie zvládnání stresu, zvládnání zátěže, zpracování stresu nebo coping, copingové strategie.

Průkopníkem ve výzkumu copingu je Richard S. Lazarus (1922-2002), americký psycholog, který popsal tzv. **kognitivně-transakční teorii zvládnání stresu**.

Základem této teorie je myšlenka, že různé situace jsou pro různé osoby různě obtížné. Při **primárním vyhodnocení**, jak je pro daného jedince situace obtížná a stresující, bere v potaz, zda může situace způsobit újmu (harm), zda se jedná o výzvu (challenge) nebo zda může přinést nějaký zisk (benefit). Tento proces probíhá na kognitivní úrovni. Hrají zde ještě roli přesvědčení (beliefs) (Ďurašková, 2013).

Při **sekundárním hodnocení** již jedinec hledá konkrétní způsoby toho, jak se s nastalou situací vypořádat. Zvažuje, zda disponuje dostatečnými zdroji (fyzickými, psychickými, sociálními, materiálními) a také následky svých činů (Baumgartner, 2001).

Obě hodnocení není nutné řadit za sebou a podle Lazaruse probíhají obě v podstatě současně. Často se také stane, že jedinec danou situaci přehodnotí poté, co zjistí, že má k dispozici vhodnou copingovou strategii. Má dostatek zdrojů k jejímu řešení a není nutné ji považovat za tak stresující. Nebo naopak zjistí, že situaci podcenil a bude se snažit najít nějakou vhodnější. Tento proces je možné opakovat neustále dokola (Ďurašková, 2013).

Výsledek výše zmíněného procesu je volba copingové strategie, které pomáhají zvládnout stresovou situaci.

Existují možnosti, jak kategorizovat zvládnání stresu, pro potřeby této práce si vystačíme takovým dělením, které používá dotazník SVF78. Jednotlivé strategie jsou popsány v kapitole o použitých metodách.

Mentzos (2012) např. řadí coping do kategorie zralých obranných mechanismů spolu se sublimací nebo humorem. Lazarus (in Plháková, 2007) uvádí, že součástí primárního procesu jsou také využívány obranné mechanismy, především pak racionalizace nebo popření negativních myšlenek a pocitů.

8.1 Některé metody k posuzování zvládnání zátěže

- **WCQ** (Ways of Coping Questionnaire) – autoři tohoto dotazníku jsou Folkmanová a Lazarus. Obsahuje 66 položek, které jsou hodnoceny na 4 položkové Likertově stupnici. Obsahuje 8 subškál. Bývá kritizován za nižší vnitřní konzistenci a nedostatečnou validitu (Baumgartner, 2001).
- **COPE** – Tento dotazník vytvořili Carver, Scheier a Weintraub. Tvoří ho celkem 60 položek a 15 subškál. Je také k dispozici ve verzi BriefCOPE, která zachovává počet subškál s polovičním počtem položek (Baumgartner, 2001).

- **SVF78** (Streßverarbeitungsfragebogen, Strategie zvládnání stresu) – tento dotazník je použit ve výzkumu v této práci. Podrobnější popis je ve výzkumné části (Baumgartner, 2001).
- **Stress Profile** – poprvé publikován v roce 1999 K. M. Nowackem. Obsahuje 123 položek a 15 subškál. Hodnocení probíhá na pětistupňové škále (Svoboda, 2013).

9. Raná citová vazba, obranné mechanismy a zvládnání stresu

Výzkumu vztahu mezi ranou citovou vazbou a obrannými mechanismy se v literatuře příliš prostoru nevěnuje.

Biernbaum (1999) ve své práci zkoumal právě vztah mezi obranami Ega a stylem připoutání s přihlédnutím k pohlaví. Z jeho výzkumu vyplývá, že kvalita rané citové vazby (zkoumaný pomocí AAQ) je signifikantní prediktor specifické formy obrany (měřené pomocí DMI), avšak pouze u žen, ale ne u mužů. Nejisté připoutání významně souviselo s TAS, tedy s autoagresí.

Pomocí dotazníku PBI pro zjištění kvality rané vazby a DMI pro obrany zkoumal Tauschke et al. (1990) vztah mezi dětskou zkušeností a specifickými obranami. Nalezl slabou, ale signifikantní negativní korelaci mezi primitivními obranami (TAO – agrese proti objektu a PRO - projekce) a škálou péče, jak u matky, tak u otce.

Steiger et al. (1989) koreloval substesty PBI a DSQ (Defense Style Questionnaire) na vzorku žen s poruchou příjmu potravy. I zde se objevily signifikantní korelace mezi obranami a ranou vazbou, avšak sami autoři upozorňují na limity výzkumu v tom, že použité metody nedokážou dostatečně zachytit tyto dva složité konstrukty. Jejich zjištění jsou však následující: primitivní obrany souvisejí s nižším skóre péče a vyšší skóre kontroly u obou rodičů.

Na druhou stranu Vaillant (1978, s. 21) uvádí, že „*volba obranného mechanismu se zdá být poměrně překvapivě nezávislá na prožitém dětství*“. V dalším výzkumu shrnuje tuto problematiku tak, že lidé s „hřejivého“ dětství mohou dosáhnout mentální zdraví i za pomoci nezralých obran a také že lidé s problémovým dětstvím mohou dosáhnout mentálního zdraví tím, že zapojí zralejší obrany (Vaillant, Bond, & Vaillant, 1986).

Na vztah mezi ranou vazbou a copingem existuje mnohem větší škála výzkumu, je to dáno pravděpodobně tím, že coping je mnohem lépe „měřitelný“ a sebeuposuzovací dotazníky je mnohem jednodušší vytvořit i administrovat, než se pokoušet kvantifikovat obranné mechanismy.

Při zkoumání vztahu mezi stylem připoutání a volbou copingové strategie existuje v literatuře poměrně dost výzkumů (Ainsworth & Bell, 1970; Alexander, Feeney, Hohaus, & Noller, 2001; Baker, 2006; Holmberg, Lomore, Takacs, & Price, 2011), které se obecně shodují v tom, že nejistý styl připoutání vede k volbě negativnějších copingových strategií (např. únik, sebeobviňování) a naopak, jistý styl připoutání vede k pozitivnějším strategiím, především pak vyhledávání sociální opory.

Rođanová (2013) ve svém výzkumu nepotvrdila, že by měl styl připoutání vliv na množství používaných copingových strategií.

V nedávném výzkumu, který provedla Medalová a Procházka (2014) byla porovnávána klinická (pacienti diagnostikováni se závislostí) a neklinická populace z pohledu raných maladaptivních schémat (měřených pomocí Young Schema Questionnaire), rané citové vazby (ECR) a zvládáním stresu (SVF78). Zde byl signifikantní vztah mezi vyšší úzkostností v ECR v souvislosti s negativními strategiemi. U klinické populace se nacházel vyšší součet raných maladaptivních schémat.

Výzkumná část

V teoretické části jsem popsal způsob, jak lze nahlížet na proces tvorby osobnosti z hlediska psychodynamických teorií a kde jsou kritická místa vývoje. To vše proto, abychom získali náhled na to, jak mohou první roky života ovlivnit specifické obrany člověka. V následující části bude představeno metodologické a výzkumné pozadí práce.

10. Výzkumné cíle a výzkumná otázka

Cílem této práce je zjistit, zda existuje vztah mezi kvalitou vztahu k rodičům (pečující osobou) v dětství a tím, jak člověk zvládá stres. K dispozici jsou data ze dvou skupin. Kontrolní a výzkumné, neklinické resp. klinické. Původní záměr byl srovnávat pouze klinické vzorky. Ty však byly hůře dostupné, proto byla zvolena varianta porovnání dat neklinické a klinické populace.

Vzhledem k množství jednotlivých škál, se kterými je ve výzkumu pracováno, jsem se rozhodl, že formulovat hypotézy není nejvhodnější cesta. Pokud by měly být formulovány pro každý subtest, jejich počet by překračoval rozumnou míru. Pokud by byla formulována obecně, tedy že existuje nějaký vztah mezi jednotlivými subtesty, byla by pravděpodobnost jejího potvrzení příliš vysoká. Pouze jeden vztah, ať už jakkoliv významný, by ji potvrdil. Byla proto zvolena cesta výzkumných otázek.

Výzkumnými cíli jsou:

1. ověřit / prozkoumat vztah mezi ranou vazbou a zvládáním stresu
2. srovnat neklinickou a klinickou populaci
3. přispět ke standardizaci dotazníku Egostruktury.

10.1. Výzkumné otázky

Jaký je vztah mezi hodnocením vztahu k rodičům, hodnocením strategií zvládnutí zátěže a subškálami dotazníku Egostruktur k posuzování introjektivních vztahů a obranných mechanismů?

Jaký je rozdíl mezi klinickou a neklinickou populací?

11. Sběr dat a výzkumný soubor

11.1 Neklinická populace

Neklinickou populaci (kontrolní skupinu), tvořilo celkem **57 respondentů**. Respondenti byli vybráni pomocí **příležitostného výběru**, tedy ti, kteří byli k dispozici. Někteří z respondentů byli ochotni šířit dotazníky i svým známým, a tím vznikl vzorek kontrolní skupiny, tj. technikou **sněhové koule**. Dotazníky byly administrovány jak v papírové formě, tak pomocí internetu, kdy byly zaslány všechny tři dotazníky v elektronické podobě.

Výběr respondentů pro kontrolní skupinu probíhal podle následujících kritérií:

- věk 18 let a více,
- v současné době nepřítomnost psychiatrické diagnózy.

V kontrolní skupině je celkem 27 mužů (47,4%), 30 žen (52,6%). S průměrným věkem 38,5 let (SD=19,2) – muži 36,6 let (SD=19,8), ženy 40,4 let (SD=18,8).

Tab. 2: Věkové rozložení kontrolní skupiny

Pohlaví	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum	Medián	Modus
Muži (N=27)	36,3	19,8	21	71	24	22
Ženy (N=30)	40,4	18,8	21	70	31	22
Celkem (N=57)	38,5	19,2	21	71	26	22

Co se týče sociodemografických údajů, nejčastěji byli zastoupeni respondenti s dokončeným středoškolským vzděláním – 33 osob (57,7%). Zbytek populace tvořili lidé s dokončeným vysokoškolským vzděláním – 24 osob (42,3%)

Neklinická populace je v zároveň také **skupinou kontrolní**, vzhledem k tomu že klinická populace není příliš homogenní, co se diagnózy týče. Budou představeny výsledky neklinické populace a s nimi poté srovnány výsledky populace klinické.

11.2 Klinická populace

Klinickou populaci tvořili pacienti Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Zde jsou kritéria pro zařazení do vzorku:

- věk 18 let a více,
- současná hospitalizace na psychiatrickém oddělení,

- diagnóza dle MKN-10 v okruhu:
 - F1 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek,
 - F2 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy,
 - F3 - Afektivní poruchy (poruchy nálady),
 - F4 - Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.

Bylo osloveno patnáct pracovníků, ze třinácti oddělení a osmi zařízení. Možnost ke spolupráci byla nabídnuta od šesti pracovníků. Samotný sběr proběhl na šesti odděleních, všechny v Psychiatrické léčebně v Kroměříži.

V klinické populaci je celkem **47 respondentů** z toho 28 mužů (59,6%), 19 žen (40,4%). S průměrným věkem 34,4 let (SD=12,7) – muži 32,1 let (SD=11,1), ženy 37,8 let (SD=14,4).

Tab. 3: Věkové charakteristiky klinické populace

Pohlaví	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum	Medián	Modus
Muži (N=28)	32,1	11,1	18	60	30	22
Ženy (N=19)	37,8	14,4	18	70	35	-
Celkem (N=47)	34,4	12,7	18	70	32	22

V tabulce číslo 4 vidíme rozložení vzdělání u klinické populace. Vzdělání bylo jednou z proměnných, kterou se obě skupiny (klinická a neklinická) nejvíce lišily. Znatelné bylo také nižší vzdělání u skupiny, která se léčila na toxikorehabilitačním oddělení.

Tab. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání pacientů

	Četnost	Procenta
Vyučen/a	11	23,4
Základní	8	17,0
Středoškolské	19	40,4
Vysokoškolské	9	19,2
Celkem	47	100,0

Z hlediska diagnózy byla snaha zachovat co největší homogenitu. To se však ukázalo jako velmi obtížné, neboť spousta oddělení odmítlo spolupráci s tím, že jsou již pacienti různými výzkumy přetížení nebo že by toho ani nebyli schopni (v případě schizofreniků).

I tak se podařilo získat alespoň základní vzorek, který má již smysl statisticky zpracovat. Zastoupení jednotlivých diagnóz je vidět na tabulce 5.

Tab. 5: Zastoupení jednotlivých diagnóz

Kód dle MNK-10	Název diagnózy	Četnosti
F1x.2	Syndrom závislosti	15
F41.2	Smíšená úzkostná a depresivní porucha	13
F20.0	Paranoidní schizofrenie	6
F25.2	Schizoafektivní porucha, smíšený typ	3
F43.2	Poruchy přizpůsobení	3
F32.1	Středně těžká depresivní fáze	2
F34.1	Dystymie	1
F40.8	Jiné anxiózně fobické poruchy	1
F25.1	Schizoafektivní porucha, depresivní typ	1
F41.1	Generalizovaná úzkostná porucha	1
F31.0	Bipolárně afektivní porucha	1

Pacientům byl kromě níže popsaných dotazníku předložen také záznamový list, ve kterém vyplnili základní demografické údaje, včetně pohlaví, věku a vzdělání. Tento list obsahoval také kolonky pro současnou diagnózu, datum první hospitalizace v léčebně, délka současné hospitalizace a celkový počet hospitalizací. Pokud pacienti věděli svou diagnózu, sami ji vyplnili a následně byly ověřeny u psychologa daného oddělení. Zajímavé tedy spíše bylo pozorovat, jak moc jsou pacienti informováni o své diagnóze. Pro 27 pacientů to byla v době administrace dotazníku první hospitalizace. Průměrně se jednalo o 3 hospitalizace, maximum bylo 30 hospitalizací v léčebně.

Průměrná délka hospitalizace byla 67,6 dní. Dva pacient byli hospitalizováni pouze 5 dní, nejdéle pak 6 měsíců (180 dní).

12. Použité metody

Při výzkumu byly použity celkem tři diagnostické metody. Parental Bonding Instrument (PBI), Strategie zvládání stresu (SVF78) a experimentální dotazník „Egostruktury“.

12.1 Parental Bonding Instrument (PBI)

PBI je dotazník zaměřený na zjišťování typu citové vazby k rodičům, tak jak jej respondent vnímal během prvních šestnácti let svého života. Pro každého rodiče je předkládán jeden záznamový arch o 25 položkách, celkem tedy 50 položek. Hodnocení

probíhá na 4 stupňové škále (pravda, spíše pravda/nepravda, nepravda). Dotazník obsahuje 2 subškály, škálu „Péče“ a škálu „Kontroly“. Na základě sečtení položek pro jednotlivého rodiče a pro samostatné škály lze odvodit 4 typy citové vazby (Parker, 2011):

- **optimální typ vazby** – vysoký skór péče, nízký skór ochrany (pro matku skór péče 26 a více, skór kontroly 14 a méně; pro otce skór péče 22 a více, skór kontroly 12 a méně),
- **nelaskavá kontrola** – nízký skór péče, vysoká skór ochrany (pro matku skór péče 24 a méně, skór kontroly 16 a více; pro otce skór péče 20 a méně, skór kontroly 14 a více),
- **kontrolující, byť s láskou** – vysoký skór péče, vysoký skór ochrany (pro matky skór péče 26 a více, skór kontroly 16 a více; pro otce skór péče 22 a více, skór kontroly 14 a více),
- **chybějící nebo slabá vazba** – nízký skór péče, nízký skór ochrany (pro matky skór péče 24 a méně, skór kontroly 14 a méně; pro otce skór péče 20 a méně, skór kontroly 12 a méně).

Hrubé skóry lze porovnat s percentilovými tabulkami, který jsou tvořeny na české populaci ve vzorku N=269.

Administrace trvá většinou 5 až 10 minut.

Při administraci je nutné pamatovat, že ne každý měl ve svém dětství kompletní rodinu, popř. někoho, koho by mohl považovat za matku nebo otce. Pokud takováto situace při administraci nastala, byl proband instruován k tomu, aby popsal vztah k osobě, která se ideji otce nebo matky nejvíce blížila. Toto se ukázalo nejvíce v nutné v případě pacientů z toxikorehabilitačního oddělení.

12.2 Strategie zvládání stresu (SVF78)

Druhým dotazníkem použitým ve výzkumu je SVF78, Strategie zvládání stresu. Jedná se 78 položkovou verzi, původně 120 položkového testu, kterou v roce 1997 vypracovali Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová. SVF78 „*je vícedimenzionální sebesposuzovací inventář zachycující individuální tendence pro nasazení různých způsobů reagování na stres v zátěžových situacích*“ (Janke & Erdmannová, 2003, s. 10).

Obsahuje celkem 13 dimenzí, které jsou stručně popsány v tabulce 6 (Janke & Erdmannová, 2003).

Tab. 6: Subtesty SVF78

Číslo subtestu	Název subtestu	Charakteristika
1	Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu.
2	Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost.
3	Odklon	Odklon od zátěžových aktivit / situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem.
4	Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím.
5	Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému.
6	Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí.
7	Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly.
8	Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc.
9	Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout.
10	Úniková tendence	Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace.
11	Perseverance	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat.
12	Rezignace	Vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje.
13	Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání.

Prvních 7 subtestů tvoří tzv. pozitivní strategie (POZ). Poslední 4 subtesty společně tvoří negativní strategie zvládání (NEG). Potřeba sociální opory a vyhýbání se nejsou zahrnuty ani v pozitivních ani v negativních strategiích. Podle autorů (Janke & Erdmannová, 2003) se jedná o nejméně používané strategie.

12.3 Egostruktury

Posledním dotazníkem použitý v této práci je experimentální dotazník Egostruktury, který byl vytvořen Martinem Lečbychem. V současnosti probíhá tvorba norem a k metodě prozatím neexistuje manuál. Jedná se o osobnostní inventář, který pomocí procentuálního zastoupení odpovědí vyhodnocuje celkem 20 škál.

Inspirací pro vznik dotazníku byl mj. Bellakův systém analýzy pro Tematický apercepční test, Kernbergovo pojetí organizace osobnosti (rozdělení na neurotickou, hraniční a psychotickou organizaci) a např. ještě koncept Ego impairment index (Index poškození Ega), který pochází z vyhodnocování Rorschachovy metody (Lečbych, osobní sdělení 10. 3. 2015).

Prvních pět škál tvoří základ dotazníku (viz tabulka č. 7). Můžeme o nich hovořit jako o „modelu síly Ega“, odolnosti Ega. Zaměřuje se např. na to, jak se člověk vyrovnává se stresem (škála Síla obranných mechanismů), jak rozlišuje realitu od snu a fantazie

(Testování reality) nebo např. jaký má vztah k pečujícím osobám (Kvalita introjikovaných vztahů). V pojetí Kernberga by se jednalo o *organizaci* osobnosti (Lečbych, osobní sdělení 10. 3. 2015).

Následujících šest škál je možné nazývat jako *charakterové* nebo *strukturální* škály. Vyjadřují míru adaptace jedince. Ukazují specifičtější projevy osobnosti. Podle Kernbergovi terminologie by se jednalo o *strukturu* osobnosti (Lečbych, osobní sdělení 10. 3. 2015).

O posledních devíti škálách můžeme mluvit jako o *klinických* nebo *obsahových* škálách. Snaží se zachytit extrémní položky, takové, které by neměly uniknout pozornosti. Jsou jimi např. Depresivita, Suicidalita nebo Anxieta (Lečbych, osobní sdělení 10. 3. 2015).

Tab. 7: Rozdělení škál dotazníku Egostruktury

	Název škály
Základní škály	Síla obranných mechanismů
	Kvalita introjikovaných vztahů
	Identita a její stabilita
	Testování reality
	Autonomie
Charakterové škály	Pohyb k lidem
	Intenzita exprese emocí
	Pozitivní afektivita
	Preference stálosti
	Svědomitost
	Regulace agrese
Klinické škály	Suicidalita
	Deprese
	Anxieta
	Impulzivita
	Obsese-kompulze
	Inkongruence
	Interpersonální závislost
	Psychotická produkce
	Negativní self

Celkem obsahuje dotazník 140 výroků, s nimiž se dotazovaný může a nemusí ztotožnit, za pomoci 5 bodové škály, od „zcela vystihuje“ až po „vůbec nevystihuje“.

Administrace trvá přibližně 20 – 30 minut.

13. Způsob zpracování dat

Po shromáždění dotazníků byla data přepsána do tabulky v MS Excel, kde byly pomocí jednoduchých funkcí spočítány hrubé skóry ze všech testů.

Data byla zpracována pomocí programu Statistica 12.

Nejdříve byly pomocí popisných statistik získány charakteristiky souboru.

I když pomocí testu Kolmogorov–Smirnov nevykazovaly všechny proměnné normální rozložení, vzhledem k tomu, že vzorek byl dostatečně velký (N=57 pro neklinickou a N=47 pro klinickou populaci), mohl jsem použít parametrické verze testů. Pro zjištění vztahu mezi jednotlivými škálami byla použita Pearsonova korelace a poté studentův t-test, pomocí kterého byly zjišťovány rozdíly mezi zkoumanými populacemi.

Hladina spolehlivosti alfa, tedy pravděpodobnost, že zamítneme nulovou hypotézu i pokud platí, byla testována standardně na úrovni $p < 0,05$.

14. Etika výzkumu

Respondenti z neklinické populace byli informováni ústně (popř. písemně) o tom, o jaký výzkum se jedná a co je jeho cílem. Také o tom, že je výzkum dobrovolný a že s dotazníky bude nakládáno anonymně.

Záznamové archy Egostruktur a SVF78 sice obsahují hlavičku pro jméno, avšak respondentům bylo sděleno, že ji není třeba vyplňovat.

Pacienti v léčebnách byli vždy nejdříve informováni psychologem/psycholožkou na oddělení, že bude výzkum probíhat s poučením, že je dobrovolný a že je anonymní. Při sběru dat byli pacienti znovu informováni od výzkumníka o tom samém. Před vyplněním dotazníku byl podepsán informovaný souhlas (viz příloha).

15. Výsledky

15.1 Neklinická populace

Tab. 8: Korelace mezi škálami testů Egostruktury, PBI a SVF78; neklinická populace

	Pearsonova korelace					
	Označené korelace jsou významné na hladině $p < 0,05$ N=57					
	Ego - obrany	Ego - introjekty	Otec - péče	Otec - kontrola	Matka - péče	Matka - kontrola
Ego - obrany		0,599	0,212	-0,291	0,218	-0,335
Ego - introjekty	0,599		0,455	-0,569	0,542	-0,589
POZ	0,164	0,136	0,304	0,014	0,057	-0,134
NEG	-0,764	-0,562	-0,13	0,288	-0,117	0,371
1 Podhodnocení	0,44	0,352	0,29	-0,218	0,154	-0,324
2 Odmítání viny	-0,054	-0,079	0,214	0,112	-0,073	0,051
3 Odklon	0,159	0,099	0,093	0,115	0,123	-0,089
4 Náhradní uspokojení	-0,2	-0,159	0,087	0,122	-0,094	0,054
5 Kontrola situace	-0,033	0,024	0,268	-0,027	-0,023	-0,019
6 Kontrola reakcí	0,271	0,167	0,231	0,033	0,09	-0,058
7 Pozitivní sebeinstrukce	0,133	0,133	0,286	-0,012	0,045	-0,078
8 Potřeba sociální opory	-0,36	-0,179	0,025	0,079	0,042	0,069
9 Vyhýbání se	-0,122	-0,133	0,093	0,22	-0,025	0,228
10 Úniková tendence	-0,525	-0,305	-0,01	0,155	-0,038	0,195
11 Perseverance	-0,584	-0,409	-0,16	0,185	-0,098	0,309
12 Rezignace	-0,703	-0,643	-0,22	0,364	-0,194	0,381
13 Sebeobviňování	-0,644	-0,458	-0,04	0,233	-0,052	0,302

Korelace jsou významné na hladině $p < 0,05$.

Vztahy jsou zvýrazněny podle následujícího klíče (Cohen, 1992):

- červená – slabý vztah, nízká korelace $r < 0,3$,
- žlutá – střední vztah, střední korelace $r = 0,3 - 0,5$,
- zelená – silný vztah, vysoká korelace $r > 0,5$.

Nejprve se podíváme na výsledky korelací pro neklinickou populaci. Tu tvořilo celkem 57 respondentů. Při prozkoumávání vztahu mezi jednotlivými proměnnými je vhodné si rozdělit substesty do dvou skupin. Na jedné straně stojí ty, které nějakým způsobem zkoumají ranou citovou vazbu. Těmi jsou škály PBI „Otec – péče/kontrola“ a „Matka –

péče/kontrola“ a poté škála dotazníku Egostruktury „Kvalita introjikovaných vztahů“, zkráceně „Ego – introjekty“. Na druhé straně jsou to pak škály, které se nějakým způsobem věnují zvládnání stresu. Jsou jimi všechny jednotlivé subtesty dotazníku SVF78, číselované 1 – 13, dále obě velké skupiny „Pozitivní strategie“ (POZ) a „Negativní strategie“ (NEG). Z dotazníku Egostruktury je to škála „Síla obranných mechanismů“, zkráceně „Ego – obrany“. Pokud se tedy vyskytl nějaký vztah mezi těmito dvěma skupinami subtestů, znamenal to pro mě krok kupředu při objasňování výzkumné otázky.

Nejsilnější vztahy se objevily mezi škálou „Kvalita introjikovaných vztahů“ z dotazníku Egostruktury a škálami SVF78, především pak mezi negativními strategiemi, a to jak s celou skupinou negativních strategií (NEG), tak jednotlivými subškálami – „Únikové tendence“, „Perseverance“, „Rezignace“ a „Sebeovniňování“, nejsilněji pak s „Rezignací“ $r = -0,643$. Pokud se vrátím k teoretické části, je tento vztah nejvíce podobný konfliktu z orální fáze, tj. aktivita vs. pasivita. Jinými slovy, jak aktivně se mám snažit např. o lásku druhého bojovat a riskovat zklamání nebo se podřídít? Z výsledků se zdá, že pokud hodnotím své dětství pozitivně, nemám potřebu na problémy *rezignovat*, resp. volit takové strategie zvládnání stres. „Rezignace“ v dotazníku SVF78 vyvolává dojem pasivity a neochoty snažit se aktivně bojovat o své „místo na zemi“. Tento pohled na svět připomíná kromě konfliktu aktivita pasivita z orální fáze problém, který byl popsán v depresivním modu zpracování konfliktu. Jsou tak však mé úvahy a při reálné interpretaci nemůžeme zajít mimo rámec, který nám poskytují použité metody.

Další škála, která negativně koreluje s „Kvalitou introjikovaných vztahů“ je i „Úniková tendence“. Sice ne již tak výrazně ($r = -0,305$), ale tato škála vyvolává podobný dojem jako „Rezignace“. Myslím, že je možné říci, že zčásti podtrhuje trend, kterým se výše zmíněné úvahy ubíraly.

Silná negativní korelace ($r = 0,599$) se objevila také při interkorelaci subtestů dotazníku Egostruktury – „Kvalita introjikovaných vztahů“ a „Síla obranných mechanismů“. Tento výsledek nebyl přítomný u klinické populace, kde se nevyskytla žádná korelace mezi jednotlivými subtesty. Proč tomu tak může být, vysvětluji níže u výsledků klinické populace.

O něco slabší vztahy se vyskytly mezi subtesty z dotazníků PBI a SVF78. Z dotazníků PBI to byly subškály „Kontrola“, jak ze strany matky, tak otce. Z dotazníku SVF78 korelovaly pozitivně především s negativními strategiemi zvládnání stresu (NEG). Podrobné

výsledky můžeme vidět v tabulce č. 8. Tyto středně silné korelace ukazují trend, který se ve zjednodušené formě dá vyjádřit takto: pokud hodnotím rodiče v dětství jako kontrolující, způsobí to, že dnes budu volit takové strategie zvládnání stresu, jako je rezignování na zátěžové situace a že budu sám sebe obviňovat z toho, že se mi něco nepovedlo. Můžeme také vidět, že podle těchto výsledků je matka hodnocena jako důležitější osoba, která hraje roli při výběru copingové strategie. To by bylo v souladu s teorií vyjadřující názor, že první roky života (orální fáze) jsou důležitější než pozdější fáze, kdy je více viditelná úloha otce. Člověku musí být dopřán bezpečný vztah co nejdříve, aby se mohl bez problémů dále vyvíjet a tento vztah je nejčastěji právě s matkou. Pokud nebyl dán člověku pocit bezpečí a jistoty v prvních letech života, těžko ho pak bude hledat později. Zde se nabízí návaznost na depresivní modus zpracování, kde jak bylo popsáno v literatuře, depresivní člověk se pak snaží najít „ztracenou lásku“ z dětství, avšak je neustále zklamáván, jelikož získat ji v podobě, jaké k tomu mělo dojít v dětství, již není možné.

Slabé vztahy se vyskytly ještě u subškály „Otec – péče“ z dotazníku PBI a tři pozitivních strategií z SVF78. Výsledky jsou v souladu s trendem, že pokud respondent hodnotí prožité dětství jako vřelé a pečující, budu znamenat volbu spíše pozitivní strategie, avšak tyto vztahy nejsou statisticky již příliš přesvědčivé.

Poslední skupinou výsledků, které stojí za zmínku, jsou mezi škálou „Síla obranných mechanismů“ z dotazníku Egostruktury a subtesty PBI. Jak je vidět v tabulce č. 8, negativní korelace se vyskytly se subškálou „Kontrola“, jak ze strany matky, tak ze strany otce. Korelace se subškálou „Péče“ nebyla signifikantní, avšak je zde vidět jistý trend. Pokud respondent hodnotí chování ze strany rodičů jako kontrolující, má to za následek vnímání nižší vlastní obrany před zátěží, celkový způsob, jak se jednotlivec vyrovnává se stresem a zátěžovými situacemi. Naopak „Péče“ by spíše vnímanou obranu podporovala. Což tedy opět hovoří směrem k myšlence celého výzkumu, tedy že vřelí a pečující rodiče jsou jedním z podstatných faktorů, který hraje roli při dalším vývoji osobnosti. Pokud poskytnou dítěti dostatečnou oporu a dítě bude schopno si tento dobrý vztah zvnitřnit, bude to znamenat lepší odolnost organismů proti nejrůznějším nástrahám a obtížím života.

15.2 Klinická populace

Tab. 9: Korelace mezi škálami testů Egostruktury, PBI a SVF78; klinická populace

	Pearsonova korelace					
	Označené korelace jsou významné na hladině $p < 0,05$ N=47					
	Ego - obrany	Ego - introjekty	Otec - péče	Otec - kontrola	Matka - péče	Matka - kontrola
Ego - obrany		0,075	-0,049	-0,167	-0,019	-0,095
Ego - introjekty	0,075		0,79	-0,513	0,786	-0,286
POZ	0,275	0,096	0,027	0,108	0,21	0,113
NEG	-0,626	-0,059	0,109	0,117	-0,025	0,119
1 Podhodnocení	0,455	-0,121	-0,268	0,081	-0,121	0,055
2 Odmítání viny	0,352	-0,066	-0,147	0,106	-0,127	0,042
3 Odklon	0,169	0,216	0,267	-0,111	0,314	-0,053
4 Náhradní uspokojení	0,02	0,244	0,158	-0,027	0,401	0,104
5 Kontrola situace	0,215	0,057	0,011	0,159	0,19	0,02
6 Kontrola reakcí	-0,138	-0,02	0,076	0,287	0,112	0,223
7 Pozitivní sebeinstrukce	0,11	0,142	0,094	0,126	0,264	0,218
8 Potřeba sociální opory	0,162	0,37	0,355	-0,085	0,389	0,007
9 Vyhýbání se	-0,233	0,352	0,336	-0,115	0,342	0,084
10 Úniková tendence	-0,417	-0,06	0,148	0,071	-0,02	0,078
11 Perseverance	-0,388	-0,06	0,07	0,2	-0,078	0,068
12 Rezignace	-0,547	-0,144	0,015	0,055	-0,136	0,078
13 Sebeobviňování	-0,67	0,056	0,115	0,042	0,13	0,158

Při pohledu na výsledky klinické populace je na první pohled zřejmé, že se neobjevila spousta vztahů, které se u neklinické populace vyskytly. Nejvýraznější je zřejmě nepřítomnost korelace mezi subtesty dotazníku Egostruktury, kde u neklinické populace byla korelace vysoká ($r = 0,599$), kdežto zde se žádný vztah nevyskytuje. Důvodů proč tomu tak je, může být více. Může to být způsobeno nehomogenitou klinické populace, celkově nižšími skóry v testu Egostruktury, viz tabulka č. 10, kde jsou uvedeny kromě výsledů t-testu také průměry jednotlivých škál a směrodatné odchylky. V obou škálách existují signifikantní rozdíly mezi populacemi. U klinické populace jsou výrazně nižší průměry, při zachování stejné (resp. vyšší) směrodatné odchylky. Tyto nižší hodnoty mohou napovídat tomu, že pacienti celkově nemají tak dobré zkušenosti s lidmi, dále že jejich obrany mohou být vybudovány na jiných zdrojích. Posledním a možná nejpodstatnějším důvodem mohou být celkově nižší skóry v obou subškálách, čímž může ztratit test citlivost.

Korelace mezi dotazníky, které byly v práci použity, se také příliš neshodovaly s tím, co jsme mohli sledovat u neklinické populace. Jen výjimečně se kryly s výsledky, které jsme mohli sledovat výše.

Společným znakem klinické populace je korelace subtestů PBI „Otec – péče“, „Matka – péče“ a „Ego – introjekty“ s subtesty SVF78 „Potřeba sociální opory“ a „Vyhýbání se“. Obě tyto škály nejsou zařazeny ani do jedné z větších skupiny subtestů SVF78, tedy ani do pozitivních strategií zvládnání stresu (POZ), tak ani do negativních (NEG). Podle manuálu dotazníku SVF78 (Janke & Erdmannová, 2003) je možné obě škály interpretovat jak jako pozitivní strategii, tak jako negativní, a to v závislosti na kontextu ostatních odpovědí. Kvalitativní analýza je mimo rámec této práce. Je však zajímavé že se výsledky klinické populace „trefily“ právě mezi tyto dvě nevyhraně strategie zvládnání stresu. Je možné, že nehomogenita z hlediska diagnózy souboru a také věku zde hraje významnou roli.

Jediným vztahem, který se tak u klinické populace shoduje s výsledky neklinické populace, je středně silná korelace mezi škálou „Matka – péče“ z PBI a škálou „Náhradní uspokojení“ z dotazníku SVF78. Jedná se o škálu, která podle autorů testu (Janke & Erdmannová, 2003) směřuje směrem ke kladným pocitům, jako je např. sněžení dobrého jídla nebo sledování televize. Shoduje se v tom smyslu, že dobrý vztah k pečujícím osobám v dětství může znamenat funkčnější způsob, jak zvládat zátěžové situace.

15.3 Rozdíl mezi klinickou a neklinickou populací

Pro porovnání neklinické a klinické populace byl použit studentův t-test, opět v programu Statistica 12. Výsledky testu jsou v tabulce č. 10. Pro zjištění praktického rozdílu byl použit Cohen's d effect size, vypočtený pomocí webového formuláře.²

Na tabulce č. 10 můžeme vidět výsledky t-testu, který porovnává výsledky mezi klinickou a neklinickou populací. Signifikantní rozdíly byly v proměnných Ego – obrany, Ego – introjekty. Subtest „Negativní tendence (NEG)“ ze SVF78, včetně dvou subškál a sice „Únikové tendence“ a „Rezignace“. Nakonec v obou subškálách „Péče“ u dotazníku PBI, a to „Matka – péče“ a „Otec – péče“.

² Dostupné z: <http://www.uccs.edu/~lbecker/> (zprístupněno: 17. 2. 2015).

Tab.10: t-test, rozdíl mezi klinickou a neklinickou populací v jednotlivých testech

Proměnná	t-test						
	Průměr (neklin.)	Průměr (klin.)	t	p	SD (neklin.)	SD (klin.)	d
Ego - obrany	67,63	50,33	4,2	0,000	20,93	20,29	0,840
Ego - introjekty	68,34	53,31	3,8	0,000	17,73	22,43	0,740
POZ	13,49	13,41	0,1	0,891	2,56	3,41	
NEG	10,62	12,86	-2,8	0,006	3,69	4,43	-0,550
Otec - péče	23,00	19,05	2,1	0,035	7,85	10,41	0,430
Otec - kontrola	11,56	13,90	-1,5	0,134	6,67	8,66	
Matka - péče	28,48	23,70	2,9	0,005	6,12	10,17	0,570
Matka - kontrola	13,02	13,63	-0,4	0,693	7,95	7,10	
1 Podhodnocení	10,77	11,63	-0,8	0,415	4,37	6,25	
2 Odmítání viny	11,33	10,59	0,9	0,392	3,88	4,93	
3 Odklon	13,46	13,00	0,5	0,613	3,96	5,16	
4 Náhradní uspokojení	11,89	11,59	0,3	0,783	5,23	6,08	
5 Kontrola situace	15,56	15,83	-0,3	0,755	4,13	4,44	
6 Kontrola reakcí	15,37	16,24	-1,3	0,203	3,30	3,58	
7 Pozitivní sebeinstrukce	15,72	15,02	0,8	0,413	4,19	4,39	
8 Potřeba sociální opory	14,07	13,91	0,2	0,879	4,81	5,63	
9 Vyhýbání se	13,86	15,61	-1,7	0,095	4,68	5,86	
10 Úniková tendence	10,07	13,04	-3,2	0,002	4,07	5,22	-0,630
11 Perseverance	13,98	14,63	-0,6	0,555	5,27	5,83	
12 Rezignace	8,04	11,33	-3,7	0,000	4,12	4,98	-0,720
13 Sebeobviňování	10,40	12,43	-1,9	0,061	4,97	5,90	

Pro kontrolu toho, zda mají výsledky nějaký praktický význam, byl použit Cohen's d effect size, jehož výsledky jsou zobrazeny v tabulce č. 10, sloupec „d“. Při interpretaci Cohen's d postupujeme podle následujících intervalů:

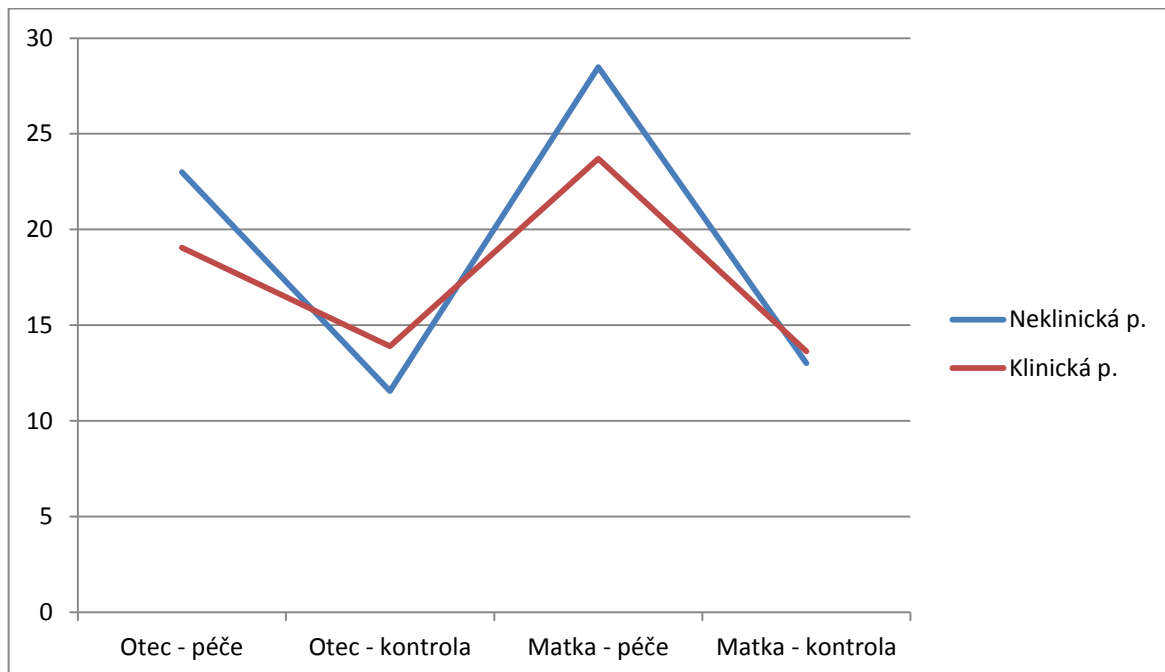
- malý efekt: 0,2 – 0,5 (57,93% - 69,15%),
- střední efekt: 0,5 – 0,8 (69,16% - 78,81%),
- velký efekt: 0,8 a více (78,82% a více).

Hodnota nám udává, jak moc se od sebe obě populace odlišují. Čím větší effect size je (resp. čím více se odlišuje od nuly), tím větší je šance, že pokud vybereme někoho z klinické populace, tak jeho výsledek bude vyšší (v případě kladných hodnot Cohen's d) než u neklinické populace. Tuto pravděpodobnost vyjadřují procenta v závorce (vypočítané pomocí online formuláře)³.

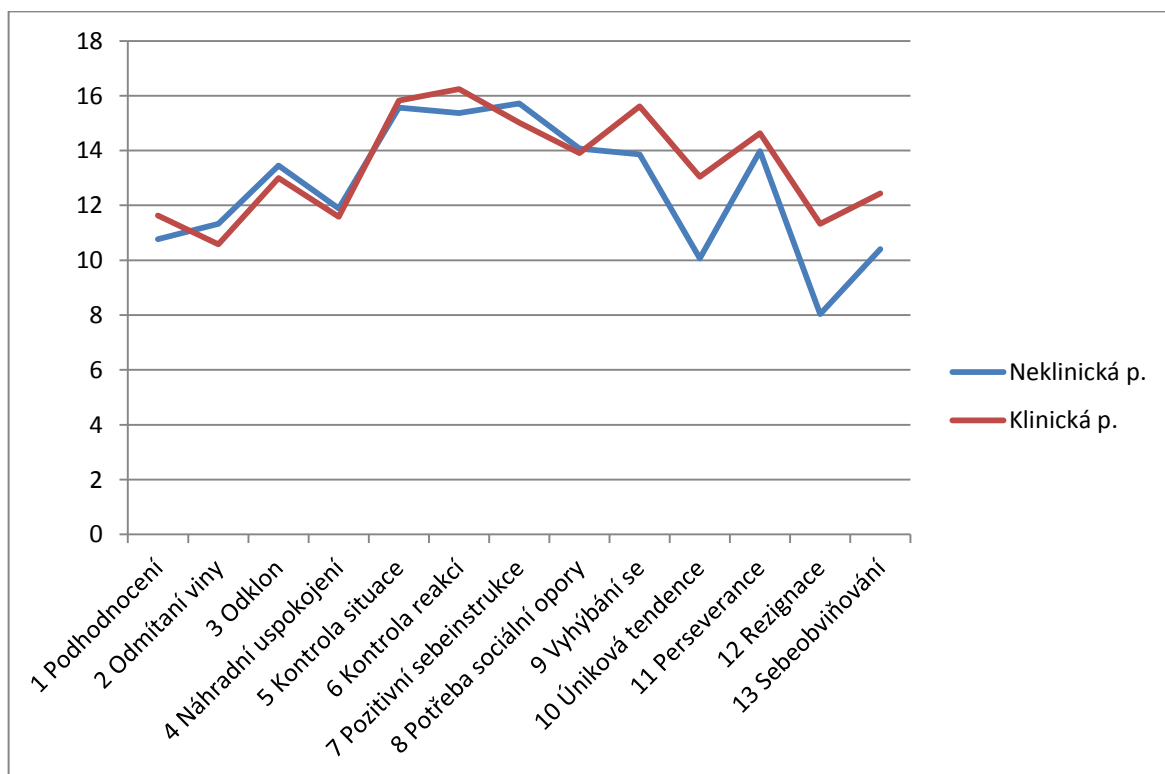
³ Dostupné z: <http://rpsychologist.com/d3/cohend/> (zprístupněno: 17. 2. 2015).

Pro přehlednost uvádím ještě grafy (Graf 1 a Graf 2) pro porovnání výsledků v jednotlivých subtestech PBI a SVF78.

Graf 1: Porovnání subtestů PBI, klinická a neklinická populace



Graf 2: Porovnání subtestů SVF78, klinická a neklinická populace



Nejzajímavější je pozorovat především rozdíly ve škálách „Matka – péče“ a „Otec – péče“, které vykazují statisticky významnou odlišnost. Jinými slovy, pokud se o někoho rodiče *dostatečně dobře* nestarali, je zde větší pravděpodobnost, že se objeví nějaký problém, který bude řešen v psychiatrické léčebně. Tato interpretace je pochopitelně zesílená a není myšlena jako výklad kauzality, ale chci jím poukázat na trend, jak je možné rané vztahy chápat. Existují například lidé, kteří pocházejí z pěstounské rodiny, dětských domovů, proto je nutné brát výsledky s rezervou. Značí to možná také to, že lidé z léčeben nemají s ostatními lidmi tak dobré zkušenosti, protože ve škále „Péče“ rozdíl je, avšak ve škále „Kontrola“ již ne.

Další statisticky významný rozdíl je ve dvou subtestech SVF78 a sice „Úniková tendence“ a „Rezignace“. Už jen z názvů je vidět, že jsou si obě škály poměrně podobné a i při pohledu na otázky, které jsou v testu použity, je nápadné, že se jedná o podobný styl toho, jak jedinec reaguje v zátěži. Korelace mezi těmito dvěma subtesty je $r = 0,597$ pro neklinickou populaci a $r = 0,714$ pro klinickou populaci. I jednotlivé otázky jsou podobné („Mám tendenci utéct“, „Mám tendenci hned ustoupit“). Zde může hrát roli početnější skupina, které byla léčena se závislostí, kde hrají tendence *uniknout* do jiného stavu poměrně významnou roli.

Tyto otázky a celkově strategie vypovídají o tom, jak je lepší „nic nedělat“ a raději se stáhnout „zpět do své ulity“. „Ono se to nějak vyřeší“, nebo jinak „on to za mě někdo vyřeší“. Ve vztahu k nepečující matce by to pak mohlo znamenat uvažování na rovině „stejně mě nic dobrého nečeká, tak co bych se snažil“. Celý soubor těchto otázek působí pasivním postojem k životu a připomíná depresivní stažení se. Výše zmíněné výroky by neměly vyvolávat dojem „vytesáno do kamene“, je to pouze jakési zesílení toho, jaké úvahy nad danými koncepty mám.

Největší effect size se projevil u obou subškál dotazníku Egostruktury, tj. „Síla obranných mechanismů“ a „Kvalita introjikovaných vztahů“ ($d = 0,84$; resp. $d = 0,74$). Rozlišovací schopnost pomocí těchto škál mezi jednotlivými populacemi je tedy poměrně vysoká. Jinými slovy probandi v těchto subtestech skórovali signifikantně rozdílně. To může být také jedním z důvodů, proč se při korelacích neobjevily stejné vztahy u obou populací. U neklinické byla korelace velmi vysoká ($r = 0,599$), kdežto u klinické byla nulová ($r = 0,075$).

Celkově je pak možné brát výsledky v testech, které se věnují rané citové vazbě, tj. „Otec – péče“, „Matka – péče“ a „Ego – introjekty“, za souhlasné v tom, co bylo popsáno v teorii. Tedy že je důležité, aby měl jedinec možnost zvnitřnit si vztah s pečující osobou a že tento vztah je podstatný pro jeho zdravý vývoj. Pacienti z psychiatrických léčen hodnotili své dětství signifikantně hůře, než ti lidé, kteří v současnosti hospitalizováni nejsou. Porovnání subtestů z PBI můžeme vidět v grafu č. 1.

Při pohledu na skupinu subtestů zabývající se zvládním stresu, můžeme také pozorovat signifikantní rozdíly. Pacienti léčen volí více negativních strategií – především pak „Únikové tendence“ a „Rezignace“. Porovnání subtestů SVF78 můžeme vidět na grafu č. 2.

15.4 Vyjádření k výzkumným otázkám

V úvodu výzkumné části byly formulovány následující výzkumné otázky:

Jaký je vztah mezi hodnocením vztahu k rodičům, hodnocením strategií zvládnání zátěže a subškálami dotazníku Egostruktur k posuzování introjикованých vztahů a obranných mechanismů?

Jaký je rozdíl mezi klinickou a neklinickou populací?

Na základě statistické analýzy byly zjištěny především následující vztahy (všechna zjištění jsou k nalezení v kapitole 14. Výsledky):

- Neklinická populace ($p < 0,05$)
 - škála „Kvalita introjикованých vztahů“ (Egostruktury) významně koreluje s:
 - škálou „Síla obranných mechanismů“ (Egostruktury) – $r = 0,599$,
 - škálou „Rezignace“ (SVF78) – $r = -0,643$,
 - škálou „Sebeobviňování“ (SVF78) – $r = -0,458$,
 - škálou „Perseverance“ (SVF78) – $r = -0,409$,
 - škálou „Úniková tendence“ (SVF78) – $r = -0,305$,
 - škála „Otec – kontrola“ (PBI) významně koreluje s:
 - škálou „Rezignace“ (SVF78) – $r = 0,364$,
 - škála „Matka – kontrola“ (PBI) významně koreluje s:
 - škálou „Podhodnocení“ (SVF78) – $r = -0,324$,
 - škálou „Perseverance“ (SVF78) – $r = 0,309$,

- škálou „Rezignace“ (SVF78) – **r = -0,381**,
- škálou „Sebeobviňování“ (SVF78) – **r = 0,302**.
- Klinická populace ($p < 0,05$)
 - škála „Kvalita introjikovaných vztahů“ (Egostruktury) významně koreluje s:
 - škálou „Potřeba sociální opory“ (SVF78) – **r = 0,37**,
 - škálou „Vyhýbání se“ (SVF78) – **r = 0,352**,
 - škála „Otec – péče“ (PBI) významně koreluje s:
 - škálou „Potřeba sociální opory“ (SVF78) – **r = 0,355**,
 - škálou „Vyhýbání se“ (SVF78) – **r = 0,336**,
 - škála „Matka – péče“ (PBI) významně koreluje s:
 - škálou „Náhradní uspokojení“ (SVF78) – **r = 0,401**,
 - škálou „Potřeba sociální opory“ (SVF78) – **r = 0,389**,
 - škálou „Vyhýbání se“ (SVF78) – **r = 0,342**.

Při hledání rozdílu mezi jednotlivými populacemi bylo dosaženo následujících zjištění:

- existuje statisticky významný rozdíl mezi těmito škálami
 - „Kvalita introjikovaných vztahů“ (Egostruktury) – **d = 0,84**
 - „Síla obranných mechanismů“ (Egostruktury) – **d = 0,74**
 - „Otec péče“ (PBI) – **d = 0,43**,
 - „Matka péče“ (PBI) – **d = 0,57**,
 - „Úniková tendence“ (SVF78) – **d = -0,63**,
 - „Rezignace“ (SVF78) – **d = -0,72**,
 - „NEG“ (SVF78) – **d = -0,55**.

V mém výzkumu se objevil předpokládaný vztah mezi jednotlivými zkoumanými dimenzemi. Při hodnocení toho, jaký vztah je mezi předkládanými dimenzemi je nutné konstatovat, že tento vztah je složitý. Existuje zde a v některých případech se zdá velmi vysoký, avšak je nutné brát v potaz limity výzkumu, které jsou popsány níže. Výsledky jsou v souladu s předchozími výzkumy, které se této problematice věnují.

Mezi jednotlivými populacemi je vztah následující: klinická populace hodnotí pečující osoby z dětství jako méně pečující, podle dotazníku PBI a má tendenci volit více negativních strategií zvládnání stresu, podle dotazníku SVF78.

Vzhledem k výše zmíněným výsledkům je tedy možné tvrdit, že

- **mezi hodnocením vztahu k rodičům, hodnocením strategií zvládnání zátěže a subškálami dotazníku Egostruktur k posuzování introjikovaných vztahů a obranných mechanismů existuje statisticky signifikantní vztah,**
- **existuje signifikantní rozdíl mezi klinickou a neklinickou populací.**

Všechny vztahy jsou blíže popsány ve výsledkové části a v diskuzi.

16. Diskuze

V mém výzkumu se potvrdila zjištění předchozích studií (Ainsworth & Bell, 1970; Alexander et al., 2001; Baker, 2006; Holmberg et al., 2011), tedy že zde existuje vztah mezi ranou vazbou a volbou copingové strategie.

Je na místě se zamyslet nad tím, jakým směrem vlastně v tomto výzkumu směřuje kauzalita. Koncepty, které jsou zde zkoumány, jsou na pomyslné časové přímce velmi vzdáleny. Tedy „něco, co se stalo v dětství“ a „to, jak to zvládám teď“. Je tedy oprávněné předpokládat chronologickou souslednost těchto jevů. „Nejdříve jsem prožil dětství, a podle toho teď volím strategii zvládání stresu“, když tuto myšlenku „zesílím“. Úskalí je však v tom, že oba koncepty zkoumáme nyní. Tedy člověk teď posuzuje, jaké měl dětství a jak teď zvládá stres. Pokud tedy vnímá svět pozitivně, skrze pozitivní strategie zvládání, bude pozitivně vnímat i své dětství. Proměnná, která by mohla stát na pozadí, je zde celkový pohled na svět, který byl utvořen mnoha faktory během života člověka, nejen jeho dětstvím. Pokud bychom tedy někoho považovali za „zdravého“ anebo „odolného“, ovlivní jeho celková zkušenost v životě to, jak nyní vnímá své dětství a jak nyní volí řešení v obtížných situacích. Celý výzkum je založen na „sebeuposouzení“, pomocí sebeuposuzovacích dotazníků, a je proto na místě předpokládat, že to velmi ovlivní, jak jedinec bude v dotaznících odpovídat.

Pokud budeme data interpretovat z původního pohledu, že vztah prožitý k rodičům ovlivňuje volbu copingové strategie, tak vzhledem k teoretickému zázemí práce to není až tak překvapivé. V teorii jsem se soustředil na vývoj osobnosti od narození po zhruba 18. věk života. Toto období je kritické pro následující život a většina zvyků a chování je spíše neměnná (Bowlby, 2012). V prvních rocích života až do puberty, musí jedinec získat dojem toho, že existuje někdo, kdo jeho problémům rozumí a na koho se může spolehnout. Je jen velmi těžké si představit, jak by mohl probíhat zdravý vývoj na nezdravých základech. Poté by se podle mého jednalo spíše o vyvažování než o růst v pravém slova smyslu. Na druhou stranu, lidský život je plný protikladů, ve kterých se neustále snažíme najít rovnováhu. Avšak znovu podotýkám, těžko se balancuje na nerovné zemi, na nepevných základech – s nemožností prožít si bezpečný vztah.

Pokud si představíme, jak pro dospělého člověka může být úzkost nepříjemná, opuštěnost stísnující, hlad a žízeň vysilující, tak jaké to asi může být pro malé dítě. Dospělý má však rozum a dokáže své akce plánovat, říci si, že to bude za chvíli dobré,

že to zvládne. Dítě tuto možnost nemá, zaplaví ho čistá úzkost, čistý strach z nebytí. Pokud má však dobrou vazebnou osobu, může tyto pocity překonat s dojmem zvládnutelnosti, s pocitem, že to může být dobré. Tento pocit, tento vztah si zvnitřní a poté s ním jde do světa.

Ted' přeskočíme do dospělosti, ale ono dítě, které výše zmíněnou péči dostalo, které zažilo právě tento dobrý vztah, to bude mít stále v paměti. Jak bude zvládat zátěž? Snad dobře! Není to jisté, ale rozhodně o něco pravděpodobnější než v případě, kdy se od svého raného dětství muselo bát o svůj život, neví, že krmení bude „už za 5 minut“ – strach který ho může zaplavit je velký a nekonečný jak oceán, tak nyní bude jako dospělý vědět, že se s nastalou situací dokáže vypořádat.

Myslím, že k tomuto předpokladu tento výzkum malým dílem přispěl. Je ovšem jako velká část psychologie postaven na jisté míře nejistoty.

Celý výzkum vychází zčásti z předpokladu, pro který existuje pěkný anglický výraz „long shot“. Je spousta věcí, které mohou ovlivnit volbu strategie stresu. Výchova, vzdělání, ekonomická situace, kulturní prostředí atd. I tak se ovšem ukazuje, že existuje jistá nit příběhu od vnímání dětství ke strategiím zvládání stresu.

Limity výzkumu

K hlavním limitům výzkumu patří následující faktory:

- nehomogenita vzorků
 - v neklinické populaci především z hlediska věku,
 - v klinické populaci především z hlediska diagnózy,
- nemožnost měřit „čistě“ obranné mechanismy, ale nutnost obejít tento problém přes copingové strategie,
- je otázkou, do jaké míry jsou schopni psychotičtí pacienti realisticky posoudit své dětství, na což upozorňoval personál léčebny,
- při administraci dotazníku PBI nebylo ve všech případech ujasněno, jak má osoba dotazník vyplnit, pokud nemá matku nebo otce. Nevíme tedy, zda např. dotyčný vyplňoval dotazník podle biologické nebo např. nevlastního otce.

Přínos výzkumu

- přispění k tvorbě norem pro dotazník Egostruktury,
- přispění k již existujícímu výzkumu v oblasti rané citové vazby a zvládnání stresu.

Návrh na další výzkum

Návrh na další výzkum spočívá v tuto chvíli ve využití projektivních metod, jako TAT nebo ROR, které by mohly přinést větší přehled o tom, jak fungují obrany jedince. I nadále by bylo vhodné používat i dotazníkové metody, což by poskytlo případné možnosti, jak data získaná pomocí nich interpretovat.

Možné využití v praxi

Využití praxi je pochopitelně trochu sporné. Co je však důležité, že je nutné se zaměřit na člověka jako na celek, v rozsahu od narození až po současnou situaci. Pokud se budeme snažit pacienta léčit, neměnit pouze jeho strategie, jak zvládá zátěž, ale také se zajímat o to, co prožil, jak životem procházel a co ho ovlivnilo. Myslet na to, že rané zážitky jsou kritické a že je nutné na ně brát ohled. Doufám, že tento předpoklad je především z teorie práce znatelný. Ve výzkumné části se tento pohled těžko obhájí, jelikož není možné dvěma popř. třemi dotazníky postihnout celou osobnost, avšak věřím, že myšlenka za nimi je srozumitelná.

17. Souhrn

Cílem práce bylo prozkoumat vztah mezi ranou citovou vazbou a obranami jedince proti stresu. K tomu byly použity tři metody Parental Bonding Instrument (PBI), Strategie zvládání stresu (SVF78) a experimentální dotazník Egostruktury. Vztahy byly zjišťovány u neklinické a klinické populace a následně spolu byly obě populace porovnány.

Rané zkušenosti jsou podle psychoanalytické tradice nejdůležitějším obdobím v životě jedince. Prožitky, jaké se zde člověk zažije, ho ovlivní na celý život.

Prvním obdobím po narození je tzv. **orální** fáze (Freud, 2000b), kdy jsou hlavním zdrojem uspokojení ústa. V tomto období je pro dítě nezbytná *pečující osoba*, která mu dává pocit jistoty a bezpečí a je schopna mu poskytnout první vztah, který dítě ovlivní po zbytek života. Máhlerová (2006) v tomto období hovoří o *symbiotické* fázi, kdy jsou matka a dítě v jednotě. Slovy Donalda Winnicotta (1960, s. 587) „*něco jako novorozenec neexistuje, existuje pouze novorozenec a jeho matka*“. Následuje **anální** stadium, kdy je zdrojem uspokojení řitní otvor. Dítě se v tomto období snaží projevit svou libovůli, ať už se jedná o vyměšování nebo o prozkoumávání světa. Chce se od matky vzdálit, ale zároveň se bojí, že by o ní mohlo projevem své vůle přijít. Podle Máhlerové (2006) se jedná nejdříve o fázi *praktikující* a následně fázi *znovupřiblížení*. Třetím obdobím je **falická** fáze, ve které se odehrává oidipovský konflikt. Dítě začíná projevovat zájem o rodiče druhého pohlaví, zároveň má však strach ze ztráty lásky, popř. trest ze strany rodiče stejného pohlaví. Je to období, kdy se rozvíjí a následně utichá dětská sexualita (Poněšický, 2012a). Dalším stádiem je období **latence**. Psychoanalýza se tomuto období příliš nevěnuje, jelikož se podle ní dítě věnuje především studiu. Obecná vývojová psychologie však dává do popředí kolektiv, vrstevníky a také větší uváženost a regulaci emocí (Šimíčková-Čížková, 2005). Posledním obdobím, které Freud (2000b) rozlišil je **genitální** období. To je charakteristické přechodem ke zralejším vztahům. Probíhají zde zásadní fyzické změny. Je to také fáze většího, zralejšího zájmu o druhé pohlaví. V počátcích je to však spíše hledání vlastních limitů, než skutečná intimita (Mentzos, 2000).

Pokud dojde k přílišným zákazům a omezením v některé z výše zmíněné fázi, může se objevit neurotický symptom, popř. celá neurotická osobnost. Neuróza je duševní onemocnění, při kterém se objevují symptomy jak fyzické tak duševní, které nejsou

způsobeny defektem na postiženém orgánu. Jsou to „pouze“ funkční problémy, které jsou způsobeny vnitřním intrapsychickým konfliktem, které se takto projevuje navenek. Podle Poněšického (2012b) je neurotik ten, kdo nežije svůj život, kdo sám sebe ochuzuje o možnosti toho, jak se ve světě projevovat, tedy např. náklonnost, agresi, sebezprosažení. Základními typy zpracování jsou hysterický modus, nutkavý, fobický, úzkostný a depresivní modus zpracování intrapsychického konfliktu (Mentzos, 2000, 2012, Poněšický 2012b). Pro **hysterické** zpracování konfliktu je typický převod konfliktu do somatické sféry. Objevují se symptomy jako např. poruchy zraku, poruchy sluchu nebo bušení srdce. Celý proces převod psychické energie do tělesné sféry probíhá na nevědomé úrovni. Pro **nutkavý** modus zpracování je naopak typické, že pacient má na své jednání náhled. Pociťuje nucení k tomu, činit nějakou nesmyslnou činnost, aby zabránil napětí, které jeho jednání provází. Ví, že jeho jednání je nesmyslné, avšak úzkost mu nedovolí jednat jinak, takže např. třicetkrát vypne a zapne vypínač, než odejde z místnosti. **Fobický** modus zpracování externalizuje svůj vnitřní konflikt na nějaký vnější předmět. Tomuto předmětu se pak začne vyhýbat. Jedná se např. o strach z otevřených nebo uzavřených prostor, strach z hadů a pavouků. **Úzkostný** modus je charakteristický strachem z nebytí. Jedná se především strach z fyzické smrti (Mentzos, 2000), jelikož jsou přítomny fyziologické příznaky, jako je bušení srdce nebo pocení. **Depresivní** modus se objevuje jako reakce na ztrátu. Hlavní konflikt, který je pro tento modus typický: mám o lásku druhého aktivně bojovat a riskovat zklamání nebo se mám pasivně přizpůsobit a nic neriskovat? Mentzos (2000, 2012) popisuje tři bludné kruhy deprese, které souvisí se „stažením se ze světa“ při ztrátě, a tím i nemožností získat od druhých alespoň základní narcistické uspokojení. Dále je to nemožností projevit agresi, která se nakonec obrací proti vlastní osobě. Což souvisí s identifikací se ztraceným objektem. **Psychotický** modus je typický rozbouráním hranic mezi Já a Ty (Poněšický, 2012b). Velkou roli zde hraje emotivita, resp. její nepřítomnost. Při psychóze dochází k emočnímu stažení se ze světa. Kořeny tohoto jednání jsou nejprve na interpersonální úrovni, která se v patologické rovině zvnitřní a následně působí pacientovi subjektivní potíže. **Závislý** modus má kořeny pravděpodobně v orální fázi, je pro něj typická nadměrná konzumace „něčeho“, čímž je nahrazován vztah, který nebyl jedinci v dětství poskytnut (Mentzos, 2012).

Teorie citové vazby byla formulována Johnem Bowlbym na základě pozorování chování novorozenců. Jeho spolupracovnice Mary Ainsworthová vyvinula experiment, na základě kterého byly stanoveny čtyři základní typy vazby: **jistý typ, vyhýbavý typ,**

ambivalentní typ, dezorganizovaný typ. Na základě vazebné osoby dítě vytvoří „vnitřní pracovní model“, což je nastavení, podle kterého se bude po zbytek života vztahovat k ostatním lidem. Jeho kvalitu ovlivňují právě vazebné osoby a způsob, jak jistě/nejistě je k nim dítě připoutáno.

Obranné mechanismy jsou nevědomé složky Ega, které ho chrání před úzkostí. **Coping** je poté vědomá volba toho, jak se můžeme vyrovnat se zátěží. Vztah mezi oběma dimenzemi není úplně jednoznačný, je však možné s určitou mírou nejistoty odvodit z konkrétní copingové strategie obranu Ega, kterou jedinec preferuje.

Výzkumy mezi ranou citovou vazbou a strategiemi zvládnání stresu se věnovala řada výzkumů (Ainsworth & Bell, 1970; Alexander et al., 2001; Baker, 2006; Holmberg et al., 2011), které tento vztah potvrzují a shodují se na tom, že dobrý vztah s vazebnou osobou v dětství znamená volbu pozitivní copingové strategie.

Samotný autorův výzkum si stanovil **dvě výzkumné otázky** týkající se vztahu mezi ranou citovou vazbou a zvládnáním stresu a poté zda existují rozdíly mezi klinickou a neklinickou populací.

Výzkumu se zúčastnilo celkem **104 respondentů**. Soubor tvořili dvě populace, **neklinická (N=57)** a **klinická (N=47)**. Věkový průměr jednotlivých populací činil 38,5 let (SD=19,0) v případě neklinické populace a 34,4 (SD=12,7) v případě populace klinické. Zastoupení diagnóz v klinické populaci bylo ve skupinách F1 – F4. Nejčastěji byl zastoupen Syndrom závislosti (N=15) a následně Smíšená úzkostně-depresivní porucha (N=13).

Byly použity celkem tři metody: Parental Bonding Instrument (**PBI**), který slouží k zjišťování kvality rané citové vazby, dále Strategie zvládnání stresu (**SVF78**) a nakonec experimentální dotazník **Egostruktury**. Data z této práce pomáhají ke standardizaci posledně jmenovaného dotazníku.

K vyhodnocení dat byl použit program Statistica 12, ze kterého byly použity **Pearsonovy korelace** a **t-testu**. Testovaná hladina **p < 0,05**.

Zjištěné vztahy byly v souladu s předchozími výzkumy (Ainsworth & Bell, 1970; Alexander et al., 2001; Baker, 2006; Holmberg et al., 2011). Tedy že pečující a vřelí rodiče ovlivňují to, jak bude jedinec v dospělosti zvládat stres. Dobrá vztahová osoba má za následek vyšší odolnost a volbu pozitivnějších strategií zvládnání stresu. Výsledky

u neklinické populace byly jednotnější s předchozími výzkumy. Klinická populace se od výsledků odlišovala více, což mohlo být dáno její nehomogenitou z hlediska diagnózy a věku.

Objevily se **signifikantní rozdíly mezi neklinickou a klinickou populací** v subškálách měřící péči ze strany rodičů. Jinými slovy, pacienti hospitalizováni na psychiatrické léčebně hodnotili hůře vztah k pečujícím osobám než lidé z neklinické populace. Dále se u pacientů objevovaly více negativní strategie zvládnání stresu.

Limity výzkumu spočívají v použití sebeposuzovacích dotazníků, nehomogenitě vzorků z hlediska věku a diagnózy. Návrh na další výzkum spočívá v použití projektivních metoda jako je ROR nebo TAT.

18. Závěr

Cílem výzkumu bylo prozkoumat vztah mezi ranou vazbou a obrannými mechanismy/copingem.

V teoretické části byly popsány základní vývojové fáze, velký důraz byl kladen na dětství a důležité vztahové osoby, které mohou dítě ovlivňovat.

Následovala část o zpracování intrapsychického konfliktu. Pozornost byla věnována depresivní, neurotické, fobické, hysterické, obsesivní, psychotické a závislé osobnosti.

Pochopení těchto kapitol je důležité k porozumění toho, co všechno může při zátěžových situacích hrát roli a jaká je dynamika procesu na pozadí.

Samostatné kapitoly byly poté věnovány obranným mechanismům, rané citové vazbě a zvládání stresu. U všech s důrazem na dynamiku těchto procesů.

Ve výzkumné části byly stanoveny dvě výzkumné otázky, které byly ke konci výzkumné části zodpovězeny.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 49-67.
- Alexander, R., Feeney, J., Hohaus, L., & Noller, P. (2001). Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 8(2), 137-152. doi: 10.1111/j.1475-6811.2001.tb00032.x
- Baker, J. K. (2006). *The impact of attachment style on coping strategies, identity development and the perception of social support*. (Magisterská diplomová práce), University of Canterbury.
- Baumgartner, F. (2001). *Zvládání stresu - coping*. In Výrost, J., Slaměník, I, *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada.
- Biernbaum, M. A. (1999). *Attachment style, defense mechanisms, sex, and psychopathological symptom severity: A self-organizational perspective*. (59), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1999-95006-389&lang=cs&site=ehost-live> Available from EBSCOhost psyh database.
- Blanck, G., & Blanck, R. (1992). *Ego-psychologie: Teorie a praxe*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Bowlby, J. (2012). *Odloučení: kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (2. vyd.). New York: The Guilford Press.

- Cohen, J (1992). "A power primer". *Psychological Bulletin* 112 (1): 155–159.
doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Conte, H. R., & Plutchik, R. (1995). *Ego Defenses: Theory and Measurement*. New York: Wiley.
- Cooper, S. H., Perry, J. C., & Arnow, D. (1988). An Empirical Approach to the Study of Defense Mechanisms: I. Reliability and Preliminary Validity of the Rorschach Defense Scales. *Journal of Personality Assessment*, 52(2), 187.
- Červená, H. (2006). *Obranné mechanismy ega u klientů se syndromem závislosti na alkoholu*. (Magisterská diplomová práce), Univerzita Karlova v Praze, Praha.
- Červenková, I. (2005). *Možnosti měření obranných mechanismů ega: (standardizace české verze dotazníku DSQ 40)* (Magisterská diplomová práce), Univerzita Karlova, Praha.
- Ďurašková, G. (2013). *Vliv psychické odolnosti na oocyty a kvalitu embryí při léčbě neplodnosti metodou IVF/ICSI*. (Magisterská diplomová práce), Univerzita Palackého, Olomouc.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton.
- Erikson, E. H. (1999). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. Praha: Lidové noviny.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
- Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanismy* (Vyd. 1. ed.). Praha: Portál.
- Freud, S. (1936). *Psychoanalytické chorobopisy*. Praha: Julius Albert.
- Freud, S. (1991). *Vybrané spisy. [Sv.] I, Přednášky k úvodu do psychoanalýzy. Nová řada přednášek k úvodu do psychoanalýzy* (2. vyd. v Avicenu ed.). Praha: Avicenum.
- Freud, S. (1993). *Vybrané spisy. [Sv.] II-III* (Vyd. 2. ed.). Praha: Avicenum.

- Freud, S. (2000a). *Sebrané Spisy Sigmunda Freuda. 12. Spisy z let 1917-1920*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Freud, S. (2000b). *Sebrané spisy Sigmunda Freuda: Spisy z let 1904-1905*. Praha: Jiří Kocourek.
- Gilíková, A. (2012). *Obranné mechanismy dlouhodobě hospitalizovaného adolescenta*. ZČU, Plzeň.
- Greenson, R. R. (1959). Phobia, anxiety, and depression. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, 7, 663-674.
- Harlow, H. F. (1958). *The Nature of Love*. New York: American Psychological Association.
- Hibbard, S., Farmer, L., Wells, C., Difillipo, E., Barry, W., Korman, R., & Sloan, P. (1994). Validation of Cramer's Defense Mechanism Manual for the TAT. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 197.
- Holmberg, D., Lomore, C. D., Takacs, T. A., & Price, E. L. (2011). Adult attachment styles and stressor severity as moderators of the coping sequence. *Personal Relationships*, 18(3), 502-517. doi: 10.1111/j.1475-6811.2010.01318.x
- Horney, K. (2000). *Neuróza a lidský růst : zápas o seberealizaci* (Vyd. 1. ed.). Praha: Triton.
- Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládání stresu - testová příručka*. Praha: Testcentrum.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada
- Krah, U. (1960). The Defense Mechanism Test: A new method for diagnosis and personnel selection. *Journal of Applied Psychology*, 44(5), 303-309. doi: 10.1037/h0046004
- Kratochvíl, S. (2006). *Jak žít s neurózou: O neurotických poruchách a jejich zvládání*. Praha: Triton

- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Avicium
- Kulisek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá Psychologie*, 44(5), 404-423.
- Laing, R. D. (2000). *Rozdělené Self. Existenciální studie o duševním zdraví a nemoci*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Langmeier, J., & Matějček, Z. (1968). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály experiences in close relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti., 6(3), 1-11.
- Mahlerová, M. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Praha: Triton.
- Medalová, K., & Procházka, R. (2014). Rané maladaptívne schémy, attachment a stratégie zvládania stresu u klinickej a neklinickej populácie. E- psychologie [online], 8, 4, 11 -22. Dostupný z WWW:<<http://e-psycholog.eu/pdf/medalova-prochazka.pdf>>.
- Mentzos, S. (2000). *Rozumíme sami sobě?: neurotické zpracování konfliktů*. Praha: Lidové Noviny.
- Mentzos, S. (2005). *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál.
- Mentzos, S. (2012). *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch*. Praha: Portál.
- Možný, P. (1999). *Když se řekne psychóza*. Praha: Galén.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.
- Parker, G. (2011). *Parental Bonding Instrument*. Otrokovice: Propsyco.
- Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha:Grada

- Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie* (Vyd. 1. ed.). Praha: Academia.
- Poněšický, J. (2012a). *Fenomén ženství a mužství: psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2012b). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- Poněšický, J. (2012c). *Úvod do moderní psychoanalýzy*. Praha: Triton.
- Pöthe, P. (2001). Teorie vazby a prevence týrání a zanedbání dětí. *Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence*.
- Reimann, F. (1999). *Základní formy strachu*. Praha: Portál
- Rodanová, M. (2013). *Citová vazba v dospělosti v souvislosti s používáním copingových strategií a vnímáním stresu*. (Diplomová práce), Masarykova univerzita, Brno.
- Rycroft, C. (1993). *Kritický slovník psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Saks, E. R. (2011). *Střed se hroutí zevnitř: mé putování šílenstvím*. Praha: Triton.
- Spitz, R. A. (1978). *The First Year of Life*. Madison: International Universities Press.
- Steiger, H., van der Feen, J., Goldstein, C., & Leichner, P. (1989). Defense Styles and Parental Bonding in Eating-Disordered Women. *International Journal of Eating Disorders*, 8(2), 131-140.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, 64(4), 711-735. doi: 10.1111/1467-6494.ep9706272185
- Svoboda, M. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Šimíčková-Čížková, J. (2005). *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.

- Tauschke, E., Merskey, H., & Helmes, E. (1990). A systematic inquiry into recollections of childhood experience and their relationship to adult defence mechanisms. *The British Journal of Psychiatry*, 157, 392-398.
- Titl, S. (2014). *Psychoanalytická párová terapie* (Vyd. 1. ed.). Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vaillant, G. E. (1978). Natural history of male psychological health: II.. Some Antecedents of Healthy Adult Adjustment. *Psychosomatic Medicine*, 40(5), 420-431.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers*. Arlington: American Psychiatric Press.
- Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 43(8), 786-794.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. In P. Buckley (Ed.), *Essential papers on object relations*. (pp. 585-595). New York, NY, US: New York University Press.

Přílohy

Příloha č. 1 – Zadání bakalářské práce

Příloha č. 2 – Abstrakt práce česky anglicky

Příloha č. 3 – Formulář „Základní informace o pacientovi“

Příloha č. 4 – Informovaný souhlas

Příloha č. 1 – Zadání bakalářské práce

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
DUŠÁK Martin		F12575

TÉMA ČESKY:

Vztah mezi efektivitou obranných mechanismů a kvalitou introjiových vztahů u vybrané klinické populace

NÁZEV ANGLICKY:

The relation between effectiveness of EGO defense mechanisms and quality of introject relationships in selected clinical population

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.
2. Studium odborné literatury z oblasti psychoanalýzy, psychodiagnostiky, klinické psychologie, psychologie osobnosti (resilience), důraz na zvládání zátěže, zvládání úzkosti a její vazbě na kvalitu rodinných vztahů, vlivu výchovy, studium problematiky attachmentu.
3. Zpracování přehledu dosavadního výzkumu využití databáze EBSCO zpracování přehledu dosavadního výzkumu do teoretické části DP.
4. V teoretické části bude hlavním zaměřením na formování osobnosti vzhledem k introjekci objektů, tedy vztah k rodičům. Dále budou rozebrány obranné mechanismy, které ovlivňují vývoj osobnosti.
5. Osnova teoretické části:
 - a. Introjekce objektů;
 - b. Obranné mechanismy;
 - c. Resilience a zvládání zátěže;
 - d. Vztah mezi jednotlivými dimenzemi
6. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat. Dosavadní pracovní předpoklad je:
 - a. Pokusit se ověřit vztah mezi silou obranných mechanismů a kvalitou introjiových vztahů;
 - b. Využití experimentálního dotazníku egostruktury a PBI u vybrané klinické populace.
7. Předpokladem je získání z hlediska diagnózy homogenního vzorku min. 40 pacientů psychiatrických léčených příležitostně výběr ve věku 18 + let. Předpokladem je využití škály PBI, využití experimentálního dotazníku egostruktury a další metody dle úvahy autora. Zvažováno bude srovnávání dvou skupin psychiatrických pacientů (např. pacienti s neurotickými poruchami vs pacienti s psychotickými poruchami, případně kontrolní skupina neklinické populace), podle možnosti doktoranda při sběru dat.
8. Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuse s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Biernbaum, M. (1999, March). Attachment style, defense mechanisms, sex, and psychopathological symptom severity: A self-organizational perspective. *Dissertation Abstracts International*, 59,
- Cramer, P., & Kelly, F. D. (2010). Attachment style and defense mechanisms in parents who abuse their children. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, 198(9), 619-627. doi:10.1097/NMD.0b013e3181ef3ee1
- Horney, K. (2000). *Neuróza a lidský růst: zápas o seberealizaci*. Praha: Triton.
- Kernberg, O. (1999). *Normální a patologická láska: pohled do současné psychoanalýzy*. Praha: Portál.
- Laing, R. (2000). *Rozdělené self: existenciální studie o duševním zdraví a nemoci*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Riemann, F. (1999). *Základní formy strachu: typy lidské osobnosti, jejich vznik, charakteristiky a formy vztahů*. Praha: Portál.
- Steiger, H., van der Feen, J., Goldstein, C., & Leichner, P. (1989). Defense Styles and Parental Bonding in Eating-Disordered Women. *International Journal Of Eating Disorders*, 8(2), 131-140.
- Tauschke, E., Merskey, H., & Helmes, E. (1990). A systematic inquiry into recollections of childhood experience and their relationship to adult defence mechanisms. *British Journal Of Psychiatry*, 157392-398. doi:10.1192/bjp.157.3.392

Příloha č. 2 – Abstrakt práce česky anglicky

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vztah mezi efektivitou obranných mechanismů a kvalitou introjikovaných vztahů u vybrané klinické populace

Autor práce: Martin Dušák

Vedoucí práce: PhDr. Lečbých Martin, Ph.D.

Počet stran a znaků: 68 / 115 558

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 71

Abstrakt:

Práce se věnuje vztahu mezi ranou citovou vazbou a zvládním stresu. V teoretické části je kladen důraz na vývoj osobnosti a dynamiku duševních poruch. Ve výzkumné části je pracováno se dvěma skupinami respondentů: neklinická populace (N=57) a klinická populace (N=47). Klinickou populaci tvořili diagnózy v rozsahu F1 až F4 dle MNK-10. Byly použity metody Parental Bonding instrument (PBI), Strategie zvládnání stresu (SVF78) a experimentální dotazník „Egostruktury“. Výsledky jsou v souladu s ostatními výzkumy v této oblasti, tedy že pokud jedinec vnímá pečující osoby z dětství jako skutečně pečující, je vyšší pravděpodobnost, že bude volit v dospělosti pozitivní strategie zvládnání stresu. Klinická populace skórovala signifikantně nižší hodnoty v subškálách „Péče“ (PBI) u obou rodičů a signifikantně více v negativních strategiích zvládnání stresu „Úniková tendence“ a „Rezignace“ (SVF78) než populace neklinická. Tato práce přispívá k tvorbě norem právě pro dotazník „Egostruktury“.

Klíčová slova: raná citová vazba, obranné mechanismy, zvládnání stresu, PBI, SVF78, Egostruktury

ABSTRACT OF THESIS

Title: The relation between effectiveness of Ego defense mechanisms and quality of introject relationships in selected clinical population

Author: Martin Dušák

Supervisor: PhDr. Lečbych Martin, Ph.D.

Number of pages and characters: 68 / 115 558

Number of appendices: 4

Number of references: 71

Abstract:

Thesis explores relation between attachment and coping mechanisms. Theoretical part is focused on development of the personality. Following part describes dynamics of mental diseases. Research compares two groups of participants: non-clinical (N=57) and clinical (N=47) sample. Clinical sample is consisted of diagnoses in spectrum from F1 to F4, according to ICD-10. The relation is explored by three methods: Parental Bonding Instrument (PBI), Streßverarbeitungsfragebogen (SVF78) and new experimental questionnaire – „Ego-structures“. Results corresponding with other research done in this field of study, i.e. if person perceives care-giving persons as caring he or she will more likely choose a positive coping strategy as an adult. Clinical sample score significantly less in subtest “Care” (PBI) a significantly more in negative coping strategies “Resignation” and “Evasive tendency” (SVF78) than the non-clinical sample. Data from this study helps to create norms for “Ego-structures” questionnaire.

Key words: attachment, defense mechanisms, coping strategies, PBI, SVF78, Ego-structures

Základní informace

1. Pohlaví

- Muž
- Žena

2. Váš věk (vepište číslo)

-

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní
- vyučen/a
- vyučen/a s maturitou
- střední škola
- střední škola s maturitou
- vyšší odborná škola
- vysoká škola

4. Současná diagnóza (vepište, pokud víte)

-

5. Datum první hospitalizace v léčebně, byl/byla-li jste hospitalizován/a vícekrát

(např. únor 2007)

-

6. Délka současné hospitalizace

-

7. Celkový počet hospitalizací v léčebně

-

Příloha č. 4 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

pro bakalářskou práci - **Vztah mezi efektivitou obranných mechanismů a kvalitou introjikovaných vztahů u vybrané klinické populace**

období realizace: 12.1.2015 – 31.3.2015

řešitel práce: Martin Dušák

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na mé bakalářské práci, jehož cílem je prozkoumat mezi souvislost mezi vztahem k rodičům v dětství a nynější schopností zvládat stres. Při účasti na výzkumu Vám nehrozí žádné fyzické zranění. Otázky v dotaznících se budou týkat Vašeho života a Vašeho vztahu k rodičům. Některé otázky mohou být subjektivně obtížnější zodpovědět. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel projektu mne informoval o podstatě výzkumu a seznámil mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu: _____ Martin Dušák _____
V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu :

V _____ dne: _____