

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Obranné mechanismy a copingové strategie u lidí závislých na
alkoholu**

**Ego defense mechanisms and coping strategies among alcohol
addicts**



Magisterská diplomová práce

Autor práce: Bc. Tomáš Spáčil

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

Olomouc

2018

Prohlášení

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

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval svému vedoucímu PhDr. Mgr. Romanovi Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady nejen k diplomové práci. Chtěl bych také poděkovat své přítelkyni a rodině za podporu při studiu. Dále mé díky patří Anně Jančíkové za odbornou gramatickou a stylistickou korekturu. A v neposlední řadě mé kamarádce a kolegyni Bc. Martině Salčákové za obrovskou oporu, kterou jsem v ní měl po celých pět let studia.

Obsah

Úvod.....	7
Teoretická část	8
1 Závíslost na alkoholu	8
1.1 Definice závislosti	8
1.2 Diagnostika závislosti na alkoholu	8
1.2.1 Diagnostická kritéria dle MKN–10 a DSM–V	8
1.2.2 Metody diagnostiky závislosti na alkoholu	11
1.3 Možná psychiatrická komorbidita u lidí závislých na alkoholu	12
1.4 Typologie závislosti na alkoholu a její fáze	14
1.4.1 Typologie závislosti na alkoholu dle Jellineka	14
1.4.2 Jiné typologie závislosti na alkoholu	16
1.5 Léčba závislosti na alkoholu	17
1.5.1 Biologická léčba závislosti na alkoholu	17
1.5.2 Psychologická léčba závislosti na alkoholu	19
2 Ego-obranné mechanismy	21
2.1 Teoretické koncepce ego-obranných mechanismů	21
2.2 Klasifikace a stručný popis vybraných obranných mechanismů	22
2.2.1 Klasifikace dle Vaillantů	23
2.2.2 Klasifikace obranných mechanismů v Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM)	25
2.2.3 Obranné mechanismy v DSM–V	26
2.3 Vybrané nástroje měřící obranné mechanismy	27
2.3.1 Sebeuposuzovací metody	27
2.3.2 Klinické metody	28
2.3.3 Projektivní metody	28
2.4 Ego obranné mechanismy a závislost na alkoholu	32
3 Stres a coping	33
3.1 Stres	33

3.1.1	Průkopníci teorie stresu.....	33
3.2	Coping	35
3.2.1	Chování typu A a B.....	36
3.2.2	Teorie interakce osobnostních systémů	36
3.3	Copingové strategie	37
3.3.1	Adaptivní a maladaptivní copingové strategie	39
3.3.2	Metody měření copingových strategií.....	39
3.4	Copingové strategie u lidí závislých na alkoholu.....	40
Praktická část		42
4	Vymezení výzkumného problému	43
4.1	Výzkumné cíle.....	43
4.2	Stanovené hypotézy.....	44
5	Použité výzkumné metody.....	45
5.1	Strategie zvládnání stresu (SVF-78).....	45
5.2	Defense style questionnaire (DSQ-40)	47
5.3	Torontská alexithymická škála (TAS-20).....	48
6	Charakteristika výzkumné populace a výzkumného souboru.....	50
7	Popis metodologického rámce	52
7.1	Metoda sběru dat	52
7.2	Zpracování a analýza dat.....	52
7.3	Možné etické problémy a jejich řešení.....	53
8	Výsledky	54
8.1	Popisná statistika testových metod a testy normality	54
8.2	Cíl 1. Provést deskripci užívaných copingových strategií ve výzkumném souboru lidí závislých na alkoholu	59
8.3	Cíl 2. Provést deskripci užívaných obranných mechanismů ve výzkumném souboru lidí závislých na alkoholu	61
8.4	Cíl 3. Zjistit četnost alexithymie ve výzkumném souboru lidí závislých na alkoholu	66

8.5	Cíl 4. Zjistit souvislost mezi výsledky hlavních škál v jednotlivých testových metodách.....	67
8.6	K hypotézám.....	68
9	Diskuze	70
9.1	Limity výzkumu a návrhy k pokračování.....	72
10	Závěry	74
	Souhrn.....	76
	Použité zdroje	79

Úvod

Pití alkoholických nápojů je v České republice nedílnou součástí bohužel nejen dospělého života. Alkohol se pije téměř při každé společenské příležitosti a možné negativní dopady jsou často přehlíženy. Avšak je potřeba mít stále na vědomí, že se jedná o návykovou látku, takže se u ní nachází pravděpodobnost vzniku závislosti.

O tom, že je alkohol v naší zemi problém vypovídá i statistika psychiatrické péče za rok 2016 (rok 2017, ještě není k dispozici), kterou provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS, 2016). Z této statistiky je patrné, že poruchy způsobené alkoholem patří mezi nejčastější psychiatrické poruchy pro, které jsou pacienti hospitalizováni. Částečnou útěchou pro nás může být to, že alespoň mezi mladšími 18 let konzumace alkoholu klesá. Avšak i tak je alarmující, že 41,9 % 16ti letých v posledních 30 dnech vypilo pět a více sklenic alkoholu (Chomynová, Csémy & Mravčík, 2016).

Cílem diplomové práce je zmapovat, jaké copingové strategie a obranné mechanismy lidé závislí na alkoholu využívají. Dále pak zmapovat četnost nositelů alexithymie u naší výzkumné populace a zjistit jestli mezi sebou mají tyto fenomény souvislosti.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou popsány základní definice závislosti, její diagnostika, možná psychiatrická komorbidita a léčba závislosti. Je představen koncept obranných mechanismů včetně jejich klasifikace, metod měření a vztahu k závislosti na alkoholu. Poslední téma teoretické části se věnuje stresu a copingovými strategiemi. Jejich definicí, teoretickému konceptu, metod měření a vztahu k závislosti na alkoholu. Praktická část popisuje použité metody výzkumu, výběr vzorku, statistické zpracování a zjištěné výsledky, které jsou v diskuzi porovnané se současnými zahraničními výzkumy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Závislost na alkoholu

1.1 Definice závislosti

Jak to již v psychologii bývá zvykem, můžeme nalézt nepřehledné množství různých definic a kritérií od různých autorů, od odborných publikací až přes populárně naučné časopisy a knihy. V diplomové práci se však budu držet 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10), která závislost definuje jako: „*Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance, a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“ (WHO, 2008). V případě, že jedinec odpovídá této definici, hovoříme o takzvaném **syndromu závislosti**. Ten je charakteristický právě abúzem (zneužíváním) dané látky, což vede k narušení člověka v celé komplexitě bio-psycho-sociální (Orel, 2012).

1.2 Diagnostika závislosti na alkoholu

1.2.1 Diagnostická kritéria dle MKN–10 a DSM–V

Na následujících řádcích bych rád popsal diagnostická kritéria jak v MKN–10 tak i v nejnovější páté revizi diagnostického a statistického manuálu (DSM–V). Přestože se v České republice používá první zmíněná klasifikace a v diplomové práci jí budu věnovat větší pozornost, myslím si, že i DSM–V má značný přínos pro tuto problematiku.

Dle MKN–10 může lékař přidělit diagnózu syndromu závislosti v případě, že dochází k užívání dané látky (v našem případě alkoholu) nepřetržitě po dobu alespoň jednoho měsíce, nebo se opakovaně v kratších obdobích objevují tři a více z níže popsaných projevů (Raboch & Pavlovský, 2013).

- 1) **Craving** – neboli bažení je prvním kritériem k diagnóze syndromu závislosti. Vyznačuje se silnými pocity puzení a touhy po požití alkoholu. Někteří pacienti jej popisují i jako „žízeň, kterou voda neuhásí“. Z neurálního hlediska se craving projevuje aktivací především částí prefrontálního cortexu, amygdaly, hypokampu a

nucleus acumbens. Při snímání klidové EEG aktivity byla zvýšená beta-2, beta-3 a gama aktivita v některých oblastech mozku (Huang, Mohan, Ridder, Sunaert & Vanneste, 2018). Výše zmíněné oblasti mozku společně se systémem odměny (ventrální tegmentum, limbický systém, dopaminergní dráhy a frontální lalok) tvoří neurobiologickou podstatu závislosti (Kalina, 2008).

- 2) **Potíže při kontrole užívání látky** – jak v případě množství tak frekvence pití alkoholu. Nešpor (2007) uvádí, že potíže při kontrole v pití a craving spolu velmi úzce souvisí. Avšak na rozdíl od cravingu, jehož pocit je spíše subjektivní a časem pozvolna odchází, potíže s kontrolou jsou naprosto zřejmě předmětem chování.
- 3) **Tělesný (somatický) odvykací stav** – lidově se tento termín označuje slovem „absták“. Tento notoricky známý výraz představuje příznaky spojené s omezením přísunu alkoholu. I když je (nejen) v případě alkoholu často laickou veřejností přehlížen a je na něj pohlíženo jako na „třepot rukou“, jedná se o potenciálně život ohrožující stav (Nešpor, 2007). Rozlišujeme dva typy odvykacích stavů – prostý a komplikovaný. Prostý odvykací stav se projevuje především psychickými, vegetativními a somatickými obtížemi, jakými jsou: pocení, výše zmíněný třes, průjem, podrážděnost, neklid, tachykardie atd. Odvykací stav však může být i komplikovaný, a to buď křečemi, epileptickými záchvaty (zpravidla typu grand mal) nebo deliriem. To se při alkoholové závislosti nazývá *Delirium tremens* a dochází k němu nejčastěji v rozmezí 24–48 hodin od posledního požití alkoholu (především při těžké závislosti). *Delirium tremens* je charakteristické kvalitativní poruchou vědomí, zmateností a dezorientací. Myšlení je roztržité a mohou se vyskytovat halucinace i agresivní chování. Stav však bývá doprovázen rovněž ostrůvkovitou amnézií (Hosák & Hrdlička, 2015).
- 4) **Růst tolerance** – s postupem času je potřeba neustále vyšších dávek alkoholu k dosažení stavu opilosti. To samozřejmě způsobuje to, že jedinec spotřebuje větší množství alkoholu. Objevuje se také například pití alkoholu ještě před společenskou akcí, kde je pití alkoholu očekávané („*potřeboval sem vypít tak alespoň litr vína předtím, než sem šel s kamarádama do hospody*“) nebo tajné pití o samotě („*když jsem šel na záchod tak sem si ještě skočil na bar, na dva rychlý panáky*“). Tolerance však klesá s pokročilým rozvojem závislosti, ale také s věkem (Kalina, 2015).
- 5) **Zanedbávání zájmů a koníčků** – vzhledem k tomu, že především při více rozvinutých závislostních stavech je velká část života jedince orientována na

shánění, pití či zotavování se z alkoholového opojení, tak už mu nezbyvá čas ani energie k vykonávání dřívějších zájmů a koníčků.

- 6) **Pokračování v užívání i přes jasný důkaz negativních následků** – není třeba již zmiňovat, že pití alkoholu s sebou nese negativní důsledky. Důležité pro naplnění tohoto znaku je to, aby si byl pacient (či v nezdravotnických zařízeních klient) vědom škod, které byly díky tomuto chování napáchány. Příkladem můžou být často až alarmující hodnoty jaterních testů, s nimiž je pacient obeznámen, avšak i přesto v pití alkoholu pokračuje (Nešpor, 2007).

DSM–V uvádí přímo kategorii pro poruchu v oblasti užívání alkoholu (*Alcohol use disorder*). Je zde celkem 11 kritérií, přičemž pro stanovení diagnózy se musí naplnit alespoň dvě v uplynulých 12 měsících. Dále však DSM–V rozlišuje lehkou poruchu (splněné jsou 2–3 kritéria), středně těžkou poruchu (splněno je 4–5 kritérií) a těžkou poruchu (splněno je 6 a více kritérií) (APA, 2013). Zajímavostí také je, že po přechodu ze starší verze manuálu DSM–IV na DSM–V je dle výzkumu, jenž provedli Takahashi et al. (2017), je pacientů o 13 % více pacientů, kteří korespondují s touto diagnózou, než tomu bylo u předchozí verze.

Kritéria pro poruchu v oblasti užívání alkoholu v DSM–V (APA, 2013) jsou následující:

- 1) Alkohol je často přijímán ve větším množství nebo po delší dobu, než bylo zamýšleno.
- 2) Je přítomna persistentní touha nebo neúspěšná snaha omezit či kontrolovat užívání alkoholu.
- 3) Velká část času je věnována shánění alkoholu, pitím alkoholu nebo zotavováním se z jeho efektu.
- 4) Je přítomen craving nebo silná touha či puzení k pití alkoholu.
- 5) Opakované pití alkoholu způsobuje selhání v naplnění povinností v práci, škole nebo doma.
- 6) Pokračování v pití alkoholu i přesto, že se objevují persistentní a opakující se sociální či interpersonální problémy způsobeny nebo zhoršeny alkoholem.
- 7) Důležité sociální, pracovní nebo rekreační aktivity jsou redukovány či úplně vynechány z důvodu pití alkoholu.
- 8) Opakované užívání alkoholu v situacích, během nichž dochází k hazardování s fyzickým zdravím.

- 9) Pokračování v pití alkoholu i přes vědomí persistentních, rekurentních, fyzických či psychických problémů, které byly způsobeny nebo zhoršeny pitím alkoholu.
- 10) Tolerance, jež je definována buď: a) potřeba markantně většího množství alkoholu k dosažení intoxikace nebo požadovaného efektu, b) nepoměrně nižší efekt při požití stejného množství alkoholu.
- 11) Abstinenční příznaky nebo užití alkoholu (či jiných substancí, jako jsou například benzodiazepiny) za vidinou úlevy či vyhnutí se abstinenčním příznakům.

Jak si můžete povšimnout, v mnoha případech si oba klasifikační systémy konotují či jsou totožné. I přes některé drobné odlišnosti je dobré si uvědomit, že ani jeden z uvedených přístupů neurčuje přesné množství, při němž se člověk stává závislým, či jaký typ alkoholu musí člověk požívat. Často jsem se setkal s větami typu: „*Dal sem si po práci prostě pivo jako každé normální chlap*“ nebo „*Já sem si jen dal nějaký to pivo, kořalku jsem nepil, tak si myslím, že až takový problém nemám*“. V tomto případě si myslím, že by měl být pacient edukován, že množství ani typ oblíbeného alkoholu není rozhodující.

1.2.2 Metody diagnostiky závislosti na alkoholu

Ještě před samotným testovým vyšetřením by měl proběhnout rozhovor společně s anamnézou a pozorování, čímž se utváří základní klinický dojem, jenž by měl být také klíčový (Kalina, 2008). Co se týče testových psychodiagnostických metod zabývajících se závislostí na alkoholu, tak se většinou jedná o dotazníkovou formu. Rád bych zde uvedl několik možných příkladů těchto metod. Prvním zmíněným je **Mnichovský test alkoholismu** (MALT), jehož autory jsou Feuerlein, Ringer, Küfner & Antons (1977). Ten se skládá ze dvou částí. První část, MALT-F, obsahuje sedm položek, na něž by měl odpovědět vyšetřující. Část druhá, MALT-S, obsahuje 24 položek, jež zjišťují tři aspekty, které jsou relevantní pro diagnózu závislosti na alkoholu: vzorce pití alkoholu a přístupy, psychologická a sociální škoda a somatické rušení.

Další možnou metodou je například **Alcohol Dependence Scale** (ADS) (Skinner & Horn, 1984). Tento dotazník obsahuje 25 položek. Ty se zaměřují na poslední rok života pacienta a snaží se zhodnotit závažnost jeho alkoholové závislosti. ADS se orientuje na tyto oblasti: odvykací stav, narušení kontroly, tolerance, vyhledávání možnosti pít alkohol a uvědomované nutkání pít alkohol. **Alcohol Use Disorder Identification Test** (AUDIT), který vytvořili Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente & Grant (1993), je jednou z dalších možných metod diagnostiky alkoholismu. Obsahuje škálu čítající deset položek, která se

zabývá třemi hlavními aspekty: příjmem alkoholu, závislostí a nepříznivými důsledky. Pozitivní je, že je tato metoda volně šiřitelná a nepodléhá autorskému copyrightu.

Jednu z dalších potenciálních metod při diagnostice závislosti na alkoholu představuje **Addiction Severity Index (ASI)**, což je multidimenzionální sebeposuzující dotazník, jenž se skládá ze sedmi hlavních domén: užívání alkoholu, užívání drog, zdravotní problémy, psychiatrické symptomy, rodinné a sociální problémy, problémy se zákonem a problémy v zaměstnání. Na rozdíl od ostatních metod je u ASI možnost administrace v podobě klinického interview. K této diagnostické metodě je k dispozici i její zkrácená verze ASI-lite (McLellan et al., 1992; McLellan, Cacciola & Zanis, 1997). Poslední psychodiagnostickou metodou, kterou bych rád zmínil, je **The Michigan Alcohol Screening Test**. Ten obsahuje 25 položek a i přes jeho stáří je považován za validní nástroj k měření závislosti na alkoholu (Selzer, 1971). Důležité je i zmínit, že MAST je možno využít ve zkrácené verzi (Pokorný, Miller & Kaplan, 1972). Jen pro zajímavost, a aby nedošlo k záměně, MAST má stejnou zkratku jako The Mississippi Aphasia Screening Test (Screeningový test pro měření afázie) (Nakase-Thompson et al., 2002).

1.3 Možná psychiatrická komorbidita u lidí závislých na alkoholu

Jedním z mnoha problémů, které alkoholovou závislost provází, je problematika komorbidních psychiatrických stavů a duálních diagnóz. Ty můžou být v různém spektru, od poruch nálad, psychotického okruhu přes organické poškození až k duálním závislostem (například závislost na alkoholu i pervitinu). Důležité pak pro léčbu je, zdali příslušná komorbidita nasedá na závislost u pacienta či byla spouštěčem pití (Kalina, 2015).

Tuto skutečnost potvrzují i výzkumy. Gaher et al. (2014) a Berenz et al. (2017) poukazují na to, že se u pacientů závislých na alkoholu objevuje posttraumatická stresová porucha (PTSD), a to v obou směrech. PTSD je prediktorem k alkoholové závislosti a naopak. Jordaan, & Emsley (2014) se zabývali studiem psychózy vyvolané alkoholem. Velkou útechou může být to, že riziko propuknutí psychózy je u lidí závislých na alkoholu poměrně malé, i když výzkumy se velmi liší. V německém výzkumu se prevalence pohybuje mezi 0,4 až 0,7 % (Soyka, 2008), Perälä et al. provedli výzkum ve Finsku a celoživotní prevalence alkoholem indukované psychózy se pohybovala okolo 0,5 %. Naproti tomu ve studii z Nepálu (Sedain, 2013) je tato prevalence více než 12 %. Nemohu přesně určit, proč je zde tak velký skok. Jako vysvětlení mě napadá menší výzkumný vzorek a ve studii není zmíněno, jestli je započítáno i delirium, při kterém se halucinace též mohou objevovat. Zajímavý výzkum provedli Jordaan, Warwick, Hewlett & Emsley

(2010). Ti sledovali perfuzi mozku v klidovém stavu pomocí jednofotonové emisní tomografie (SPECT) u lidí s psychózou vyvolanou alkoholem, a výsledky porovnávali se zdravými jedinci, lidmi trpícími schizofrenií a s lidmi, kteří jsou „pouze“ závislí na alkoholu. Oproti zdravým jedincům je perfuze vyšší v oblasti pravé rýhy týlního laloku, zvyšující trend se také ukazuje ve frontálním laloku, temporálních lalocích a pravém palidu. Oproti pacientům s nekomplikovanou alkoholovou závislostí se objevuje snížení perfuze v levé straně putamen, parietálním laloku, středu frontálního laloku a středu temporálních laloků. Oproti lidem trpícím schizofrenií je zvýšená perfuze v zadní části cingulární kůry a snížená v pravé oblasti mozečku. Hlavním zjištěním této studie je tedy to, že se pravá část okcipitálního laloku a mozeček pravděpodobně podílejí na patogenezi psychózy způsobené alkoholem.

Z dalších komorbidních poruch, které se u lidí závislých na alkoholu vyskytují, jmenujme depresi a anxiету. Obě dvě poruchy jsou častou komorbiditou závislosti na alkoholu a mají tendenci se zhoršovat s prohlubováním závislosti (Churchill & Farrell, 2017; Butelman et al., 2017). Schellekens, de Jong, Buitelaar & Verkes (2015) zjistili, že pokud je u pacientů přítomna zároveň se závislostí i porucha anxiózního typu, je větší pravděpodobnost, že dojde k relapsu, tudíž se dá považovat i za prediktor navrácení se k alkoholu. Tyto poruchy se však neobjevují jen u závislých pacientů, ale i u jejich partnerů, kteří mají zvýšenou míru anxiety i deprese (Gandhi, Suthar, Pal & Rathod, 2017). Dalším problémem vztahujícím se k depresivitě jsou sebevražedné myšlenky. Ty se u lidí závislých na alkoholu vyskytují více signifikantně než u zdravých jedinců. Sebevražedné myšlenky mají tendenci se více objevovat v případě, že má pacient hlubší míru závislosti nebo je u něj přítomno silné bažení (Ziółkowski et al., 2017; Cohen et al., 2017).

Poslední komorbiditu spojenou se závislostí na alkoholu, kterou zmíním, jsou poruchy osobnosti. Vzhledem k podstatě poruch osobnosti je závislost spíše důsledkem než příčinou. Z výzkumu vztahu mezi alkoholovou závislostí a maladaptivní osobností vyplývá, že závislost se objevuje převážně u lidí, jejichž dominantními rysy jsou: desinhibice, agresivita, negativní afekt a antagonismus. Z poruch osobnosti tak jmenujme narcistickou poruchu osobnosti, disociální poruchu osobnosti a emočně nestabilní poruchu osobnosti hraničního typu (Creswell, Bachrach, Wright, Pinto & Ansell, 2016; Garofalo & Wright, 2017).

1.4 Typologie závislosti na alkoholu a její fáze

Jako jakákoliv jiná psychiatrická porucha je i závislost na alkoholu značně individuální. Vzhledem k její značné rozšířenosti není divu, že se někteří autoři snaží o zobecnění za pomoci vytvoření typologie.

1.4.1 Typologie závislosti na alkoholu dle Jellineka

Pravděpodobně nejznámější typologii představil Jellinek (1960). Pro pět jednotlivých typů použil označení pomocí písmen řecké abecedy, tudíž máme typologii alfa, beta, gama, delta a epsilon.

- 1) **Alfa** typ lidí závislých na alkoholu je charakteristický převážně psychologickou závislostí na alkoholu. Hlavním závislostním znakem, jenž můžeme u těchto lidí pozorovat, je spíše pití za účelem dosažení anxiolytického účinku, než ztráta kontroly nad pitím alkoholu.
- 2) U **Beta** typu závislých na alkoholu je možné sledovat pití alkoholu, jež je sociogenně podmíněné. Odehrává se především v sociálním prostředí, kde je alkohol běžnou záležitostí. Přestože u typu beta nebývá přítomna vysoká fyzická ani psychická závislost, mohou se objevovat zdravotní komplikace způsobené alkoholem.
- 3) **Gama** typ je charakteristický tím, že lidé vykazují progresivní maladaptivní změny v sociálním i psychickém chování. Může se objevit postup ze závislosti psychické na závislost fyzickou. Velmi časté je narušení kontroly v pití alkoholu. Důležité však je, že závislí na alkoholu typu gama dokážou abstinovat bez větších abstinčních příznaků.
- 4) U **Delta** typu je značná podobnost s typem Gama. Hlavním rozdílem však je, že je částečně zachována kontrola v pití alkoholu, avšak při abstinenci se projevuje odvykací stav.
- 5) **Epsilon** je charakteristický pro lidi, kteří pijí v tazích. To znamená, že dokáží abstinovat týdny, ale pak pijí nepřetržitě i několik dní. Tomuto chování se říká kvartální pijáctví či dipsomanie.

Jellinek (1960) však postuluje, že hlavním centrem závislosti je typ gama a delta vzhledem k tomu, že nejvíce potřebují lékařskou péči včetně striktního farmakologického režimu. Zbylé typy považuje spíše za zneužívání alkoholu než za závislost.

Dalším přispěním, jímž se Jellinek (1952) zasloužil o porozumění alkoholové závislosti, je to, že vydělil jednotlivé fáze závislosti. A i přesto, že jsou více než 60 let staré, tak se v odborné literatuře používají dodnes.

První je fáze **prealkoholická** (někdy označovaná jako počáteční). Jedná se o poměrně běžné užívání alkoholu, které bývá většinou společensky motivované. Občasně se mohou vyskytovat i symptomy excesivního pití. Ty mohou být vyvolány i anxiolytickým účinkem, a tudíž i uvolněním, které alkohol představuje. Objevuje se první zvyšování tolerance.

Po prealkoholické fázi následuje **prodromální fáze**. Ta je charakteristická již vyšší mírou užívání alkoholu. To je z velké části způsobeno zvýšenou tolerancí. Objevují se i palimpsesty (výpadky paměti neboli alkoholová okénka) a první známky odvykacích stavů. Kromě toho lze u jedince pozorovat ještě další napovídající chování, jakým je: nenasytné pití (první drink až dva jsou vypity velmi rychle), pocity viny po pití alkoholu, zaujetí alkoholem aj. V této fázi si je ještě člověk schopný udržet v pití kontrolu.

Hlavním znakem **kruciální** (někdy označena jako rozhodující) fáze je ztráta kontroly v pití. To je hlavní znak toho, že člověk již opustil prodromální fázi. Doprovodná je i snaha ospravedlnit své chování. Důležitým znakem je to, že jedinec nepřestává s pitím, i když se dají objektivně posoudit negativní dopady, jež na jeho život alkohol má. Odvykací stav je již téměř pravidlem a jeho zeslabení či vyhnutí se mu je další motivací proč pít. Objevuje se pití hned po probuzení (takzvané ranní doušky), nebo i buzení uprostřed noci kvůli potřebě doplnit hladinu alkoholu v těle. Dalším obvyklým chováním v kruciální fázi je reinterpretace interpersonálních vztahů, zanedbávání svého vzhledu, snížení sexuální touhy, geografický únik způsobený neustálým tlakem okolního prostředí aj.

Poslední je takzvaná fáze **chronická** (někdy terminální či konečná). Tato fáze představuje pomyslný vrchol v závislosti na alkoholu. V životě jedince hraje alkohol dominantní roli. Člověk je pod vlivem téměř neustále a v případě nedostatku alkoholu v těle se projeví silné abstinenci příznaky. Dalšími charakteristikami, jež doprovází chronickou fázi, jsou: osobnostní degradace, snížení tolerance vůči alkoholu, neidentifikovatelné strachy, persistentní tremor, psychomotorická inhibice či užívání alkoholu s lidmi pod sociální úrovní jedince. Jakožto zajímavou považují autorovu poznámku, že zhruba u 60 % závislých se vyvinou vágní religiozní touhy v důsledku oslabené racionalizace.

1.4.2 Jiné typologie závislosti na alkoholu

Dalším, kdo postuloval svoji typologií závislosti na alkoholu, byl známý americký psychiatr Claude Robert Cloninger a jeho kolegové Bohman a Sigvardsson (1981). Jejich typologie lidí závislých na alkoholu je dichotomní a rozlišuje **typ 1** a **typ 2**.

Typ 1 je charakteristický tím, že má pozdní začátek (po 25 letech) a je velmi ovlivněný sociálním prostředím, v němž se pohyboval. Co se týče genderu, tak se typ 1 vyskytuje u mužů i u žen ve stejné míře. Velkou výhodou i z hlediska léčby je to, že lidé závislí na alkoholu typu 1 dokáží alespoň na nějaký čas abstinovat a pití zastavit. Další z hlavních předností tohoto typu je jakási snaha vyhnout se újmě, což těmto jedincům brání v excesivním pití. Alkohol je brán ve většině případů jako sebemedikace.

Typ 2 je zcela opačný. Začátek závislosti je ještě před 25. rokem a často se objevuje tendence závislost „dědit“ po otci, což naznačuje silný genetický vliv. U druhého typu se nezdá objevuje disociální jednání vztahující se k pití alkoholu. Oproti typu 1 se zde nevyskytuje tendence vyhnout se újmě. Z hlediska genderu jsou častěji postiženi muži. Nevýhodou je téměř neschopnost abstinence a špatná reakce na léčbu.

Poslední typologii, kterou bych rád představil, vytvořili Babor et al. (1992). Ta je opět dichotomická a dělí se na **typ A** a **typ B**.

Typ A je charakteristický pozdějším nástupem závislosti, zároveň s ním se objevuje méně rizikových faktorů v dětství, jako je třeba porucha pozornosti. Typ A obnáší méně závažnou závislost na alkoholu, což s sebou nese i menší problémy způsobené alkoholem a menší míru psychiatrické komorbidity.

Typ B závislosti na alkoholu většinou navazuje na rizikové faktory z dětství. Dalším podpůrným faktorem, jež lze u této kategorie nalézt, je výskyt závislosti na alkoholu v rodinné anamnéze. Těžší závislost s sebou právě často nese problémy, které jsou alkoholem způsobené, a vyšší četnost psychiatrické komorbidity.

Výše uvedené typologie rozhodně nejsou jediné, rozhodl jsem se je zvolit kvůli jejich citovanosti v odborných zdrojích, byť si myslím, že typologie Cloninger a Babora jsou do značné míry podobné. Z dalších typologií bych rád zmínil autory Moreye & Skinnera (1986). Ti představili typologii, která se opírá o osobnostní charakteristiky závislých, jež byly zkoumány pomocí dotazníku MMPI. Další typologii nabízí i Zucker (1986), který díky longitunálnímu výzkumu vydělil čtyři kategorie závislých na alkoholu. Dále třeba autoři Buydens-Branchey, Branchey & Noumair (1989), kteří postavili svoji typologii na diskriminaci začátku pití alkoholu.

1.5 Léčba závislosti na alkoholu

Jak poznamenal Orel (2012), léčba by měla být komplexní, to znamená, že by neměla být přítomna pouze biologická či psychologická modalita, ale měly by se tyto dva přístupy doplňovat, aby byl naplněn celý potenciál léčby. Z tohoto důvodu v diplomové práci rozlišuji léčbu biologickou a psychologickou.

1.5.1 Biologická léčba závislosti na alkoholu

Z toho, co jsem dokázal vypožorovat, nechá člověk svoji závislost značně rozvinout, než vyhledá odbornou pomoc. V tomto případě přichází na řadu biologická léčba odvykacího stavu, který je u pacienta v mnoha případech přítomen, a jeho překonání napomáhá komplianci v psychologické léčbě.

Jak již výše zmiňuji, somatický odvykací stav je velmi nepříjemnou záležitostí, proto není divu, že moderní medicína přišla s medikací, která do velké míry usnadňuje jeho zvládnutí. Jedním z takovýchto léků je například Clomethiazol. Ten působí na receptory GABA (kyselina gama – aminomáselná). Velkou výhodou je možnost vysoké modifikace dávek, avšak vzhledem k riziku vzniku závislosti by tento lék neměl být užíván déle než deset dní. Dávkování je většinou po 2–3 hodinách, dokud nedochází k uklidňujícímu efektu (Doubek et al., 2006; Mainerova et al., 2015).

Další možnou medikací při odvykacím stavu včetně závažné komplikace v podobě deliria tremens jsou benzodiazepiny. U tohoto stavu se využívají benzodiazepiny s krátkým účinkem, jako například Lorazepam, Midazolam či Oxazepam. V klinické praxi se dále používají i Diazepam, Klonazepam nebo Chlordiazepoxid. Mainerova et al. (2015) však poznamenává, že preferované léky z oblasti benzodiazepinů by měly být Oxazepam a Lorazepam vzhledem k jejich výhodné farmakokinetice a dynamice. Benzodiazepiny se dále užívají i při vzniku epileptických záchvatů (především Klonazepam a Diazepam). Vždy však musíme brát na vědomí možnost vzniku závislosti na benzodiazepinech.

Zástupcem z řádu atypických antipsychotik při léčbě odvykacího stavu je Tiapridal. Ten patří mezi selektivní antagonisty dopaminových D₂/D₃ receptorů. I přesto, že se řadí mezi bezpečné možnosti a dávkování má poměrně široký rozsah, neměl by být předepisovaný v případě, že je u pacienta vysoké riziko epileptických záchvatů, jelikož snižuje jejich práh. V případě deliria tremens se však samotný Tiapridal neosvědčil (Martinotti et al., 2010). Atypická antipsychotika se však i v případě deliria tremens využívají, a to v případě, že se u pacienta objevuje vysoká agitovanost či agresivita.

Většinou se jedná o kombinaci s benzodiazepiny, nebo se využívá kombinace benzodiazepinů s klasickými antipsychotiky (většinou Haloperidol) (Mayo-Smith, 2004).

Poslední mnou představovanou skupinou léčiv pro odvykací stav jsou antiepileptika. Nejvíce používané v oblasti léčby abstinenčních příznaků jsou léky Carbamazepin/Oxcarbamazepin, což jsou představitelé léků na bázi GABA – ergních a blokátoru receptorů NMDA (N – methyl – D – aspartát) (Barrons & Roberts, 2010). Z dalších užívaných látek jmenujme Lamotrigin, Gabapentin, Divalproex a Topiramát (McElroy, Keck & Post, 2008).

Jak jsem již výše naznačil, závislost na alkoholu provází řada komorbidních psychiatrických poruch, které také často vyžadují medikaci. Avšak pro účel práce bych rád představil problematiku medikace podporující léčbu. Jedním z takovýchto léků je Disulfiram, jenž je v laické veřejnosti nejvíce známý pod svým obchodním názvem Antabus. Mechanismus jeho účinku se zakládá na inhibici aldehyd dehydrogenázy, což zablokuje běžnou metabolizaci alkoholu a organismus si musí hledat jinou cestu. V případě, že se pacient napije alkoholu a v těle má nastavenou určitou hladinu disulfiramu, dochází u něj k takzvané alkohol-Disulfiramové reakci. Ta vyvolává bolesti hlavy, zarudnutí v oblasti obličeje a u dam v oblasti dekoltu, mravenčení, zvýšení krevního tlaku s následným snížením pod normální hranici, mravenčení v čele, mžítka před očima aj. Reakce se však v některých zařízeních vyvolává úmyslně, aby si ji pacient prožil, a bylo to pro něj poučením do budoucna. Před samotnou antabusovou reakcí je zapotřebí, aby pacient prošel důkladným interním vyšetřením vzhledem k tomu, že se jedná o potenciálně život ohrožující proceduru. Při řízené reakci musí být vždy přítomen zdravotnický personál (Stokes & Abdijadid, 2017). Co se týče dalších negativních dopadů, tak Alagesan, Gratia & Pandian, (2017) poukazují na možnost cévní mozkové příhody při reakci. Mohapatra & Rath (2017) dále naznačují, že je možnost rozvoje psychózy, avšak jsou k tomu zapotřebí další předpoklady (hereditární zátěž, stáří, nesprávné dávkování Disulfiramu aj.). Mohapatra, Sahoo & Rath (2015) dále předkládají případ neuropatie způsobené užíváním disulfiramu. I přes možné negativní dopady je riziko stále přijatelné a Disulfiram se ve výzkumech ověřil jakožto účinná metoda, která napomáhá k delší abstinenci (Skinner, Lahmek, Pham & Aubin, 2014; Yang, Leung & Demirkol, 2017). Kromě alkoholu je také možné jej využít v případě závislosti na kokainu (Shorter, Domingo & Kosten, 2015) a z experimentu na krysách vyplývá že Disulfiram by mohl být medikován i při gamblingu (Di Ciano et al., 2017). Dalším velmi důležitým zjištěním, ve kterém sehráli velkou roli i čeští vědci, je zjištění fakt, že Disulfiram má i protinádorové účinky (Skrot et al., 2017).

Další možné medikace na podporu léčby, které bych chtěl zmínit, je Naltrexon a Akamprosát. Naltrexon je opioidní antagonist, který se převážně užívá při léčbě závislosti na opiátech, avšak prokazuje se i jeho účinnost proti závislosti na alkoholu, především ve snížení prožívaného cravingu (Rosner et al., 2017). Akamprosát působí také jako určitá psychosociální podpora při léčbě a pomáhá snižovat vnímaný craving (Plosker, 2015).

1.5.2 Psychologická léčba závislosti na alkoholu

Léčba v podobě psychologické intervence má několik možností, v práci bych rád krátce představil **detoxifikační léčbu, ústavní léčbu, dlouhodobý doléčovací program a ambulantní léčbu.**

Detoxifikační léčba (Detox) bývá většinou první instancí. Některé psychiatrické léčebny (či nemocnice) dokonce podstoupení detoxu mají v podmínkách pro započetí ústavní léčby. Hlavním cílem detoxu je překonání odvykacího stavu v chráněných podmínkách. Kromě zaměření se na odvykací stav, se pacientům též dostává edukace ohledně závislosti, psychoterapie, pracovní terapie, podpora v dalším léčení aj. Délka léčby zpravidla trvá v rozmezí 2–4 týdnů (Hosák & Hrdlička, 2015).

Ústavní léčba navazuje na léčbu detoxifikační a trvá obvykle 3–4 měsíce. Hlavním působením je kromě psychofarmak intenzivní psychoterapeutická činnost. Ta probíhá většinou ve formě skupinových terapií. Dále se pacient může setkat s edukací, pracovní terapií, pohybovou terapií, muzikoterapií (léčba pomocí hudby), arteterapií (umělecká terapie), terapií za pomoci zvířat aj. V průběhu léčby musí pacient dodržovat léčebný režim a podmínky, které si zařízení stanovuje. Po nějakém čase v léčbě jsou umožněné i jednodenní a delší propustky, po kterých je pacient otestován na přítomnost alkoholu či jiných drog v organismu. Dalším možným podpurným prostředkem v léčbě jsou i sociální pracovníci, kteří jsou v zařízení přítomni a pomáhají pacientům v sociálních oblastech, jako je hledání zaměstnání, shánění bydlení atd. (Kalina, 2015).

Dlouhodobý doléčovací program má většinou podobu terapeutické komunity (TK) či chráněného bydlení. Často se jedná o nezdravotnické zařízení (občanská sdružení či neziskové organizace). TK je označována za středně–dlouhodobou léčbu a trvá v rozmezí 6–18 měsíců. Celkem se léčba v TK rozlišuje na čtyři fáze. V tzv. nulté fázi se dokončují procedury spojené se vstupem do komunity a probíhá ujasnění potřeb klienta. Hledá se individuální plán léčby a probírají se naléhavé problémy (často za použití krizové intervence). K usnadnění aklimatizace a seznámení s ostatními je klientovi přidělen tzv. patron, kterým je další klient TK. Nultá fáze trvá 2–4 týdny. Pro první fázi je

charakteristické zaměření se na včlenění a zapojení klienta do chodu TK. Tomu napomáhá naprostá separace od vnějšího světa, což znamená, že je klientovi odebrán telefon, nesmí používat internet aj. Dalšími nápomocnými faktory k dobré asimilaci je dobrá znalost pravidel a vztahů, získávání podpory a využívání terapeutického prostředí a přizpůsobení se životu bez návykové látky. První fáze trvá obvykle tři měsíce a před přestupem do fáze druhé musí klient zažádat o schválení od celé komunity, která může jeho přestup odložit. Přestup je spojený s rituálem.

Druhá fáze zahrnuje období, kdy vrcholí léčba v TK. V této části je nejdůležitější změna v oblasti chování a náhledu. Důležitý je také osobnostní růst a rozvoj zralosti. Klient v této fázi dostává větší privilegia včetně propustek a může rovněž přebírat roli patrona. Na konci druhé fáze by měl klient patřit v komunitě mezi vůdce. Délka této fáze je 4–6 měsíců. V poslední fázi jsou klienti samostatní, ale stále žijí v TK. Jejich hlavním cílem je připravit se na odchod z TK, to znamená zajistit si bydlení a práci. Klient musí znát své slabé i silné stránky, mít náhled na svoji minulost a zvládat rizikové situace, které nebude vyhledávat ani testovat svoji abstinenci (Kalina, 2008).

Ambulantní léčba - Co se týče léčby závislosti tak ambulantní léčba je většinou začátkem celého procesu či závěrečnou podporou léčby. To znamená, že psychiatr či psycholog pacientovi doporučí léčbu detoxifikační a následně ústavní, nebo pacient po jejím absolvování navštěvuje ambulanci kvůli udržování abstinence. Ambulantní léčba může mít více podob, které se mohou kombinovat: psycholog, psychiatr, adiktologické ambulance aj. (Kalina, 2015).

Kromě výše zmíněných existují i svépomocné skupiny. Patrně nejznámější je skupina Anonymní alkoholici. Jedná se o sdružení lidí závislých na alkoholu za cílem trvalé abstinence. Původ tohoto přístupu je z USA. Základem je vzájemná pomoc a případné problémy jsou sdíleny na skupinových setkáních s ostatními členy. Nutno podotknout, že původ skupiny je nábožensky orientovaný (Hosák & Hrdlička, 2015).

Na závěr této kapitoly bych rád zmínil, že závislosti všeobecně mají tendenci často se vracet. Z tohoto důvodu odborná literatura vyděluje **Laps**, **Relaps** a **Recidivu**. Laps znamená jednorázové „uklouznutí“, tedy to, že se pacient jednou napije, ale dokáže to zastavit. V případě relapsu se jedná o vícenásobné uklouznutí. A recidiva už je znovuobjevení příznaků závislosti (Kalina, 2015).

2 Ego-obranné mechanismy

2.1 Teoretické koncepce ego-obranných mechanismů

Prvotní koncepce ego obranných mechanismů se objevila již v roce 1894, kdy Sigmund Freud vydal dílo *Neuropsychózy obrany*. Zde popsal mentální operaci, která udržovala bolestivé myšlenky a afekty mimo naše vědomí a nazval ji „obrana“. Později Freud upustil od pojmu obrana a nahradil jej termínem vytěsnění až do roku 1926, kdy byl v díle *Zábrana, symptom a úzkost* pojem obrana v poznámkách obnoven. Idea obranných mechanismů se v průběhu let stále měnila, avšak největší rozpracování této koncepce přišlo až s významnou prací Anny Freudové.

V její práci můžeme nalézt ucelenou teorii propojenou s praktickými příklady. Vzhledem k tomu, že obranné mechanismy slouží jako obrana před úzkostí a nelibostí, vydělila Freudová tři hlavní zdroje úzkosti a tím pádem i zdroje intrapsychické motivace k zapojení ego obranného mechanismu. Jsou jimi: úzkost z konfliktu Id (Ono) versus Superego (Nadjá), úzkost z vnějšího světa (objektivní úzkost) a úzkost ze síly pudů, u které poukázala na nejčastější obranné mechanismy v období puberty. Mimo výše zmíněné vytěsnění, vydělila Freudová ještě dalších devět obranných mechanismů. Jsou jimi: projekce, popření, reaktivní formace, potlačení, izolace, agování (acting-out), regrese, sublimace a přemístění. Ve své psychoanalytické praxi si Freudová povšimla, že se mohou obranné mechanismy kombinovat. Popisuje to na kazuistikách, kdy klienti využili mechanismu introjekce a projekce, což vyústilo v identifikaci s agresorem. Ve svém díle se Freudová pokouší vytvořit i jakousi chronologii v používání obranných mechanismů, která vychází z její klinické praxe. Z logiky věci vychází z toho, že dochází k dozrávání Ega (Já) a jeho diferenciaci od Id a vnějšího světa, tudíž i používané obranné mechanismy jsou na těchto proměnných závislé. Bohužel však rovněž uvádí, že chronologické uspořádání mechanismů by bylo pochybné a nepřesné vzhledem k tomu, že v psychoanalytických teoriích neexistují shodná časová určení. Jedním z příkladů může být neshoda na tom, kdy se vlastně u jedince vytváří individuální Superego (Freud, 2006). V současné době, se však většina autorů shoduje na tom, že je možné sledovat nějaké kontinuum a rozdíly v obranných mechanismech v různých stupních vývoje (Laughlin, 1979; Vaillant, Bond & Vaillant, 1986; Cramer, 1991; McWilliams, 2011).

Dalším rozšířením teoretické koncepce ego obranných mechanismů, především z pohledu lidského vývoje, je práce Melanie Kleinové, která se spolu s Donaldem

Winnicottem, Michaelem Balintem a Wilfredem Bionem řadí k Britské škole objektivních vztahů (Plhánková, 2006). Kleinová považovala rané dětství a vývoj dítěte do tří let za jedno z nejvlivnějších období vzhledem k normalitě, ale i k možnému vzniku psychopatologických poruch. Jejím základním předpokladem je to, že dítě není schopno vnímat celistvý objekt, ale pouze jeho separované části. To se objevuje i u citů k nejbližší pečující osobě (většinou matce). Dítě ji při normálním vývoji do čtyř až šesti měsíců vnímá jako dobrou a zlou. Základní psychickou organizací je tedy v tomto období štěpení (splitting). Dalším obranným mechanismem, který Kleinová u dětí zmiňuje, je projektivní identifikace. Ta se projevuje při úzkostech a nepříjemných zážitcích, kterých se dítě pokouší zbavit a je projikována směrem k matce. Po výše zmíněných čtyřech až šesti měsících vývoje je dítě schopno již vnímat matku komplexně, tudíž dokáže integrovat dobré i špatné pocity. Začíná se však formovat úzkost z toho, že nenávislné projevy, které dítě k matce vysílalo, ji mohly nějak poškodit. Za účelem matčiny ochrany před vlastní agresi se ji dítě snaží internalizovat. Tento proces Kleinová popisuje jako inkorporaci. V další fázi, tedy druhé polovině prvního roku, se u dítěte objevuje snaha k napravení škod (takzvanou reparaci), které dítě předpokládá z důvodu svých ambivalentních pocitů. Jako nejvíce kritický považuje Kleinová pocit nenahraditelnosti milující osoby, který dítě v raném dětství prožívá. Proti těmto pocitům závislosti dítě bojuje takzvanou manickou obranou, kdy se nachází ve stavu popření důležitosti milovaného objektu a je přesvědčeno o jeho nahraditelnosti. Přestože je tento jev vyzorovaný u dětí, podotýká, že se však v některých život ohrožujících situacích může objevovat i u dospělých. Příkladem může být třeba bombardování při válečném konfliktu, požár či záplavy, kdy se mnoho lidí nachází ve stavu silného popření, tudíž manické obrany (Klein, 2017).

2.2 Klasifikace a stručný popis vybraných obranných mechanismů

Než začnu s vyjmenováváním možných klasifikací a popisem obranných mechanismů, je důležité zmínit, jaké jsou jejich charakteristiky. Cramer (2008) prozkoumala empirické studie zaměřující se na obranné mechanismy a představuje tyto vlastnosti, které jsou pro obranné mechanismy společné:

- Obranné mechanismy mohou být definovány jako nevědomé mentální mechanismy, které jsou namířeny proti vnitřním pohnutkám (drivům) a vnějším tlakům. Především proti těm, které ohrožují naše sebevědomí nebo strukturu a integraci našeho self.
- Vytvářejí se v předvídatelných sekvencích společně se zráním dítěte.

- Jsou částí normálního fungování osobnosti.
- Používání obranných mechanismů se zvyšuje při stresu.
- Fungování obranných mechanismů je napojeno na autonomní nervový systém.
- Mohou vést k psychopatologii, pokud je jeden či více obranných mechanismů užíváno excesivně.
- Jsou rozeznatelný jeden od druhého.

Téměř totožné vlastnosti představuje i Vaillant (2011), avšak dodává, že obranné mechanismy jsou dynamické a reverzibilní, což je dle mého názoru velmi důležitý fakt, který lze využít v klinické praxi a terapeutickém procesu. Přestože je možné nalézt více možných klasifikací, rozhodl jsem se ve své diplomové práci představit klasifikace užívané v diagnostickém a statistickém manuálu (DSM) a klasifikaci, již navrhl George Eman Vaillant.

2.2.1 Klasifikace dle Vaillanta

Klasifikační model obranných mechanismů od George E. Vaillanta je dodnes pravděpodobně jedním z nejpoužívanějších a nejrozšířenějších modelů. Objevil se již v glosáři a terminologii ve třetí revidované verzi diagnostického a statistického manuálu (DSM–III–R) (APA, 1987). Vaillant rozlišil čtyři hlavní úrovně obranných mechanismů. Jsou jimi:

Psychotické obrany (úroveň 1) – jsou nejprimitivnějším typem ego obranných mechanismů. Běžně se objevují v dětství (před pátým rokem) a ve snovém a fantazijním světě dospělých. V běžném světě dospělých se, jak již název napovídá, tyto obrany objevují především u psychotických pacientů. Všeobecně platí, že pokud se u člověka vyskytnou obrany první úrovně, tak do značné míry upravují realitu a právě takový člověk může vypadat pro okolí jako zvláštní a někdy až „šílený“. Z obranných mechanismů se do první úrovně řadí: popření vnější reality, distorze vnější reality a bludná projekce (Vaillant, 1995). Přestože se zdají být psychotické obrany nepřekonatelnou překážkou v lidském fungování, tak z výzkumu, který provedl Cichocki (2008), vyplývá, že pomocí dlouhodobé psychoterapie dochází ke změně používaných obranných mechanismů a zlepšení celkového psychopatologického stavu.

Nezralé mechanismy (úroveň 2) – schizoidní fantazie, projekce, hypochondrie, pasivně agresivní chování a agování (acting-out). Tyto obranné mechanismy patří do druhé úrovně a můžeme je hledat u dětí a adolescentů, kde nejsou považovány za patologii a objevují se právě v důsledku osobnostního zrání. U dospělých se nezralé obranné

mechanismy objevují především u lidí s depresí, závislostí a poruchami osobnosti. Z tohoto důvodu jsou nezralé obranné mechanismy také nejčastěji zkoumané. Při terapeutickém působení se však u lidí trpících těmito duševními poruchami kromě zlepšení psychopatologického stavu objevují i změny v používaných obranných mechanismech směrem k vyšším (zralejším) úrovním (Akkerman, Carr & Lewin, 1992; Drapeau, De Roten, Perry & Despland, 2003; Perry, Beck, Constantinides & Foley, 2009; Perry & Bond, 2012). Vaillant (1971) dále uvádí, že tyto mechanismy mohou mobilizovat i somatická onemocnění, dědičné vady a postižení, avšak myslím si, že značný vliv na to může mít i komorbidita somatických onemocnění s depresivitou, úzkostí a abúzem návykových látek (Tegethoff, Belardi, Stalujanis & Meinschmidt, 2015; Scott, et al., 2016).

Neurotické mechanismy (úroveň 3) – neurotické mechanismy (intelektualizace, represe, reaktivní formace, disociace a přemístění), jak již označení napovídá, jsou základem pro neurotickou symptomatiku. Ne nadarmo se říká, že každý jsme svým způsobem neurotik. Tomuto tvrzení přispívá i to, že neurotické obranné mechanismy se mohou objevovat i u neklinické populace, a to od dětství až po senilitu. Na rozdíl od nezralých obranných mechanismů, které jsou většinou adaptací na nějaký interpersonální konflikt, jsou neurotické mechanismy zapojovány především při konfliktech intrapsychických. Co se týče terapeutických možností, tak klienti využívající neurotické obranné mechanismy většinou častěji vyhledávají odbornou pomoc, než je tomu u předchozích, méně adaptivních obranných mechanismů. Není to z toho důvodu, že by byla potřeba intervence větší, přece jen, jak výše zmiňuji, jsou více adaptivní. Hlavní příčinou je tedy to, že na rozdíl od nezralých obranných mechanismů je diskomfort, který z nich vychází, vědomé povahy (Vaillant, 1971). V klinické oblasti můžeme nalézt neurotické obrany nejčastěji u úzkostí, panických poruch, mírnějších depresí, poruch přizpůsobení aj. Důležité je však zmínit, že úbytek používání nezralých obranných mechanismů a přechod na obranné mechanismy neurotické je v psychoterapeutické činnosti brán jako pokrok (Spinhoven & Kooiman, 1997; Kipper et al., 2005; Doruk, Sütçigil, Erdem, Işıntaş & Özgen, 2009).

Zralé obrany (úroveň 4) – čtvrtou a poslední úrovní jsou dle Vaillanta (1971) zralé obrany, kam zařadil altruismus, humor, anticipaci, sublimaci a potlačení. Tento styl ego obranných mechanismů je běžný mezi „zdravou“ populací a je považován za nejvíce adaptivní. Objevuje se od období adolescence až po stáří (včetně). Důležitou vlastností zralých obranných mechanismů je to, že dokáží integrovat někdy konfliktní domény

lidského chování, kterými jsou svědomí, realita, interpersonální vztahy a instinkty. V případě zralých obran není většinou potřeba terapeutických intervencí. Hlavní problém však spočívá v tom, že i když se může na první pohled zdát, že zralé ego obranné mechanismy mohou být užívány vědomě, tak se stále jedná o obranné mechanismy, tudíž i nadužívání (které je nežádoucí) těchto obran je nevědomé.

2.2.2 Klasifikace obranných mechanismů v Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM)

Základem k přidání ego obranných mechanismů do diagnostické osy DSM–IV bylo reakcí na předchozí verze diagnostického a statistického manuálu DSM–III. Přestože byl tento manuál velice dobře přijímán, tak jedna z hlavních kritik se týkala absence psychodynamické perspektivy. Když byla DSM–III revidována, skupina, která pracovala na DSM–III–R, svolala výbor k rozhodnutí, jestli mají být ego obranné mechanismy přidány jakožto další osa. Přestože byl tento nápad velmi podporovaný, byly ego obranné mechanismy přidány a publikovány pouze v glosáři a terminologii. V roce 1988 svolal Mardi Horowitz setkání odborníků zabývajících se obrannými mechanismy. Výbor se shodl na výčtu obran a definicí, které by měli být v glosáři, a Perry (1990) vytvořil Defense Mechanism Rating Scale (DMRS) k jejich hodnocení (Perry et al., 1998).

Čtvrtá revize diagnostického a statistického manuálu (APA, 1994) obsahuje 31 ego obranných mechanismů, které jsou roztrženy do těchto sedmi kategorií seřazených dle adaptivity:

Úroveň vysoké adaptace (High adaptive level) – tato úroveň obranného fungování poskytuje optimální adaptaci a zacházení se stresory a představují nejvíce adaptivní zacházení mezi konfliktními motivy. Mezi vysoce adaptivní úroveň DSM–IV řadí tyto obranné mechanismy: anticipace, altruismus, afiliace, sebe-observace, humor, asertivita (prosazování se), sublimace a potlačení.

Úroveň mentální inhibice (Mental inhibitions level) – tyto obrany zajišťují, že se potenciálně ohrožující nápady, pocity, vzpomínky, přání nebo strachy zdržují mimo naše vědomí. Této úrovni odpovídá: disociace, intelektualizace, izolace afektu, přemístění, reaktivní formace, represe, odčinění.

Úroveň mírného zkreslení obrazu (Minor image-distorting level) – pro tuto úroveň obranných mechanismů je charakteristická distorze sebeobrazu (může se objevovat i na tělesné úrovni) nebo obrazu ostatních, což může sloužit k regulaci sebevědomí. Patří sem: idealizace, omnipotence a devalvace.

Úroveň popření (Disavowal level) – jak již název napovídá, obranné mechanismy na úrovni popření zapřičiňují to, že se nepříjemné a nepřipustné stresory, impulsy, nápady, afekty, nebo zodpovědnosti drží mimo naše vědomí. A to ať už s nebo bez chybné přiřazené atribuce (misatribuce) vnějšímu prostředí. Do této úrovně spadá: popření, projekce, racionalizace.

Úroveň velkého zkreslení obrazu (Major image-distorting level) – hlavní charakteristikou této úrovně obranného fungování je celková distorze či misatribuce sebeobrazu a obrazu ostatních. Řadí se sem: autistická fantazie, štěpení (splitting) sebeobrazu nebo obrazu ostatních a projektivní identifikace.

Akční úroveň (Action level) – pro tuto úroveň je typické obranné fungování, které se vyrovnává s vnějšími či vnitřními stresory akcí nebo stažením se. Z těchto důvodů se sem řadí: agování (acting-out), pasivní agrese, apatické stažení se a stěžování si s odmítáním pomoci (help-rejecting complaining).

Úroveň obranné dysregulace (Level of defensive dysregulation) – jádrem této úrovně je selhání obranné regulace. To způsobuje, že jedinec není schopen zvládnout stresory a důsledkem je narušení reality. Do této úrovně obranných mechanismů se řadí: psychotické popření, bludná projekce a psychotická distorze.

2.2.3 Obranné mechanismy v DSM–V

V současné páté revizi diagnostického a statistického manuálu není koncept obranných mechanismů obsažen z důvodu nedostatku vědeckých důkazů. Přesto však výzkum ego obranných mechanismů pokračuje (Elena-Luminitaa, Corneliua & Luminitab, 2016). Jedním z takovýchto příkladů je výzkum, ve kterém se Granieri et al. (2017) snažili zjistit vztah mezi obrannými mechanismy a maladaptivními osobnostními doménami, které jsou obsaženy v DSM-V. Výsledky, jež získaly od celkem 328 dospělých z neklinické populace (z toho 65,5 % žen), vypovídají o tom, že převaha používání nezralých ego obranných mechanismů pozitivně predikuje maladaptivní osobnostní domény, kdežto používání zralých obranných mechanismů je vztaženo k lepšímu osobnostnímu fungování. Z tohoto důvodu si myslím, že i když ego obranné mechanismy v DSM–V nejsou, tak v praxi je dobré jim věnovat pozornost.

Jak je z výše uvedených klasifikací zřejmé, v současnosti rozlišujeme velkou řadu obranných mechanismů. Tento seznam zdaleka není konečný, protože byl shledán jakýsi úzus, že jakákoliv funkce ega může zároveň plnit i funkci obrany (Fonagy & Target, 2005). Níže proto uvedu pouze stručný popis vybraných obran.

Regrese – jedná se o návrat osoby do dřívějších vývojových stádií. To bývá způsobeno nadměrným stresem či nezvládnutím nové situace. Může se tedy například stát, že se u školáka, který nastoupil do první třídy, objeví enuréza (regreduje na anální stádium) (Cakirpaloglu, 2006).

Sublimace – ego obranný mechanismus sublimace mění úzkost, která vznikla z nepříjemných tendencí, v pocity, motivy a činy, které jsou přípustné. Tato obrana je v klasifikacích mezi neadaptivnějšími (Vaillant, 2000).

Projekce – termínem projekce se označuje obranný mechanismus, při jehož zapojení jedinec připisuje (projikuje) svůj vlastní neúspěch, obavy, strachy a jiné nežádoucí vlastnosti jiným lidem či objektům (Cakirpaloglu, 2006).

Agování (acting-out) – při agování jedinec jedná pod nátlakem svých emocí či pudů za účelem jejich okamžitého vybití. Obrana Já je snížena, což je většinou způsobeno neschopností odložit své pudové reakce (Kalina, 2013).

Racionalizace – cílem racionalizace je snaha o ospravedlnění svého chování, tužeb, emocí či nějakých nepříjemných záležitostí. Na tuto snahu o ospravedlnění zpravidla nebývá úplný náhled, proto se racionalizace liší od výmluvy (Pavlovský, 2004).

Toto je pouze krátký výčet a vysvětlení některých obranných mechanismů. Další obrany (splitting, devalvace, popření, idealizace, projektivní identifikace) jsou popsány v kapitole, která se věnuje Lernerově škále obran. V případě zájmu o vysvětlení dalších obranných mechanismů odkazují na příslušnou literaturu.

2.3 Vybrané nástroje měřící obranné mechanismy

2.3.1 Sebeposuzovací metody

Jedním z nejtradičnějších měřících nástrojů na obranné mechanismy je **Defense Mechanism Inventory (DMI)** (Gleser & Ihilevich, 1969). Tento inventář obsahuje deset příběhů a úkolem respondenta je si tyto příběhy přečíst a vybrat z odpovědí, která nejvíce odpovídá jeho chování. Tyto reakce jsou základem pro pět obranných trsů: obracení se proti objektu, projekce, obracení se proti sobě, obrácení a principalizace.

Dalšími, kdo se zabývali měřením obranných mechanismů, byli Plutchik, Kellerman & Conte (1979). Ti vytvořili takzvaný **Life Style Index (LSI)**. Jedná se o 97 položkový dotazník, kde respondent odpovídá „většinou pravda“ nebo „většinou nepravda“. Tyto položky sytí osm obranných mechanismů, které tento dotazník měří. Jsou jimi: popření, kompenzace, projekce, intelektualizace, přesun, reaktivní formace, regrese a represe.

Jedna z novějších metod je **The Defense-Q** (Davidson, MacGregor, Johnson, Woody & Chaplin, 2004), která hodnotí 25 obranných mechanismů. Jsou zde zahrnuty především obrany z výše zmíněné osy DSM–IV a další, které se objevují v jiných měřicích nástrojích (např. DMI). Každá obrana je reprezentována kartou. Ty jsou poté rozřazeny na sedmi stupňové distribuci od „Nejvíce charakteristické“ po „Nejméně charakteristické“. Výsledný profil je pak porovnán se škálou adaptivních obran (Adaptive Defense Profile).

V současnosti velmi používaný **Defense Style Questionnaire** je popsán v kapitole *Použité výzkumné metody*.

2.3.2 Klinické metody

Jedna z nejužívanějších klinických metod, jež se, jak výše uvádím, do velké míry podílela na zařazení obranných mechanismů do DSM–IV je **Defense Mechanism Rating Scales (DMRS)** (Perry, 1990). Principiálně se jedná o nahrávaný klinický rozhovor, přičemž psycholog má k hodnocení 27 obran na tříbodové škále dle četnosti používání. Poté jsou jednotlivé obrany sečteny a vyděleny celkovým počtem případů, ve kterých se obrany projeví. Tím psycholog dosáhne individuálních skóre obran. Následně jsou obrany sečteny s různými koeficienty a vznikne tak skóre celkového defensivního fungování.

Další možnou klinickou metodu vytvořil Vaillant (1992). Jedná se o **Hodnocení klinických medailonků**. Psycholog si dělá takzvané medailonky v průběhu klinických rozhovorů. Každý z těchto medailonků je kódovaný při objevení nějaké z 18 vybraných obran. Vzhledem k tomu, že autorem je Vaillant, tak jsou obranné mechanismy rozčleněny dle jeho klasifikace, kterou výše popisují.

Poslední mnou představenou klinickou metodou je **The Psychotic-DMRS** (Berney, Roten, Beretta, Kramer & Despland, 2014). Vzhledem k tomu, že původní DMRS neobsahuje psychotické obranné mechanismy, rozhodli se autoři vytvořit vlastní metodu, která je zachycuje. Předmětem zjišťování je 6 obranných mechanismů: psychotické popření, autistické stažení, distorze, bludná projekce, fragmentace a konkretizace. Ty se zjišťují za pomoci dynamického rozhovoru.

2.3.3 Projektivní metody

Měření obranných mechanismů v Rorschachově metodě (Lernerova škála obran)

Od roku 1921, kdy byla poprvé Rorschachova metoda vydána, uběhlo téměř sto let. Stále však v České republice patří mezi nepoužívanější psychodiagnostické metody vůbec,

a to především v oblasti klinické psychologie (Svoboda, Humpolíček & Šnorek, 2013; Urbánek, 2012). Na základě teoretických konceptů, výzkumů a klinických zkušeností vyvinuli v roce 1980 Lerner & Lerner skórovací systém pro posuzování specifických obranných mechanismů v Rorschachově metodě. Na následujících řádcích popisují pouze obecné skórovací posouzení a koncept specifických obran. Zájemce o další informace, jako jsou například kritéria pro skórování jednotlivých obran či příklady odpovědí, odkazují na příslušnou literaturu.

Obecné skórovací posouzení

- Základní skórovanou jednotkou je odpověď obsahující celou lidskou figuru.
- Před aplikací tohoto systému by všechny odpovědi měly být oskórovány kvalitou formy (FQ), systémem, který vyvinul Mayman (1970).
- V sekcích devalvace, idealizace a popření je potřeba tyto obrany identifikovat a ohodnotit, zda se jedná o vysoký nebo nízký stupeň.
- Jakékoliv odpovědi může být přidělen více než jeden skór.
- Při hodnocení lidského perceptu by se měla věnovat pozornost následujícím aspektům: činnost připisována figuře, způsob, jakým je popsána, a o jakou figuru přesně jde.

Specifické obrany

Štěpení (Splitting)

Štěpení zahrnuje směsici separovaných pudů, afektů, vnitřních reprezentací objektů, vnějších objektních vztahů a introjektivních mechanismů (Robbins, 1976). Z hlediska objektních vztahů štěpení odkazuje na to, co jedinec dělá svým vnitřním a vnějším objektům a jak s nimi nakládá. Specificky to zahrnuje členění vnitřního a vnějšího objektu na části, které jsou odlišné od celku, a jsou diferencovány dobré a zlé dílčí objekty. Z behaviorálního hlediska je splitting manifestací vnímání a popisu ostatních jejich převládající polaritou. Ty nabývají nábojů „dobrý versus špatný“ a mohou mít několik forem: frustrující versus uspokojující, nebezpečný versus bezpečný a přátelský versus nepřátelský (Pruyser, 1975).

Devalvace (Devaluation)

Devalvace se vztahuje na tendenci znehodnocovat, shodit a zmenšit důležitost svých vnitřních a vnějších objektů. Je považována za jakousi tichou formu kažení objektu, jež je blízce spjatá se závistí. Celkově je devalvace považována za cíl závisti, ale zároveň i obrana proti ní. Cíl závisti je se vyrovnat objektu. Pokud se to však nedaří, objeví se snaha

objekt zničit (devalvovat), aby došlo k odstranění závistivých pocitů (Segal, 2012).

K posouzení devalvace jakožto obranného mechanismu v Rorschachově metodě slouží pětibodové kontinuum rozložené do tří dimenzí. V první dimenzi je zachována lidskost figury. Druhá dimenze je zaměřena na čas a prostor, přičemž figura umístěná v běžném prostředí a současnosti je skórována výše než figura z minulosti či budoucnosti umístěná do vzdáleného prostředí. Poslední dimenze zahrnuje míru znehodnocení obsaženou v afektivním popisu figury (Lerner, 1991).

Idealizace (Idealization)

Idealizace zahrnuje popření nechtěných charakteristik objektu a jeho následné vylepšení projekcí vlastního libida či omnipotence. Cílem této idealizace je držet objekt separovaný od perzekuuujících objektů, což zabezpečuje objekt před poškozením nebo zničením. Tento obranný aspekt idealizace, jenž je namířený na obranu objektu před vnitřním zraněním, je dosti vratký vzhledem k tomu, že čím více se objekt stává ideálním, tím je větší pravděpodobnost závisti. Tak jako u devalvace i idealizace se hodnotí na pětibodovém kontinuu, které je rozložené do stejných tří dimenzí (Lerner, 1991).

Projektivní identifikace

Tento obranný mechanismus odkazuje na proces, kdy jsou části self odštěpeny a projikovány do vnějšího objektu nebo jeho částí. Hlavním rozdílem od projekce je to, že projikovaný materiál směrem k objektu není odcizený ego, ale naše self s tímto objektem spíše „empatizuje“ a snaží se ho pomocí projekce ovládat (Kernberg, 1985). Bližší prozkoumání konceptu projektivní identifikace navrhuje činnost alespoň tří subprocesů: externalizace části self s přehlížením reálných charakteristik vnějšího objektu, schopnost zaostřit hranice mezi self a druhým a potřebou druhý objekt ovládat (Lerner, 1991).

Popření (Denial)

Popření v tomto systému odpovídá skupině obran uspořádaných na kontinuu, které je založeno na stupni distorze reality v odpovědi. V praxi to vypadá tak, že čím je vyšší úroveň popření, tím nižší je distorze reality. Jako střední úroveň pak hodnotíme odpovědi, kde je hlavní kontradikce mezi percipovanou lidskou figurou a akcí či charakteristikou, které jsou figuře připisovány (Lerner, 1991).

Obranné mechanismy a Tematický apercepční test

Další velmi známou projektivní metodou, v níž se projevují ego obranné mechanismy, je Tematický apercepční test. Manuál pro skórování vytvořila v roce 1991 Phebe Cramer a zahrnuje tři ego obranné mechanismy: popření, projekci a identifikaci. Kritéria pro skórování byla vytvořena pro karty 3,5 a 10 v dětském apercepčním testu

(Children Aperception Test) a pro tabule 1, 2, 3BM, 3GF, 4, 5, 6BM, 6GF, 7BM, 7GF, 8BM, 8GF, 10, 12F, 12MF, 13G, 13MF, 14, 15, 17BM, 18GF a 20 v Tematickém apercepčním testu.

Skórování každé obrany je založeno na sedmi kategoriích a z toho je každá navržena tak, aby reflektovala rozdílné aspekty této obrany. Kromě případu přímého opakování může být každá kategorie skórována tak často, jak je potřeba. V případě, že dojde k přímému opakování, je skórována pouze jednou. Na následujících řádcích jsou uvedeny pouze skórovací kategorie pro jednotlivé obranné mechanismy a příklady odpovědí. Zájemce o další studium obranných mechanismů v Tematickém apercepčním testu odkazují na příslušnou literaturu.

Skórovací kategorie pro obranný mechanismus popření

- 1) Vynechání – vynechání hlavního nebo důležitého objektu (důležité objekty jsou popsány v manuálu).
- 2) Mispercepce – např. záměna pohlaví figury.
- 3) Zvrat – např. Musel být králem džungle, ale nyní je velmi starý.
- 4) Sdělení negace – např. Chytil tu myš, ale nezabil ji.
- 5) Popření reality – např. Byl to jen sen. Nikdy se to nestalo (příběh).
- 6) Maximalizování pozitiv, minimalizování negativ – např. Nejkrásnější na světě (objekt).
- 7) Neočekávaná dobrota, optimismus, pozitivnost, vlídnost – např. Zatím vždy neuspěl, ale věděl, že jednou určitě uspěje.

Skórovací kategorie pro obranný mechanismus projekce

- 1) Přisuzování agresivních, nepřátelských pocitů, emocí nebo intencí postavě, nebo ostatních pocitů, emocí nebo intencí, které nejsou obvyklé – např. Je to vrah.
- 2) Přidání zlověstných či hrozivých lidí, duchů, zvířat, objektů či kvalit – např. Je to nebezpečná hračka.
- 3) Magické, autistické nebo podružné myšlení – např. Hypnotizér ho proměnil v malou zelenou věc.
- 4) Obava o ochranu před vnějším nebezpečím – např. Byl svědkem zločinu a nyní ho ten vrah pronásleduje.
- 5) Znepokojení ze smrti, úrazu nebo napadení – např. Jeho syn zemřel.
- 6) Témata pronásledování, uvěznění a útěku – např. Utekl z věže a opustil zemi.
- 7) Bizarní nebo velmi neobvyklé téma příběhu – např. Je mučený.

Skórovací kategorie pro obranný mechanismus identifikace

- 1) Emulace schopností – např. Jeho otec ho naučil, jak se to dělá.
- 2) Emulace charakteristik – např. Snaží se být jako Tarzan.
- 3) Regulace motivů nebo chování – např. Matka ho neslyšela cvičit na housle, tak musel začít znovu.
- 4) Sebevědomí (sebeúcta) skrze afiliaci – např. Byl rád, že má kamaráda.
- 5) Odložení gratifikace kvůli práci – např. Pracuje dlouho do noci.
- 6) Diferenciace rolí – např. učitel, voják, snoubenec, manžel, manželka.
- 7) Moralismus – např. Pravděpodobně spadne, protože je to kriminálník.

2.4 Ego obranné mechanismy a závislost na alkoholu

Je bez debaty, že závislost na alkoholu je psychopatologický stav, i přestože je dle mého názoru v České republice do značné míry přehlížena. Jednou z otázek pro výzkum je i to, jaké je u těchto lidí obranné fungování. Z novějších výzkumů vyplývá, že jedinci, kteří jsou závislí na alkoholu, častěji využívají neurotických a nezralých obranných mechanismů. Toto zjištění koresponduje s Vaillantem (1971) a jeho klasifikací ego obranných mechanismů.

Z výzkumu, který provedli Evren et al. (2012), bylo zjištěno, že nejčastější obranné mechanismy, jež diskriminovaly lidi závislé na alkoholu od kontrolní skupiny, byly projekce, agování, splitting a somatizace, které patří dle Vaillantovi klasifikace do úrovně nezralých obran. Dalším odlišením je vyšší používání neurotických obranných mechanismů oproti kontrolní skupině. Co se týče používání zralých obran, tak jediný rozdíl oproti kontrolní skupině byla nižší míra používání humoru. Tato tvrzení podporují i Ribadier & Varescon (2017), v jejichž výzkumu byly taktéž nejvíce signifikantní projekce a somatizace.

K rozdílnému zjištění však přišla Petrić et al. (2011), přičemž v její studii jako nejvíce signifikantní vyšlo používání neurotických obranných mechanismů odčinění, kompenzace a intelektualizace.

Jak je možné vidět ve výše uvedených studiích, nepadá zde stoprocentní shoda v převažujícím používání obranných mechanismů u lidí závislých na alkoholu. Dle mého názoru toto však není závažný problém vzhledem k tomu, že nebyl zjištěn žádný velmi markantní rozdíl, jenž by rozbil celkovou koncepci. Myslím si, že v terapeutické praxi je potřeba se zaměřit na onoho jednotlivce, avšak je dobré vědět, jaké obranné mechanismy jsou v populaci nejčastější.

3 Stres a coping

3.1 Stres

Předtím, než budu popisovat, jak se člověk se stresem vyrovnává, myslím si, že je důležité alespoň v krátkosti zmínit, jaký teoretický koncept stres vlastně má. Věřím, že většina lidí si pod pojmem stres představí nějakou negativní zkušenost, která přinášela útrapy. Toto označení by bylo jen z části pravdivé. Z tohoto důvodu si myslím, že by bylo dobré uvést základní rozdělení. V současné době rozdělujeme stres na takzvaný **eustres** a **distres**. Eustres, jenž často nese označení jakožto „dobrý stres“, představuje situaci, kdy jedince čeká (nebo již nastala či je v průběhu) nějaká příjemná událost (např. svatba, adrenalinový sport aj.). Dalším příkladem eustresu je i možnost dosáhnout úspěchu, ke kterému je potřeba mobilizovat subjektivně zvládnutelné úsilí (typickým příkladem pro studenty může být zkouška). Distres (neboli špatný stres) je právě onen negativní typ stresu, jenž je ve společnosti považovaný za nežádoucí (Baštěcká et al., 2015).

Z hlediska času rozdělujeme působení stresu na **akutní**, **chronické** a **intermitentní**. Akutní stres se vyznačuje většinou neočekávaným příchodem a nejčastěji se objevuje při život ohrožujících událostech, což může mít za následek i částečnou ztrátu či distorzi paměti, zmatenost atd. Chronický stres působí dlouhodobě. Z počátku nevypadá pro člověka tak energeticky náročně, avšak jedná se o jeho dlouhodobé působení, které může vést k úplnému vyčerpání. Poslední intermitentní typ stresu je jakousi derivací chronického stresu. Hlavní rozdíl však spočívá v tom, že není přítomen neustále, ale objevuje se a zase mizí (Matoušek, 2003).

I přesto, že je mnoho teorií, jež se ke stresu vztahují, tak za hlavní průkopníky se označují Walter Bradford Cannon, Hans Selye a Richard Stanley Lazarus, jejichž teorie bych na následujících řádcích rád představil (Baštěcká et al., 2015)

3.1.1 Průkopníci teorie stresu

Americký fyziolog W. B. Cannon jako první v roce 1915 představil termín „fight or flight“ (útok nebo útek), kterým popisuje biologickou a behaviorální reakci na ohrožení. Ve svém výzkumu zjistil, že sympatoadrenální systém má zásadní význam při vzniku emocí vzteku, strachu a úzkosti, které signalizují hrozící nebezpečí. Další významný příspěvek W. B. Cannona spočívá v popisu konceptu homeostázy. Ten představuje sérii regulačních systémů, jejichž účelem je udržovat stálost ve fyziologických procesech, jakými jsou: vnitřní teplota, rovnováha vody, metabolizace glukózy, krevní tlak aj. Pokud

je však rovnováha narušena, tak se tyto systémy různými cestami snaží o to, aby bylo vše navráceno zpět do původní stability (Hjemdahl, Rosengren & Steptoe, 2011).

Druhým zmíněným „otcem“ koncepce stresu je endokrinolog maďarského původu Hans Selye. Ten ve svém krátkém článku, který uveřejnil v časopise Nature, poukazuje na zjištění, kterých dosáhl v experimentech s krysami, a zavádí termín **obecný adaptační syndrom** (General Adaptation syndrome). Ten definuje biologickou reakci organismu na ohrožení před zraněním či reakcí na zranění. Skládá se ze tří fází.

- 1) V průběhu první fáze, jež se označuje jako **obecná poplachová reakce** (general alarm reaction) a trvá 6–48 hodin, se objevuje rapidní snížení velikosti thymu, sleziny, lymfatických žláz a jater. Mizí tuková tkáň, objevují se edémy v thymu a ztráta retroperitoneální pojivové tkáně aj. Dále dochází k vyplavení vysokých dávek adrenalinu, zrychlení srdeční činnosti, zrychlení frekvence dýchání, což je důsledkem zapojení sympatického nervového systému. Další zjištění, které je podle mě dnes více než aktuální, je, že se může objevovat akutní eroze v gastrointestinálním traktu, což je předzvěst k žaludečním vředům. Za zajímavé považuji i to, že v poplachové fázi dochází jakožto k odpovědi na „útok“ i k zapojení parasympatického nervového systému, který se spustil díky hypotalamo-hypofyzární reakci a funguje jako jakási obrana proti šoku. Sám Selye přirovnává symptomy obecné poplachové fáze například k anafylaktickému šoku.
- 2) Druhá fáze se nazývá **rezistenční**. Ta začíná zhruba po 48 hodinách od stresové události. Zvyšuje se sekrece nadledvin a tělo se dostává do stavu, kdy je schopno odolávat poškození i nad běžnou úroveň. Zároveň se postupně vzhled i funkčnost orgánů čím dál více přibližuje normálu.
- 3) Poslední je takzvaná fáze **vyčerpání**. Zhruba po 1–3 měsících v rezistenční fázi experimentální krysy začaly ztrácet svoji odolnost. Následná reakce se velmi nápadně podobala obecné poplachové reakci. Bohužel ve fázi vyčerpání už však byly změny nevratné (Selye, 1936).

Přestože první experimenty probíhaly na krysách, záhy se po nějakém čase se tato zjištění aplikovala i u lidí. Selye se pak za pomoci svých výzkumů o stresu snažil vysvětlovat různá onemocnění, např. hypertenzi, revmatoidní artritidu, kardio-vaskulární choroby atd. (Selye, 2013).

Posledním průkopníkem, a pro téma diplomové práce patrně nejdůležitějším, je americký psycholog Richard Stanley Lazarus. Na rozdíl od předchozích dvou zmíněných konceptů se tento zaměřuje spíše na psychické procesy než na biologii. Lazarus (1966)

koncipuje stres jakožto zvláštní druh vztahu mezi osobou a prostředím. Tímto byla nastavena teorie, kde se stresová reakce začala chápat jako **transakce**. Ta vyžaduje značnou část (a v některých případech ji může i převyšovat) ze zásoby zdrojů člověka. Každá taková transakce vyžaduje kognitivní hodnocení, které rozlišujeme na primární a sekundární.

Proces primárního kognitivního zhodnocení se zaměřuje na to, zda-li se jedná o **újmu, ohrožení** nebo **výzvu**. Újmou se stresová reakce stane, pokud ke zranění či škodě již došlo a člověk se snaží napáchané škody co nejvíce zredukovat. Ohrožení je naopak situace, při níž může podle kognitivního hodnocení teprve k újmě s velkou pravděpodobností dojít. Výše zmíněnou výzvou organismus reaguje, pokud jsou dle hodnocení požadavky sice náročné, ale jedinec má dostatečné zdroje k jejich překonání (Lazarus & Folkman, 1984). To, jestli se jedná o nebezpečí nebo o potenciálně prospěšnou věc, závisí z jedné strany na sociokulturních charakteristikách daného prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, ale i na jeho psychologických charakteristikách, z nichž jsou nejdůležitější cíle a jejich hierarchie. Pokud bychom teď měli primární hodnocení nějak laicky vysvětlit, tak se vlastně jedná o to, že člověk hodnotí co je v „sázce“. Po ukončení primárního hodnocení následuje hodnocení sekundární. To už se zabývá otázkou „Co s tím můžu dělat?“ Tím pádem se snažíme zjistit, jak můžeme hrozbě předejít, zmírnit poškození nebo zvýšit potenciální zisky. V této fázi také přichází na řadu rozmyšlení, jaké copingové strategie jedinec bude používat (Lazarus & Folkman, 1987).

3.2 Coping

Předtím, než se budu zabývat jednotlivými copingovými strategiemi, by bylo dobré si tento termín trochu více přiblížit. V české literatuře se copingové strategie mohou objevovat pod různými názvy, např. zvládací strategie, strategie zvládání stresu atd. Avšak velmi často se užívá původní anglická forma. Lazarus (1966) vydefinoval coping jakožto neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí zvládnout externí a (nebo) interní požadavky, které jsou člověkem vyhodnoceny jako zdroj námahy (či dokonce přesahu) z jeho zdrojů.

Přestože existuje více koncepcí copingu, rozhodl jsem se ve své diplomové práci mimo transakční teorii představit koncept chování typu A a B a novější teorii Interakce osobnostních systémů. Nutné je však zmínit, že výše popsaná transakční teorie, jejíž celkovou koncepcí navrhl Lazarus, se užívá dodnes, přestože je více než padesát let stará.

3.2.1 Chování typu A a B

V 50. letech k výzkumu copingu přispěli (ač možná neúmyslně) i kardiologové Rosenman a Friedman, ti zkoumali rizikové faktory, které mohou vést k srdečním onemocněním. V jejich výzkumech bylo nakonec vyděleno chování typu A a chování typu B. U chování typu A je charakteristická ambicióznost, workoholismus, netrpělivost, ale i například úzkost. Tito jedinci se snaží dodržovat své cíle včetně daných deadlinů za každou cenu. To s sebou však nese i menší spokojenost v práci a větší míru stresu způsobenou právě zaměstnáním (Kirkcaldy, Shephard & Furnham, 2002). Friedman (1996) navrhuje tři hlavní symptomy, kterými se chování typu A vyznačuje. Prvním příznakem je jakási generalizovaná hostilita, která může být spuštěna i malými podněty. Druhým symptomem je výrazná netrpělivost, která způsobuje podrážděnost či zlost, což je často označováno jako výbušnost jedince. Posledním symptomem je soutěživost způsobující stres a nastavení zaměřené na úspěch. Z výzkumu pak bylo zjištěno, že osobnost typu A je asociována se srdečními onemocněními a je rizikovým faktorem pro úmrtnost. Oproti tomu pro lidi, u kterých se vyskytuje chování typu B, je charakteristická nižší míra stresu a soutěživosti. Nejsou tak orientovaní na úspěch, což mohou být důvody, proč je u nich riziko srdečních onemocnění nižší (Friedman & Rosenman, 1959; Rosenman, Brand, Sholtz & Friedman, 1976).

V novějších výzkumech je však dopad chování typu A na zdraví často zpochybňován. Autorům se vyčítají použité metody a jako kontroverzní se jeví i to, že studie byla financována tabákovou společností Philip Morris. Studie sice dokazuje, že chování typu A je asociováno s mortalitou, avšak tato asociace je značně inkonzistentní a velmi záleží na použitých metodách měření a dalších proměnných, jakými jsou charakteristika kohorty výběru, kultura, ve které je výzkum proveden, aj. (Gallacher, 2008; Petticrew, Lee & McKee, 2012; Šmigelskas, Žemaitienė, Julkunen & Kauhanen, 2015).

V literatuře se ještě uvádí osobnost typu C a osobnost typu D. Jak praví Paulík (2010), tyto typy osobnosti nejsou součástí teorie A a B osobnosti, nýbrž se jedná o samostatný konstrukt. Osobnost typu C je náchylná na nádorová onemocnění a typ D inklinuje k depresivní symptomatice.

3.2.2 Teorie interakce osobnostních systémů

Teorie interakce osobnostních systémů (zkráceně PSI) patří mezi novější teorie, které se mimo jiné zabývají stresem a jeho zvládnutím. PSI teorie, kterou přednesl Julius Kuhl, předpokládá, že coping je osobnostní charakteristikou a u lidí se liší tím, jakou

formou úzkost zvládají. Obecně vzato je PSI teorie propojením kognitivní typologie Carla Gustava Junga, která vychází z dedukce, že se u lidí projevují rozdíly ve vyjádření kognitivních funkcí (cítění, myšlení, vnímání a intuice) a klasickém pojetí emocí, které rozděluje osobnosti dle převládající kladné či záporné emoce (flegmatik, melancholik, sangvinik, cholerik) (Kohoutek, Blatný & Bréda, 2003).

Hlavními zprostředkovateli tohoto propojení jsou dvě modulační hypotézy. Ty zní takto: 1) „*Kladné emoce a odpovídající aktivace systému odměn tlumí plánovité, analytické myšlení a razí cestu intuitivnímu chování.*“ 2) „*Negativní emoce a odpovídající aktivace systému trestů tlumí funkci cítění a aktivují funkci vnímání.*“ (Kuhl & Kazén, 2002, 30). Považuji za důležité zmínit, že na PSI teorii stojí známý Inventář stylů a poruch osobnosti (PSSI). Ten spočívá především v tom, že nezachycuje pouze patologii, ale i osobnostní styly, které jsou v normě (Kuhl & Kazén, 2002).

3.3 Copingové strategie

Během svého vývoje si člověk hledá strategie a dynamicky je mění v závislosti na tom, jak mu při problému pomohly. Křivohlavý (2001) uvádí šest hlavních cílů, které charakterizují copingové strategie:

- 1) Snížit úroveň ohrožení člověka.
- 2) Snést či tolerovat nepříjemné podněty.
- 3) Zachování si pozitivního sebeobrazu.
- 4) Zachování si emocionální rovnováhy.
- 5) Snaha o zlepšení podmínek pro regeneraci po prožití stresové situace.
- 6) Pokračovat v sociálních interakcích.

Vzhledem k tomu, že se musíme vyrovnávat se stresem prakticky již od narození, dají se rozlišovat copingové strategie i u malých dětí. Mainová (1977) provedla studii, v níž použila experimentální design Mary Ainsworthové, tzn. separaci matky a dítěte na pár minut, a pak následné shledání. Z výsledků této studie postulovala tři základní fáze copingu, kterými se děti vyrovnávají se stresem, jenž nastane díky separaci. Jsou jimi: protest, beznaděj a netečnost. Další přesah tohoto výzkumu dále spočívá v charakterizování Bázlivě vyhýbavého typu vztahové vazby (fearful avoidant attachment) (Main & Solomon, 1990).

V roce 1966 Lazarus uvedl čtyři kategorie strategií zvládnání stresu:

- 1) Strategie útočící na stresor – jedná se o snahu eliminovat ohrožující stresor. Může být kromě pocitů nebezpečí přítomna i zloba.

- 2) Strategie činností, které posilují vlastní zdroje – tato strategie se zaměřuje na sebeposílení a zvýšení svých šancí na výhru v boji se stresorem.
- 3) Strategie vyhýbání se stresoru – při tomto typu copingové strategie je nesilnější provázející emocí strach. Z tohoto důvodu se jedinec snaží stresoru vyhnout. Vyhýbání se jakožto prevence před stresem není bráno jako copingová strategie.
- 4) Apatie – při této copingové strategii člověk zažívá pocity bezmoci a nesnaží se vynakládat energii k boji se stresem. To je způsobeno přesvědčením, že nad stresem nemůže vyhrát ani mu nějak uniknout.

Pravděpodobně nejvlivnější teorii z hlediska copingových strategií však Lazarus publikoval se svou (tehdejší) doktorandkou Susan Folkmanovou. Společně vydělili copingové strategie na **coping zaměřený na emoce** (Emotion-focused Forms of Coping) a na **coping zaměřený na problém** (Problem-focused Forms of Coping).

Coping zaměřený na emoce – tento styl copingu je zaměřený na snížení emočního distresu. Zahrnuje v sobě strategie jako: vyhýbání, minimalizace, selektivní pozornost, pozitivní porovnávání, vnímání pozitivního z negativní události atd. Lazarus & Folkman (1984) dále poukazují na to, že některé z copingových strategií, které jsou zaměřené na emoce, mohou vést k dalšímu prohloubení emoční nepohody. Důvod je prostý. Někteří jedinci se prostě potřebují cítit hůř, aby se mohli později cítit lépe. Potřebují si prožít tento distres včetně sebeobviňování a sebetrestání předtím, než mobilizují své zdroje k jeho překonání.

Coping zaměřený na problém – Tyto zvládací strategie se velmi podobají strategiím, které jedinec používá při řešení problému. To znamená, že jsou zaměřeny na definování tohoto problému, hledání jiných řešení a zvažování alternativ na kontinuu benefit versus „cena“. Hlavní rozdíl však spočívá v tom, že copingové strategie zaměřené na problém jsou brané ve větší šíři a to především z toho hlediska, že nejsou zaměřené pouze na prostředí, ale i na vnitřní svět člověka. Zpravidla se prvně zapojují copingové strategie, které se snaží zvládnout vnější tlaky a překážky. V pozdější fázi se objevují strategie cílící na motivační a kognitivní změny. To by mělo měnit hladinu aspirace, snižovat zaujetí ega a hledat jiné dostupné zdroje gratifikace (Lazarus & Folkman, 1984).

Aby nebyla diplomová práce zaměřená pouze na Lazarusovy publikace, rád bych ještě představil koncept, který vytvořil Amirkhan (1990). Ten se snažil vytvořit dělení, které by odpovídalo teoretickému konceptu, jelikož namítá, že i přes mnoho definovaných

copingových strategií, se málo z nich střetává s teorií. Udává tedy tři základní typy strategií zvládnání stresu:

- 1) Řešení problému – Přístup, jenž je instrumentální a zahrnuje přímou akci (nebo plán akce) zaměřenou na vyřešení daného problému.
- 2) Vyhýbání se – zaměřuje se na fyzický či psychický útěk před problémem.
- 3) Vyhledávání sociální opory – shánění pomoci od druhých, vyhledávání lidské blízkosti, porozumění a podpory.

3.3.1 Adaptivní a maladaptivní copingové strategie

Samotné rozdělení na adaptivní a maladaptivní copingové strategie není tak jednoduché, jak by se zpočátku mohlo zdát. Vždy je potřeba zvážit dané prostředí a zdroje jedince a celkový kontext situace. Například Wortman & Dintzer (1978) podotýkají, že obecně je s maladaptivními copingovými strategiemi spojováno chování, jež je vztaženo k bezmocnosti (vzdání se, ztráta zájmu o výsledek, ztráta motivace), pokud má jedinec zdroje se s tímto stresem vypořádat a ovládat tak situaci. Na druhé straně pokud je výsledek situace vážně nekontrolovatelný, mohou být i tyto strategie vysoce funkční. Výzkumy u somaticky nemocných pacientů se však většinou shodují na tom, že vyhýbavý typ copingových strategií je považován za maladaptivní. Nemusí se sem řadit jen výše uvedené, ale i například: přejídání se, gambling, kouření cigaret, užívání nelegálních drog a také pití alkoholu. Naopak copingové strategie zaměřené na řešení problému jsou brány jakožto adaptivní (Cohen, de Moor & Amato, 2001; Costanzo, Lutgendorf, Rothrock & Anderson, 2006; O'brien & Moorey, 2010).

3.3.2 Metody měření copingových strategií

Na rozdíl od obranných mechanismů, měření copingových strategií probíhá téměř vždy dotazníkovou formou. Proto všechny metody, které zde budu prezentovat, jsou inventáře či sebesposuzovací škály. Jako první bych rád zmínil sebesposuzovací škálu **Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)**, jejímiž autory jsou Endler & Parker (1999). Metodu CISS sytí tři základní copingové dimenze: orientované na problém (task oriented), orientované na emoce (emotion oriented) a vyhýbavě orientované (avoidance oriented). Další metodou, kterou můžeme měřit copingové strategie, je multidimenzionální dotazník **COPE**, jehož autory jsou Carver, Scheier & Weintraub (1989). Ten v první verzi obsahoval 14 subškál s celkem 52 položkami, přičemž je každá položka hodnocena na čtyřbodové škále. Následně byla přidána jedna subškála a další

položky. Výsledkem je tedy 15 subškál a 60 položek. Ty je možné vyhodnocovat ze dvou možných variant. První varianta je situační a dispoziční coping a druhé je rozdělení zvládacích strategií se zaměřením na problém, emoce a strategie, které jsou považovány za maladaptivní (Carver & Scheier, 1994).

Vzhledem k tomu, že se již mnohokrát zmíněný R. S. Lazarus po celou svou psychologickou praxi otázkou copingu intenzivně zabýval, není divu, že s Folkmanovou vytvořili svůj vlastní nástroj na jeho měření. Původní **Ways of Coping Questionnaire** (WCQ) zahrnovalo celkem 68 položek s dichotomickou odpovědovou škálou „pravda“ a „nepravda“. 24 položek bylo „zaměřeno na problém“ a 40 položek bylo „zaměřeno na emoce“. Zbylé čtyři položky se neskórovali. Jak ale podotýkají Parker, Endler & Bagby (1993), WCQ prošlo značným množstvím úprav za cílem zlepšení psychometrických ukazatelů. Výsledná verze nakonec obsahuje 66 položek rozdělených do 8 subškál, přičemž respondenti odpovídají na čtyřbodové škále (Folkman & Lazarus, 1988). Další možností je dotazník **Strategie zvládnání stresu** (SVF 78). Vzhledem k tomu, že jsem jej použil v praktické části diplomové práce, nechávám jeho popis do kapitoly *Použité výzkumní metody*.

I přesto, že je většina testových metod zaměřena na dospělé, považuji za předmětné uvést i metody, které se dají použít při zkoumání nedospělé populace. Jsou jimi například: **Adolescent Coping Orientation for Problem Strategies Questionnaire** (A-COPE) (Patterson & McCubbin, 1987), **Adolescent Coping Scale** (ACS) (Frydenberg & Lewis, 1993), **Stress and Coping Questionnaire for Children** (SCQ-C), které má i verzi pro děti trpící astmatem (Röder, Boekaerts & Kroonenberg, 2002) a **Coping Response Inventory Youth Form** (Moos, 1993).

3.4 Copingové strategie u lidí závislých na alkoholu

Jak jsem již výše uvedl, tak samotná konzumace alkoholu je považována za možnou maladaptivní copingovou strategii. Cílem výzkumů je však i to, jaké ostatní copingové strategie lidé závislí na alkoholu užívají, což by mohlo vést ke zlepšení terapeutického řešení tohoto problému. Studie ukazují, že lidé závislí na alkoholu více tíhnou k vyhubým copingovým strategiím. Ty jsou zároveň spojené i s vyšší konzumací alkoholu a tím pádem se dají považovat i za prediktor této proměnné (Corbin, Farmer & Nolen-Hoekesma, 2013; Ribadier & Varescon, 2017). Rozdílného názoru je však Coriale et al. (2012). Jeho výzkumný tým vidí jakožto hlavní mediátor vyšší konzumace alkoholu míru alexithymie a vliv vyhubých copingových strategií považují spíše za nepřímý.

Pozitivní je, že při terapeutickém působení a abstinenci dochází k úbytku těchto maladaptivních copingových strategií a rovněž dochází k intenzivnějšímu používání aktivních copingových strategií, jakými jsou třeba zaměření na problém či hledání sociální opory (Forys, McKellar & Moos, 2007). Na to, že záleží i na komorbiditě s depresivními stavy, které jsou u lidí závislých alkoholu časté, poukázali Adan, Antúnez & Navarro (2017). V jejich studii, v níž porovnávali copingové strategie u závislých s komorbidní depresí i bez ní, došli ke zjištění, že při přítomnosti depresivních stavů lidé využívají více maladaptivních copingových strategií.

Jak lze na uvedených výzkumech vyzorovat, lidé závislí na alkoholu tíhnou k využívání maladaptivních copingových strategií. Pravděpodobně je však pouze otázkou individuality, jak moc velký vliv na to mají případné komorbidní poruchy.

PRAKTICKÁ ČÁST

Zdrojem pro praktickou část diplomové práce je výzkumný design založený na kvantitativním výzkumu, jenž byl proveden formou dotazníkového šetření. Proběhl na populaci lidí závislých na alkoholu v příslušných zdravotnických zařízeních. V jednotlivých kapitolách jsou rozepsány kroky empirické části – výzkumné otázky a cíle, stanovené hypotézy, metoda výběru vzorku, použité výzkumné metody, analýza dat atd. V příloze diplomové práce je pro úplnost uveden průvodní dopis zaslaný pracovníkům níže uvedených zdravotnických zařízení, v nichž sběr dat probíhal. Ještě však před vlastním popisem je třeba ozřejmit, co vedlo k vymezení výzkumného problému, cílům a hypotézám.

4 Vymezení výzkumného problému

Problematika obranných mechanismů a copingových strategií byla jedna z věcí, která mě zaujala při klinické stáži ve Vojenské nemocnici v Olomouci na oddělení psychiatrie Detox. Při skupinových terapiích jsem si často povšiml, že právě pití alkoholu (či užívání jiných návykových látek) působí jako samotná maladaptivní copingová strategie: „*Většinou, když jsem se dostal do nějakého stresu, tak sem se pak musel napít, abych se zklidnil a mohl to řešit nebo to jednoduše hodil za hlavu.*“ Právě tato maladaptivní strategie zvládání stresu byla častým spouštěčem alkoholové (či jiné) závislosti, což byl důvod započetí detoxifikační léčby.

Další zajímavostí, se kterou jsem se setkal, byly i nevědomé obranné mechanismy. Jednalo se především o racionalizace a bagatelizace, které u populace lidí závislých na alkoholu byly dobře rozeznatelné, a především zpočátku hospitalizace často užívané.

Po konzultaci s vedoucím práce jsme se rozhodli blíže prozkoumat tuto problematiku z teoretického i praktického hlediska. Pokusíme se najít vztah mezi závislostí na alkoholu a používanými strategiemi zvládání stresu a ego-obranných mechanismů a najít rozdíly, které se objevují mezi muži a ženami. Dalším konceptem, jenž byl k výzkumné části přidán, je pojetí alexithymie. Domníváme se, že nositelé alexithymie prožívají v sociálních situacích tenzi a úzkost, kterou alkohol zmírňuje. Tím je naznačen i vztah mezi alexithymií a negativními strategiemi k zvládání stresu.

4.1 Výzkumné cíle

Níže popsané cíle jsou založeny na rešerši české i zahraniční odborné literatury. Na základě těchto cílů jsme následně vybrali vhodné testové metody a statistické zpracování výsledků.

- 1) Provést deskripci užívaných copingových strategií ve výzkumném souboru lidí závislých na alkoholu.
- 2) Provést deskripci užívaných obranných mechanismů ve výzkumném souboru lidí závislých na alkoholu.
- 3) Zjistit četnost alexithymie ve výzkumném souboru lidí závislých na alkoholu.
- 4) Zjistit souvislost mezi výsledky hlavních škál v jednotlivých testových metodách.

4.2 Stanovené hypotézy

Vzhledem k vytyčeným výzkumným cílům diplomové práce a výsledkům soudobých českých i zahraničních výzkumů jsme stanovili následující hypotézy:

H₁: „Lidé závislí na alkoholu ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru ve škále negativní copingové strategie oproti normální populaci.“

H₂: „Ženy ve výzkumném vzorku dosahují nižšího skóru ve zralých obranných mechanismech oproti normě.“

H₃: „Ženy ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v neurotických obranných mechanismech oproti normě.“

H₄: „Ženy ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v nezralých obranných mechanismech oproti normě.“

H₅: „Muži ve výzkumném vzorku dosahují nižšího skóru ve zralých obranných mechanismech oproti normě.“

H₆: „Muži ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v neurotických obranných mechanismech oproti normě.“

H₇: „Muži ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v nezralých obranných mechanismech oproti normě.“

H₈: „Lidé závislí na alkoholu ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru ve škále celkové míry alexithymie oproti normální populaci.“

5 Použité výzkumné metody

Po dohodě s vedoucím diplomové práce jsme při sběru dat použili testovou baterii, která byla složena ze tří dotazníkových metod. Těmi byly: Strategie zvládání stresu (SVF – 78), Defense style questionnaire (DSQ – 40) a Torontská alexithymická škála (TAS – 20). Na následujících řádcích bych rád popsal výše zmíněné testy, včetně jejich základních psychometrických ukazatelů.

5.1 Strategie zvládání stresu (SVF–78)

Prvním administrovaným dotazníkem byl SVF–78, jehož autory jsou Janke & Erdmann (2003). Jedná se o multidimenzionální sebezpozorovací inventář, který zachycuje reakci jedince na stres v zátěžových situacích. Co se týče teoretických předpokladů dotazníku, tak ty jsou založeny na chápání stresu jakožto somatického i psychického stavu spojeného za účasti sedmi specifických vodiček:

- 1) Psychické i somatické změny jsou brány jako odpověď na stres či stresovou situaci a snaží se dosáhnout výchozí psychosomatické úrovně. Touto odpovědí jsou myšleny adaptační mechanismy, které jsou jak biologicko-fyziologické tak psychické. Psychické mechanismy (zvládací strategie) lze dělit na akční způsoby a intrapsychické způsoby (představy, myšlenky, vjemy, emoční a motivační stavy).
- 2) Způsob, kterým jedinec zpracovává stres, je považován za relativně stabilní v čase, což zavádí pojem „*Časová konstanta*“.
- 3) Podobně jako *Časová konstanta* je vymezena i „*Situační konstanta*“. Ta předpokládá, že typ zvládání stresu, který jedinec užívá, je relativně nezávislý na druhu stresové situace, což tedy implikuje, že zvládání stresu není vždy specifické pro určité zátěžové situace. Sami autoři však podotýkají, že o tomto vodičku panují v odborných kruzích vášnivě diskuze.
- 4) Další vymezenou konstantou je „*Reakční konstanta*“. Ta symbolizuje vodičko, že styl zvládání stresu a jeho zpracování jsou relativně nezávislé na typu reakce na zátěž.
- 5) Pomocí korelace lze rozlišit více způsobů užívaných při zvládání a zpracování stresu. Tyto způsoby jsou na sobě nezávislé. V tomto vodičku je tedy obsažena multidimenzionalita. Aby bylo možné zpracovat profil v testu, je nezbytné, aby spolu různé subtesty nástroje níže korelovaly.

- 6) Zvládací strategie a způsoby zpracování stresu jsou navzájem rozlišitelné a nepatří mezi rozhodující faktory v určování jiných osobnostních charakteristik („*samostatnost*“ nebo „*nezávislost*“). Z tohoto důvodu se očekávají nízké korelace mezi SVF–78 a osobnostními znaky.
- 7) Je dán předpoklad, že strategie zvládání stresu jsou vědomé a lze se na ně dotázat za pomoci verbálních technik. Z tohoto důvodu je možné využívat dotazníkovou metodu.

I přes výše zmíněná vodítka a předpoklady autoři doplňují, že body 2–7 je stále potřeba dostatečně objasnit.

Teď už ale k popisu samotného dotazníku SVF–78. Ten se skládá z celkem 13 subtestů, které sytí, jak již zkratka napovídá, 78 položek, na které proband odpovídá pomocí pětibodové škály. Administrace probíhá stylem tužka papír a probandovi by měla zabrat zhruba 10–15 minut. Před vlastním vyplňováním si proband musí přečíst stručnou instrukci. Ta záměrně neobsahuje slovo stres. Administrovat dotazník je možno jak individuálně, tak i ve skupině v případě, že je zajištěn dostatečný klid. Co se týče následného vyhodnocení, tak jsou dvě možnosti. Výsledné hrubé skóry se dají zaznamenat do testového profilu. To se uplatňuje především tehdy, když chce výzkumník zobrazit skupinové profily. Ty mohou obsahovat kromě profilů i standardní odchylku (SD) a/nebo standardní chybu průměrných hodnot. Další možností je testový profil v T-skórech. Ten se používá v případě, že výzkumník chce porovnávat skupiny na základě skupinových charakteristik. Základní členění pro zvládání stresu je pak rozděleno na pozitivní strategie zvládání stresu (POZ je tvořen subtesty 1–7 a je rozdělený na POZ 1, POZ 2, POZ 3) a negativní strategie zvládání stresu (NEG je tvořen subtesty 8–13). Pro lepší orientaci v testu níže uvádíme tabulku.

Tabulka 1 Přehled subtestů a jejich charakteristika v dotazníku SVF–78 (Janke & Erdmann, 2003, 10)

<i>Číslo subtestu</i>	<i>Název subtestu</i>	<i>Charakteristika</i>
<i>1</i>	<i>Podhodnocení</i>	<i>Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu.</i>
<i>2</i>	<i>Odmítání viny</i>	<i>Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost.</i>
<i>3</i>	<i>Odklon</i>	<i>Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem.</i>
<i>4</i>	<i>Náhradní uspokojení</i>	<i>Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím.</i>

5	<i>Kontrola situace</i>	<i>Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému.</i>
6	<i>Kontrola reakcí</i>	<i>Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí.</i>
7	<i>Pozitivní sebeinstrukce</i>	<i>Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly.</i>
8	<i>Potřeba sociální opory</i>	<i>Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc.</i>
9	<i>Vyhýbání se</i>	<i>Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout.</i>
10	<i>Úniková tendence</i>	<i>Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace.</i>
11	<i>Perseverace</i>	<i>Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat.</i>
12	<i>Rezignace</i>	<i>Vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje.</i>
13	<i>Sebeobviňování</i>	<i>Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání.</i>

Co se týče testově statistických ukazatelů dotazníku SVF–78, tak autoři poukazují na poměrně vysokou split–half reliabilitu, která se v jednotlivých subtestech většinou pohybuje nad hodnotou 0,80 a v některých případech překračuje hranici 0,90. Nejmenší hodnotu má subtest *Odklon* (0,74), který jako jediný ze subtestů vykazuje split–half reliabilitu pod 0,8. Nejvyšší vnitřní konzistenci vykazují shodně subtesty *Potřeba sociální opory* a *Perseverace* (0,95). Z výsledků faktorové analýzy, kterou autoři provedli metodou hlavních komponent s navazující rotací VARIMAX, bylo vyextrahováno pět faktorů. První faktor je sjednocením negativních strategií se subtestem *Vyhýbání se*. Faktory 2–4 jsou výše zmíněné pozitivní strategie zvládání stresu (POZ 1–POZ 3) a poslední pátý faktor sytí subtest *Potřeba sociální opory*, jehož položky vytváří svůj vlastní faktor. Celkem všech pět faktorů vysvětlí 75,9 % rozptylu.

5.2 Defense style questionnaire (DSQ–40)

Tak jak to u diagnostických metod bývá, jejich vývoj je velmi složitý. Obdobně tomu bylo i u DSQ–40. Ten prošel mnoha verzemi s různými počty položek. V diplomové práci je použita 40položková verze, jejímiž autory jsou Andrews, Singh & Bond (1993). Ta v teoretickém ukotvení vychází z psychodynamických směrů Freuda, Freudové, Kleinové, Kernberga aj. Dalším zdrojem byly práce Vaillanta a DSM – III – R, kde, jak již v teoretické části uvádím, se ego–obránné mechanismy poprvé objevily. Hlavním problémem, kterému autoři čelili, je fakt, že na rozdíl od strategií zvládání stresu jsou ego–obránné mechanismy nevědomý proces. Autoři však metodu pojali jako derivát

defenzivního fungování jedince a jeho charakteristický styl, který je manifestován. Jedinec tudíž o svém chování může s odstupem času vypovídat (Bond & Wesley, 1996).

DSQ-40 v současnosti obsahuje 20 obranných stylů: sublimace, humor, anticipace, suprese, odčinění, pseudoaltruismus, idealizace, reaktivní formace, projekce, pasivní agrese, agování, izolace, devalvace, autistická fantazie, popření, přesun, disociace, štěpení, racionalizace a somatizace, přičemž každou obranu reprezentují dvě položky, na které se odpovídá pomocí 9bodové škály. Doba administrace se pohybuje okolo 10 minut a provádí se metodou tužka papír.

Co se týče psychometrických ukazatelů dotazníku DSQ-40, představují autoři dotazník, který je pomocí faktorové analýzy rozdělen do tří faktorů:

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

Jak vidno tak DSQ-40 koresponduje s rozdělením, které přednesl Vaillant (1971). Z hlediska reliability se Cronbachův koeficient alfa pohybuje v rámci faktorů: zralé obranné mechanismy – 0,68; neurotické obranné mechanismy – 0,58 a nezralé obranné mechanismy – 0,80. Z hlediska test–retest korelace s původními výsledky korespondovala dle autorů na hodnotách: zralé obranné mechanismy – 0,75, neurotické obranné mechanismy – 0,78 a nezralé obranné mechanismy – 0,85. Obdobné výsledky vychází i v jiných studiích, přičemž nejvyšší vnitřní konzistenci vykazují nezralé obranné mechanismy (Yilmaz, Gençöz & Ak, 2007; Cazan & Clinciu, 2015). Převod dotazníku DSQ-40 do českého prostředí včetně norem provedla Červenková (2005).

5.3 Torontská alexithymická škála (TAS-20)

Posledním administrovaným dotazníkem byla Torontská alexithymická škála (TAS-20). TAS-20 je sebeposuzující dotazník, který vytvořili Bagby, Parker & Taylor (1994). Co se týče teoretického základu, tak ten vychází z klasického pojetí, který navrhl Sifneos (1973). Charakterizuje alexihymii jako pojem „beze slov pro emoce“. Ve zkratce se jedná o to, že jedinec má omezenou schopnost pochopit nebo popsat emoce, které prožívá a často spíše popisuje tělesné projevy spojené s těmito emocemi. Alexihimie by dle něj neměla být brána jakožto diagnóza, ale spíš jako osobnostní rys, který se v populaci

běžně vyskytuje. Alexithymie je však asociována se zvýšeným rizikem psychopatologie. Hlavním cílem dotazníku TAS–20 tedy je zjišťovat přítomnost tohoto fenoménu.

Nyní se zaměříme na psychometrickou strukturu dotazníku TAS–20. Jedná se o 20 položkový dotazník s pětibodovou odpověďovou škálou Likertova typu, který byl faktorovou analýzou roztríděn do tří faktorů, jejichž základ je na bázi teoretického konstruktů alexithymie.

- 1) **Faktor 1 (TAS–f1)** – zaměřuje se na potíže v identifikování pocitů. Jedinec neumí diferencovat emoční vzrušení. Zahrnuje položky: 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14.
- 2) **Faktor 2 (TAS–f2)** – zahrnuje potíže v popisu emocí ostatním. Jedná se o položky: 2, 4, 11, 12, 17.
- 3) **Faktor 3 (TAS–f3)** – představuje externě orientované myšlení a sníženou fantazii včetně imaginativních aktivit. Položky ve Faktoru 3 jsou: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20.

Uspokojivé hodnoty vykazuje i vnitřní konzistence testu. Cronbachův koeficient alfa má hodnotu 0,81 a test–retest reliabilita je 0,77. Test obstál i v hodnotách při konfirmační faktorové analýze: GFI (.98), AGFI (.98), CFI (.97), RMSR (.05) a RMSEA (.06). Vzhledem k tomu, že metoda vykazuje uspokojivé psychometrické vlastnosti, není divu, že byla přeložena do více jazyků. Autoři podotýkají, že zahraniční studie na psychiatrických pacientech i běžné populaci podporují tří faktorovou strukturu dotazníku a postulují, že koncept alexithymie přesahuje kulturní rozdíly. Celková administrace je poměrně snadná, provádí se metodou tužka papír a dá se administrovat jednotlivě i ve skupině. Přibližná doba vyplnění je 3–6 minut (Bagby, Taylor & Parker, 1994; 2003). TAS–20 nabízí cut off skóre, kdy méně než 51 bodů v hrubém skóru značí nepřítomnost alexithymie, 52–60 bodů poukazuje na možnou přítomnost alexithymie a 61–100 bodů symbolizuje přítomnost alexithymie.

6 Charakteristika výzkumné populace a výzkumného souboru

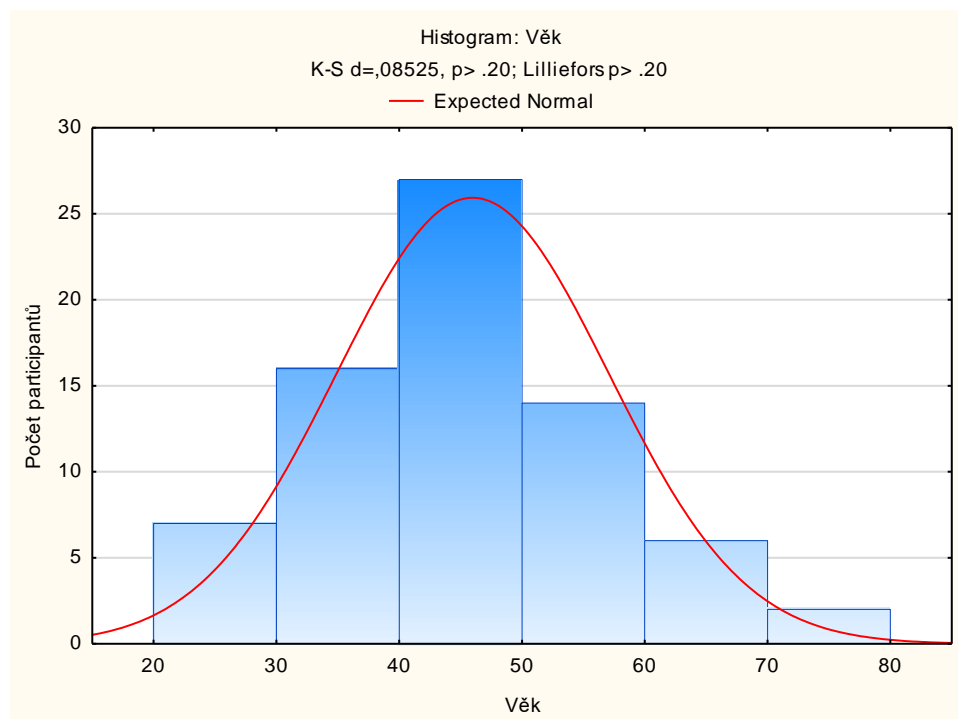
Vzhledem k tématu práce byli výzkumnou populací lidé závislí na alkoholu, již byli hospitalizováni v příslušných zařízeních pro léčbu závislosti. Z rešerše literatury byla vytvořena následující kritéria pro zařazení probanda do výzkumného souboru:

- 1) Primární důvod hospitalizace je závislost na alkoholu.
- 2) U probanda se nevyskytují poruchy organické etiologie a/nebo poruchy ze schizofrenního spektra.
- 3) Proband netrpí vážným somatickým onemocněním a/nebo postižením.
- 4) Proband souhlasil se zařazením do výzkumu.

Celkem testovou baterii vyplnilo 77 respondentů, kteří splňovali daná kritéria pro zařazení do výzkumu. Z výzkumu však při vyhodnocení bylo 5 respondentů vyřazeno z důvodu nevalidního vyplnění testové baterie (chybějící testové položky či informace potřebné k vyhodnocení).

Z celkového počtu 72 respondentů zařazených do výzkumu bylo 27 (37,50 %) žen a 45 (62,50 %) mužů. Průměrný věk respondentů činil 46 let ($SD = 11,07$), což je zároveň i medián věku. Pro znázornění je níže uveden histogram věkového rozložení.

Graf 1 Věkové rozložení respondentů



Když se podíváme na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, tak nejčastějším typem je ukončené střední vzdělání s výučním listem (43,06 %), dále následuje úplné středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou (38,89 %), 8 respondentů mělo vystudovanou vysokou školu (11,11 %), 4 respondenti měli ukončené pouze základní vzdělání (5,56 %) a jeden respondent uvedl jako své nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odbornou školu (1,39 %).

7 Popis metodologického rámce

7.1 Metoda sběru dat

Vzhledem k tomu, že výzkum byl proveden na klinické populaci, bylo poté, co byla sestavena testová baterie, potřeba kontaktovat příslušná zařízení zaměřující se na léčbu závislosti na alkoholu. Po kontaktování příslušných pracovišť a získání povolení k výzkumu byla baterie administrována v zařízeních:

- 1) Vojenská nemocnice Olomouc – oddělení psychiatrie – DETOX a záchytka
- 2) Psychiatrická nemocnice v Opavě – oddělení 3 – Stanice pro léčbu závislosti na alkoholu – ženy; oddělení 18 D – Stanice pro léčbu závislosti na alkoholu – muži.
- 3) Psychiatrická léčebna Šternberk – oddělení 21 A – oddělení léčby závislosti – koedukované oddělení

Jednalo se tedy o záměrný výběr přes instituci. Vzhledem k povaze testových metod administrace probíhala stylem tužka papír. V Psychiatrické nemocnici v Opavě a Psychiatrické léčebně Šternberk byla testová baterie administrována skupinově. Ve Vojenské nemocnici Olomouc byla administrace částečně individuální a částečně skupinová, to především kvůli tomu, že na rozdíl od ostatních zařízení je zde kratší pobytová doba a pacienti se častěji mění. Sběr dat probíhal od listopadu 2017 do konce února 2018. Čas potřebný pro vyplnění testové baterie byl cca 30–45 minut.

7.2 Zpracování a analýza dat

Rozhodnutí, jaké statistické testy použít, je jednou z klíčových částí každého výzkumu. I my jsme se s touto otázkou potýkali. Abychom si mohli odpovědět, museli jsme použít popisnou statistiku pro každý test a zjistit, jaké je zešíkmení u jednotlivých škál. Následně jsme provedli tři testy normality: Kolmogorův-Smirnovův test, Lillieforsův test a Shapirův-Wilkův test, přičemž poslední jmenovaný měl být při rozhodování stěžejní. Tyto testy měly rozhodnout, zdali mají naše data normální rozložení a my tudíž použijeme parametrické či neparametrické statistické metody.

Z výsledků testů normality je však patrné, že některé škály v testových metodách vykazují normální rozdělení a jiné zase ne. Po konzultaci jsme se rozhodli pro využití parametrických statistických metod, byť může dojít k jistému zkreslení výsledku právě z důvodu nenormálního rozdělení. Studie, kterou provedli Chernoff & Savage (1958) toto

rozhodnutí podporuje, jelikož bylo zjištěno, že účinnost mezi neparametrickými a parametrickými metodami při nenormálním rozdělení dat je velmi podobná.

Z parametrických statistických metod jsme využili především metodu Studentova t-testu k porovnání naší zkoumané populace s normami. Dále jsme použili t-test pro dva nezávislé výběry k porovnání rozdílů mezi pohlavími uvnitř vzorku. K zjištění souvislosti mezi hlavními škálami použitých výzkumných metod jsme využili Pearsonův korelační koeficient.

Celkové statistické zpracování probíhalo v programu STATISTICA 13. V případě, že testová statistika klesla pod $p < 0,05$, je písmo programem začerveno. Pro přípravu matice dat plus následné dopočítávání míry účinku jsme využili Microsoft Excel 2007.

7.3 Možné etické problémy a jejich řešení

Etická korektnost je důležitou součástí každého psychologického výzkumu. Největší problém z etického hlediska vidím v tom, že první administrovaný dotazník (SVF-78) obsahuje v základních údajích i možnost uvést jméno. Aby byla zaručena anonymita, byla tato kolonka ručně proškrtnuta. Další pojistkou pro zachování anonymity byla i instrukce, která byla respondentům podána před vyplněním testové baterie. V ní byla důležitost anonymity značně zdůrazněna.

Kromě zdůraznění anonymity byli pacienti poučeni i o tom, že účast na výzkumu je dobrovolná, a že případně nezájmu mohou kdykoliv z výzkumu odstoupit bez udání důvodu. Ve všech léčebných zařízeních byl výzkum schválen primářem oddělení a ve Vojenské nemocnici Olomouc a Psychiatrické nemocnici v Opavě i psychology, již na oddělení působí. Výzkum byl schválený i etickou komisí Psychiatrické léčebny Šternberk.

8 Výsledky

Na následujících řádcích je popsána pravděpodobně nejdůležitější část celé diplomové práce. Jsou jí výsledky provedeného kvantitativního výzkumu na vzorku lidí závislých na alkoholu. Ještě před prezentací řešení výzkumných cílů a posouzení platnosti hypotéz je potřeba prozkoumat popisnou statistiku jednotlivých testů a výsledky testů normality pro upřesnění použitých statistických metod.

8.1 Popisná statistika testových metod a testy normality

Na níže uvedených řádcích představujeme základní popisnou statistiku k použitým testovým metodám v praktické části diplomové práce. Dále uvádíme i provedené testy normality, jež slouží k orientaci v problematice normálního rozdělení škál. Pod každou uvedenou tabulkou je její interpretace.

Tabulka 2 Popisná statistika testu SVF-78 ve výzkumném vzorku

Proměnná	N	Prům.	Min	Max	Sm. Odch.	Šikmost	Std.Ch. Šik.	Špičatost	Std.Ch. Špič.
Podhodnocení	72	51,81	25	73	10,21	-0,70	0,28	0,26	0,56
Odmítání viny	72	55,38	1	77	12,84	-1,18	0,28	3,42	0,56
Odklon	72	52,18	30	75	8,66	0,08	0,28	0,01	0,56
Náhradní uspokojení	72	55,46	28	75	8,72	-0,37	0,28	0,57	0,56
Kontrola situace	72	48,22	1	72	12,36	-0,74	0,28	2,08	0,56
Kontrola reakcí	72	50,40	29	75	10,04	0,17	0,28	-0,10	0,56
Pozitivní sebeinstrukce	72	47,00	1	69	12,57	-0,43	0,28	1,29	0,56
Potřeba sociální opory	72	54,18	31	77	11,45	-0,21	0,28	-0,64	0,56
Vyhýbání se	72	55,85	33	73	8,60	0,07	0,28	-0,28	0,56
Únikové tendence	72	57,99	31	77	10,90	-0,02	0,28	-0,48	0,56
Perseverace	72	55,31	30	72	10,12	-0,29	0,28	-0,58	0,56
Rezignace	72	57,29	28	77	11,16	-0,36	0,28	-0,41	0,56
Sebeobviňování	72	56,50	30	77	13,09	-0,20	0,28	-0,88	0,56
Pozitivní strategie	72	51,68	29	70	11,08	-0,31	0,28	-0,50	0,56
Negativní strategie	72	59,13	9	77	10,90	-1,52	0,28	5,16	0,56

Když se podíváme na výše uvedenou popisnou statistiku, tak můžeme vidět většinou levostranné zešikmení, které nám poukazuje na neprospěch normálního rozdělení. Z hodnot můžeme vyčíst, že největší zešikmení se týká škál: Negativní strategie, Odmítání viny, Podhodnocení a Kontrola situace. Vzhledem k tomu, že jsou hodnoty jednotlivých škál uvedeny v T-skórech, tak již na první pohled můžeme vidět, že výzkumný vzorek lidí závislých na alkoholu má některé škály zvýšené o více než půl směrodatné odchylky. Výsledné rozhodnutí o statistické signifikanci však nechme testové statistice.

Tabulka 3 Popisná statistika testu DSQ–40 ve výzkumném vzorku

Proměnná	N	Prům.	Min	Max	Sm. Odch	Šikmost	Std.Ch. Šik.	Špičatost	Std.Ch. Špič.
Sublimace	72	6,05	1,00	9,00	2,00	-0,29	0,28	-0,83	0,56
Humor	72	6,33	1,50	9,00	1,91	-0,49	0,28	-0,49	0,56
Aniticipace	72	5,46	1,50	9,00	1,26	0,01	0,28	0,91	0,56
Suprese	72	5,71	1,00	9,00	1,81	-0,30	0,28	0,04	0,56
Odčínění	72	4,76	1,00	9,00	2,16	-0,11	0,28	-0,49	0,56
Pseudoaltruismus	72	5,24	1,00	9,00	1,91	0,01	0,28	-0,62	0,56
Idealizace	72	5,05	1,00	9,00	1,95	-0,35	0,28	-0,04	0,56
Reaktivní formace	72	4,53	1,00	9,00	1,99	0,32	0,28	-0,60	0,56
Projekce	72	4,53	1,00	9,00	1,82	0,03	0,28	-0,50	0,56
P. agrese	72	4,22	1,00	9,00	1,93	0,25	0,28	-0,15	0,56
Agování	72	4,71	1,00	9,00	2,22	0,17	0,28	-1,00	0,56
Izolace	72	4,59	1,00	9,00	1,96	-0,08	0,28	-0,64	0,56
Devalvace	72	4,74	1,50	9,00	1,70	0,31	0,28	-0,44	0,56
Autistická fantazie	72	4,12	1,00	9,00	2,34	0,50	0,28	-0,95	0,56
Popření	72	4,21	1,00	8,50	1,88	0,10	0,28	-0,81	0,56
Přesun	72	4,04	1,00	8,00	1,78	-0,10	0,28	-0,64	0,56
Disociace	72	3,82	1,00	9,00	2,09	0,62	0,28	-0,25	0,56
Štěpení	72	5,68	1,00	9,00	2,05	-0,41	0,28	-0,36	0,56
Racionalizace	72	5,67	1,50	8,50	1,68	-0,64	0,28	-0,17	0,56
Somatizace	72	4,60	1,00	9,00	2,03	0,21	0,28	-0,65	0,56

Zralé	72	5,89	3,25	8,13	1,07	0,04	0,28	-0,37	0,56
Neurotické	72	4,90	2,00	8,25	1,27	0,18	0,28	0,01	0,56
Nezralé	72	4,58	1,63	7,17	1,09	0,08	0,28	0,19	0,56

Popisná statistika metody DSQ–40 rovněž ukazuje zešikmení stejně jako v případě metody SVF–78. To však není tak markantní. Nejvyšší levostranné zešikmení vidíme ve škále racionalizace. Na rozdíl od předchozí metody však DSQ–40 poukazuje i na pravostranné zešikmení ve škále disociace. Vzhledem k tomu, že tato metoda nemá normy uvedené ve standardizovaném skóre, nemůžeme bez testových statistik předpokládat signifikanci pouze z průměrných hodnot vzorku.

Tabulka 4 Popisná statistika testu TAS–20 ve výzkumném vzorku

Proměnná	N	Prům.	Min	Max	Sm.Odch.	Šikmost	Std.Ch. šik.	Špičatost	Std.Ch. špič.
PIP_HS	72	17,64	7,00	32,00	5,34	0,22	0,28	-0,13	0,56
PPP_HS	72	14,88	5,00	25,00	4,31	0,04	0,28	-0,09	0,56
EOM_HS	72	22,54	12,00	31,00	3,99	-0,41	0,28	0,28	0,56
CSA_T	72	57,38	33,22	75,67	10,18	-0,12	0,28	-0,50	0,56

Pozn: PIP_HS = hrubý skór subškály Problém identifikovat pocity; PPP_HS = hrubý skór subškály Problém popsat pocity; EOM_HS = hrubý skór subškály Externě orientované myšlení; CSA_T = T skór celkové míry alexithymie

Co se týče popisné statistiky dotazníku TAS–20, ta nám opět ukazuje zešikmení. Největší hodnotu levostranného zešikmení můžeme pozorovat ve škále externě orientované myšlení. Vzhledem k tomu, že skór škály celkové míry alexithymie je standardizovaný T-skór, můžeme již teď vidět, že je průměr ve výzkumném vzorku vyšší o více než půl směrodatné odchylky.

Tabulka 5 Test normality SVF–78

Proměnná	N	max D	K-S	Lilliefor	SW	p
Podhodnocení	72	0,14	p < ,15	p < ,01	0,95	0,01
Odmítání viny	72	0,10	p > .20	p < ,10	0,93	0,00

Odklon	72	0,09	p > .20	p < ,20	0,99	0,86
Náhradní uspokojení	72	0,10	p > .20	p < ,10	0,98	0,34
Kontrola situace	72	0,10	p > .20	p < ,10	0,96	0,02
Kontrola reakcí	72	0,11	p > .20	p < ,05	0,98	0,25
Pozitivní sebeinstrukce	72	0,08	p > .20	p > .20	0,96	0,02
Potřeba sociální opory	72	0,09	p > .20	p < ,15	0,97	0,15
Vyhýbání se	72	0,11	p > .20	p < ,05	0,97	0,06
Únikové tendence	72	0,11	p > .20	p < ,05	0,97	0,12
Perseverace	72	0,10	p > .20	p < ,10	0,97	0,14
Rezignace	72	0,08	p > .20	p > .20	0,98	0,24
Sebeobviňování	72	0,07	p > .20	p > .20	0,96	0,04
Pozitivní strategie	72	0,08	p > .20	p > .20	0,96	0,03
Negativní strategie	72	0,12	p > .20	p < ,05	0,89	0,00

Když se přesuneme k testům normality, tak z výše uvedené tabulky, která se vztahuje k dotazníku SVF-78, můžeme vidět, že Shapirův-Wilkův test (SW) vyšel statisticky signifikantní u škál: podhodnocení, odmítání viny, kontrola situace, pozitivní sebeinstrukce, sebeobviňování, pozitivní strategie a negativní strategie. Vzhledem k této statistické signifikanci můžeme konstatovat, že tyto škály nevykazují normální rozdělení.

Tabulka 6 Test normality DSQ-40

Proměnná	N	max D	K-S	Lilliefors	SW	p
Sublimace	72	0,13	p < ,20	p < ,01	0,95	0,01
Humor	72	0,12	p > .20	p < ,05	0,95	0,01
Aniticipace	72	0,14	p < ,15	p < ,01	0,97	0,10
Suprese	72	0,08	p > .20	p > .20	0,98	0,17
Odčínění	72	0,15	p < ,10	p < ,01	0,95	0,01
Pseudoaltruismus	72	0,12	p > .20	p < ,05	0,98	0,18
Idealizace	72	0,14	p < ,15	p < ,01	0,96	0,02

Reaktivní formace	72	0,11	p > .20	p < ,05	0,97	0,06
Projekce	72	0,08	p > .20	p > .20	0,98	0,36
P.agrese	72	0,11	p > .20	p < ,05	0,97	0,04
Agování	72	0,12	p > .20	p < ,01	0,96	0,02
Izolace	72	0,10	p > .20	p < ,10	0,97	0,14
Devalvace	72	0,11	p > .20	p < ,05	0,97	0,11
Autistická fantazie	72	0,14	p < ,15	p < ,01	0,92	0,00
Popření	72	0,11	p > .20	p < ,05	0,97	0,07
Přesun	72	0,13	p < ,20	p < ,01	0,96	0,01
Disociace	72	0,14	p < ,15	p < ,01	0,94	0,00
Štěpení	72	0,12	p > .20	p < ,05	0,96	0,02
Racionalizace	72	0,13	p < ,15	p < ,01	0,95	0,00
Somatizace	72	0,10	p > .20	p < ,10	0,97	0,08
Zralé	72	0,09	p > .20	p > .20	0,99	0,74
Neurotické	72	0,08	p > .20	p > .20	0,99	0,64
Nezralé	72	0,05	p > .20	p > .20	0,99	0,89

Co se týče normality dotazníku DSQ–40, poukazuje Shapirův-Wilkův (SW) opět na nenormální rozdělení v následujících škálách: sublimace, humor, odčinění, anticipace, odčinění, idealizace, pasivní agrese, agování, autistická fantazie, přesun, disociace, štěpení a racionalizace. Důležité je však zmínit, že výsledné škály (zralé, neurotické a nezralé obranné strategie) nevykazují v testech normality statistickou signifikanci, tudíž v těchto škálách lze očekávat normální rozdělení.

Tabulka 7 Test normality TAS–20

Proměnná	N	max D	K-S	Lilliefors	SW	p
PIP_HS	72	0,08	p > .20	p > .20	0,98	0,37
PPP_HS	72	0,11	p > .20	p < ,05	0,99	0,56
EOM_HS	72	0,11	p > .20	p < ,05	0,98	0,17

CSA_T	72	0,05	p > .20	p > .20	0,98	0,49
-------	----	------	---------	---------	------	------

Pozn: PIP_HS = hrubý skór subškály Problém identifikovat pocity; PPP_HS = hrubý skór subškály Problém popsat pocity; EOM_HS = Hrubý skór subškály Externě orientované myšlení; CSA_T = T skór celkové míry alexithymie

Poslední provedený test normality, který byl u dotazníku TAS–20, nevykazuje statistickou signifikanci. I přesto, že z tabulky je patrné, že škály problém identifikovat pocity a externě orientované myšlení jsou signifikantní v Lillieforsově testu normality, tak p hodnota Shapirova-Wilkova (SW) testu neklesla pod 0,05, tudíž můžeme ve všech škálách dotazníku TAS–20 očekávat normální rozdělení.

8.2 Cíl 1. Provést deskripci užívaných copingových strategií ve výzkumném souboru lidí závislých na alkoholu

Prvním výzkumným cílem diplomové práce je zjistit, jaké zvládací strategie se objevují u našeho vzorku lidí závislých na alkoholu. K tomuto cíli se vztahuje i následující hypotéza: H_1 : „Lidé závislí na alkoholu ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru ve škále negativní copingové strategie oproti normální populaci.“

Tabulka 8 T–test oproti normě SVF–78

Proměnná	Prům.	Sm.Odch.	N	Sm.chyba.	Ref.	t	SV	p	Cohen.d
Podhodnocení	51,81	10,21	72	1,20	50	1,50	71,00	0,14	
Odmítání viny	55,38	12,84	72	1,51	50	3,55	71,00	0,00	0,47
Odklon	52,18	8,66	72	1,02	50	2,14	71,00	0,04	0,23
Náhradní uspokojení	55,46	8,72	72	1,03	50	5,31	71,00	0,00	0,58
Kontrola situace	48,22	12,36	72	1,46	50	-1,22	71,00	0,23	
Kontrola reakcí	50,40	10,04	72	1,18	50	0,34	71,00	0,73	
Pozitivní sebeinstrukce	47,00	12,57	72	1,48	50	-2,03	71,00	0,05	0,27
Potřeba sociální opory	54,18	11,45	72	1,35	50	3,10	71,00	0,00	0,39
Vyhýbání se	55,85	8,60	72	1,01	50	5,77	71,00	0,00	0,63
Únikové tendence	57,99	10,90	72	1,28	50	6,22	71,00	0,00	0,76
Perseverace	55,31	10,12	72	1,19	50	4,45	71,00	0,00	0,53
Rezignace	57,29	11,16	72	1,32	50	5,54	71,00	0,00	0,69
Sebeobviňování	56,50	13,09	72	1,54	50	4,21	71,00	0,00	0,56

Pozitivní strategie	51,68	11,08	72	1,31	50	1,29	71,00	0,20	
Negativní strategie	59,13	10,90	72	1,28	50	7,11	71,00	0,00	0,87

Výše uvedená tabulka vyobrazuje, jak se liší celý výzkumný vzorek oproti referenční konstantě. Vzhledem k tomu, že jsou jednotlivé škály ve standardizovaném T–skóru, je referenční konstanta rovna 50. Když se na tabulku podíváme detailněji, vidíme, že statisticky signifikantní rozdíl vykazují škály: odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, pozitivní sebeinstrukce, potřeba sociální opory, vyhýbání se, únikové tendence, perseverace, rezignace, sebeobviňování a negativní strategie.

I přestože se ukazuje i prevalence pozitivních copingových strategií (škála podhodnocení–pozitivní sebeinstrukce) jakožto statisticky signifikantně vyšší od normy (kromě pozitivní sebeinstrukce, která je nižší od normy), je potřeba se podívat na míru účinku (Cohenovo d). Ta pouze v případě škály náhradní uspokojení vykazuje alespoň střední míru účinku. Ostatní škály se pohybují v rozmezí $d < 0,50$, což značí pouze slabou míru účinku. Celková škála pozitivních strategií není statisticky signifikantní od normy.

Naopak v případě negativních copingových strategií (potřeba sociální opory–sebeobviňování) se míra účinku pohybuje alespoň ve střední míře. Nejvyšší míru účinku vykazuje škála negativní strategie. Vzhledem k tomu, že je $d > 0,80$, jedná se o vysokou míru účinku. Z tohoto důvodu můžeme přijmout hypotézu H_1 .

Tabulka 9 Rozdíl mezi muži a ženami ve škálách SVF–78

Proměnná	Prům.	Prům.	T	Sv	p	N	N	Sm.odch.	Sm.odch.	F	p
	Ženy	Muži									
Podhodnocení	53,96	50,51	1,40	70	0,17	27	45	9,21	10,66	1,34	0,43
Odmítání viny	58,11	53,73	1,41	70	0,16	27	45	10,68	13,83	1,68	0,16
Odklon	52,37	52,07	0,14	70	0,89	27	45	10,76	7,25	2,20	0,02
Náhradní uspokojení	54,15	56,24	-0,99	70	0,33	27	45	8,78	8,69	1,02	0,93
Kontrola situace	46,85	49,04	-0,73	70	0,47	27	45	11,44	12,93	1,28	0,51
Kontrola reakcí	50,70	50,22	0,20	70	0,85	27	45	9,94	10,20	1,05	0,91
Pozitivní sebeinstrukce	45,63	47,82	-0,71	70	0,48	27	45	14,68	11,22	1,71	0,11
Potřeba sociální opory	50,15	56,60	-2,39	70	0,02	27	45	10,74	11,28	1,10	0,80

Vyhýbání se	54,93	56,40	-0,70	70	0,49	27	45	9,46	8,11	1,36	0,36
Únikové tendence	58,52	57,67	0,32	70	0,75	27	45	10,42	11,28	1,17	0,68
Perseverace	55,48	55,20	0,11	70	0,91	27	45	9,67	10,49	1,18	0,67
Rezignace	60,04	55,64	1,64	70	0,11	27	45	10,66	11,25	1,11	0,78
Sebeobviňování	58,48	55,31	0,99	70	0,32	27	45	12,05	13,67	1,29	0,50
Pozitivní strategie	52,41	51,24	0,43	70	0,67	27	45	12,13	10,51	1,33	0,39
Negativní strategie	60,48	58,31	0,82	70	0,42	27	45	8,34	12,20	2,14	0,04

V případě, že chceme provádět deskripci, je potřeba zjistit také rozdíly mezi pohlavími. Z tabulky 9 jasně vyplývá, že jedinou signifikantní škálou je pozitivní sebeinstrukce. Tu používají ve větší míře muži. Velikost účinku tohoto zjištění je $d=0.58$, což značí středně silnou velikost.

8.3 Cíl 2. Provést deskripci užívaných obranných mechanismů ve výzkumném souboru lidí závislých na alkoholu

Druhým cílem diplomové práce je popsat jaké obranné mechanismy lidé závislí na alkoholu využívají. Vzhledem k tomu, že jsou vytvořeny normy zvlášť pro muže i pro ženy, je potřeba si výsledky rozdělit do dvou tabulek. K tabulce 10 se vztahují následující hypotézy:

H₂: „Ženy ve výzkumném vzorku dosahují nižšího skóru ve zralých obranných mechanismech oproti normě.“

H₃: „Ženy ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v neurotických obranných mechanismech oproti normě.“

H₄: „Ženy ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v nezralých obranných mechanismech oproti normě.“

Tabulka 10 Srovnání žen s normami v dotazníku DSQ-40

Proměnná	Prům.	Sm.odch.	N	Std.Ch. Prům.	Ref. konstanta	Sm. Odch ref.konstanty	t	SV	p	Cohen. d
Sublimace	6,17	2,04	27	0,39	6,09	1,95	0,20	26	0,85	
Humor	6,33	2,07	27	0,40	6,58	1,73	-0,62	26	0,54	
Aniticipace	5,22	1,34	27	0,26	5,78	1,56	-2,16	26	0,04	0,38
Suprese	5,31	2,00	27	0,39	5,22	1,70	0,25	26	0,81	

Odčinění	4,67	2,38	27	0,46	4,27	1,74	0,87	26	0,39	
Pseudoaltruismus	5,57	1,52	27	0,29	5,26	1,82	1,08	26	0,29	
Idealizace	4,91	1,88	27	0,36	3,27	1,95	4,52	26	0,00	0,85
Reaktivní formace	4,39	1,82	27	0,35	4,51	1,79	-0,35	26	0,73	
Projekce	4,54	1,99	27	0,38	2,52	1,76	5,27	26	0,00	1,08
P.agrese	3,74	1,69	27	0,33	2,67	1,69	3,28	26	0,00	0,63
Agování	4,06	1,77	27	0,34	4,42	2,19	-1,07	26	0,29	
Izolace	3,78	2,09	27	0,40	3,46	2,13	0,79	26	0,44	
Devalvace	4,30	1,60	27	0,31	3,81	1,37	1,58	26	0,13	
Autistická fantazie	3,57	2,25	27	0,43	3,69	2,00	-0,27	26	0,79	
Popření	3,31	1,99	27	0,38	3,22	1,57	0,25	26	0,81	
Přesun	3,63	1,84	27	0,35	4,19	1,72	-1,58	26	0,13	
Disociace	3,22	2,10	27	0,40	3,11	1,50	0,28	26	0,78	
Štěpení	5,02	1,99	27	0,38	3,41	1,94	4,19	26	0,00	0,82
Racionalizace	5,37	1,94	27	0,37	5,97	1,91	-1,61	26	0,12	
Somatizace	4,41	2,28	27	0,44	4,78	1,84	-0,85	26	0,40	
Zralé	5,76	1,18	27	0,23	5,92	1,15	-0,71	26	0,24	
Neurotické	4,88	1,34	27	0,26	4,33	1,26	2,15	26	0,02	0,43
Nezralé	4,08	1,06	27	0,20	4,31	0,67	-1,13	26	0,87	

Z tabulky 9 můžeme vidět porovnání žen z našeho výběrového souboru oproti normám. Z jednotlivých subškál vyšly statisticky významně: anticipace, idealizace, projekce, pasivní agrese, štěpení a celková škála pro neurotické obranné mechanismy.

Když se pak zaměříme na interpretaci této tabulky, tak z výsledků můžeme konstatovat, že ženy užívají méně zralý obranný mechanismus anticipace, přičemž má tento výsledek ale slabou míru účinku.

Co se týče skupiny neurotických obranných mechanismů, tak můžeme konstatovat, že ženy více používají idealizaci, přičemž má tento rozdíl vysokou míru účinku. U nezralých obranných mechanismů pak můžeme vidět, že ženy více využívají obranný mechanismus projekce, jehož průměr se od normy odlišuje o více než jednu směrodatnou odchylku. Další nezralé obranné mechanismy, ve kterých ženy skórují více oproti normě,

jsou pasivní agrese a štěpení, přičemž výsledky vykazují středně silnou a silnou míru účinku.

Při pohledu na celkové škály zralých, neurotických a nezralých obranných mechanismů, které jsou klíčové k přijetí či zamítnutí zmíněných hypotéz k druhému cíli, musíme konstatovat, že jedinou škálou vykazující statisticky signifikantní rozdíl oproti normám jsou neurotické obranné mechanismy, jež ženy využívají statisticky více při porovnání s normami. Z tohoto důvodu přijímáme hypotézu H_3 a zamítáme hypotézy H_2 a H_4 .

Jak jsme již výše uvedli, vyhodnocení musí probíhat zvláště na mužích a zvláště na ženách. Proto je níže uvedena tabulka, která srovnává muže s normami v dotazníku DSQ–40. K ní se vztahují tyto hypotézy:

H_5 : „Muži ve výzkumném vzorku dosahují nižšího skóru ve zralých obranných mechanismech oproti normě.“

H_6 : „Muži ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v neurotických obranných mechanismech oproti normě.“

H_7 : „Muži ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v nezralých obranných mechanismech oproti normě.“

Tabulka 11 Srovnání mužů s normami v dotazníku DSQ–40

Proměnná	Prům.	Sm.Odch.	N	Std.Ch.	Ref. Hodnota	Sm.odch. Ref. Hodnoty	t	SV	p	Cohen. d
Sublimace	5,98	2,00	45	0,30	5,71	1,91	0,90	44	0,37	
Humor	6,32	1,84	45	0,27	6,58	1,78	-0,94	44	0,35	
Aniticipace	5,60	1,19	45	0,18	5,53	1,36	0,39	44	0,70	
Suprese	5,94	1,66	45	0,25	5,73	1,67	0,87	44	0,39	
Odčínění	4,82	2,04	45	0,30	4,10	1,95	2,38	44	0,02	0,36
Pseudoaltruismus	5,04	2,10	45	0,31	4,57	1,48	1,51	44	0,14	
Idealizace	5,13	2,01	45	0,30	3,46	1,78	5,59	44	0,00	0,88
Reaktivní formace	4,62	2,10	45	0,31	3,88	1,74	2,37	44	0,02	0,39
Projekce	4,53	1,73	45	0,26	3,33	1,74	4,66	44	0,00	0,69

P.agrese	4,51	2,02	45	0,30	3,71	1,72	2,66	44	0,01	0,43
Agování	5,10	2,39	45	0,36	5,52	1,96	-1,18	44	0,24	
Izolace	5,08	1,73	45	0,26	4,15	2,15	3,60	44	0,00	0,48
Devalvace	5,00	1,72	45	0,26	4,38	1,50	2,42	44	0,02	0,39
Autistická fantazie	4,44	2,36	45	0,35	3,72	2,10	2,06	44	0,05	0,32
Popření	4,74	1,62	45	0,24	3,81	1,89	3,88	44	0,00	0,53
Přesun	4,29	1,71	45	0,25	3,79	1,91	1,96	44	0,06	
Disociace	4,18	2,02	45	0,30	3,72	1,79	1,52	44	0,14	
Štěpení	6,08	2,00	45	0,30	4,52	1,98	5,23	44	0,00	0,78
Racionalizace	5,84	1,50	45	0,22	5,59	1,90	1,14	44	0,26	
Somatizace	4,71	1,89	45	0,28	4,71	1,89	0,00	44	1,00	
Zralé	5,96	1,01	45	0,15	5,89	1,10	0,47	44	0,68	
Neurotické	4,91	1,25	45	0,19	4,00	1,17	4,87	44	0,00	0,75
Nezralé	4,88	1,00	45	0,15	4,51	0,70	2,45	44	0,01	0,43

Při pohledu na tabulku 11 je zřejmé, že muži z hlediska neurotických obranných mechanismů využívají oproti normě statisticky více obranné mechanismy odčinění (slabá míra účinku), idealizaci (silná míra účinku) a reaktivní formaci (rovněž slabá míra účinku).

Širší množství zástupců, kteří se statisticky signifikantně liší od norem, představují nezralé obranné mechanismy. Muži více využívají mechanismů projekce, pasivní agrese, izolace, devalvace, autistické fantazie, popření a štěpení, přičemž míra rozdílů od normy v mechanismech projekce, popření a štěpení vykazuje středně velkou míru účinku. U zbylých výše zmíněných rozdílů užívání nezralých obranných mechanismů oproti normě mají slabou míru účinku.

Statisticky signifikantní rozdíl se objevil i v celkových škálách zastřešujících neurotické (středně silná míra účinku) a nezralé obranné mechanismy (slabá míra účinku). Díky tomuto faktu přijímáme hypotézy H_6 a H_7 . Vzhledem k tomu, že škála zralých obranných mechanismů nevykazuje známky signifikantního rozdílu od průměru, zamítáme proto hypotézu H_5 .

Tabulka 12 Rozdíl mezi muži a ženami ve škálách DSQ-40

Proměnná	Prům. ženy	Prům. muži	t	SV	p	N ženy	N muži	Sm. Odch. Ženy	Sm. Odch. Muži	F ratio	p
Sublimace	6,17	5,98	0,39	70	0,70	27	45	2,04	2,00	1,05	0,87
Humor	6,33	6,32	0,02	70	0,98	27	45	2,07	1,84	1,27	0,47
Aniticipace	5,22	5,60	-1,24	70	0,22	27	45	1,34	1,19	1,26	0,49
Suprese	5,31	5,94	-1,44	70	0,15	27	45	2,00	1,66	1,45	0,27
Odčinění	4,67	4,82	-0,29	70	0,77	27	45	2,38	2,04	1,36	0,36
Pseudoaltruismus	5,57	5,04	1,14	70	0,26	27	45	1,52	2,10	1,92	0,08
Idealizace	4,91	5,13	-0,47	70	0,64	27	45	1,88	2,01	1,14	0,73
Reaktivní formace	4,39	4,62	-0,48	70	0,63	27	45	1,82	2,10	1,33	0,45
Projekce	4,54	4,53	0,01	70	0,99	27	45	1,99	1,73	1,32	0,41
P. agrese	3,74	4,51	-1,66	70	0,10	27	45	1,69	2,02	1,42	0,34
Agování	4,06	5,10	-1,97	70	0,05	27	45	1,77	2,39	1,82	0,11
Izolace	3,78	5,08	-2,85	70	0,01	27	45	2,09	1,73	1,46	0,26
Devalvace	4,30	5,00	-1,73	70	0,09	27	45	1,60	1,72	1,15	0,72
Autistická fantazie	3,57	4,44	-1,54	70	0,13	27	45	2,25	2,36	1,10	0,81
Popření	3,31	4,74	-3,33	70	0,00	27	45	1,99	1,62	1,51	0,22
Přesun	3,63	4,29	-1,54	70	0,13	27	45	1,84	1,71	1,16	0,65
Disociace	3,22	4,18	-1,91	70	0,06	27	45	2,10	2,02	1,08	0,80
Štěpení	5,02	6,08	-2,18	70	0,03	27	45	1,99	2,00	1,01	1,00
Racionalizace	5,37	5,84	-1,16	70	0,25	27	45	1,94	1,50	1,68	0,13
Somatizace	4,41	4,71	-0,61	70	0,54	27	45	2,28	1,89	1,46	0,27
Zralé	5,76	5,96	-0,77	70	0,44	27	45	1,18	1,01	1,36	0,36
Neurotické	4,88	4,91	-0,07	70	0,95	27	45	1,34	1,25	1,16	0,66
Nezralé	4,08	4,88	-3,19	70	0,00	27	45	1,06	1,00	1,13	0,71

Zaměříme se teď na to, jak se v míře používání jednotlivých obranných mechanismů liší muži a ženy v našem výzkumném vzorku. Z tabulky 12 můžeme vyčíst, že muži v průměru více používají obranné mechanismy izolace ($d=0,69$, středně silná míra účinku), popření ($d=0,81$, silná míra účinku) a štěpení ($d=0,53$, středně silná míra účinku). Celkově muži oproti ženám vykazují vyšší míru používání nezralých obranných mechanismů ($d=0,78$, středně silná míra účinku).

8.4 Cíl 3. Zjistit četnost alexithymie ve výzkumném souboru lidí závislých na alkoholu

Třetím cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká je četnost nositelů alexithymie ve výzkumném vzorku. Z výsledků můžeme konstatovat, že vzhledem ke cut off skóru testu TAS–20 se v našem výzkumném vzorku objevilo 25 (34,72 %) participantů, u kterých byla zjištěna přítomnost alexithymie. U dalších 21 (29,17 %) respondentů, je možná přítomnost alexithymie. Zbýlých 26 (36,11 %) respondentů v dotazníku TAS–20 přítomnost alexithymie nevykazuje.

Vzhledem k tomu, že hypotéza v tomto cíli zní: H_8 „Lidé závislí na alkoholu ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru ve škále Celková míra alexithymie oproti normální populaci“, bylo potřeba si udělat porovnání, jak si lidé závislí na alkoholu stojí oproti normě. Vzhledem k tomu, že škála Celkové míry alexithymie je uvedena ve standardizovaném T–skóru, byla referenční hodnota 50.

Tabulka 13 Srovnání výzkumného vzorku s normou v dotazníku TAS–20

Proměnná	Prům.	Sm.odch.	N	Std.ch.	Reference	T	SV	P	Cohen. d
CSA_T	57,38	10,18	72	1,20	50,00	6,16	71	0,00	0,73

Pozn: CSA_T = T skór Celkové míry alexithymie

Z tabulky 13 můžeme vidět, že se průměr celkové míry alexithymie statisticky signifikantně liší od referenční hodnoty. Tento rozdíl má středně silnou míru účinku. Z tohoto důvodů přijímáme hypotézu H_8 .

Tabulka 14 Rozdíl mezi muži a ženami ve škálách dotazníku TAS–20

Proměnná	Prům. ženy	Prům. muži	T	Sv	p	N ženy	N muži	Sm.odch. ženy	Sm.odch. muži	F ratio	p
PIP_HS	17,59	17,67	-0,06	70	0,96	27	45	6,09	4,91	1,54	0,20

PPP_HS	14,41	15,16	-0,71	70	0,48	27	45	4,33	4,32	1,01	0,96
EOM_HS	21,07	23,42	-2,50	70	0,01	27	45	3,46	4,06	1,38	0,39
CSA_T	55,45	58,54	-1,25	70	0,21	27	45	10,02	10,21	1,04	0,94

Pozn: PIP_HS = hrubý skór subškály Problém identifikovat pocity; PPP_HS = hrubý skór subškály Problém popsat pocity; EOM_HS = hrubý skór subškály Externě orientované myšlení; CSA_T = T skór celkové míry alexithymie

V případě, že se zaměříme na to, jaké jsou rozdíly mezi muži a ženami ve škálách dotazníku TAS–20, můžeme si z tabulky 13 všimnout, že muži oproti ženám skórují statisticky více v subškále externě orientované myšlení. Tento rozdíl má středně silnou míru účinku ($d=0,81$). V celkové míře alexithymie se muži a ženy neliší.

8.5 Cíl 4. Zjistit souvislost mezi výsledky hlavních škál v jednotlivých testových metodách

Poslední cíl, který jsme si v diplomové práci stanovili, bylo prozkoumat možné souvislosti v užitých testových metodách. Níže jsou uvedeny korelační matice mezi hlavními škálami jednotlivých testů, které jsme použili při dotazníkovém šetření.

Tabulka 15 Souvislost mezi hlavními škálami dotazníků SVF–78 a DSQ–40

Proměnná	zralé	neurotické	Nezralé
Pozitivní strategie	0,25	0,09	-0,04
Negativní strategie	-0,02	0,27	0,06

V tabulce 15 můžeme vidět, že pozitivní zvládací strategie korelují se zralými ego-obrannými mechanismy, a naopak negativní copingové strategie korelují s neurotickými obrannými mechanismy. Je však důležité podotknout, že se jedná o slabou souvislost. Koeficient determinace je u první zmíněné korelace $r^2 = 0,063$ a u druhé $r^2 = 0,073$, to znamená, že procento vysvětleného rozptylu se pohybuje v řádu jednotek procent.

Tabulka 16 Souvislost mezi hlavními škálami dotazníků SVF–78 a TAS–20

Proměnná	PIP_HS	PPP_HS	EOM_HS	CSA_T
Pozitivní strategie	-0,15	-0,10	-0,16	-0,18
Negativní strategie	0,40	0,28	0,17	0,39

Pozn: PIP_HS = hrubý skór subškály Problém identifikovat pocity; PPP_HS = hrubý skór subškály Problém popsat pocity; EOM_HS = Hrubý skór subškály Externě orientované myšlení; CSA_T = T skór celkové míry alexithymie

Tabulka 16 představuje korelace mezi hlavními škálami dotazníků SVF–78 a TAS–20. Z této tabulky vidíme, že negativní zvládací strategie korelují se subškálami: problém identifikovat pocity (středně silná korelace; $r^2=0,16$), problém popsat pocity (slabá korelace; $r^2=0,08$) a celková míra alexithymie (středně silná korelace; $r^2=0,15$).

Tabulka 16 Souvislost mezi hlavními škálami dotazníků DSQ–40 a TAS–20

Proměnná	PIP_HS	PPP_HS	EOM_HS	CSA_T
Zralé	0,09	0,07	0,05	0,09
Neurotické	0,51	0,28	0,05	0,39
Nezralé	0,50	0,24	0,18	0,42

Pozn: PIP_HS = hrubý skór subškály Problém identifikovat pocity; PPP_HS = hrubý skór subškály Problém popsat pocity; EOM_HS = hrubý skór subškály Externě orientované myšlení; CSA_T = T skór celkové míry alexithymie

Poslední tabulka, která se zabývá souvislostmi použitých výzkumných metod, se zaměřuje na hlavní škály dotazníků DSQ–40 a TAS–20. Z výsledků pak vidíme, že neurotické obranné mechanismy statisticky signifikantně korelují se subškálou problém identifikovat pocity (středně silná korelace, $r^2 = 0,26$), problém popsat pocity (slabá korelace, $r^2=0,08$) a celkovou mírou alexithymie (středně silná korelace, $r^2=0,15$).

Co se týče nezralých ego-obranných mechanismů, tak ty korelují se stejnými škálami z TAS–20 jako neurotické obranné mechanismy, a to dokonce i na stejné síle. Vzhledem k tomu, že však korelace nejsou zcela identické, liší se koeficienty determinace, které jsou: $r^2=0,25$; $r^2=0,06$; $r^2=0,18$.

8.6 K hypotézám

Přestože je vyjádření k platnosti hypotéz již obsažené v textu, myslíme si, že by bylo vhodné uvést následující tabulku z důvodu lepší orientace pro čtenáře.

Tabulka 17 Přehled přijetí/zamítnutí hypotéz

Hypotéza	Odkaz k výsledkům statistiky	Přijata/zamítnuta
<i>H₁: „Lidé závislí na alkoholu ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru ve škále negativní copingové strategie oproti normální populaci.“</i>	Tabulka 8	Přijata
<i>H₂: „Ženy ve výzkumném vzorku dosahují nižšího skóru ve zralých obranných mechanismech oproti normě.“</i>	Tabulka 10	Zamítnuta
<i>H₃: „Ženy ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v neurotických obranných mechanismech oproti normě.“</i>	Tabulka 10	Přijata
<i>H₄: „Ženy ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v nezralých obranných mechanismech oproti normě.“</i>	Tabulka 10	Zamítnuta
<i>H₅: „Muži ve výzkumném vzorku dosahují nižšího skóru ve zralých obranných mechanismech oproti normě.“</i>	Tabulka 11	Zamítnuta
<i>H₆: „Muži ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v neurotických obranných mechanismech oproti normě.“</i>	Tabulka 11	Přijata
<i>H₇: „Muži ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru v nezralých obranných mechanismech oproti normě.“</i>	Tabulka 11	Přijata
<i>H₈: „Lidé závislí na alkoholu ve výzkumném vzorku dosahují vyššího skóru ve škále celkové míry alexithymie oproti normální populaci.“</i>	Tabulka 13	Přijata

9 Diskuze

Hlavním tématem diplomové práce bylo užívání copingových strategií a ego-obranných mechanismů u populace lidí závislých na alkoholu. Výzkumnou část sytil kvantitativní výzkum založený na dotazníkovém šetření. Data byla sbírána v příslušných klinických zařízeních zaměřených na léčbu závislostí. Celkem se šetření zúčastnilo 77 participantů, již splňovali podmínky k zařazení do výzkumu. Jak to v dotazníkovém šetření bývá, objevili se nám i nevalidně vyplněné testové baterie. Z tohoto důvodu jsme nakonec do výsledného statistického zpracování zařadili 72 respondentů. Věkové rozložení participantů je od 26 do 73 let, přičemž průměrný věk a zároveň i jeho medián je 43 let. Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání mělo nejvíce respondentů ukončené středoškolské vzdělání s výučním listem (43,06 %). Následovala střední škola s maturitou (38,89 %) a pak vysokoškolské vzdělání (11,11 %). Čtyři (5,56 %) respondenti měli základní vzdělání a jeden (1,39%) participant měl vystudovanou vyšší odbornou školu. Nepoměr je však výraznější, když se zaměříme na pohlaví. Ve výzkumném vzorku tvoří nadpoloviční většinu (62,50 %) muži. Obdobný problém měli například i Procházka (2011), Witkiewitz et al. (2015) či Constant, Sherlaw & Kovess-Masfety (2017). Jako hlavní důvod vidí Polak, Haug, Drachenberg & Svikis (2015) to, že ženy oproti mužům mají menší tendence vstupovat do léčby, což má za následek to, že v léčebných zařízeních zabývajících se léčbou závislostí na alkoholu jsou ve větším procentu zastoupeni muži.

Prvním hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké strategie zvládání stresu používají lidé závislí na alkoholu a jaké jsou (pokud vůbec) rozdíly mezi pohlavími v našem vzorku. Používané copingové strategie byly administrovány dotazníkem SVF-78, jenž má české normy, kvalitní psychometrické ukazatele a je v naší zemi hojně používaný (Balcar, Trnka & Kuška, 2011; Holubová et al., 2015). Po statistickém zpracování v našem výzkumu vyšlo, že lidé závislí na alkoholu statisticky signifikantně více využívají negativní strategie zvládání stresu, přičemž měl tento rozdíl vysokou míru účinku. Toto zjištění se shoduje jak s teoretickým konceptem copingových strategií tak i se současnými výzkumy (Coriale et al., 2012; Woodhead, Cronkite, Moos & Timko, 2014). Když jsme se podívali na to, jak se liší muži a ženy v používání copingových strategií, vyšlo statisticky signifikantní pouze to, že muži závislí na alkoholu mají vyšší potřebu sociální opory. Na rozdíl od nás ve výzkumu, který provedli Sudraba et al. (2014), nebyly statisticky signifikantní rozdíly mezi muži a ženami. Myslíme si, že tento nepoměr mohl být

způsobený kulturními rozdíly. Dalším možným faktorem, který toto zjištění mohl ovlivnit, je nepoměr mezi zastoupením mužské a ženské populace v našem výzkumném vzorku.

Náš další výzkumný cíl spočíval v deskripci užívaných ego-obranných mechanismů u lidí závislých na alkoholu, kteří se účastnili výzkumu. Vzhledem k použitému dotazníku DSQ-40 bylo nezbytné vyhodnotit výsledky zvláště pro muže i ženy. To z toho důvodu, že tato testová metoda má rozdílné normy pro každé pohlaví a nenachází se zde převod do standardizovaných skóreů, což by mělo za následek, že by bylo možné vyhodnotit celý výzkumný vzorek bez ohledu na pohlaví. Tento fakt, že se muži a ženy v užívaných ego-obranných mechanismech liší, dokázali například Petraglia, Thygesen, Lecours & Drapeau (2009) a zmiňuje jej i Cramer (2015). Když se podíváme na výsledky statistických analýz vztahujících se k obrannému fungování, můžeme vidět, že ženy skórují výše v užívání neurotických obranných mechanismů oproti normě. Na druhou stranu muži skórují výše jak ve škále neurotických obranných mechanismů, tak i ve škále nezralých obranných mechanismů oproti normě. Celkově vzato se tento výsledek částečně shoduje s teoretickým podkladem ego-obranného fungování a konotuje i se současnými výzkumy v dané oblasti. Hlavní rozdíl spočívá v tom, že ve výzkumech i ženy závislé na alkoholu používají více nezralé obranné mechanismy a celkově populace lidí závislých na alkoholu skóruje níže ve zralých obranách, což se v našem výzkumu nepotvrdilo (Azadfallah, & Ashtiany, 2013; Halim & Sabri, 2013; Iwanicka, Gerhant & Olajossy, 2017). Když se podíváme, jaké jsou rozdíly v používaných jednotlivých obranných mechanismech mezi muži a ženami v našem výzkumném souboru, tak zjišťujeme, že muži využívají více mechanismů izolace, popření a štěpení.

Předposledním úkolem, který jsme si zadali, bylo zjistit četnost nositelů alexithymie v našem výzkumném souboru. Z výsledků víme, že se dle dotazníku TAS-20 v našem výzkumném souboru vyskytlo 34,72 % participantů, u kterých byla zjištěna přítomnost alexithymie. Dalších 29,17 % respondentů vykazuje možnou přítomnost alexithymie a zbylých 36,11 % respondentů v dotazníku TAS-20 nevykazuje přítomnost alexithymie. V případě porovnání celého výzkumného vzorku s normou zjišťujeme, že respondenti v celkové míře alexithymie skórují výše. Co se týče rozdílů u pohlaví, tak muži pouze skórují výše ve škále externě orientované myšlení. Celková míra alexithymie se mezi muži a ženami statisticky signifikantně neliší. Námi zjištěné hodnoty korespondují s meta analýzou, kterou provedli Cruise & Becerra (2017). Ti zjistili, že se četnost nositelů alexithymie u lidí závislých na alkoholu pohybuje v rozmezí 30–49%, a zároveň toto zjištění komentují tím, že je to značně menší množství, než se původně předpokládalo.

Posledním výzkumným cílem bylo zjistit souvislosti mezi hlavními škálami použitých výzkumných metod. Pokud výsledky vezmeme popořadě tak, jak jsou výše prezentovány, vidíme, že pozitivní strategie zvládání stresu korelují se zralými obrannými mechanismy. Dále pak negativní copingové strategie statisticky signifikantně souvisejí s neurotickými obrannými mechanismy a se škálami problém identifikovat pocity, problém popsat pocity a s celkovou mírou alexithymie. Identický výsledek jsme pak našli v otázce souvislosti mezi neurotickými a nezralými obrannými mechanismy a hlavními škálami dotazníku TAS–20. V porovnání s ostatními současnými výzkumy jsme tedy shodně zjistili, že maladaptivní copingové strategie, nezralé a neurotické obranné mechanismy a míra alexithymie spolu navzájem souvisí (Coriale et al., Evren et al., 2012; Bruce, Curren & Williams, 2012; Halim & Sabri, 2013; Iwanicka, Gerhant & Olajossy, 2017).

9.1 Limity výzkumu a návrhy k pokračování

Každý provedený výzkum s sebou nese jisté limity, které mohly ovlivnit výsledek celého snažení. V našem případě tomu nebylo jinak. Z tohoto důvodu považujeme za důležité tato úskalí, se kterými jsme se při realizaci studie potýkali, ozřejmit.

Jakožto hlavní problém vnímáme rozpětí našeho výzkumného vzorku. Přestože si myslíme, že (po očištění dat) 72 respondentů k zpracování výzkumu do diplomové práce je dostačující, tak jsme nedosáhli našeho cíle minimálně 100 respondentů. Hlavním důvodem, proč tento problém nastal, byl ten, že v čase sběru dat nastala na území České republiky chřipková epidemie, což vyústilo v karanténu v jednotlivých zdravotnických zařízeních, včetně oddělení, kde byl sběr dat realizován.

Věříme, že nižší počet respondentů může mít vliv i na zjištěná částečně nenormální rozdělení při provedených testech normality. Při vyšším vzorku by se mohl uplatnit takzvaný centrální limitní teorém, který říká, že při vyšších výběrech se mají data tendenci shlukovat do normálního rozdělení, bez ohledu na rozložení v populaci (Budíková, Králová & Maroš, 2010). Z tohoto důvodu vidíme jako limitující i použití parametrických statistických metod při zpracování výsledků. Právě parametrické statistické metody, i když se jeví jako přísnější, by mohly v kombinaci s nenormálním rozdělením v některých proměnných vést ke zkreslení výsledků.

Jak již v teoretické části zmiňujeme, se závislostí na alkoholu se často spojuje další psychiatrická komorbidita. To vyvolává otázku, jak moc se tato komorbidita podílí na výsledcích výzkumu. Vyvarovat se však tomuto jevu je z našeho pohledu velmi těžko proveditelné vzhledem k bohatosti diagnóz, které se spojují se závislostí na alkoholu.

Z tohoto důvodu jsme jakožto vyřazovací kritérium vybrali pouze ty diagnózy, které by kriticky výzkum zkreslili.

Již výše zmiňujeme, v průběhu terapeutického působení může docházet ke zlepšení v užívání copingových strategií a obranných mechanismů. Vzhledem k tomu, že někteří pacienti vyplňovali testovou baterii ke konci ústavní léčby, mohl i tento fakt výsledky ovlivnit. Myslíme si, že právě tento jev by bylo zajímavé prozkoumat v longitudinálním výzkumu.

Dalším tématem k následnému zkoumání, by mohlo být měření obranných mechanismů za pomoci projektivních metod a klinického interview a následně pak porovnat tyto výsledky s dotazníkovými metodami. Zajímavé by mohlo být i porovnání obranného fungování a převažujících copingových strategií mezi lidmi závislými na alkoholu a lidmi závislými na nealkoholových drogách.

10 Závěry

Výzkum probíhal v podobě dotazníkového šetření u lidí závislých na alkoholu. Vzhledem k tématu byly použity metody SVF–78, DSQ–40 a TAS–20. Celkem jsme zařadili do statistického zpracování 72 validně vyplněných testových baterií. V naší výzkumné populaci byla nadpoloviční většina mužů. Věk participantů se pohyboval mezi 26–73 lety, přičemž věkový průměr činil 43 let. I přesto, že jsme nedosáhli ve všech škálách normálního rozdělení, použili jsme ke statistickému zpracování metody parametrické statistiky, kterými jsme dosáhli těchto výsledků:

- Lidé závislí na alkoholu používají více copingové strategie odmítání, odklon, náhradní uspokojení, pozitivní sebeinstrukce, potřeba sociální opory, vyhýbání se, únikové tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování. Zároveň skórují výše ve škále zastřešující negativní copingové strategie. Z hlediska genderových rozdílů muži více užívají strategie potřeby sociální opory.
- Ženy na rozdíl od normy méně užívají zralý obranný styl anticipace. Z neurotických obranných mechanismů ženy více užívají idealizaci. Co se týče nezralých obranných mechanismů, užívají ženy více projekce, pasivní agrese a štěpení. Z celkových škál jsou však statisticky signifikantní pouze neurotické obranné mechanismy. Muži více užívají mechanismů odčinění, idealizace, reaktivní formace, projekce, pasivní agrese, izolace, devalvace, autistické fantazie, popření a štěpení. Celkově u mužů vyšly statisticky signifikantní škály neurotických a nezralých obranných mechanismů. V genderovém srovnání muži více využívají mechanismů izolace, popření, štěpení a celkové škály nezralých obranných mechanismů.
- V souboru se objevilo 34,72 % participantů, u kterých byla zjištěna přítomnost alexithymie. U dalších 29,17 % respondentů je možná přítomnost alexithymie. Zbýlých 36,11 % respondentů přítomnost alexithymie nevykazuje. Výzkumný vzorek skóruje výše v celkové míře alexithymie oproti normě. Rovněž mají muži oproti ženám více externě orientované myšlení.
- Byla prokázána souvislost mezi hlavními škálami použitých metod. Pozitivní strategie zvládání stresu korelují se zralými obrannými mechanismy. Negativní copingové strategie souvisejí s neurotickými obrannými mechanismy a se škálami problém identifikovat pocity, problém popsat pocity a s celkovou mírou alexithymie. Identický výsledek jsme pak našli v otázce souvislosti mezi

neurotickými a nezralými obrannými mechanismy a hlavními škálami dotazníku TAS-20.

Souhrn

Diplomová práce se zabývá vztahem mezi obrannými mechanismy, copingovými strategiemi a závislostí na alkoholu, jež patří mezi nejčastější důvody hospitalizace na psychiatrických odděleních. Diagnostika závislosti na alkoholu je složitá. Praktikuje se především metoda klinického rozhovoru. Z psychodiagnostických metod se pak využívá především dotazníkových metod, například MALT, ASI či AUDIT. Představili jsme několik typologií závislostí na alkoholu, z nichž nejznámější je alfa, beta, gama, delta epsilon typologie Jellineka (1960). Léčbu můžeme rozdělit na biologickou a psychologickou. Biologická léčba zahrnuje především využívání medikamentů a řeší především léčení odvykacích stavů a *deliria tremens*. Využívají se například: Clometiazol, Tiapridal, Benzodiazepiny a antiepileptika. Podpůrná biologická léčba zahrnuje: Disulfiram, Naltrexon, Akamprosát aj. Psychologickou léčbu jsme rozdělili na ambulantní, detoxifikační, ústavní a dlouhodobé doléčovací programy. Detoxifikační léčba je krátkodobá (do 6 týdnů) a zaměřuje se především na zvládnutí odvykacího stavu. Ústavní léčba trvá cca 3–4 měsíce a soustředí se především na psychoterapii. Obdobně jsou na tom dlouhodobé doléčovací programy (doba pobytu je 6–18 měsíců). Léčebná zařízení mají různá pravidla, která je potřeba dodržovat.

Ego-obranné mechanismy vychází především z psychoanalytických teorií. Intenzivněji toto téma rozvinuli Freudová, Kleinová a Vaillant. Obranné mechanismy je rovněž možné klasifikovat. Nejužívanější klasifikace je ta, kterou postuloval Vaillant (1977). Ten rozdělil obranné mechanismy na zralé, neurotické a nezralé. Další klasifikační systém nabízí DSM–IV. Z hlediska měření obranných mechanismů se využívá dotazníkových metod (DSQ–40, DMI či LSI), klinických rozhovorů a projektivních metod (u dospělých převážně TAT a ROR). Lidé závislí na alkoholu by měli více využívat nezralých a neurotických obranných mechanismů, než je tomu u běžné populace.

Stres můžeme rozdělit na eustres („dobrý stres“) a distres („špatný stres“). Z hlediska časového působení rozlišujeme akutní, chronický a intermitentní stres. Za největší průkopníky v oblasti zkoumání stresu se označují Walter Cannon, jenž ozřejmil stresovou reakci, a Hans Selye, jenž postuloval obecnou poplachovou reakci a zjistil fáze obrany vůči stresu. Posledním významným otcem stresových teorií je Richard Stanley Lazarus, který postuloval transakční teorii stresu. Z hlediska teorií copingu jsme vydělili chování typu A, chování typu B a teorii interakce osobnostních rysů. Co se týče copingových strategií, tak nejznámější je rozdělení Lazaruse & Folkmanové (1984) na

coping zaměřený na emoce a coping zaměřený na problém. K měření copingových strategií se využívají především dotazníky (například CISS, COPE, WCQ, SVF-78 aj.). Lidé závislí na alkoholu více využívají maladaptivních copingových strategií oproti běžné populaci.

Výzkumnou část sytí dotazníkové šetření, které jsme provedli na populaci lidí závislých na alkoholu v příslušných zařízeních pro léčbu závislosti. Použili jsme testovou baterii, která se skládala z dotazníků SVF-78, DSQ-40 a TAS-20. Celkem jsme ke statistickému zpracování využili 72 validně vyplněných testových baterií. Nadpoloviční většinu vzorku tvořili muži. Věkové rozpětí bylo od 26 do 73 let, přičemž průměrný věk participantů byl 43 let. Jako nejvyšší dosažené vzdělání byla nejčastěji uvedena střední škola s výučním listem, následovala střední škola s maturitou a poté vysoká škola. Základní vzdělání či dokončenou vyšší odbornou školu mělo nejméně lidí z výzkumného vzorku. Testy normality poukazují na to, že některé škály nejsou normálně rozděleny. I přes tento fakt jsme se rozhodli využít parametrických statistických metod.

Z výsledků statistických testů je zřejmé, že populace lidí závislých na alkoholu využívá větší míru negativních copingových strategií. Z jednotlivých subškál více využívají: odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, potřebu sociální opory, vyhýbání se, únikové tendence, perseveraci, rezignaci a sebeobviňování. Naopak méně skórují ve škále pozitivní sebeinstrukce. Muži mají také oproti ženám větší potřebu sociální opory.

Po vyhodnocení výsledků v DSQ-40 se ukazuje, že ženy více využívají neurotické obranné mechanismy. Především jsou to škály: idealizace, projekce, pasivní agrese, štěpení a celková škála pro neurotické obranné mechanismy, ale rovněž méně anticipace. Muži oproti normě využívají více neurotické a nezralé obranné mechanismy. Z jednotlivých škál to byly mechanismy projekce, pasivní agrese, izolace, devalvace, autistické fantazie, popření a štěpení. Oproti ženám muži více využívají nezralé obranné mechanismy. Z jednotlivých škál více využívají mechanismy izolace, popření a štěpení.

Ve výzkumném vzorku se objevilo 34,72 % participantů, u kterých byla zjištěna přítomnost alexithymie. U 29,17 % respondentů je možná přítomnost alexithymie. Zbýlých 36,11 % respondentů přítomnost alexithymie nevykazuje. Celkově se u populace lidí závislých na alkoholu objevuje větší četnost alexithymie. Z genderových rozdílů vyplývá, že muži mají více externě orientované myšlení.

Při šetření souvislostí mezi hlavními škálami jednotlivých použitých metod jsme zjistili, že negativní copingové strategie korelují se škálami neurotické obranné mechanismy, problém identifikovat pocity, problém popsat pocity, celková míra

alexithymie a s neurotickými a nezralými obrannými mechanismy. Pozitivní copingové strategie korelují se zralými obrannými mechanismy. Nezralé a neurotické obranné mechanismy korelují se subškálami problém identifikovat pocity, problém popsat pocity a celkovou mírou alexithymie.

Použité zdroje

- 1) Adan, A., Antúnez, J. M., & Navarro, J. F. (2017). *Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression*. *Psychiatry research*, 251, 325-332.
- 2) Akkerman, K., Carr, V., & Lewin, T. (1992). *Changes in ego defenses with recovery from depression*. *The Journal of nervous and mental disease*, 180(10), 634-638.
- 3) Alagesan, S., Gratia, T., & Pandian, A. (2017). *Clinical Study on Ischaemic Strokes after Disulfiram-Ethanol Reaction*. *International Journal of Internal Medicine*, 6(2), 33-35.
- 4) American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. Washington, DC: Author.
- 5) American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- 6) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- 7) Amirkhan, J. H. (1990). *A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator*. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 1066.
- 8) Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). *The Defense Style Questionnaire*. *Journal of nervous and mental disease*.
- 9) Azadfallah, P., & Ashtiany, A. F. (2013). *The Comparison of Defense and Attachment Styles in Addicted/Non-Addicted Women*.
- 10) Babor, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., & Rounsaville, B. (1992). *Types of alcoholics, I: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity*. *Archives of general psychiatry*, 49(8), 599-608.
- 11) Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). *The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure*. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- 12) Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994). *The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity*. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 33-40.
- 13) Balcar, K., Trnka, R., & Kuška, M. (2011). *How many ways to deal with stress? Stress coping factors in the SVF 78*. *Activitas Nervosa Superior*, 53(1-2), 27-34.

- 14) Barrons, R., & Roberts, N. (2010). *The role of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome*. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 35(2), 153-167.
- 15) Baštecká, B. et al. (2015). *Klinická psychologie*. 1. vyd. Praha. *Portál*.
- 16) Berenz, E. C., Roberson-Nay, R., Latendresse, S. J., Mezuk, B., Gardner, C. O., Amstadter, A. B., & York, T. P. (2017). *Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Epidemiology and order of onset*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 485.
- 17) Berney, S., Roten, Y., Beretta, V., Kramer, U., & Despland, J. N. (2014). *Identifying psychotic defenses in a clinical interview*. *Journal of clinical psychology*, 70(5), 428-439.
- 18) Bond, M., & Wesley, S. (1996). *Manual for the defense style questionnaire*. Montreal, McGill University.
- 19) Bruce, G., Curren, C., & Williams, L. (2012). *Alexithymia and alcohol consumption: the mediating effects of drinking motives*. *Addictive behaviors*, 37(3), 350-352.
- 20) Budíková, M., Králová, M., & Maroš, B. (2010). *Průvodce základními statistickými metodami*. Grada Publishing as.
- 21) Butelman, E., Bacciardi, S., Maremmani, A. G., Darst-Campbell, M., Ray, B. M., Ducat, E., & Kreek, M. J. (2017). *Addictive diseases and depression comorbidity: Age trajectory and gender comparison*. *Drug & Alcohol Dependence*, 171, e30.
- 22) Buydens-Branchey, L., Branchey, M. H., & Noumair, D. (1989). *Age of alcoholism onset: I. Relationship to psychopathology*. *Archives of General Psychiatry*, 46(3), 225-230.
- 23) Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Grada Publishing as.
- 24) Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*.
- 25) Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). *Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction*. *Journal of personality and social psychology*, 66(1), 184.
- 26) Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). *Assessing coping strategies: a theoretically based approach*. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- 27) Cazan, A. M., & Clinciu, A. I. (2015). *Psychometric evaluation of the short version of the Defense Style Questionnaire on a Romanian non-clinical sample*. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 187, 408-412.

- 28) Cichocki, Ł. (2008). *Changes in defence mechanisms of people suffering from psychotic disorders and receiving therapy in the Day Treatment Centre*. Archives Of Psychiatry & Psychotherapy, 10(4), 27-32.
- 29) Cloninger, C. R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). *Inheritance of alcohol abuse*. Arch Gen Psychiatry, 38(8), 861.
- 30) Cohen, G. H., Fink, D. S., Sampson, L., Tamburrino, M., Liberzon, I., Calabrese, J. R., & Galea, S. (2017). *Coincident alcohol dependence and depression increases risk of suicidal ideation among Army National Guard soldiers*. Annals of epidemiology, 27(3), 157-163.
- 31) Cohen, L., de Moor, C., & Amato, R. J. (2001). *The association between treatment-specific optimism and depressive symptomatology in patients enrolled in a Phase I cancer clinical trial*. Cancer, 91(10), 1949-1955.
- 32) Constant, A., Sherlaw, W., & Kovess-Masfety, V. (2017). *Seeking mental health care from private health practitioners among individuals with alcohol dependence/abuse; results from a study in the French general population*. Alcohol, 59, 1-6.
- 33) Corbin, W. R., Farmer, N. M., & Nolen-Hoekesma, S. (2013). *Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model*. Addictive Behaviors, 38(4), 1912-1919.
- 34) Coriale, G., Bilotta, E., Leone, L., Cosimi, F., Porrari, R., De Rosa, F., & Ceccanti, M. (2012). *Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse: a mediation analysis*. Addictive Behaviors, 37(11), 1224-1229.
- 35) Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Rothrock, N. E., & Anderson, B. (2006). *Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer*. Psycho-Oncology, 15(2), 132-142.
- 36) Cramer, P. (1991). *The Development of Defense Mechanisms: Theory, Research and Assessment*. New York, NY: Springer-Verlag.
- 37) Cramer, P. (2008). Seven pillars of defense mechanism theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1963-1981.
- 38) Cramer, P. (2015). *Understanding defense mechanisms*. Psychodynamic psychiatry, 43(4), 523.
- 39) Creswell, K. G., Bachrach, R. L., Wright, A. G., Pinto, A., & Ansell, E. (2016). *Predicting problematic alcohol use with the DSM-5 alternative model of personality pathology*. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 7(1), 103.

- 40) Cruise, K. E., & Becerra, R. (2017). *Alexithymia and problematic alcohol use: A critical update*. Addictive behaviors.
- 41) Červenková, I. (2005). *Možnosti měření obranných mechanismů ega (standardizace české verze dotazníku DSQ 40)*. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Praha.
- 42) Davidson, K. W., MacGregor, M. W., Johnson, E. A., Woody, E. Z., & Chaplin, W. F. (2004). *The relation between defense use and adaptive behavior*. Journal of Research in Personality, 38, 105–129.
- 43) Di Ciano, P., Manvich, D. F., Pushparaj, A., Gappasov, A., Hess, E. J., Weinschenker, D., & Le Foll, B. (2018). *Effects of disulfiram on choice behavior in a rodent gambling task: association with catecholamine levels*. Psychopharmacology, 235(1), 23-35.
- 44) Doruk, A., Sütçigil, L., Erdem, M., Işıntaş, M., & Özgen, F. (2009). *Defense Mechanisms in Adjustment Disorder*. Yeni Symposium, 47(3), 135-141.
- 45) Doubek, P., Hovorka, J., Herman, E., Nežádal, T., Bajaček, M., & Praško, J. (2006). *Léčba deliria*. Cesk Slov Neurol Neurochir, 69(102), S1.
- 46) Drapeau, M., De Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J. N. (2003). *A study of stability and change in defense mechanisms during a brief psychodynamic investigation*. The Journal of nervous and mental disease, 191(8), 496-502.
- 47) Elena-Luminitaa, B., Corneliua, M., & Luminitab, B. (2016). *Examining the defense style questionnaire (DSQ40) in a chronic somatic patients sample: psychometric evaluation of factors*. Romanian Journal of Experimental Applied Psychology, 7.
- 48) Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- 49) Evren, C., Cagil, D., Ulku, M., Ozcetinkaya, S., Gokalp, P., Cetin, T., & Yigiter, S. (2012). *Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients*. Comprehensive psychiatry, 53(6), 860-867.
- 50) Feuerlein, W., Ringer, C. H., Küfner, H., & Antons, K. (1977). *Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism test (MALT)(author's transl)*. MMW, Munchener medizinische Wochenschrift, 119(40), 1275-1282.
- 51) Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- 52) Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Portál.

- 53) Forys, K., McKellar, J., & Moos, R. (2007). *Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general coping skills*. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1669-1680.
- 54) Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanizmy*. Praha: Portál.
- 55) Freud, S. (1894). *The defence neuro-psychoses*. *Collected papers*, 1, 59-75.
- 56) Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. GW XIV.
- 57) Friedman, M. (1996). *Type A behavior: Its diagnosis and treatment*. Springer Science & Business Media.
- 58) Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1959). *Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease*. *Journal of the American Medical Association*, 169(12), 1286-1296.
- 59) Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). *Adolescent Coping Scale (ACS)*. Australia: Australian Council for Educational Research.
- 60) Gaher, R. M., Simons, J. S., Hahn, A. M., Hofman, N. L., Hansen, J., & Buchkoski, J. (2014). *An experience sampling study of PTSD and alcohol-related problems*. *Psychology of addictive behaviors*, 28(4), 1013.
- 61) Gallacher, J. (2008). *Commentary: Type A behaviour and heart disease: no less inscrutable in Japan*. *International journal of epidemiology*, 37(6), 1406-1407.
- 62) Gandhi, R. R., Suthar, M. A., Pal, S., & Rathod, A. J. (2017). *Anxiety and depression in spouses of males diagnosed with alcohol dependence: a comparative study*. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 51-56.
- 63) Garofalo, C., & Wright, A. G. (2017). *Alcohol abuse, personality disorders, and aggression: The quest for a common underlying mechanism*. *Aggression and violent behavior*, 34, 1-8.
- 64) Gleser, G. C., & Ihilevich, D. (1969). *An objective instrument for measuring defense mechanisms*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 51-60.
- 65) Granieri, A., La Marca, L., Mannino, G., Giunta, S., Guglielmucci, F., & Schimmenti, A. (2017). *The relationship between defense patterns and DSM-5 maladaptive personality domains*. *Frontiers in psychology*, 8.
- 66) Halim, M. A., & Sabri, F. (2013). *Relationship between defense mechanisms and coping styles among relapsing addicts*. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 1829-1837.

- 67) Hjemdahl, P., Rosengren, A., & Steptoe, A. (Eds.). (2011). *Stress and cardiovascular disease*. Springer Science & Business Media.
- 68) Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Kamaradova, D., Ociskova, M., Latalova, K., & Grambal, A. (2015). *Coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study*. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 3041.
- 69) Hosák, L., & Hrdlička, M. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
- 70) Huang, Y., Mohan, A., Ridder, D., Sunaert, S., & Vanneste, S. (2018). *The neural correlates of the unified percept of alcohol-related craving: a fMRI and EEG study*. *Scientific reports*, 8(1), 923.
- 71) Chernoff, H., & Savage, I. R. (1958). *Asymptotic normality and efficiency of certain nonparametric test statistics*. *The Annals of Mathematical Statistics*, 972-994.
- 72) Chomynová, P., Csémy, L., & Mravčík, V. (2016). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015*. *Zaostřeno*, 14, 1-16.
- 73) Churchill, S. A., & Farrell, L. (2017). *Alcohol and depression: Evidence from the 2014 health survey for England*. *Drug & Alcohol Dependence*, 180, 86-92.
- 74) Iwanicka, K., Gerhant, A., & Olajossy, M. (2017). *Psychopathological symptoms, defense mechanisms and time perspectives among subjects with alcohol dependence (AD) presenting different patterns of coping with stress*. *PeerJ*, 5, e3576.
- 75) Janke, W., & Erdmann, G. (2003). *Strategie zvládání stresu–SVF 78*. Praha: Testcentrum.
- 76) Jellinek, E. M. (1952). *Phases of alcohol addiction*. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 13(4), 673-684.
- 77) Jellinek, E. M. (1960). *Alcoholism, a genus and some of its species*. *Canadian Medical Association Journal*, 83(26), 1341.
- 78) Jordaan, G. P., & Emsley, R. (2014). *Alcohol-induced psychotic disorder: a review*. *Metabolic brain disease*, 29(2), 231-243.
- 79) Jordaan, G. P., Warwick, J. M., Hewlett, R., & Emsley, R. (2010). *Resting brain perfusion in alcohol-induced psychotic disorder: a comparison in patients with alcohol dependence, schizophrenia and healthy controls*. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(3), 479-485.
- 80) Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita*. Praha: Grada Publishing as.
- 81) Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing as.
- 82) Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing as.

- 83) Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing as.
- 84) Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Rowman & Littlefield.
- 85) Kipper, L., Blaya, C., Teruchkin, B., Heldt, E., Isolan, L., Mezzomo, K., ... & Manfro, G. G. (2005). *Evaluation of defense mechanisms in adult patients with panic disorder: before and after treatment*. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(9), 619-624.
- 86) Kirkcaldy, B. D., Shephard, R. J., & Furnham, A. F. (2002). *The influence of type A behaviour and locus of control upon job satisfaction and occupational health*. *Personality and individual differences*, 33(8), 1361-1371.
- 87) Klein, M. (2017). *The Collected Works of Melanie Klein*. Karnac Books.
- 88) Kohoutek, T., Blatný, M., & Bréda, M. (2003). *Zdravotní stesky, copingové strategie a kognitivně emoční typologie osobnosti: Analýza vzájemných souvislostí*. *Sociální procesy a osobnost*, 1, 159-168.
- 89) Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- 90) Kuhl, J. & Kazén, M. (2002): *PSSI - Inventář stylů a poruch osobnosti*. Praha: Testcentrum.
- 91) Laughlin, H. P. (1979). *The Ego and its Defenses*. New York, NY: Jason Aronson.
- 92) Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- 93) Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- 94) Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). *Transactional theory and research on emotions and coping*. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169.
- 95) Lerner, P. M. (1991). *Psychoanalytic theory and the Rorschach*. Analytic Press, Inc.
- 96) Lerner, P., & Lerner, H. (1980). *Rorschach assessment of primitive defenses in borderline personality structure*. In J. Kwawer, H. Lerner, P. Lerner, & A. Sugarman (Eds.), *Borderline phenomena and the Rorschach test* (pp. 257-274). New York: International Universities Press.
- 97) Main, M. (1977). *Analysis of a peculiar form of reunion behavior seen in some day-care children: Its history and sequelae in children who are home-reared*. In R. Webb (Ed.), *Social development in childhood: Daycare programs and research*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- 98) Main, M., & Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention, 1, 121-160.
- 99) Mainerova, B., Prasko, J., Latalova, K., Axmann, K., Cerna, M., Horacek, R., & Bradacova, R. (2015). *Alcohol withdrawal delirium-diagnosis, course and treatment*. Biomedical Papers of the Medical Faculty of Palacky University in Olomouc, 159(1).
- 100) Martinotti, G., Di Nicola, M., Frustaci, A., Romanelli, R., Tedeschi, D., Guglielmo, R., ... & Di Giannantonio, M. (2010). *Pregabalin, tiapride and lorazepam in alcohol withdrawal syndrome: a multi-centre, randomized, single-blind comparison trial*. Addiction, 105(2), 288-299.
- 101) Matoušek, O. (2003). *Pracovní stres a zdraví*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce.
- 102) Mayo-Smith, M. F., Beecher, L. H., Fischer, T. L., Gorelick, D. A., Guillaume, J. L., Hill, A., ... & Melbourne, J. (2004). *Management of alcohol withdrawal delirium: an evidence-based practice guideline*. Archives of internal medicine, 164(13), 1405-1412.
- 103) McElroy, S. L., Keck, P. E., & Post, R. M. (Eds.). (2008). *Antiepileptic drugs to treat psychiatric disorders*. Informa Healthcare.
- 104) McLellan, A. T., Cacciola, J. S., & Zanis, D. (1997). *The addiction severity index-lite*. Center for the Studies on Addiction, University of Pennsylvania/Philadelphia VA Medical Center.
- 105) McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., ... & Argeriou, M. (1992). *The fifth edition of the Addiction Severity Index*. Journal of substance abuse treatment, 9(3), 199-213.
- 106) McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, NY; London: The Guilford Press.
- 107) Mohapatra, S., & Rath, N. R. (2017). *Disulfiram Induced Psychosis*. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 15(1), 68.
- 108) Mohapatra, S., Sahoo, M. R., & Rath, N. (2015). *Disulfiram-induced neuropathy: a case report*. General hospital psychiatry, 37(1), 97-e5.
- 109) Moos, R. H. (1993). *Coping Response Inventory Youth Form: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- 110) Morey, L. C., & Skinner, H. A. (1986). *Empirically derived classifications of alcohol-related problems*. In *Recent developments in alcoholism* (pp. 145-168). Springer, Boston, MA.
- 111) Nakase-Thompson, R., Manning, E., Sherer, M., Yablon, S. A., Gontkovsky, S. L. T., & Vickery, C. (2005). *Brief assessment of severe language impairments: Initial validation of the Mississippi aphasia screening test*. *Brain Injury*, 19(9), 685-691.
- 112) Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- 113) O'brien, C. W., & Moorey, S. (2010). *Outlook and adaptation in advanced cancer: a systematic review*. *Psycho-oncology*, 19(12), 1239-1249.
- 114) Orel, M. (2012) *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- 115) Parker, J. D., Endler, N. S., & Bagby, R. M. (1993). *If it changes, it might be unstable: Examining the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire*. *Psychological Assessment*, 5(3), 361.
- 116) Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). *The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population*. *Journal of psychosomatic research*, 55(3), 269-275.
- 117) Patterson, J. M., & McCubbin, H. I. (1987). *Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement*. *Journal of adolescence*, 10(2), 163-186.
- 118) Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing as.
- 119) Pavlovský, P. (2004). *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- 120) Perälä, J., Kuoppasalmi, K., Pirkola, S., Härkänen, T., Saarni, S., Tuulio-Henriksson, A., ... & Suvisaari, J. (2010). *Alcohol-induced psychotic disorder and delirium in the general population*. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 200-206.
- 121) Perry, J. C., & Bond, M. (2012). *Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome*. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 916-925.
- 122) Perry, J. C., Beck, S. M., Constantinides, P., & Foley, J. E. (2009). *Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the defense mechanism rating scales: Four hypotheses, four cases*. In *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy* (pp. 121-153). Humana Press.
- 123) Perry, J. C., Hoglend, P., Shear, K., Vaillant, G. E., Horowitz, M., Kardos, M. E., ... & Kagan, D. (1998). *Field trial of a diagnostic axis for defense mechanisms for DSM-IV*. *Journal of Personality Disorders*, 12(1), 56-68.

- 124) Perry, J. C. (1990). *The defense mechanism rating scales (5th ed.)*. Cambridge, MA: The Cambridge Hospital.
- 125) Petraglia, J., Thygesen, K. L., Lecours, S., & Drapeau, M. (2009). *Gender differences in self-reported defense mechanisms: a study using the new Defense Style Questionnaire-60*. American Journal of Psychotherapy, 63(1), 87.
- 126) Petrić, D., Frančišković, T., Juretić, M., Šuković, Z., Graovac, M., Rački, S., & ... Britvić, D. (2011). *Defense Mechanisms in Alcohol Dependent Patients with Oral and Oropharyngeal Cancer*. Collegium Antropologicum, 35(3), 809-816.
- 127) Petticrew, M. P., Lee, K., & McKee, M. (2012). *Type A behavior pattern and coronary heart disease: Philip Morris's "crown jewel"*. American journal of public health, 102(11), 2018-2025.
- 128) Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Grada Publishing as.
- 129) Plosker, G. L. (2015). *Acamprosate: a review of its use in alcohol dependence*. Drugs, 75(11), 1255-1268.
- 130) Plutchik, R., Kellerman, H., & Conte, H.R. (1979). *The structural theory of ego defenses and emotions*. In C.E. Izard (Ed.), *Emotions in personality and psychopathology* (pp. 229-257). New York: Plenum.
- 131) Pokorny, A. D., Miller, B. A., & Kaplan, H. B. (1972). *The brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test*. American Journal of Psychiatry, 129(3), 342-345.
- 132) Polak, K., Haug, N. A., Drachenberg, H. E., & Svikis, D. S. (2015). *Gender considerations in addiction: implications for treatment*. Current treatment options in psychiatry, 2(3), 326-338.
- 133) Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- 134) Pruyser, P. W. (1975). *What splits in "splitting"? A scrutiny of the concept of splitting in psychoanalysis and psychiatry*. Bulletin of the Menninger Clinic, 39(1), 1-46.
- 135) Raboch, J., & Pavlovský, P. (2013). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum Press.
- 136) Ribadier, A., & Varescon, I. (2017). *Study of defense styles, defenses and coping strategies in alcohol-dependent population*. L'Encephale, 43(3), 223-228.
- 137) Robbins, M. D. (1976). *Borderline personality organization: The need for a new theory*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 24(4), 831-853.

- 138) Röder, I., Boekaerts, M. & Kroonenberg, P. M. (2002). *The stress and coping questionnaire for children (School version and Asthma version): Construction, factor structure, and psychometric properties*. Psychological Reports, 91, 29-36
- 139) Rosenman, R. H., Brand, R. J., Sholtz, R. I., & Friedman, M. (1976). *Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the Western Collaborative Group Study*. American Journal of Cardiology, 37(6), 903-910.
- 140) Rosner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Vecchi, S., Srisurapanont, M., & Soyka, M. (2017). *Opioid antagonists for alcohol dependence*. Health.
- 141) Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). *Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II*. Addiction, 88(6), 791-804.
- 142) Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., ... & Kawakami, N. (2016). *Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: world mental health surveys from 17 countries*. JAMA psychiatry, 73(2), 150-158.
- 143) Sedain, C. P. (2013). *Study of psychiatric comorbidity of alcohol use disorder*. Journal of Nepal Health Research Council.
- 144) Segal, H. (2012). *Introduction to the work of Melanie Klein*. Karnac Books.
- 145) Selye, H. (1936). *A syndrome produced by diverse nocuous agents*. Nature, 138(3479), 32.
- 146) Selye, H. (2013). *Stress in health and disease*. Butterworth-Heinemann.
- 147) Selzer, M. L. (1971). *The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument*. American journal of psychiatry, 127(12), 1653-1658.
- 148) Shorter, D., Domingo, C. B., & Kosten, T. R. (2015). *Emerging drugs for the treatment of cocaine use disorder: a review of neurobiological targets and pharmacotherapy*. Expert opinion on emerging drugs, 20(1), 15-29.
- 149) Schellekens, A. F. A., de Jong, C. A. J., Buitelaar, J. K., & Verkes, R. J. (2015). *Co-morbid anxiety disorders predict early relapse after inpatient alcohol treatment*. European Psychiatry, 30(1), 128-136.
- 150) Sifneos, P. E. (1973). *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients*. Psychotherapy and psychosomatics, 22(2-6), 255-262.
- 151) Skinner, H. A., & Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scale: Users Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.

- 152) Skinner, M. D., Lahmek, P., Pham, H., & Aubin, H. J. (2014). *Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis*. PloS one, 9(2), e87366.
- 153) Skrott, Z., Mistrik, M., Andersen, K. K., Friis, S., Majera, D., Gursky, J., ... & Kraus, M. (2017). *Alcohol-abuse drug disulfiram targets cancer via p97 segregase adaptor NPL4*. Nature, 552(7684), 194.
- 154) Soyka, M. (2008). *Prevalence of alcohol-induced psychotic disorders*. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 258(5), 317-318.
- 155) Spinhoven, P., & Kooiman, C. G. (1997). *Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study*. The Journal of nervous and mental disease, 185(2), 87-94.
- 156) Stokes, M., & Abdijadid, S. (2017). *Disulfiram*. Převzato z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459340/> dne 12.3.2018.
- 157) Sudraba, V., Millere, A., Pūce, A., Millere, E., Zumente, Z., Deklava, L., ... & Vagale, A. (2014). *Stress Coping of Patients with Substance use Disorder in Latvia*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 159, 303-308.
- 158) Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- 159) Šmigelskas, K., Žemaitienė, N., Julkunen, J., & Kauhanen, J. (2015). *Type A behavior pattern is not a predictor of premature mortality*. International journal of behavioral medicine, 22(2), 161-169.
- 160) Takahashi, T., Lapham, G., Chavez, L. J., Lee, A. K., Williams, E. C., Richards, J. E., ... & Merrill, J. O. (2017). *Comparison of DSM-IV and DSM-5 criteria for alcohol use disorders in VA primary care patients with frequent heavy drinking enrolled in a trial*. Addiction science & clinical practice, 12(1), 17.
- 161) Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (2003). *The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures*. Journal of psychosomatic research, 55(3), 277-283.
- 162) Tegethoff, M., Belardi, A., Stalujanis, E., & Meinschmidt, G. (2015). *Comorbidity of mental disorders and chronic pain: chronology of onset in adolescents of a national representative cohort*. The Journal of Pain, 16(10), 1054-1064.
- 163) Urbánek, T. (2012). *Nejpoužívanější psychodiagnostické metody v České republice*. Testforum, 1(1), 6-9.

- 164) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2017). *Statistika psychiatrické péče za rok 2016*. Převzato z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece> dne 26.3.2018.
- 165) Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Pub.
- 166) Vaillant, G. E. (1995). *Adaptation to Life*. Harvard University Press.
- 167) Vaillant, G. E. (2000). *Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology*. American psychologist, 55(1), 89.
- 168) Vaillant, G. E. (2011). *Involuntary coping mechanisms: A psychodynamic perspective*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 13, 366–370.
- 169) Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986). *An empirically validated hierarchy of defense mechanisms*. Arch. General Psychiatry 43, 786–794.
- 170) Witkiewitz, K., McCallion, E., Vowles, K. E., Kirouac, M., Frohe, T., Maisto, S. A., ... & Heather, N. (2015). *Association between physical pain and alcohol treatment outcomes: The mediating role of negative affect*. Journal of consulting and clinical psychology, 83(6), 1044.
- 171) Woodhead, E. L., Cronkite, R. C., Moos, R. H., & Timko, C. (2014). *Coping strategies predictive of adverse outcomes among community adults*. Journal of clinical psychology, 70(12), 1183-1195.
- 172) World Health Organization. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů–Desátá revize*. Aktualizovaná verze k, 1, 2014.
- 173) Wortman, C. B., & Dintzer, L. (1978). *Is an attributional analysis of the learned helplessness phenomenon viable? A critique of the Abramson-Seligman-Teasdale reformulation*.
- 174) Yang, A., Leung, S., & Demirkol, A. (2017). *“Keep an eye on me, doc!”: outpatient voluntary supervised disulfiram for treatment of alcohol use disorders in a community setting*. Drugs and Alcohol Today, 17(1), 32-39.
- 175) Yilmaz, N., Gençöz, T., & Ak, M. (2007). *Psychometric properties of the defense style questionnaire: a reliability and validity study*. Turk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry, 18(3), 244-253.
- 176) Ziółkowski, M., Czarnecki, D., Chodkiewicz, J., Gašior, K., Juczyński, A., Biedrzycka, A., ... & Nowakowska-Domagala, K. (2017). *Suicidal thoughts in persons*

treated for alcohol dependence: The role of selected demographic and clinical factors.
Psychiatry research, 258, 501-505.

- 177) Zucker, R. A. (1986). *The four alcoholisms: a developmental account of the etiologic process.* In Nebraska symposium on motivation. University of Nebraska Press.

Příloha 1. Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Obranné mechanismy a copingové strategie u lidí závislých na alkoholu

Autor práce: Bc. Tomáš Spáčil

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

Počet stran a znaků: 92 stran, 176 576 znaků

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 177

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá vztahem mezi obrannými mechanismy, copingovými strategiemi a závislostí na alkoholu. Teoretická část se zaměřuje na popis závislosti na alkoholu, typologie této závislosti, možnou psychiatrickou komorbiditu a popis metod diagnostiky a léčby. Dále představujeme teoretická východiska obranných mechanismů, stresu a copingových strategií, jejich dělení, možnosti měření a vztah s alkoholovou závislostí. Praktická část se skládá z dotazníkového šetření, který byl proveden na populaci lidí závislých na alkoholu v příslušných zařízeních pro léčbu závislosti. K šetření jsme používali metody SVF-78, DSQ-40 a TAS-20, které mají české normy i dobré psychometrické ukazatele. Z výsledků pak vyplývá, že lidé závislí na alkoholu využívají více negativní copingové strategie oproti normě. Dále pak oproti normě využívají více neurotické a nezralé obranné mechanismy a vyskytuje se u nich i větší celková míra alexithymie. Zjistili jsme korelace mezi negativními copingovými strategiemi, nezralými, neurotickými obrannými mechanismy a celkovou mírou alexithymie. V našem souboru rovněž existují genderové rozdíly ve vztahu k výsledkům.

Klíčová slova: Obranné mechanismy, Copingové strategie, Závislost na alkoholu

Abstract of thesis

Title: Ego defense mechanisms and coping strategies among alcohol addicts

Author: Bc. Tomáš Spáčil

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

Number of pages and characters: 92 pages, 176 576 characters

Number of appendices: 3

Number of references: 177

Abstract:

The thesis explores the relations among defense mechanisms, coping strategies and alcohol addiction. The theoretical part concerns the description of alcohol addiction, its typology and possible psychiatric comorbidity, also the description of methods used for diagnosing and therapy. In the following part, we present some theoretical findings of defense mechanisms, stress and coping strategies, as well as their classification, measuring methods and connection to alcohol addiction. In the practical part of this thesis, questionnaires were administered to group of alcohol addicts at suitable medical institutions. We used SVF-78, DSQ-40 and TAS-20 methods since they have Czech norms and reliable psychometric indicators. It follows that alcohol addicts tend to use negative coping strategies more often than it is normal. They also use neurotic and immature defense mechanisms more frequently with higher rate of alexithymia. We also discovered relevant correlation between negative coping strategies, immature and neurotic defense mechanisms and overall degree of alexithymia. There are some gender differences in the results.

Key words: defense mechanisms, coping strategies, alcohol addiction

Příloha 2. Průvodní dopis zasláný do léčebných zařízení

Vážení (Vážený pane, Vážená paní),

Moje jméno je Tomáš Spáčil a jsem student 2. ročníku navazujícího magisterského programu Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Pod vedením PhDr. Mgr. Romana Procházky, Ph.D. se ve své diplomové práci zaměřuji na téma obranných mechanismů a copingových strategií u lidí závislých na alkoholu. Ve svém výzkumu bych rád tuto problematiku zkoumal pomocí dotazníkového šetření. Touto cestou bych Vás velmi rád požádal o spolupráci, zda bych mohl s Vaším oddělením spolupracovat.

Celý výzkum je koncipován na bázi dobrovolnosti účastníků výzkumu a jejich anonymitě. Základní podmínkou je dodržení etických zásad výzkumu. Budu se snažit, co nejméně narušit chod oddělení a maximálně přizpůsobím sběr dat s ohledem na režim oddělení. V testové baterii jsou použity dotazníky SVF – 78, DSQ 40 a TAS 20. Doba vyplňování je cca 30 min.

Sběr dat by se měl konat před koncem roku a v průběhu ledna a února vždy po individuální domluvě. Rád zodpovím jakékoli případné dotazy týkající se výzkumu a diplomové práce.

S pozdravem

Bc. Tomáš Spáčil

Příloha 3. Ukázka matice dat

Ukázka matice dat z aplikace Microsoft Excel. Tabulka obsahuje 18 řádků (ID 1-18) a 12 sloupců (A-L). Sloupce A-C obsahují demografická data (Pohlaví, Věk, Vzdelání). Sloupce D-L obsahují 12 různých psychologických měření.

ID	Pohlaví	Věk	Vzdelání	1. Podhodnocení	2. Odmítnání viny	3. Odklon	4. Náhradní uspokojení	5. Kontrola situace	6. Kontrola reakcí	7. Pozitivní sebeinstrukce	8. Potřeba sociální opory	9. Vyhrbání se	10. Únikové tendence	11. Perseverace	12. Rez.
1	1	0	30	1	65	61	57	58	25	45	43	48	54	60	47
2	2	0	30	1	71	77	65	62	54	59	59	57	57	66	60
3	3	0	27	2	56	55	55	58	34	53	53	50	51	47	63
4	4	0	49	2	50	55	45	50	48	47	40	54	45	47	53
5	5	0	38	2	30	35	31	44	43	34	30	36	41	75	68
6	6	0	39	2	58	73	68	50	59	64	69	60	66	56	63
7	7	0	42	2	54	58	61	59	48	50	50	55	57	57	53
8	8	0	60	2	47	38	57	54	43	45	34	42	49	49	47
9	9	0	55	2	54	52	63	52	62	61	47	57	57	47	55
10	10	0	51	2	60	58	55	58	51	59	59	38	53	54	49
11	11	0	37	2	42	46	37	50	43	41	32	54	43	77	64
12	12	0	63	2	60	71	55	64	51	59	62	46	66	54	53
13	13	0	30	3	56	61	40	60	40	50	37	48	55	69	68
14	14	0	65	3	52	66	40	46	62	56	50	32	57	66	63
15	15	0	71	3	62	52	50	56	31	35	32	40	49	56	43
16	16	0	66	3	47	68	75	59	54	68	69	36	73	58	64
17	17	0	45	3	56	58	43	63	23	33	1	71	33	75	68
18	18	0	57	3	63	61	65	60	59	61	59	55	47	44	41
19	19	0	56	3	58	52	47	54	62	56	53	44	68	47	45
20	20	0	40	3	63	70	59	70	62	68	62	68	68	66	60
21	21	0	58	3	60	58	52	52	46	50	40	62	66	69	60
22	22	0	51	3	56	70	63	58	28	47	34	31	68	77	34
23	23	0	45	3	54	64	59	60	43	50	50	62	51	51	49
24	24	0	33	4	38	41	40	28	51	35	31	55	54	63	68
25	25	0	50	5	50	46	45	50	56	45	50	54	43	49	60
26	26	0	37	5	58	66	45	52	43	50	43	40	53	47	41
27	27	1	26	1	31	65	49	54	1	44	34	44	51	70	47
28	28	1	36	1	25	48	47	69	44	30	31	58	51	75	66
29	29	1	51	2	73	73	41	43	66	71	69	48	49	31	30
30	30	1	48	2	59	61	59	63	58	50	57	59	66	75	63
31	31	1	65	2	48	36	30	58	60	44	49	77	61	41	72
32	32	1	37	2	54	39	53	54	63	68	57	67	51	45	51
33	33	1	43	2	60	48	64	65	36	58	51	62	56	61	43
34	34	1	45	2	54	48	53	69	41	52	38	66	64	75	59
35	35	1	42	2	37	65	53	54	41	41	43	62	59	58	66
36	36	1	42	2	55	73	49	58	55	64	63	50	47	45	45
37	37	1	34	2	60	57	51	63	48	44	43	55	54	54	54