

Universita Karlova

Filosofická fakulta

katedra psychologie

Obranné mechanismy ega u pacientek s mentální anorexií

Vedoucí:
PhDr. Tamara Hrachovinová

Zpracovala:
Tereza Ježková
Obor: psychologie
Prezenční studium

Praha, prosinec 2006

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a použila jen literatury uvedené v seznamu.

4.12.2006

Tulce Jutová!

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat především vedoucí své diplomové práce PhDr. Tamaře Hrachovinové za čas, který mi věnovala a za cenné připomínky k metodologické části práce. Velmi bych také chtěla poděkovat doc. MuDr. Haně Papežové CsC., která mi umožnila opakovaně stážovat na oddělení 3 Psychiatrické kliniky, tedy na jednotce specializované péče o poruchy příjmu potravy. Dále bych chtěla poděkovat Michaelu Koziolkovi, svému konzultantovi na Université Pierre Mendes France, za náměty k psychoanalytickému pojetí mentální anorexie. PhDr. Jaroslavě Ježkové bych pak ráda poděkovala za jazykovou korekturu své práce. V neposlední řadě pak patří můj velký dík mým třem přátelům a kolegům, PhDr. Radce Kawaciukové, PhDr. Petře Iblové a Philippu Janssenovi, kteří mi byli cennou odbornou i psychickou podporou při tvorbě této práce.

Abstrakt: Defense Style Questionnaire, který měří tři faktory, tj. zralé, neurotické a nezralé obranné mechanismy, byl vyplněn 44 probankami, pacientkami s anorexií ve věku od 14 do 30 let, a 121 zdravými ženami ve stejném věkovém rozpětí. Patnácti pacientkám byl zadán také Tematický apercepční test, který ukazuje stupeň vývoje Já a mechanismy obrany. Náš výzkum ukázal, že se náš vzorek anorektických pacientek liší od zdravé populace v užívání neurotických a nezralých obranných mechanismů. Naopak, rozdíl mezi vzorkem purgativních a restriktivních anorektiček shledán nebyl.

Abstract: The Defence Style Questionnaire which assesses three factors of defence mechanisms (mature, neurotic, immature) was completed by 44 anorexic women aged from 14 to 30 years, and 121 healthy women. The Thematic Apperception Test used to assess ego development and defence was completed by 15 patients. We found that the anorexic women differ from the healthy population in use of neurotic and immature defence mechanisms. In contrast, no difference was found between restrictive and purgative patients who do not differ in any factor of the Defence Style Questionnaire.

Obsah

Obsah1 Úvod	5
1 Úvod.....	8
1 Obranné mechanismy	10
1.1 Vývoj koncepce obranných mechanismů	10
1.1.1 Nástin koncepce obranných mechanismů v psychoanalýze	10
1.1.2 Koncept obranných mechanismů na širším teoretickém poli	11
1.1.2.1 Obranné mechanismy v DSM.....	11
1.2 Definice obranných mechanismů a specifické problémy tohoto konceptu v současnosti	14
1.2.1 Definice.....	14
1.2.2 Současné problémy koncepce obranných mechanismů.....	16
1.2.2.1 Obranné mechanismy ve vývojové perspektivě	16
1.2.2.2 Pohlavní rozdíly v užívání obranných mechanismů	18
1.2.2.3 Patologie a adaptativita obranných mechanismů.....	19
1.3 Vymezení základních obranných mechanismů.....	20
1.3.1 Agování.....	21
1.3.2 Altruismus.....	21
1.3.3 Anticipace	22
1.3.4 Apatické stažení.....	23
1.3.5 Autistické fantazie	23
1.3.6 Disociace.....	23
1.3.7 Humor	24
1.3.8 Idealizace	24
1.3.9 Intelktualizace	25
1.3.10 Introjekce	26
1.3.11 Izolace.....	26
1.3.12 Negace	27
1.3.13 Obrat proti vlastní osobě.....	27
1.3.14 Odčinění.....	28
1.3.15 Omnipotence.....	28
1.3.16 Pasivní agrese	28
1.3.17 Popření	29
1.3.17.1 Popření interní reality	30
1.3.17.2 Popření externí reality.....	30
1.3.17.3 Částečné popření.....	31
1.3.17.4 Negace	31
1.3.17.5 Vyspělé popření	31
1.3.17.6 Psychotické popření a psychotické zkreslení reality	31
1.3.18 Potlačení.....	32
1.3.19 Projekce	32
1.3.19.1 Bludná projekce	33
1.3.20 Projektivní identifikace.....	33
1.3.21 Přesun.....	34
1.3.22 Pseudoaltruismus	34
1.3.23 Racionalizace	35

1.3.24	Reakční formace	35
1.3.25	Regrese.....	36
1.3.26	Somatizace	36
1.3.27	Sublimace.....	36
1.3.28	Štěpení	37
1.3.29	Vytěsnění	38
1.3.30	Znehodnocení.....	39
1.3.31	Zvrat v opak.....	40
1.3.32	Žádání o pomoc a odmítnutí této pomoci	41
1.4	Měření obranných mechanismů.....	41
1.4.1	Rozhovor.....	42
1.4.2	Dotazníkové metody	43
1.4.3	Testové metody.....	43
1.4.4	Projektivní metody.....	44
2	Mentální anorexie	46
2.1	Ateoretické pojetí mentální anorexie.....	46
2.1.1	Symptomatologie	46
2.1.2	Epidemiologie.....	47
2.1.3	Etiologie a patogeneze	47
2.1.3.1	Biologické faktory	47
2.1.3.2	Emocionální a osobnostní faktory	48
2.1.3.3	Rodinné a širší sociální faktory	49
2.1.4	Prognóza	50
2.2	Psychoanalytické koncepce mentální anorexie.....	51
2.2.1	Vývoj psychoanalytického pojetí mentální anorexie.....	51
2.2.1.1	Anorexie jako pudový konflikt a obrana proti němu.....	51
2.2.1.2	Anorexie jako problém objektivních vztahů.....	54
2.2.2	Současné psychoanalytické koncepce mentální anorexie.....	56
2.2.2.1	Teorie Hildy Bruchové	57
2.2.2.2	Anorexie jako strach z tloušťky (Fear fo being fat).....	59
2.2.2.3	Anorexie jako perverzní struktura	62
2.2.2.4	Anorexie jako adiktivní problém	64
2.2.2.5	Anorexie jako problém selfobjektu.....	66
3	Obranné mechanismy ega u pacientek s anorexií.....	69
4	Obranné mechanismy u pacientek s anorexií: vlastní studie	75
4.1	Cíle výzkumu.....	75
4.2	Výzkumné hypotézy	75
4.3	Metody sběru dat	76
4.4	Popis zvolených metod	77
4.4.1	Dotazník DSQ-40	77
4.4.2	TAT v interpretačním systému Shentoubové	79
4.5	Výzkum.....	81
4.5.1	Popis vzorku	81
4.5.1.1	Pacientky.....	81
4.5.1.2	Srovnávací skupina.....	86
4.5.2	Statistická analýza dat a výsledky získané z dotazníku DSQ-40.....	88
4.5.2.1	Předběžné srovnání	88
4.5.2.2	Analýza dat	89

4.5.2.3	Interpretace výsledků DSQ-40 vzhledem k hypotézám výzkumu	99
4.5.3	Kvalitativní analýza protokolů TAT.....	102
4.5.4	Závěr z analýzy protokolů TAT a srovnání s výsledky v DSQ-40	116
4.6	Diskuze	125
5	Závěr	132
6	Summary	134
7	Literatura.....	136
	Příloha č.1: Interpretační list TAT.....	140
	Příloha č.2: Příklady interpretace TAT.....	142
	Příloha č.3: Banální obsahy na TAT.....	151
	Příloha č.5: Dotazník DSQ-40	154
	Příloha č.5: Doplnující otázky pro pacientky a srovnávací skupinu.....	156

1 Úvod

Tématem naší práce je vztah obranných mechanismů a mentální anorexie. Koncept obranných mechanismů, přestože je dnes všeobecně uznáván, je konceptem vycházejícím z psychoanalýzy a zároveň konceptem, který odkazuje k psychodynamice jedince. Praxe v České republice je především kognitivně behaviorální. Kognitivně behaviorální přístup je orientovaný na symptom, který je možné charakterizovat v behaviorální rovině (tedy chováním okolo jídla) a kognitivní rovině (porucha vnímání, vtíravé myšlenky atd.). Zájemcům se v češtině tedy nabízí poměrně bohatá literatura popisující symptom. Dle našeho názoru však chybí pohled na psychodynamiku, která symptom vytváří. Mechanismy obrany je právě jeden z faktorů, který psychodynamiku charakterizuje.

Proto budou teoretickým rámcem, jímž bude nahlížen symptom mentální anorexie v naší práci, psychoanalytické teorie. Cíle práce jsou v zásadě dva. Jednak je to zopakování výzkumu, který byl u této populace realizován v několika dalších zemích, a jeho kritické zhodnocení. Dále máme též ambici zpřístupnit v češtině psychoanalytické teorie mentální anorexie, které mohou, dle našeho názoru, obohatit a rozšířit pohled na tuto problematiku. Psychoanalýza, která byla v době komunismu označena jako jeden z reakčních směrů a jako taková zakázána, má v České republice stále velmi malý vliv a její přístup k pojetí psychických poruch je pro českého studenta psychologie velkou neznámou. Nechceme, aby naše práce vyzněla dogmaticky - je samozřejmě nutné vyhublé anorektičky realimentovat, pomoci jim vytvořit správné jídelní návyky atd., ale zároveň je dle našeho názoru nutné mít teoretické zázemí pro pochopení, odkud toto sebevražedné, proti přirozenosti jdoucí jednání vychází. Z hlediska psychoanalýzy je anorexie vývojově starší než běžné neurotické poruchy a psychosexuální vývoj je u anorektiček více narušen, což ovlivňuje typ terapie, který je u anorektiček doporučován (Poněšický, 1999) .

Naše práce vychází z psychoanalytické literatury jak frankofonní, tak anglofonní. Při překladu psychoanalytických termínů jsme narazili na mnoho problémů. Překlad a definice obranných mechanismů jsou součástí textu práce, pozastavme se ale u dalších termínů vysvětlujících psychické fungování.

Psychoanalýza mluví o *psychické ekonomii* nakládání s (pudovou) energií. Tato energie může být *investována (investi)* do subjektu (narcistická investice), nebo do objektů (objektová investice). Rovnováha, stálost, ale ne rigidita investic koresponduje

s psychickým zdravím. Psychiatři pacienti obvykle tuto rovnováhu postrádají: například v melancholii je investován neexistující (zmizelý) objekt, který byl internalizován. Pojem *investice* lze též přeložit jako vklad. V knize Freud a po Freudovi (Mitchell, 1999), jejíž překlad se pojmu zcela vyhýbá, odpovídá překlad „zaměření“. V práci jsme se tedy rozhodli pro tento překlad, přestože je tím poněkud opominuta jeho konotace s psychickou ekonomikou. Místo narcistická investice a objektová investice tedy užíváme ve shodě s Mitchellovou „narcistické zaměření libida“ a „objektové zaměření libida“.

Na podobné problémy jsme narazili i u překladu názvů jednotlivých mechanismů obrany. Velkou pomocí bylo, že v průběhu práce vyšel překlad knihy Já a obranné mechanismy od Anny Freudové. Kromě toho jsme měli k dispozici slovník Laplanche a Pontalise (1967), který uvádí anglické ekvivalenty francouzských termínů. V práci tedy zbývalo vytvořit pouze české názvy, prostupnost anglické a francouzské literatury byla jednodušší. Tyto názvy jsou tedy někdy našimi návrhy a v přehledu uvádíme jejich francouzský a anglický ekvivalent pro jednodušší orientaci při eventuelní konfrontaci s literaturou. Rovněž používáme v některých případech rozdílné názvy oproti Červenkové (2005), která standardizovala test, který budeme v rámci práce používat. Obranný mechanismus *suprese* byl nahrazen termínem *potlačení*. Stejně tak pojem *devalvace* byl nahrazen českým *znehodnocení*.

Teoretický výklad postupuje od obranných mechanismů k symptomu anorexie, které bude nahlížena úmyslně již pouze z psychoanalytického pohledu, jedná se tedy o abstrakce klinické zkušenosti některých psychoanalytiků na základě různých psychoanalytických škol. Tato klinická zkušenost často obranné mechanismy a jejich souvislost s vytvořením symptomu zmiňuje, proto jsme se rozhodli zařadit kapitolu týkající se obranných mechanismů před kapitolu o anorexii. V poslední kapitole teoretické části bude pojednáno o kvantitativních výzkumech obranných mechanismů u anorexie.

1 Obranné mechanismy

1.1 Vývoj koncepce obranných mechanismů

1.1.1 Nástin koncepce obranných mechanismů v psychoanalýze

Koncept obranných mechanismů je jedním z přínosů psychoanalýzy. V základě se objevuje už u Freuda, který popsal především mechanismus vytěsnění, který je podle něj společný všem pacientům (jak psychózám, tak neurózám). Dále v článku „*Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense*“ rozlišil konverzi, která podle něj byla typická pro hysterii, a dále přesun u obsesivních neuróz a popření nebo projekci jako typický mechanismus u psychóz. Termín obranný mechanismus se objevuje poprvé roku 1915 v *Metapsychologii*. Ve svých pozdějších člancích ale Freud často používal termín obranné mechanismy jako synonymum vytěsnění. Buckley udává, že Freud v zásadě rozlišoval deset různých obranných mechanismů (z nichž jeden je samozřejmě vytěsnění). Těmito mechanismy jsou regrese, sublimace, reakční formace, projekce, obrat proti vlastní osobě, introjekce nebo identifikace, izolace a odčínění (Ionescu, 2001).

Koncept obranných mechanismů rozpracovala zvláště Anna Freudová ve svém díle z roku 1936. Její zásluha spočívá především v tom, že koncept posunula od patologie k normální adaptaci na situaci (Hentschel, 1993). Přesto byla za svůj koncept skalní psychoanalýzou kritizována, protože kladla důraz hlavně na Já, nikoli na Id. Akcentování Já podepírala argumentem, že bez Já by nebylo neuróz. Dílo *Já a mechanismy obrany* je prvním dílem, které mechanismy obrany systematicky vykládá. Freudová bere v úvahu mechanismy, které již byly popsány a přidává navíc popření, ať už ve slovech, nebo v činech, a rovněž klade otázku po možné kombinaci jednotlivých obranných mechanismů (Ionescu, 2001). Deset mechanismů, které v *Já a mechanismy obrany* popisuje, jsou: vytěsnění, regrese, reakční formace, izolace, odčínění, projekce, introjekce, obrat proti vlastní osobě, sublimace a zvrát v opak. Kombinací obranných mechanismů pak může vznikat například idealizace nebo identifikace s agresorem (Freud, 1936/1972). Přínosem Anny Freudové je rovněž to, že rozšiřuje koncept obranných mechanismů i mimo obrany nejen proti pudům, ale proti všemu, co vyvolává úzkost, tedy například emoce nebo požadavky Nad-já (Laplanche, Pontalis, 1967). Mechanismus obrany tedy není vždy využíván bezprostředně proti pudu, ale

také proti emocím, které s pudem souvisejí. Emoce ale zásadně s pnutím souvisí bezprostředně, protože spolu bezprostředně souvisejí, a Já se v tomto ohledu rozhoduje na základě principu slasti, zda je nutné se bránit se, či ne (Ionescu, 2001).

Na rozvoji koncepce obranných mechanismů se velmi zasloužila také Melanie Kleinová, která přišla s koncepcí štěpení, idealizací a projektivní identifikací (Ionescu, 2001). Přínos Kleinové spočívá především v orientaci na rané dětství a v popsání primárních, primitivních, obranných mechanismů. Kromě štěpení a projektivní identifikace, hovoří Kleinová také o popření psychické reality a onnipotentní kontrole objektu (Laplanche, Pontalis, 1967). Od narození tedy podle Kleinové existuje Já, které je schopné vytvořit primitivní vztah k objektu, a to jak na úrovni fantazmatu, tak na reálné úrovni, je schopné pociťovat úzkost a je schopné se proti ní bránit (Ionescu, 2001).

Zvláště mechanismus štěpení se stal později základním mechanismem, jímž byly Kernbergem popisovány hraniční stavy (poruchy osobnosti). Kernberg později u poruch osobnosti rozlišil primitivní idealizaci, primitivní popření, onnipotenci, znehodnocení a projektivní identifikaci (Kernberg, 1997).

1.1.2 Koncept obranných mechanismů na širším teoretickém poli

Z hlediska vývoje pojetí obranných mechanismů je též nutné zmínit Vaillantovo rozdělení na zralé, nezralé, neurotické a psychotické obranné mechanismy. Vaillant připomíná v úvodu své knihy (1977, in Hentschel, 1993) *Adaptation to life*, že pokud se do perlorodky dostane zrnko písku, vznikne perla. Tím chce naznačit, že existuje pozitivní způsob, jak lze řešit konflikty. Mechanismy obrany tedy rozděluje do výše zmíněných čtyř skupin. Toto dělení je zachováno i v testu DSQ, který budeme používat, test ale neobsahuje psychotické obrany. Psychotické obrany jsou podle Vaillanta bludná projekce, zkreslení a psychotické popření. Mezi nezralé obrany řadí projekci, schizoidní fantazie, hypochondrii, pasivní agresi, aktivismus a disociaci (neboli neurotické popření). Neurotické obrany jsou podle Vaillanta přesun, izolace afektu, vytěsnění a reakční formace. Mezi zralé obrany pak řadí altruismus, sublimaci, potlačení, anticipaci a humor (Ionescu, 2001).

1.1.2.1 Obranné mechanismy v DSM

Jedním z velmi důležitých mezníků v uznání obranných mechanismů ve vztahu k psychopatologii je zařazení seznamu obranných mechanismů do *Diagnostic and*

Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), což je manuál Americké psychiatrické asociace používaný nejen za oceánem, ale i například ve Francii.

Zařazení obranných mechanismů do Manuálu nebylo jednoduché, protože se jedná o koncept vycházející z psychoanalýzy, zatímco manuál DSM, stejně jako MKN, je ateoretický. O zařazení konceptu se uvažovalo už při konstrukci DSM-III v roce 1977, ale mezi přizvanými psychoanalytiky nebyla vytvořená jednotná koncepce, a proto nakonec DSM-III odešel do tisku bez kapitoly o obranných mechanismech. O obranných mechanismech nakonec mluví až revize této verze DSM – III – R, která byla vytvořena v letech 1987-1989. DSM-III-R zachovává pět obranných mechanismů, které najdeme už u Anny Freudové, a to: odčinění, reakční formace, izolace, projekce a vytěsnění. K těmto pěti jsou přidány: pasivní agrese, štěpení, popření, přesun, znehodnocení, disociace, idealizace, intelektualizace, agování, racionalizace, represe, autistická fantazie a somatizace (Ionescu, 2001). Koncept v DSM je ale inspirován především pracemi Bondy a Vaillanta, kteří byli těmi, kdo se také značně zasloužil o to, že obranné mechanismy jsou součástí manuálu (Chabrol, Callahan, 2004).

DSM-IV, tj. verze, která je užívána dodnes a která vznikala v letech 1994-1996, modifikuje rovněž část věnovanou obranným mechanismům. Jednak mění seznam těchto mechanismů, ale také nabízí Škálu obranného fungování (*Echelle de fonctionnement défensif*). Zároveň ale splývají pojmy obranný mechanismus a coping (o rozdílu mezi obrannými mechanismy a copingem pojednáme v kapitole 2.2.2.). K osmnácti původním mechanismům se přidává sublimace, kterou najdeme i u Anny Freudové, dále pak sebepotvrzení, altruismus, anticipace, autoobservace, afiliace, psychotické popření, psychotické zkreslení (*distorsion psychotique*), humor, projektivní identifikace, omnipotence, žádání o pomoc a odmítnutí této pomoci (typ ano, ale...), bludná projekce a apatické stažení. Můžeme tedy konstatovat, že se jedná jednak o mechanismy vysoce adaptivní a jednak o mechanismy patologické (Ionescu, 2001). Tyto mechanismy jsou pak rozděleny do sedmi úrovní obranného fungování. Nyní tyto úrovně krátce popíšeme:

- vysoká úroveň adaptace: mechanismy obrany umožňují uvědomování si pocitů, idejí a jejich důsledků. Do této skupiny patří anticipace, afiliace, sebepotvrzení, altruismus, autoobservace, humor, sublimace a potlačení. Tyto mechanismy se tedy blíží mechanismům copingu. Vaillant (2000 in Chabrol, Callahan, 2004), který se především sám zasadil o vytvoření této úrovně, sám do této úrovně zařadil pouze anticipaci, altruismus, humor, potlačení a sublimaci (tedy

mechanismy uvažované DSQ) . Tyto mechanismy není možné aktivovat vůlí, proto se jedná o obranné mechanismy. Další mechanismy, které jsou uvedeny až v DSM-IV, se ale již příliš blíží copingu (Chabrol, Callahan, 2004). Z těchto důvodů je také neuvádíme v přehledu obranných mechanismů v subkapitole 2.3.

- Úroveň mentální inhibice a formování kompromisu: na této úrovni obranné mechanismy udržují mimo vědomí ideje, pocity, vzpomínky, přání a strach. Do této úrovně jsou zařazeny přesun, disociace, intelektualizace, izolace, reakční formace, vytěsnění a odčinění.
- Úroveň mírného pokřivení sebeobrazu, obrazu těla a obrazu druhých: do této úrovně patří speciálně mechanismy, které regulují sebeúctu. Patří tam tedy narcistické obrany, což jsou znehodnocení, idealizace a omnipotence. Tyto obrany jsou používány v pubertě a v adolescenci. Pokud přetrvávají do dospělého věku, jsou obvykle spojené s poruchou osobnosti.
- Úroveň odmítnutí: tato úroveň je tvořena mechanismy obrany, které udržují stres, pnutí, ideje, pocity a city mimo vědomí, ať už tak, že jim přisuzují externí příčinu, nebo jinak. Do této skupiny patří popření, projekce a racionalizace.
- Úroveň značného pokřivení sebeobrazu nebo obrazu ostatních: Do této úrovně patří autistická fantazie, projektivní identifikace a štěpení
- Úroveň konace: jedná se o úroveň, která seskupuje mechanismy, které je možné charakterizovat buď impulzivním jednáním, nebo naopak stažením se. Patří tam agování, apatické stažení, žádání o pomoc a odmítnutí této pomoci a pasivní agrese.
- Úroveň špatné defenzivní regulace: tato úroveň je charakteristická obrannými mechanismy, které jsou neúspěšné v tom smyslu, že vyvolávají skutečné odtržení se od reality. Patří tam psychotické zkreslení, psychotické popření a bludná projekce. Psychotické popření a psychotické zkreslení budou v naší práci pojednány v rámci popření a bludná projekce v rámci projekce, protože jejich mechanismus je stejný jako mechanismus projekce.

(Chabrol a Callahan, 2004)

Podrobně bude o těchto a dalších mechanismech pojednáno v kapitole 2.3.

1.2 Definice obranných mechanismů a specifické problémy tohoto konceptu v současnosti

1.2.1 Definice

Definovat obranné mechanismy je stejně jako u každého psychoanalytického pojmu úkol velice obtížný. Laplanche a Pontalis, jejichž psychanalytický slovník je jedním ze základních děl pro orientaci v psychoanalýze, definují obranné mechanismy jako „různé druhy operací, ve kterých se projevuje obrana. Převládající obranné mechanismy se různí podle pocitů, podle stádia vývoje a podle stupně zvládnutí obranného konfliktu atd. Prohlašujeme, že obranné mechanismy užívá Já, přičemž necháváme stranou otázku, zda spuštění mechanismu předpokládá určitý stupeň organizace Já, která by mechanismus podporovala.“ Obranné mechanismy se vztahují nejen k pudu, ale též se mohou vztahovat k představám, které s tímto pudem souvisejí, dále k situacím, které mohou vyvolat pnutí, které je pro Já nepříjemné, a nakonec i k nepříjemným emocím (Laplanche, Pontalis, 1967, str. 234).

V otázce definování vzniká problém, jaký je rozdíl mezi obranným mechanismem a obranou neboli obranným opatřením. Freudová užívá oba dva termíny jako synonyma, což byla později jedna z otázek, které byly diskutovány v rozhovorech se Sandlerem. Z tohoto rozhovoru vyplývá, že obrana je vlastně jakákoli aktivita, která slouží k obraně, zatímco obranný mechanismus se vztahuje výhradně k obraně Já a může být jak normální, tak patologický. Freudová používá metaforu, že zbraň je například puška, ale za určitých okolností může jako zbraň posloužit i pánev na smažení. Obranné mechanismy jsou zbraní par excellence, ale naproti tomu jiné aktivity, jako například humor, nejsou skutečné obranné mechanismy, protože k obraně Já slouží pouze za určitých okolností (Ionescu, 2001).

Podle Widlochera je obrana soubor operací, jejichž cílem je zmenšit intrapsychický konflikt prostřednictvím znepřístupnění vědomých elementů tohoto konfliktu. Pojem obrana je pro něj od pojmu konflikt neoddělitelný (Ionescu, 2001).

Wallerstein (1985, in Ionescu 2001) rozlišuje mechanismus obrany a manifestaci této obrany v chování. Obranný mechanismus je podle něj vědomí nepřístupný. Stejně tak si člověk není vědom chování, kterým se obrana manifestuje, a tedy si není vědom, že určité chování je vlastně obrana. Také impuls, který vede ke spuštění obrany, je nevědomý. Pokud jsou tyto složky zvědoměny, obrana přestane být účinná.

Vaillant a Drake (1985 in Ionescu, 2001) považují obrany za metafory pro popis různých kognitivních stylů a rekonstrukci vnitřní a vnější reality. Protože jejich koncept měl mnohé slabiny, byl revidován a Vaillant pak v roce 1993 (in Ionescu, 2001) popsal mechanismy obrany jako nástroje udržení psychické rovnováhy. Na tuto teorii navazuje popis mechanismů v DSM-III-R a DSM-IV, který byl popsán v podkapitole 2.1.2.1.

Při vymezování definice obranného mechanismu je důležité zmínit též pojem coping. Tento pojem, jehož autorství bývá přisuzováno Lazarusovi, se od pojmu obranný mechanismus liší tím, že se jedná o „kognitivní a behaviorální pokus zvládnout a zredukovat interní a externí požadavky a konflikty mezi nimi. Copingové strategie slouží dvěma účelům: buď vztahům člověk-prostředí (copingové strategie zaměřené na problém), nebo regulaci emocí, které vyvolávají stres (copingové strategie zaměřené na emoce).“ (Folkman a Lazarus, 1980, str. 233 in Hentschel, 1993, str. 8). Cohen a Lazarus (1987 in Chabrol, 2004) rozdělují čtyři způsoby copingu:

1. hledání informace
2. akce
3. inhibice konání
4. hledání sociální podpory
5. intrapsychické procesy (které zahrnují například znovuzhodnocení situace, ale podle Cohena tam patří i ostatní obranné mechanismy)

Tím se pojem postupně rozšiřuje tak, že zahrnuje všechno chování jedince v konfliktu, včetně chování jako je například telefonát přátelům (Hentschel, 1993). Nicméně vybočení konceptu z psychoanalýzy a především zařazení do DSM způsobilo, že některé copingové strategie (například altruismus) jsou dnes řazeny mezi mechanismy obrany, ačkoli jimi ve striktním psychoanalytickém slova smyslu nejsou. U zmiňovaného altruismu se například jedná spíše o konkrétní projev sublimace (Hentschel, 1993).

Ke copingu existují dva základní přístupy, jednak z hlediska událostí, jejichž dopad na životní pohodu jedince je hodnocen, a jednak z hlediska měření copingového potenciálu jedince. Chabrol a Callahan (2004) uvádějí, že „klasický postoj je dávat do protikladu mechanismy obrany, které jsou považované jako nevědomé, nezáměrné, relativně rigidní, zaměřené na vnitřní konflikt a spojené s psychopatologií, a coping, který je považovaný za vědomý, záměrný, flexibilní, behaviorální a orientovaný na pozitivní adaptaci na externí realitu a spojený se zdravím a duševní pohodou.“ Cramer

(2000 in Chabrol, Callahan, 2004) rovněž zdůrazňuje, že rozdíl je v tom, že obranné mechanismy jsou nezáměrné a nevědomé. Nicméně v polemice s Newmanem (2001 in Chabrol, Callahan, 2004) docházejí oba tito badatelé k závěru, že toto vymezení copingu vůči obranným mechanismům je umělé a že na hranici zůstává značný počet mechanismů, jejichž stupeň uvědomování si a možnost volní regulace jsou různé. Kromě toho je nutné uvést, že i obranné mechanismy mohou být adaptativní, zatímco copingové mechanismy naopak mohou být inadaptativní, jako například vyhýbání se. Chabrol a Callahan uzavírají, že mezi oběma koncepty existují jistě přechodové zóny, a proto je spíše třeba v klinické praxi studovat a používat oba koncepty, než je od sebe striktně oddělovat (Chabrol, Callahan, 2004).

1.2.2 Současné problémy koncepce obranných mechanismů

Koncept obranných mechanismů vyvolává mnoho různých otázek, a to především jak se obranné mechanismy vyvíjejí a jak jsou stabilní, jak zda se liší mezi pohlavími, dále pak, zda existují adaptativní obranné mechanismy a mechanismy patologické. V této kapitole pojednáme o rozdílech ve vývoji, rozdílech mezi pohlavími a o problému patologie obranných mechanismů, protože tyto otázky se bezprostředně dotýkají našeho výzkumu.

1.2.2.1 Obranné mechanismy ve vývojové perspektivě

Otázka, jak se obranné mechanismy vyvíjejí a jaký je jejich sled ve vývoji osobnosti, je velmi důležitá v souvislosti s diagnózou anorexie, protože při tomto onemocnění dochází často k regresi, což je doprovázeno uplatňováním starších obranných mechanismů.

Freud v eseji *Pulsion et des destin des pulsions* (1914/1968) mluví o čtyřech způsobech obrany proti pnutí, přičemž se ale omezuje na sexuální pud (nikoli například na obživný a další, které v tomto eseji jmenuje). V průběhu života se podle něj objevuje nejdříve obrat v opak. Tento proces má dva subtypy: jednak obrácení aktivity v pasivitu a jednak obrácení obsahu. První subtyp odpovídá dvojicím jako sadismus-masochismus, nejde tedy o změnu cíle, ale pouze způsobu dosahování. Obrácení obsahu je například láska-nenávist. Dalším typem je podle Freuda obrat proti sobě, kde dochází k tomu, že je změněn cíl, nikoli způsob uspokojování. Tímto cílem je vlastní tělo.

V eseji Freud pouze naznačuje dvě další fáze, jimiž je vytěsnění a sublimace. Dva způsoby obrany zde naznačené odpovídají narcistické organizaci Já v preoidipovském vývojovém období (Ionescu, 2001). Podle Freuda se jedná o určitý způsob obrany odpovídající raným stádiím vývoje Já, přičemž v dalších stádiích jsou pak obrany realizovány jinak. Obrany se tedy vyvíjejí spolu s celkovým vývojem organizace osobnosti.

Anna Freudová tento názor rozvíjí v knize *Já a mechanismy obrany* a doplňuje v rozhovorech ze Sandlerem, které byly vydány pod názvem *Analýza obran. Rozhovory s Annou Freudovou (L'analyse des défenses. Entretien avec Anna Freud)*. Freudová se domnívá, že existuje určitá chronologie, v níž se mechanismy obrany objevují. Zároveň se určité mechanismy nemůžou objevit, dokud neexistuje určitá struktura. Například pro vytěsnění je potřeba, aby existovala struktura Já a Id (A.F.: „Když nemáte dům, nemůžete z něj nikoho vyhodit.“ J.S.: „A už vůbec ne držet někoho zavřeného ve sklepe.“ (citováno dle Ionescu, 2001, str. 34).

Další důležitou poznámkou k vývoji mechanismů obran je poznatek Freudové, že určitý mechanismus obrany může být normální v určitém věku, ale patologický až nebezpečný v jiném. Například vytěsnění považuje v oidipovské periodě za adaptativní, ale později za adaptativní pouze u silného stresu. Stejně tak například únik do snění je normální v dětství, ale později je mechanismem, který se uplatňuje u psychóz. Intelektualizace je normální v periodě adolescence, ale pokud se objeví před ní, jedná se o určitou patologii.

Kromě toho, že se ve vývoji mění jednotlivé obrany, může se měnit i kvalita těchto obran. Příkladem je například popření. Podle Freudové je prvním typem popření popření reality. Dítě při ní popírá celou realitu, která je nepříjemná. Později popírá pouze tento nepříjemný pocit, jedná se tedy o popření pocitu. Následně se jedná o popření ve fantazii, tj. nepříjemná realita je ve fantazii nahrazená příjemnou (Ionescu, 2001).

Co se týče chronologie mechanismů obrany, můžeme najít vztah mezi stadiem psychosexuálního vývoje a určitých typických obran jak u Kleinové, tak u Freudové. Systematické studie na toto téma ovšem pocházejí až ze sedmdesátých let (Ionescu, 2001). Vesměs panuje shoda, že popření je velice archaický obranný mechanismus, na rozdíl od intelektualizace, která bývá dávána do souvislosti s adolescencí a dospělostí. Užívání projekce a identifikace zřejmě vzrůstá s věkem a postupně se pak snižuje okolo šestnácti let. Vaillant (1977 in Ionescu 2001) uvádí, že nezralé obrany jako

reakční formace, hypochondrie a další při normálním vývoji ustupují v pozdní adolescenci a místo nich se objevuje altruismus, potlačení, sublimace a anticipace. Prostřednictvím longitudinální studie *Etude du développement de l'adulte*, kterou Vaillant prováděl od roku 1944 do roku 1975 na třech skupinách respondentů (12-19/20-35/36-50 let) se ukázalo, že s průběhem vývoje se tyto mechanismy ustalují na čtyři výše zmíněné (a humor). Těchto pět mechanismů označuje Vaillant jako zralé. Pozdější výzkum, který koreloval používání zralých obranných mechanismů a celkovou sociální úspěšnost v 47 letech, ukazuje, že existuje statisticky významný vztah mezi zralými obrannými mechanismy a sociální úspěšností měřenou například profesionálním úspěchem, stabilitou v manželství nebo stadiem vývoje z hlediska Eriksonovy teorie. Dále se tímto problémem zabýval Cramer (1987, in Ionescu, 2001). Na výsledcích testu TAT ukazuje, že předškolní děti mají tendenci více užívat popření, které postupně s věkem mizí, zatímco neužívají vůbec intelektualizaci, která se objevuje a systematicky rozšiřuje v pubertě a v adolescenci. Co se týče projekce, která byla třetím zkoumaným mechanismem, byla nejvíce užívána u školního věku a v pubertě, zatímco se slaběji objevovala v adolescenci.

1.2.2.2 Pohlavní rozdíly v užívání obranných mechanismů

Kromě toho se Vaillantova studie zabývala otázkou, zda existují rozdíly v obranných mechanismech mezi muži a ženami. Podle této studie ženy užívají častěji altruismus a reakční formaci ženy než muži a naopak méně často vytěsňují. Vaillant vysvětluje toto zjištění rozdíly v socializaci mužů a žen (Vaillant, 1993 in Ionescu, 2001). Ke stejným výsledkům dospěli rovněž Watson a Sinha (1998) prostřednictvím dotazníku DSQ-40.

Otázkou týkající se rozdílů mezi pohlavími v užívání mechanismů obrany se zabýval též Linderman (1990 in Ionescu, 2001). Podle jeho studie prováděné Profilem obranných mechanismů (PMD) na vzorku 80 mužů a 80 žen ve věku 20 až 59 let ženy častěji používají odčinění a obrat proti vlastní osobě. Linderman se rovněž zabýval vztahem věku a mechanismů obrany a na vzorku 20 mužů a 20 žen dospěl k závěru, že mezi probandy od 20 do 59 let není signifikantní rozdíl.

Ve vztahu k obsahu naší práce, který se týká mechanismů obrany u pacientek s anorexií, je zajímavý pokus zjistit vztah mezi mechanismy obrany a identifikací s vlastní genderovou příslušností. Na toto téma byly zpracovány dvě studie. V první Cramer a Carter (1978 in Ionescu, 2001) ukazují že muži, kteří často využívají

projekci, jsou silněji identifikováni s mužským genderem, stejně jako ženy, které častěji užívají vyhnutí se konfliktu, jsou silněji identifikovány s ženským genderem. Druhou studii na toto téma vedl Evans (1982 in Ionescu, 2001). Tato studie ukazuje, že muži, kteří se identifikují s mužskou rolí, mají méně často tendenci zaměřovat agresivitu do sebe. Naopak, zaměřování agresivity do vnějšího světa je u obou skupin (tedy těch, kteří se identifikují značně s mužskou rolí, i těch, kteří se s ní identifikují méně silně) stejné.

1.2.2.3 Patologie a adaptivita obranných mechanismů

Zajímavou otázkou ve vztahu k obranným mechanismům je otázka, co je vlastně zdařilá obrana. Freudová navrhuje brát v úvahu hledisko Já a odhlédnout tedy od adaptace na vnější svět. Zdařilá obrana je podle ní zabránění proniknutí zakázaného pudu do vědomí a uniknutí nelibosti. Zdařilá obrana má v sobě pro Freudovou tedy i něco nebezpečného, protože zužuje vědomí a zkresluje realitu, což může mít někdy v dalším vývoji závažné následky. Sandler uvádí, že symptomy nemoci jsou obranným opatřením (nikoli tedy obranným mechanismem), který se objevuje, pokud obranné mechanismy selžou. Symptomy tedy udržují určitý pocit klidu a umožňují vyhnout se úzkosti, přestože pacient symptomy trpí. Fenichel naopak rozděluje obrany na ty, které mohou být úspěšné, protože umožňují vybití pudu, a na obrany, které jsou neúspěšné. Fenichel nazývá úspěšné obrany sublimací, ale jeho pojem sublimace je širší než obvyklé pojetí, protože zahrnuje například i přechod od pasivity k aktivitě jako takový nebo obrácení v opak. V principu jde o změnu objektu. Neúspěšné obrany jsou ty, které pnutí blokují a mohou tím ochromit fungování některých funkcí Já.

Vaillant uvádí, že mechanismy, které spíše než k anestezii vedou k elaboraci, jsou adaptivní. Za adaptivní dále považuje ty, které se orientují na delší čas, například anticipace je tedy nadřazena agování. Dále uvádí, že aby byl obranný mechanismus adaptivní, musí být specifický (Ionescu, 2001). Stejně jako Fenichel pak uvádí, že obranné mechanismy by měly spíše kanalizovat pnutí než ho blokovat. Kromě toho se Vaillant domnívá, že adaptivní obranný mechanismus vede k tomu, že je člověk druhým příjemný, neiritující (Ionescu, 2001).

Tím se dostáváme k otázce, zda existují patologické a zdravé obranné mechanismy, nebo je patologické spíše rigidní užívání některého z mechanismů. Jestliže jsme naznačili názor, jak vypadají adaptivní obranné mechanismy, je třeba se ptát, zda je takové rozdělení obecně platné, zda jsou tedy mechanismy normální a

patologické. Vaillant tvrdí, že patologické není použití některého mechanismu, ať již adaptativního či ne, ale neflexibilní používání obranných mechanismů. Van der Leeuw zase mluví o vývojových úkolech obranných mechanismů a o tom, že když se některý objeví, může to znamenat jak neurózu, tak normální vývoj. Jako příklad uvádí popření, které sice zabraňuje poznání, ale umožňuje nenarušit sebekoncept. Naproti tomu Brenner rozlišuje patologické a patogenní obranné mechanismy. Patogenní je vytěsnění. Patologické obranné mechanismy se vyznačují rigiditou, generalizovaností. Bergeret říká podobně, že nikdy není nemocný subjekt, a to, co nefunguje, jsou obrany. Obrany pak jsou příliš rigidní a špatně adaptované na vnitřní nebo vnější realitu (Ionescu, 2001).

1.3 Vymezení základních obranných mechanismů

V této podkapitole se pokusíme o přiblížení některých obranných mechanismů. Protože jejich rozdělení, ale i chápání, je mezi autory velmi různé, nejedná se o jasné definice. Kromě toho jsme nutně museli provádět výběr, které mechanismy uvedeme a které ne. Kritéria výběru byla stanovena především k tématu naší práce, kterým jsou mechanismy obran u pacientek s anorexií. Budeme tedy jednak pojednávat o všech obranných mechanismech, které byly zmíněny v souvislosti s touto diagnózou, dále neopomeneme obranné mechanismy, které se vyskytují v námi zvolených diagnostických nástrojích. Zároveň budeme pojednávat o všech „klasických“ obranných mechanismech, tedy především těch, které popsala ve svých dílech Melanie Kleinová a Anna Freudová. Výčet ale zcela jistě není úplný, slouží pouze pro vymezení konceptů užívaných v této práci.

Jak uvádí Schafer (1954 in Chabrol, Callahan, 2004), sestavit přesný seznam je nemožné, je možné pouze sestavit seznam více či méně vyčerpávající v jeho vnitřní teoretické koherenci a v jeho užitečnosti pro klinické pozorování. Náš seznam teoreticky koherentní není. Zahrnuje jak mechanismy, které pocházejí z psychoanalytických koncepcí, tak i mechanismy, které byly přidány později a které nemusejí být vždy považovány psychoanalytickými školami za skutečné obranné mechanismy. To je dáno tím, že naše teoretická práce čerpá jednak z klasických analytických děl, ale zároveň je pro výzkum mimo jiné použit dotazník, který je pro ortodoxní psychoanalýzu značně problematický a který používá „ateoretický“ koncept obranných mechanismů. Abychom se vyhnuli nevýhodám, které takové míšení teorií přináší, uvádíme v jednotlivých podkapitolách věnovaným konkrétním obranným

mechanismům nejen způsoby fungování mechanismu, ale také kdo s tímto konceptem přichází a kdo ho užívá.

Náš seznam plní naopak druhou podmínku, tj. je vyčerpávající vzhledem k potřebě naší práce. Řazení jednotlivých obranných mechanismů je abecední. Pro lepší orientaci a z důvodu, že se naše práce zakládá především na cizojazyčných pramenech, uvádíme rovněž francouzský a anglický ekvivalent.

1.3.1 Agování

(angl. acting out, fr. passage l'acte)

Tento mechanismus, který je popsán u Vaillanta, je impulsivní akce, kde člověk nepřemýšlí o jejích následcích (1977 in Hentchel, 1993). Tato definice je stejná jako definice uvedená v DSM-III-R. Definice v DSM-IV tuto definici omezuje tak, aby se nejednalo o každé „špatné chování“, ale striktně o chování, které je spojeno s emocionálním konfliktem. Podle DSM-IV se jedná o reakci na stres prostřednictvím konání spíše než přemýšlení nebo prožívání. Jedinec (re)aguje, aby už nemusel cítit nebo vědět. Čin je obvykle popřen nebo racionalizován. Agresivní, nebezpečné nebo opakované agování ukazuje na slabost Já a nedostatečnou kontrolu impulzů. Objevuje se nejen u hraničních osobností a psychotiků, ale také u adolescentů. Agování může být prostředkem, jak zvládat pocity prázdnoty. Naopak ale, naprostá neschopnost agování může vypovídat o neurotické inhibici a depresivitě (Chabrol, Callahan, 2004).

Od agování je třeba odlišit aktivismus, který je někdy rovněž považována za obranný mechanismus. Jedná se o hyperaktivitu, často profesionální, která má za cíl odreagování chronické úzkosti a může mít několik významů, například může být adiktivní, může se jednat o reakční výtvar nebo potřebu reparace (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.2 Altruismus

(angl. altruism; fr. altruisme)

Podle DSM-IV je altruismus reakce na konflikty a stresory oddáním se potřebám ostatních. Na rozdíl od sebeobětování, kterým se někdy vyznačuje reakční formace, získává člověk bezprostřední uznání. Vaillant (2000 in Chabrol, Callahan, 2004) uvádí, že je důležitá radost, kterou jedinec z pomoci má. Tato radost může pocházet od Nad-Já a z uspokojení narcistických potřeb. Podle Vaillanta se jedná o nezáměrný mechanismus. Popsání altruismu však najdeme už u Freuda, který ho ale

nepočítá mezi obranné mechanismy, protože ho chápe jako jednu z forem reakční formace (Ionescu, 2001). Anna Freudová (1972) věnuje ve svém díle *Já a mechanismy obrany* větší prostor a nachází další kořeny altruismu, a to „výpustný ventil“ pro agresivitu, dále pak jakousi autorizovanou radost, tedy slast v zastoupení, a nakonec také prostředek masochistického uspokojení. Koncept ale dále nebyl dále příliš rozpracováván a znovu se objevil až v soupisech Valensteina začátkem šedesátých let.

Altruismus je těžko odlišitelný od pseudoaltruismu, který Bond zařazuje mezi neurotické mechanismy. O pseudoaltruismu pojednáme v kapitole 2.3.22. Altruismus, stejně jako pseudoaltruismus, mohou být reparačními mechanismy ve smyslu teorie Melanie Kleinové. Reparace je proces, který se objevuje během depresivní pozice jako obrana proti depresivní úzkosti a vině. Melanie Kleinová rozlišuje skutečnou reparaci a manickou reparaci. Skutečná reparace, která souvisí s altruismem, je proces truchlení, při němž je rozpoznána ztráta a psychické utrpení a je to velice důležitý mechanismus pro vývoj já a adaptaci na realitu. Naproti tomu manická reparace se opírá o popření ztráty a viny a vztah k objektu se vyznačuje kontrolou a pohrdáním stejně jako pseudoaltruismus (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.3 Anticipace

(angl. anticipation; fr. anticipation)

Anticipace je popsána v DSM-IV jako odpověď na emocionální konflikty a stresové faktory prostřednictvím předvídání emočních reakcí nebo předvídáním eventuálních následků událostí a realistického zvažování možných řešení a reakcí. Anticipace je dvojího druhu, jednak kognitivní, kdy jedinec předvídá, co by se mohlo stát, a jednak emocionální, kdy pociťuje předem určité emoce spojené s událostí. Emocionální anticipace je tedy proto obvykle nedobrovolná, nezamýšlená a jejím cílem je, aby si jedinec zvykl a byl lépe připraven na obtížnou situaci. Emocionální anticipace je tedy spíše než kognitivní skutečným mechanismem obrany (Chabrol, Callahan, 2004).

Freud hovoří o anticipaci jako o pozitivním faktoru, ale mezi obranné mechanismy ji nepočítá. Freud i Jung se zajímali o anticipaci prostřednictvím snu (Ionescu, 2001).

Anticipaci je třeba odlišit od úzkostné anticipace přeháněním obtíží. Taková anticipace může vyvolávat vyhybavé chování nebo dysfunkční odpovědi. V psychopatologii nenacházíme anticipaci u psychopatických neboli antisociálních

osobností, které jsou charakteristické impulzivním jednáním (Chabrol, Callahan, 2004). Dále je třeba ji odlišit od autistického snění, i když je to v praxi někdy velice komplikované. To, co odlišuje oba dva obranné mechanismy, je realizovatelnost plánů (Ionescu, 2001).

1.3.4 Apatické stažení

(angl. apathetic withdrawal; fr. retrait apathique)

Tento mechanismus je popsán pouze v DSM a vyznačuje se reakčním stažením se, omezením vnějších aktivit a lhostejností. Může to být reakce na velký stres, která je podobná masivní izolaci a disociaci. Diferenciální diagnostika apatického stažení a depresivní reakce je značně problematická. U hraničních osobností, psychotiků a adolescentů se tato reakce může projevit i u méně závažných událostí (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.5 Autistické fantazie

(angl. autistic fantasy; fr. rêverie autistique)

Podle DSM-IV se jedná o obranný mechanismus, v němž je nadměrně užívané denní snění, které se stává určitou náhradou za interpersonální vztahy, efektivnější konání nebo za řešení problému.

Snění je běžná činnost u všech lidských bytostí a je to naopak jeho absence, která svědčí o psychickém problému. Pokud je ale snění zaplavující, pokud je obsah snění zvláštní nebo je popírána realita, může se jednat o patologii. Obvykle se objevuje u hraničních osobností nebo u psychotiků.

Autistická fantazie je podobná mechanismu, který popsala Anna Freudová (1946 in Chabrol, Callahan, 2004) jako negaci prostřednictvím fantazie. U dětí je to poměrně běžný mechanismus, u dospělých by tento mechanismus ale již měl ztratit účinnost v obraně proti skutečné úzkosti a být mechanismem používaným pouze proti drobným každodenním nepříjemnostem (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.6 Disociace

(angl. dissociation; fr. dissociation)

Tento mechanismus je popsán v DSM-III-R a DSM-IV. Rovněž ho popsal Horowitz (1989 in Hentschel, 1993). Jedná se o narušení integrativních funkcí vědomí, paměti, vnímání sebe nebo okolí, či senzomotorického chování (Ionescu, 2001).

Horowitz mluví dokonce o ztrátě vědomí, která umožňuje nepříjemný materiál integrovat (1989 in Hentschel, 1993). Hlavními projevy disociace jsou pocity derealizace a depersonalizace. Obvykle se jedná o reakci na velké trauma, kdy se jedinec snaží oddělit od nesnesitelné reality. Je to typický mechanismus, který nacházíme u dětí, které zažily násilí v rodině. Také se objevuje často u limitních struktur osobnosti v stresové situaci (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.7 Humor

(angl. humor; fr. humour)

Jedná se o odezvu, která podtrhuje směšné, zábavné nebo ironické aspekty stresových situací. Humor se obvykle vztahuje k jedinci, ironie a sarkasmus k druhým, a tím mohou hraničit s znehodnocením (Chabrol, Callahan, 2004). Tento obranný mechanismus uvádí ve své teorii Vaillant (2000 in Chabrol, Callahan, 2004), podle něhož se jedná o nezáměrný mechanismus. Freud uvádí také humor jako jednu z nejspolehlivějších obran. Jedná se o hledání slasti i v traumatické situaci. Jedinčova narcistická stránka triumfuje a tím potvrzuje jeho neporazitelnost, ale na rozdíl od omnipotence jedinec neopouští oblast psychického zdraví.

Humor umožňuje odreagování agrese. Dále se může objevovat jako součást izolace, protože nedovoluje nepříjemnému pocitu, aby se objevil spolu s reprezentací. Proto souvisí také se sublimací.

Otázkou je, zda humor může být též patologickou obranou. Lagache (1958 in Ionescu, 2001) ho uvádí jako mechanismus, který může sloužit jako obrana v analýze. Určitou patologii tohoto mechanismu lze najít také u maniáků, ale otázkou je, zda se tam jedná skutečně o obranný mechanismus. Naproti tomu Freud žádný patologický aspekt nenachází (Ionescu, 2001).

1.3.8 Idealizace

(angl. idealization; fr. idéalisation)

Tento mechanismus popisují jak Laplanche a Pontalis (1967), tak Horowitz (1989 in Hentschel 1993), i obě zmiňované revize manuálu DSM. Jedná se o vyrovnávání se se stresovou situací prostřednictvím přiřazování přehnaných kvalit druhým. Tento mechanismus lze považovat za nejzralejší stupeň popření. Jedná se tedy o špatnou interpretaci reality, která je idealizovaná. Ionescu uvádí jako příklad Voltairova Candida. U dospělých se tento způsob obrany projevuje trvalým slepým

optimismem a pozitivností, nacházením dobrých stránek ve všem. Ionescu uvádí též termín „polyannské popření“, který je užíván v klinické praxi a který vychází z hrdinky románu Eleanor Porterové Pollyanny (Ionescu, 2001).

Podle Charbola a Callahana (2004) lze rozlišit neurotickou a primitivní idealizaci. Neurotická idealizace je pozorována u lidí v rozladě a jedná se o reakční formaci proti agresivitě vůči objektu, která má za cíl zmírnit pocity viny. Tato reakční formace posiluje vytěšňování: když je osoba ideální, nelze jí nic vyčíst. Může se projevovat jako zbožštění rodičů (Jsou úžasní, každý den si to uvědomuji trochu víc...). V neurotické idealizaci zůstává reprezentace objektu realistická.

Při primitivní idealizaci naopak dochází k pokřivení vnímání. Objekt je vnímán jako absolutně dobrý, všemohoucí. V terapii se může projevit vnímání terapeuta jako ideálního, což se obvykle objevuje u limitních struktur a narcistické problematiky. Funkcí tohoto typu idealizace je ochrana před špatným objektem a způsobem uspokojování narcistických potřeb jedince. Vztah k objektu je proto poznamenán posesivností, snahou kontrolovat, přičemž jedinec netoleruje nejmenší nedostatek objektu. Nedostatek vyvolává silné pocity znehodnocení a perzekuce (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.9 Intelektualizace

(angl. intellectualization; fr. intellectualisation)

Intelektualizaci najdeme jak ve Vaillantově (1977 in Hentschel, 1993), tak v Horowitzově soupisu mechanismů obrany (1989 in Hentschel, 1993). Jedná se o nepřijetí (absenci, odmítnutí) emoční stránky určitého tématu, které je přijímáno (řešeno, vnímáno) prostřednictvím toho, že je pojednáváno pouze na intelektuální rovině (Ionescu, 2001). DSM-IV chápe intelektualizaci jako nadměrné užívání abstraktního myšlení nebo generalizace z důvodu minimalizace perturbujících pocitů. Generalizace slouží k banalizaci a abstrakce přímo k odtržení od prožívané reality. Intelektualizace má tedy silnou kognitivní složku, ale spuštění tohoto mechanismu není vždy vědomé. Pokud je spuštění mechanismu vědomé, jedná se spíše o copingovou strategii (Chabrol, Callahan, 2004).

Podle Anny Freudové (1972) se jedná o proces typický hlavně pro adolescenci a považuje ho za patologický pouze pokud zabraňuje ostatním aktivitám. Jedná se o přidání pnutí intelektuálním cílům. Její pojetí je tedy poněkud odlišné od pojetí DSM.

Za typický příklad považuje Anna Freudová bojovnost za ideje, která je právě pro adolescenci typická.

Termín se objevuje už u Freuda, ale jedná se především o popis odporu proti přenosu. Tento typ intelektualizace lze považovat za patologický. Stejně tak je patologická intelektualizace, která se vyskytuje v době latence (Sandler in Ionescu, 2001) nebo dříve (tedy příliš brzy) anebo pokud přetrvává příliš dlouho (Ionescu, 2001).

Intelektualizace má podobné rysy s racionalizací a izolací. Intelektualizace se liší od racionalizace tím, že racionalizace se nevyhýbá pocitům, pouze jim přiřazuje motivaci. Co se týče izolace, rozdíl spočívá v tom, že zatímco v izolaci je afekt oddělen a potlačen, v intelektualizaci je afekt sám přeměněn v myšlení (Ionescu, 2001).

1.3.10 Introjekce

(angl. introjection; fr. introjection)

Introjekce je fantazmatické zahrnutí objektu, jeho části nebo vztahu k němu, které slouží k ujištění Já, protože tímto způsobem je možné se oddělení se od vnějšího objektu. Jedná se o proces, který je komplementární s projekcí. Vývojově je to důležitý mechanismus, protože umožňuje postupnou separaci dítěte od matky.

Koncept pochází od Ferencziho, který ho využívá pro rozlišení neurózy a psychózy. Podle Ferencziho je to mechanismus charakteristický pro neurózu, protože se jedná o vytvoření prostoru pro vnější svět uvnitř sebe, zatímco psychotik se od vnějšího světa odděluje

1.3.11 Izolace

(angl. isolation; fr. isolation)

Podle Freuda se jedná o mechanismus, kdy je zkušenost oddělena od příslušných emocí a asociací (1925b in Hentschel, 1993). Podle DSM-IV se jedná se o reakci na konflikt oddělením pocitů a reprezentací, které jsou s nimi původně spojeny. Izolace afektu je tedy možné označit také za vytěsnění afektu, přičemž reprezentace zůstává ve vědomí.

Izolace je často provázena přesunem (Chabrol, Callahan, 2004).

Podle Freuda je tento mechanismus typický pro obsedantní neurózu (1925b in Hentschel, 1993).

1.3.12 Negace

(angl. negation; fr. dénegation)

Tento mechanismus obrany lze vyčlenit jako samostatný, nebo ho lze považovat za vyspělejší druh popření. Jedná se o rychlé rozpoznání reality a vzápětí její popření, které se v řeči projevuje obvykle slovy „nemyslím, že...“ atd. Tento mechanismus můžeme ilustrovat také na následujícím případě: při sdělení nepříznivé zprávy (diagnóza AIDS) se tento mechanismus obrany může projevit jako odpověď: zemřu na AIDS...ne, museli jste si splést zkumavky. V projektivním testu, který budeme používat v praktické části, se projevuje negace odpověďmi, které říkají, co se na tabuli neděje. Lze uzavřít, že při negaci není možné se zcela vyvarovat události, ale popřen je její význam (Ionescu, 2001).

Podle Kernberga (1997) se jedná o vyšší vývojový stupeň popření. Jedná se o kompromis mezi vzetím v úvahu a popřením. Vytěsňený obsah je rozpoznán v negativním smyslu a je popřen. Freud (1937 in Ionescu, 2001) popisuje také negaci jako odmítání interpretací v psychoanalytickém vztahu.

Negace je mechanismus, který je spojený především s hysterií, ale objevuje se také u obsesivních neuróz (Ionescu, 2001).

1.3.13 Obrat proti vlastní osobě

(angl. turning against the self; fr. retournement contre soi)

Jedná se o nevědomé odmítnutí vlastní agresivity, která je otočená proti sobě samému. Tento obranný mechanismus může být zdrojem pocitů viny, potřeby potrestání, neurotických pocitů selhávání nebo pokusů o sebeustrukci. Může se projevovat jako odmítnutí uspokojení, odmítnutí vlastního úspěchu, ale i závažnějšími formami jako jsou úrazy, nemoci nebo i sebevražedné chování (Ionescu, 2004).

Tento mechanismus obrany je uváděn Freudem ve stati *Pulsions et destins des pulsions* (1914/1968). Freud uvádí existenci tohoto mechanismu u morálních masochistů, jejichž Nad-já je značně kruté, hostilní, nepřipouštějící výjimku, což je obvykle vázáno na velmi přísnou výchovu. Později Freud tento mechanismus vysvětloval také pudem smrti. Koncept později rozpracovala Anna Freudová, která tento mechanismus zařadila mezi mechanismy uváděné v *Já a mechanismy obrany* (1936/1972). Tento mechanismus není citován v DSM.

Tento obranný mechanismus souvisí s zvratem (viz kapitola 2.3.31). Je to mechanismus, který se objevuje typicky u neuróz, Freud ho nachází především u obsesivních neuróz, kde jsou pocity viny velmi výrazné (Ionescu, 2004).

1.3.14 Odčinění

(angl. undoing; fr. annulation rétroactive)

Podle Freuda je tato obrana typická pro obsesivní neurózu. Jedná se o magické odstraňování následků určité události (1909b in Hentchel, 1993). Horowitz chápe odčinění jako vyjádření pnutí, které je v zápětí následováno jeho opakem. Odčinění je popisováno v obou těchto definicích a navíc ještě jako mechanismus, kterým je opakování určité nepříjemné události s obrácením rolí, čímž dojde k odčinění, anulaci události. Toto pojetí se objevuje jako jedno ze tří u Freuda i Freudové, ale později bylo opuštěno. Základem tohoto mechanismu je ambivalence, koexistence dvou protichůdných pocitů (Ionescu, 2001).

Odčinění je obranný mechanismus, který uznává většina autorů. Objevuje se poprvé u Freuda a figuruje v seznamu Anny Freudové. Je rovněž součástí DSM-IV (Ionescu, 2001).

Jedná se o mechanismus, jenž se objevuje velice často v obsesivní neuróze, která je často spojena právě s magickým myšlením (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.15 Omnipotence

(angl. omnipotence; fr. omnipotence)

Podle DSM-IV je omnipotence mechanismus, při němž jedinec odpovídá na stresovou situaci chováním a prožíváním, jako kdyby měl schopnosti, které druzí nemají. Omnipotence a znehodnocení jsou mechanismy, které se odvíjejí od štěpení. Omnipotence je identifikace s dobrým objektem, což slouží jako obrana proti špatnému trestajícímu objektu. Znehodnocení je projekce vlastních znehodnocených aspektů.

1.3.16 Pasivní agrese

(angl. passive aggression; fr. agression passive)

Tento obranný mechanismus se objevuje jak ve Vaillantově třídění, kde je řazen mezi nezralé obranné mechanismy (1977 in Hentchel, 1993), tak v Horowitzově (1989 in Hentschel, 1993). Tento obranný mechanismus je také součástí DSM-III-R a DSM IV. Jedná se o vyjádření konfliktu s druhou osobou nepřímo. Pod povrchem,

který je neofenzivní, se skrývá hostilita a hněv. DSM zdůrazňuje, že se jedná o typ agresivity, která nevyvolává přímý souboj. Může se jednat o typ projektivní identifikace, kdy se jedinec nevědomě snaží u druhého vyvolat kontrolující sadistické chování, které je komplementární s jeho chováním podřízené oběti (Chabrol, Callahan, 2004).

Tento typ obrany nacházíme u adolescentních jedinců především ve vztahu k rodině a škole (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.17 Popření

(angl. denial; fr. déni)

DSM-IV chápe popření jako reakci na konflikt a stres, kdy jedinec odmítá rozpoznat určité bolestné aspekty reality nebo aspekty zkušenosti, které se ostatním zdají evidentní (Chabrol, Callahan, 2004). Tato definice se tedy týká jak externí, tak interní reality. Je nutné odlišit popření a vědomé vyhýbání se externí realitě, ale existují i mezní formy. Popření se od potlačení liší tím, že není možné, aby se informace vrátila do vědomí, a také tím, že jedinec odmítá tuto informaci, jestliže je s ní konfrontován. Kernberg (1997) spojuje vyspělé popření s izolací. V tomto případě je popření spojené s vytěsněním. V popření ale, na rozdíl od izolace, není afekt vědomí přístupný.

Velice důležitý je pojem popření také u Melanie Kleinové. Kleinová ho chápe ne jako popření vnější reality, ale jako popření psychické reality. Jedná se o manickou obranu, která v depresivní pozici slouží k zabránění propuknutí depresivní úzkosti. Manické obrany spočívají v popření závislosti prostřednictvím omnipotence, v pocitech triumfu tím, že jsou depresivní prožitky potlačeny, a nakonec také v devalorizaci objektu tím, že je popřena jeho hodnota. Pro Kleinovou tento obranný mechanismus úzce souvisí také s projektivní identifikací a projekcí. To, co je popřeno, je vytlačeno ven prostřednictvím těchto mechanismů (Ionescu, 2001).

Popření je velmi důležitý a zároveň velice komplexní obranný mechanismus. Lze rozdělit několik druhů popření a lze popsat též vývoj popření v ontogenezi. Protože se jedná o mechanismus, který se u pacientek s anorexií objevuje velice často, budeme mu věnovat větší pozornost. Rozdělení, které uvádíme, ale není v žádném případě jediné možné. Pouze pro přehled uvedme, že například Cramer (1991 in Chabrol, Callahan, 2004) rozlišuje sedm stupňů popření, které jdou od nejprimitivnějšího až k optimismu a pozitivnímu myšlení. Salander a Windhal (1999)

se zabývali právě tímto mechanismem, protože jeho pojetí pokládali za velice vágní a široké, zahrnující jak psychoanalytický koncept, tak některé copigové strategie, a proto potřebovali tento koncept poněkud upřesnit. Na základě kvalitativní studie doporučují rozlišit mezi vyhýbáním se (avoidance), vědomým popřením (disavowal) a popřením (denial). Podle Salandera a Windhala (1999) se jedná o předvědomý mechanismus, při kterém jedinec ví, a zároveň neví. Tento mechanismus tedy koresponduje s částečným popřením. V textu této práce, která se zakládá převážně na frankofonní literatuře, se s termínem setkáváme minimálně. Pokud se objevuje v anglické literatuře, překládáme ho jako částečné popření a uvádíme v závorce anglický ekvivalent.

Patologické je popření v případě, že je příliš časté nebo naopak pokud selhává. K selhání dochází podle Freuda (1915a in Chabrol, Callahan, 2004) u melancholie, kde jedinec bere v úvahu všechny negativní stránky života v mnohem větší míře než ostatní. Deprese je tedy v tomto směru selhání normálního popření. Příliš časté popření se objevuje u hraničních osobností a psychopatických osobností.

1.3.17.1 Popření interní reality

Podle Chabrola a Callahana (2004) se jedná v tomto případě o negaci, kterou my jsme zde vyčlenili jako samostatný obranný mechanismus. Ionescu (2001) označuje negaci za poměrně vyspělou formu popření. Podle Chabrola a Callahana (2004) se tento typ popření týká myšlenek, pocitů, přání, pnutí, slov nebo činů. Tito autoři uvádějí jako příklad tohoto typu popření například člověka, který se často pere a tím páchá fyzické násilí, ale popírá veškerou vlastní agresivitu, protože je, podle svého názoru, vždy pouze vyprovokován nebo je druhým ohrožen. Popřené může být také chování, Chabrol uvádí příklad alkoholika, který v podroušeném stavu přijde pro potvrzení, že už nepije. Popření se může vztahovat na vlastní tělesné pocity nebo na tělesný vzhled, jak se s tím často setkáváme u anorektiček, kde je obvykle předmětem popření vyhublost, hlad a především alarmující zprávy o jejich tělesném zdraví. Popření neunikají ani terapeuti, kteří mohou popírat určité pocity v protipřenosu.

1.3.17.2 Popření externí reality

Tento typ popření se může týkat všech informací, které jedinec dostává zvenčí a které mohou být perturbující. Také může dojít k popření některých událostí, chování druhých a jejich pocitů. Chabrol uvádí příklad ženy, která vyčítá své matce, že nikdy neopustila jejího otce-alkoholika, zatímco tato žena sama žije s alkoholikem. Ve

chvích, kdy je schopná realitu nepopírat, ho opouští, ale zase se k němu vrací a v popření reality předpokládá, že tentokrát by ho mohla změnit. Stejně tak se tento typ popření objevuje u rodin, kde dochází k incestu, nebo u žen, které jsou oběti domácího násilí.

Popření externí a interní reality často koxistují.

1.3.17.3 Částečné popření

Při tomto typu popření se jedná pouze o přechodné nebo částečné popření reality, což kontrastuje s psychotickým popřením, kde je realita skutečně deformována. Fenichel (1945 in Chabrol, Callahan, 2004) popisuje určité zdvojení Já, kde jedna část realitu popírá a druhá ji připouští. Jedinec pak, přestože zná pravdu, se může chovat v rozporu s tím, co je rozumné. Kernberg (1997) hovoří o pacientech, kteří jsou schopni na intelektuální rovině popřenou oblast rozpoznat, ale nejsou schopni ji integrovat do svého prožívání. Kromě toho popisuje velice obvyklé kolísání mezi popřením a připuštěním si pravdy, které je velice obvyklé. V terapii je proto třeba na integraci popřených skutečností opakovaně pracovat.

1.3.17.4 Negace

O tomto druhu popření pojednáme jako o samostatném obranném mechanismu v kapitole 2.3.12, protože tak někdy bývá popisován.

1.3.17.5 Vyspělé popření

Popření není vždy patologické. Lazarus (1983 in Chabrol, Callahan, 2004) ho popisuje jako sebeklam nezbytný pro zachování psychického zdraví. Chabrol a Callahan parafrázuji Freudovu známou větu, že vytěsnění nikdo neunikne, ve větu, že stejně tak nikdo neunikne popření. Popření je adaptativní především v situacích velkého ohrožení, propuknutí nemoci, kde může být dokonce známkou pozitivní prognózy jako třeba u pacientů po infarktu myokardu. Někdy ale naopak může prognózu zhoršovat, jako například u astmatu nebo rakoviny (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.17.6 Psychotické popření a psychotické zkreslení reality

Tyto dva mechanismy patří do úrovně špatného defenzivního fungování. Jedná se o silné narušení vnímání reality. Nikdy to ale není narušení totální, určitý smysl pro

realitu zůstává zachován. Psychotické zkreslení se vyznačuje tím, že deformace reality je ve smyslu přání jedince (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.18 Potlačení

(angl. suppression; fr. répression)

Freudův popis potlačení není zcela jasný. Vztahuje se především ke dvěma skutečnostem: jednak je to počáteční fáze, kdy je popřeno, že do vědomí vstupuje mentální reprezentace instinktivního obsahu, dále pak asociací, které se této mentální reprezentace týkají. Energie, která reprezentaci doprovází, je při tom uvolněna a obvykle se projevuje jako úzkost. Proto je potlačení podle Freuda neúspěšnou obranou (1915 in Hentschel, 1993). Podle DSM-IV se jedná o zvládání konfliktu a stresu prostřednictvím svobodného rozhodnutí, vyvarování se myšlení na problémy, touhy, city nebo nepříjemné zážitky. Tyto elementy jsou odsunuty do předvědomí a zůstávají tedy přítomné. Potlačení je tedy reverzibilní proces. Vaillant, který též uvádí popření ve svém seznamu obranných mechanismů, odmítá, že by se jednalo o vědomý proces (Vaillant, 2000 in Chabrol, Callahan, 2004). Represe je částečně podobná copingové strategii vyhýbání. Potlačení je velice efektivní pro zvládnutí každodenních životních událostí, ale je neúčinné pro velmi zátěžové situace. Freud uvádí, že potlačení se pak může přeměnit na vytěsnění (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.19 Projekce

(angl. projection, fr. projection)

Projekce podle Freuda spočívá v přisouzení nepříjemných vlastních psychických obsahů druhému. Spolu s reakční formací se podílí na vzniku paranoi (1911, in Hentschel, 1993). Freud sám považuje projekci za normální (Chabrol, Callahan, 2004). Podle DSM-IV se jedná o reakci na stres prostřednictvím zbavení se vlastních nepříjemných psychických obsahů tím, že jsou přisouzeny druhému. Existují dva typy projekce, jednak ta, kde je pud stále pociťován, a druhá, kdy pociťován není. V případě, že pud není pociťován, se jedná obvykle o doplněk vytěsnění nebo popření. V druhém případě je pnutí zachováno, například můžeme mít pocit, že nás druhý nenávidí, ačkoli je to naše vlastní nenávisť, která zabarvuje vztah tímto pocitem.

Podle Kernberga (1997) se jedná o mechanismus typický u neuróz. Je to obrana, která je zralejší než projektivní identifikace, kterou nacházíme u limitních struktur a u psychotiků.

1.3.19.1 Bludná projekce

(angl. delusional projection; fr. projection délirante)

Jak již bylo uvedeno v kapitole 2.1.2.1, jedná se o obranný mechanismus, který DSM vyčleňuje zvlášť na úrovni špatné obranné regulace. Podle DSM se jedná o obranný mechanismus, který je typem projekce, ale je zde ztracen kontakt s realitou. Je to typický obranný mechanismus u psychóz. Můžeme ji popsat jako vypuzení špatného objektu do vnějšího světa. Může se to projevit jak halucinacemi, tak bludnými myšlenkami. Typické jsou proto paranoidní, trestající bludy.

1.3.20 Projektivní identifikace

(angl. projective identification; fr. adentification projective)

Projektivní identifikace je mechanismus, prostřednictvím něhož jedinec reaguje na stres tím, že přisuzuje druhým svoje vlastní neakceptovatelné impulsy a myšlenky. Na rozdíl od běžné projekce ale jedinec nepopírá zcela to, co je projikované. Naopak, zůstává si vědom svých myšlenek a impulsů, ale prožívá je jako oprávněné reakce vůči postojům ostatních. Rozeznat projektivní identifikaci je velice problematické pouze na základě subjektivních informací, ale lze ji dobře rozpoznat například v rodinné terapii (Chabrol, Callahan, 2004).

Tento mechanismus obrany jako první uvedla Kleinová. Jedná se spolu se štěpením o ranou obranu proti úzkosti ze separace během schizo-paranoidní pozice. Matka je prvním objektem, do něž dítě projikuje své nesnesitelné úzkosti, respektive do té části matky, kterou chápe jako „špatný objekt“. Proto se také může projektivně identifikovat s dobrou částí, „dobrým objektem“ (Ionescu, 2001).

Kernberg (1997) hovoří o potřebě kontrolovat osobu, na kterou se projekce promítá. Takové chování může u této osoby vyvolat reakci, která projektivní identifikaci potvrzuje. Kontrola objektu umožňuje kontrolu sebe sama. Například můžeme uvést snahu anorektiček, aby dobře jedla jejich rodina, pro niž samy často vaří a doslovně ji „vykrmují“.

U projektivní identifikace rozeznáváme dva typy. Jednak je to souhlasná projektivní identifikace. Například pokud jedinec projikuje agresivitu, cítí se ohrožený a následně má i důvod chovat se k druhému agresivně. Komplementární projektivní identifikace se vyznačuje tím, že pocity jedince a druhého jsou rozdílné. Typicky se objevuje například při projekci strachu a slabosti, což u jedince vzbuzuje sadistické tendence (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.21 Přesun

(angl. displacement; fr.. déplacement)

Freud o tomto obranném mechanismu pojednává, na rozdíl od ostatních obraných mechanismů, jako o obraně proti afektu, nikoli tedy proti pnutí samému (Freud, 1909a in Hentschel, 1993). Vaillant tento obranný mechanismus nazývá také neurotické popření (1993 in Ionescu, 2001). Kromě něj popisují tento mechanismus například také Laplanche a Pontalis (1967) a dále je součástí DSM-III-R a DSM-IV. Mechanismus spočívá v odtržení intenzivního pocitu od určité reprezentace nebo určitého objektu a přesunutí tohoto pocitu na jinou reprezentaci nebo jiný objekt, který původně takto intenzivní pocit nevyvolával. Často se to děje prostřednictvím mechanismu asociace. Mechanismus hraje klíčovou roli ve vzniku fobií a obsesivních neuróz (Ionescu, 2001). Fenichel (1945 in Chabrol, Callahan, 2004) zdůrazňuje též možnost přesunu na jinou postavu, to znamená například přesun oidipovské figury. Podle Joan Rivierové (1937 in Chabrol, Callahan, 2004) jde o základní mechanismus vzniku předsudků a podobných sociálních symptomů. Jedná se o přesun konfliktů z rodiny. Chabrol uvádí, že stejný mechanismus je rozpoznatelný i u anorexie a bulimie, kde je závislost na rodičích přesunuta na jídlo a kde je tím snesitelnější (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.22 Pseudoaltruismus

(angl. pseudoaltruism; fr. pseudo-altruisme)

Pseudoaltruismus má na rozdíl od altruismu tyto tři základní charakteristiky:

1. Jedinec předstírá, že chce pomoci ostatním, ale jeho vlastní zisk je hlavním cílem činnosti. Altruistické chování maskuje vůli ovládat a manipulovat, kontrolovat druhého. Může se jednat o projekci vlastních instinktivních přání na druhé a pomoc druhým, aby tato přání byla uspokojena.
2. Pseudoaltruismus může být výsledkem reakční formace proti agresivitě.
3. Pseudoaltruismus může skrze sebeobětování vyjadřovat morální masochismus. Sebeobětování může být prostředek kontroly druhého prostřednictvím pocitů viny.

(Chabrol, Callahan, 2004). Mechanismus ovněž úzce souvisí s reakční formací.

1.3.23 Racionalizace

(angl. rationalization; fr. rationalisation)

Horowitz (1989 in Hentschel, 1993) tento obranný mechanismus popisuje jako nacházení dobrého důvodu pro své jednání. DSM-IV ho chápe jako reakci na stres, při které jsou reálné motivy myšlení, pocitů a činů zakryty jinými motivy, které ale nejsou skutečné. Obvykle se tyto nové motivy vztahují k logickému nebo morálnímu rámci, což pomáhá jedinci zakrýt své skutečné nevědomé motivy. Racionalizace je obranný mechanismus, který posiluje ostatní obranné mechanismy tím, že zdůvodňuje jejich projevy (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.24 Reakční formace

(angl. reaction formation; fr. formation réactionnelle)

Podle Freuda se jedná o vytvoření opačného postoje než postoje, který odpovídá pnutí (1908 in Hentschel, 1993). Tím je možné energeticky kompenzovat vytěsnění. Tyto postoje zůstávají stabilní (Ionescu, 2001). Podle DSM-IV se jedná o nahrazení nepřijatelného myšlení nebo citů jiným chováním, myšlením a city, které jsou jim zcela opačné. Reakční formace obvykle provází vytěsnění (Chabrol, Callahan, 2004).

Reakční formace může být přechodná, ale může se také generalizovat a vytvářet typ charakteru. Například podle Freuda je anální charakter reakcí na anální erotismus (1908 in Hentschel, 1993). Nenávisť chlapce k otci může prostřednictvím reakční formace vytvářet submisivní charakter.

Reakční formace je rovněž jeden z důležitých mechanismů pro vývoj, především ve fázi latence. Freudová uvádí, že pocity jako stud nebo lítost jsou reakční formace proti exhibicionismu a krutosti (1965 in (1908 in Chabrol, Callahan, 2004).

Reakční formaci je obtížné odlišit především od sublimace, protože obě dvě mohou vést k sociálně hodnotnému chování (Chabrol, Callahan, 2004). Podle Freuda se je reakční formace základní mechanismus altruismu. Problematické je odlišení sublimace a reakční formace, protože v obou může docházet k obrácení neakceptovaného pudového chování v sociálně hodnotné (Ionescu, 2001).

1.3.25 Regrese

(angl. regression, fr. regression)

Podle Freuda je proces, při němž ego regreduje do starších vývojových stádií, možné považovat za obranu. Obvykle dochází k regresi do sadisticko-análního období (1925b, in Hentschel, 1993). Tento návrat může být přechodný nebo více méně trvalý. Regrese zůstává obranným mechanismem, který zmiňuje především psychoanalýza, mimo její pole příliš neproniká. Jedná se o mechanismus, který je přirozený v přenosovém vztahu a umožňuje terapii (Ionescu, 2001)

1.3.26 Somatizace

(angl. somatization, fr. somatisation)

Tento obranný mechanismus popisuje jednak Valenstein, dále pak Horowitz (1989 in Hentschel, 1993) a také DSM-III-R. Jejich definice jsou rozdílné. V definici DSM se jedná o mechanismus, při němž dotyčný připisuje příliš velký význam fyzickým symptomům, zatímco podle Valensteina se jedná o konverzní mechanismus, při němž je psychické proměněno ve fyzický symptom. Horowitz naopak předpokládá, že se jedná o zabývání se tělesnými symptomy, aby se člověk vyvaroval stresu a konfliktu, jeho pojetí se tedy blíží spíše pojetí DSM-III-R.

1.3.27 Sublimace

(angl. sublimation, fr. sublimation)

Podle Freuda není sublimace sama skutečně obranný mechanismus, protože se jedná o změnu cíle, který už nemá sexuální povahu. Cíle jsou obvykle intelektuální nebo umělecké (1916 in Hentschel, 1993). Fenichel (1945 in Chabrol, Callahan, 2004) popírá, že by bylo možné sublimovat dospělou sexualitu. Podle něj se jedná vždy o pregenitální nebo agresivní pud. Podle DSM-IV se jedná o odpověď na konflikty a stres, při níž jsou potenciálně neadaptované důvody kanalizovány do sociálně přijatelných činností, jako je například sport, který je sociálně adaptovanou odpovědí na vztek (Chabrol, Callahan, 2004). Freudova definice je tedy značně rozšířena, protože Freud považoval sublimaci pouze za kanalizaci sexuálního pudu. Podle Vaillant (2000 in Chabrol, Callahan, 2004) je možné sublimací zvládat též depresivní pocity.

Výhodou sublimace je radost, kterou je možné mít z výsledku, a rovněž vybití pudu. Při sublimaci spolupracuje Id, Já a Nad-Já. Pokud jedinec není sublimace schopný, obvykle to ukazuje na slabost Já. Od sublimace je třeba odlišit kompulzivní zabývání se aktivitami (včetně práce), kde se jedná spíše o copingový mechanismus vyhýbání se (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.28 Štěpení

(angl. splitting; fr. clivage)

Štěpení je odpověď na konflikty tím, že špatné a dobré stránky objektu nebo sebe samého nejsou integrovány. Protože ambivalence nemůže být pocíťována, jsou tyto reprezentace buď absolutně špatné, nebo absolutně dobré (Chabrol, Callahan, 2004). Tento obranný mechanismus popisuje také například Horowitz (1989 in Hentschel, 1993). Freud (1946 in Chabrol, Callahan, 2004) popisuje štěpení Já jako koexistenci dvou protikladných hledisek. U psychóz a fetišismu se jedno z těchto hledisek se pokouší realitu popřít a druhé ji akceptuje. Štěpení se ale může objevovat i u neuróz, jedno hledisko je ztotožněné s Já a druhé s Id, což vysvětluje koexistenci těchto hledisek.

Freud a Breuer popsali štěpení v roce 1895 ve vztahu k hypnóze a hysterii. Teprve na sklonku života pak Freud popsal mechanismus štěpení ve vztahu k obsesivní neuróze a psychóze jako jeden z prostředků, jimiž se Já vyrovnává s realitou, která je vnímána jako nebezpečná. Pro Freuda je vlastně o štěpení Já a Id, tedy štěpení na úrovni topického rozdělení (Ionescu, 2001).

Kromě freudiánského pojetí štěpení existuje i koncepce Melanie Kleinové, která je bližší definici uváděné v DSM-IV. Při štěpení se jedná o neintegrovánost dobrého a špatného objektu. Já i objekt je tedy buď vnímán jako absolutně dobrý, nebo jako absolutně špatný, obě stránky se ale nemohou prolnout a být integrovány (Chabrol, Callahan, 2004). Tento koncept přebrali a rozpracovali také Winnicott, Bion, Tustin a další (Ionescu, 2001).

Štěpení se ve svých pracích věnuje hodně také Kernberg (1997), který ho popisuje jako základní obranný mechanismus u limitní struktury a psychóz, stejně jako je vytěsnění základní pro neurózy. U limitních struktur se jedná o ochranu před intrapsychickými konflikty, přičemž jsou protichůdné reprezentace sebe a druhých disociovány. V psychóze jde pak o totální ztrátu hranic Já a může dojít i k regresi a narušení smyslu pro realitu. Štěpení je základní operací v hraniční struktuře. Je to

aktivní proces, a protože k němu dochází, není potlačena agresivita jako u normálního procesu introjekce a identifikace, kde fúzuje libidózní a agresivní, frustrující objekt do jednoho. Štěpení je doprovázeno popřením a nevšímavostí k rozporu mezi chováním a vnitřní zkušeností pacienta. Kromě toho je pro něj typická nedostatečná kontrola v určité oblasti, proto se štěpení typicky objevuje u adiktivního chování. Štěpení se podle Kerberga nevyskytuje samostatně, ale vždy ve vztahu s primitivní idealizací, projekcí a projektivní identifikací, omnipotencí a znehodnocením (Kernberg, 1997).

Štěpení má několik forem v závislosti na tom, co je objektem štěpení. Existuje štěpení Já, štěpení objektu a štěpení Nad-Já. Štěpení Já je mechanismus, který dobře vysvětluje problémy s identitou u hraniční osobnosti, a rovněž pocity prázdnoty, automutilace až sebevražedné pokusy a nestabilitu a nálad spolu se špatnou kontrolou impulzů, které jsou pro tuto poruchu charakteristické, jsou jejím typickým důsledkem. Štěpení objektu odpovídá nestabilitě vnějších vztahů, které kolísají mezi idealizací a absolutním zatracením. Spolu s projekcí je pak štěpení odpovědí na úzkost z opuštění. Štěpení Nad-Já se projevuje nezralým hodnotovým systémem a protikladnými morálními postoji (Chabrol, Callahan, 2004).

Štěpení je často spojené s popřením, a když dojde ke střídání reprezentace, jedinec popře předchozí reprezentaci, kterou vůči objektu měl (Chabrol, Callahan, 2004). Štěpení je také mechanismus, který úzce souvisí s projekcí a introjekcí, a tím souvisí s vytěsněním. Na rozdíl od vytěsnění ale štěpení může vyvolat dezintegraci Já. Kromě toho s mechanismem štěpení souvisí také izolace, což je produkt štěpení mezi afektem a reprezentací (Ionescu, 2001).

V oblasti psychopatologie se štěpení objevuje u neuróz, psychóz i perverzí. V perspektivě Melanie Kleinové se jedná o typický mechanismus schizo-paranoidní pozice spolu s projektivní identifikací, popřením a projekcí, a tedy o mechanismus spojený se slabostí Já, dezintegrací, depersonalizací, disociací a úzkostí z rozdělení (Ionescu, 2001).

1.3.29 Vytěsnění

(angl. repression; fr. refoulement)

Podle DSM-IV se jedná o odpověď na emocionální konflikty nebo stresové faktory prostřednictvím jejich odstranění z vědomí. Emoční složka přitom může zůstat vědomá, ale je oddělená od reprezentace, která je s ní spojená. Emoční složka pak může být přesunutá, izolovaná, nebo rovněž vytěsněná. Podle klasické

psychoanalytické teorie ale afekt být vytěsněn nemůže, přestože Anna Freudová to připouští. Vytěsnění se tedy projevuje jako absence něčeho, co se normálně objevuje. Freudová (1965 in Chabrol, Callahan, 2004) uvádí příklad zcela vzorné malé holčičky, již rodiče popisují jako velice pozornou k druhým, jako dítě, které nic nežádá a nestěžuje si. Absence agresivity a chtivosti u dětí (a u anorektiček se s ním setkáváme takřka pravidelně) ukazuje na vytěsnění takových impulsů. Vytěsnění se může projevovat také chyběním vzpomínek, zvláště pokud se to týká specificky určitého vývojového období.

Vytěsnění je obranný mechanismus, který je snad nejznámější ze všech psychoanalytických obranných mechanismů, a jak již bylo uvedeno výše, Freud sám pojem obranný mechanismus a vytěsnění zaměňuje. Freud rovněž trvá na všeobecné přítomnosti tohoto mechanismu. Podle Freudové se jedná o základní mechanismus, který umožňuje vývoj v dětství, pubertě i adolescenci. Podle Freudové není vytěsnění patologické, pouze pokud je masivní a trvalé. Naopak, pokud tento mechanismus selhává a je nedostatečný, jedná se o skutečný problém a projevuje se jako limitní stav nebo psychóza.

Vytěsněný obsah musí být udržován v nevědomí, což vyčerpává psychické energetické zdroje a může se nepřímou projevit psychickým vyčerpáním osobnosti. Vytěsněný obsah se může též vrátit do vědomí prostřednictvím přeráznutí nebo snů. Pokud je toto odlehčení nedostatečné, může dojít k přesunu nebo k projekci, ale též k vytvoření neurotického symptomu. Podle Freuda (1968) je to buď fobie (vytvořená na základě přesunu), konverzní hysterie (kde je mechanismem též přesun, ale uplatňuje se též kondenzace a regrese) nebo obsesivní neuróza (vytvořená na základě reakční formace).

1.3.30 Znehodnocení

(angl. devaluation; fr. dépréciation)

Tento mechanismus je popsán rovněž pouze v DSM-III-R a DSM-IV. Jedná se o přisuzování zveličených chyb druhým (Ionescu, 2001). Jeho funkcí je udržet si sebeúctu nebo se vyhnout pocitům opuštění a ztráty během separace nebo v ohrožení separací. Znehodnocení je projekce vlastních znehodnocených aspektů (Chabrol, Callahan, 2004).

Idealizace, omnipotence a znehodnocení jsou tři obranné mechanismy, které Vaillant (2000 in Chabrol, Callahan, 2004) zařadil do úrovně pokřivení sebeobrazu,

obrazu těla a obrazu druhých. Tyto mechanismy velice často působí společně (Chabrol, Callahan, 2004).

1.3.31 Zvrat v opak

(angl. reversal; fr. transformation en contraire, renversement dans le contraire, retournement en contraire)

Jedná se o mechanismus, při němž je konfliktní pnutí nejen vytěsněno, ale také je nahrazeno opačným pnutím. Freud uvádí tento mechanismus v *Pulsions et destins des pulsions* (1914/1968). Freud je uvádí v souvislosti přechodů sadismus-masochismus a voyerismus-exhibicionismus. Laplanche a Pontalis (1967) upřesňují, že objekt pnutí může být také modifikován, přejít ze sebe samého na druhého. Teto mechanismus není uveden v DSM, ale definice reakční formace v tomto manuálu je natolik široká, že tento mechanismus zahrnuje (Ionescu, 2004).

Freud vysvětluje tímto mechanismem například strach z dopravních prostředků. Freud sám trpěl touto fobií (strachem z vlaku), která se dnes již příliš neobjevuje, a introspektivně ji chápal jako zvrat opak libidózních fantasií vázaných na kolébání kolébky v raném dětství, tedy jako obranu proti libidóznímu pnutí (Ionescu, 2004).

Tento mechanismus je blízký mechanismu reakční formace, která je ale stabilnějším rysem osobnosti, než pouhý zvrat, který je ale základem tohoto mechanismu. Obrat proti sobě je podtypem zvratu, protože se jedná o zvrat zaměření agresivity z objektu na sebe samého. Zvrat je rovněž blízký identifikaci s agresorem, která někdy bývá uváděna také jako obranný mechanismus. V identifikaci s agresorem je pocit ohrožení změněn ve vlastní agresivitu. Freud uvádí například situaci u zubaře, kterou dítě potom imituje doma. Speciálním případem zvratu je také asketismus, mechanismus, který je typický v adolescenci. Libidózní pnutí je natolik ohrožující, že je zcela odmítnuto v jakékoli formě. Při výkladu zvratu je rovněž nutné se zmínit o útěku do snění, které je zvratem v imaginární. Reálný objekt je ve snění převrácen v něco, co je potenciaálně nebezpečné, ale ochočené (Freudová uvádí příklad chlapce, který představu ohrožujícího otce převrátil k představě ochočeného lva, který ho chrání).

Zvrat se objevuje především u neuróz, a to jak obsesivních, tak hysterických. V případě zvratu reality ve snění se u dospělých může stát, že dojde ke stažení a narušení vztahu s realitou (Ionescu, 2004).

1.3.32 Žádání o pomoc a odmítnutí této pomoci

(angl. help rejecting complaining; fr. plainte associant demande d'aide et son rejet)

Tento obranný mechanismus je také jedním z těch, které najdeme pouze v DSM. Jedná se o opakované stesky, které zakrývající agresivitu jedince. Může se také jednat o výčitky, které jsou vyjádřeny odmítnutím návrhů, rad, nebo pomoci, kterou nabízejí druzí. Stesky se mohou týkat jak fyzické, tak psychické stránky osobnosti nebo životních problémů. Tím má jedinec možnost vyjádřit svoji agresivitu a zároveň ji popřít. Může se tedy jednat o určitou formu projektivní identifikace, která vyvolává u druhého agresivní reakci a tím ospravedlňuje agresivitu jedince. Tento obranný mechanismus je typický u masochistických, hraničních a psychopatických osobností (Chabrol, Callahan, 2004).

1.4 Měření obranných mechanismů

Zkoumání obranných mechanismů je ve světě stále centrem zájmu. V roce 1991 napočítal Cramer 58 různých metod, kterými se mechanismy obrany dají zkoumat, z nichž některé navíc mají několik revizí (Ionescu, 2001). Čtyřmi základními metodami měření jsou rozhovory, dotazníky, testy a projektivní testy (Chabrol, Callahan, 2004). Žádná z metod není běžně využívána v České republice a dostupnost metod je proto problematická, neboť bez standardizace je v českém prostředí nelze na českou populaci aplikovat. Jedinou výjimkou je dotazník DSQ-40, který byl přeložen a předběžně standardizován v rámci diplomové práce Červenkové (2005).

Zkoumání mechanismů obrany přináší několik metodologických problémů. Jednak je to fakt, že obranné mechanismy se v průběhu vývoje mění, jak ukazuje například Vaillantova studie, o níž jsme pojednali v kapitole 2.2.2.1. Dalším metodologickým problémem je skutečnost, že mechanismy obrany jsou nevědomé a je otázka, zda mohou být identifikovány i mimo intimitu psychoanalytického sezení, tj. bez vytvoření přenosového vztahu. Vaillant se v průběhu svého longitudinálního výzkumu zaměřil rovněž na možnost evaluace personálem, který neprošel psychoanalytickým výcvikem. Na základě porovnání závěrů, ke kterým došli jednotliví examinační u stejného probanda, zjistil, že rozdíl v jejich odpovědích je nevýznamný a že i examinační bez speciálního psychoanalytického vzdělání byli schopni dospět ke stejným závěrům. To vypovídá o reliabilitě konceptu. Kromě toho, jak již bylo uvedeno v kapitole 2.2.2.3, zralost obranných mechanismů koreluje s životní úspěšností, čímž je zajištěna validita konceptu (Ionescu, 2001).

Nyní se pokusíme podrobněji charakterizovat čtyři uvedené typy metod, tj. rozhovor, dotazník, test a projektivní test s uvedením nejznámějších metod.

1.4.1 Rozhovor

Rozhovor je klinická metoda. Aby bylo posuzování objektivnější, existují škály obranných mechanismů, které je přesně definují. Nejznámější a nejužívanější škálou pro měření mechanismů obrany je *Defense mechanisms rating scale* (DMSR) a dále škála, kterou nabízí DSM-III-R a DSM-IV a o níž jsme podrobně referovali v předchozí kapitole. Semistrukturovaný rozhovor pro všechny obranné mechanismy zatím neexistuje, takže se posuzování zakládá čistě na examinátorově klinické schopnosti. Existují ale semistrukturované rozhovory pro jednotlivé obranné mechanismy, například Hackettův a Cassemův rozhovor pro měření míry popření u pacientů s diagnózou infarkt myokardu nebo Goldsmithův a Greenův pro měření popření u alkoholiků (Charbol, Callahan, 2004).

DSMR, jejímž autorem je Perry, uvádí 30 různých obranných mechanismů, které jsou rozděleny do čtyř úrovní: zralé, nezralé, limitní nebo pokřivující a neurotické. Manuál této škály dává k dispozici podrobný popis jednotlivých mechanismů.

Tato škála nabízí možnost výpočtu celkového obranného skóru, v němž se každá obrana násobí určitým koeficientem, a je tak vytvořen celkový vážený skór, který na škále od jedné do sedmi určuje adaptativnost celkového obranného fungování (Guelfi et al., 2004).

Užití této škály klade značné požadavky na administrátora testu, je značně komplexní, a proto časově náročná.

Další je Škála obranného fungování, která je součástí DSM-III-R a DSM-IV. Na její tvorbě Perry rovněž spolupracoval, a proto jsou pojetí obou škál značně podobná. Obě byly vytvořeny na základě kódování videonahrávek rozhovorů, které byly promítány několika odborníkům. Blais et al. (1996 in Chabrol, Callahan, 2004) testovali, zda se liší výsledky, které jsou dosaženy pomocí evaluativní škály DSM-IV, odborníky-psychoanalytiky a odborníky-nepsychoanalytiky. Jejich studie ukázala, že se výsledky neliší.

1.4.2 Dotazníkové metody

Základním problémem dotazníků je otázka, zda je sebezposouzení u obranných mechanismů možné. Z definice obranných mechanismů vyplývá, že se jedná o procesy nevědomé, a nabízí se tedy argument, že proband nemůže sám tyto procesy nahlédnout. Tento argument lze ale konfrontovat s tím, že přestože nemáme přístup bezprostředně k tomu, proč jednáme určitým způsobem, jsme si vědomi výsledků našich akcí a často se ptáme sami sebe, proč jsme jednali právě takto. Jinými slovy, jak již jsme naznačili v pojednání o Wallersteinově konceptu v kapitole 2.1.2., nevědomý je obranný mechanismus, nikoli jeho manifestace. Dalším argumentem pro užití dotazníku k měření obranných mechanismů je fakt, že užívání určitých obranných mechanismů souvisí také s našimi postoji, které jsou vědomé (Andrews et al., 1993). Dotazníky tedy obsahují položky jako například „Myslím, že člověk je buď dobrý nebo špatný.“ (položka se tedy týká vědomého postoje, ale odkazuje k obrannému mechanismu štěpení) nebo „Kdyby mě můj nařízený podvedl, mohl bych udělat v práci nějakou chybu a tím mu to vrátit.“ (položka se týká chování, ale odkazuje k pasivní agresi) (Ionescu, 2001).

Dotazníky, které jsou aktuálně k dispozici, jsou *Life Style Index* (Plutchik, 1979 in Chabrol, Callahan, 2004), *Defense Style Questionnaire* (Bond, 1983 in Chabrol, Callahan, 2004), *Inventory of Personality Organisation* (Kernberg a Clarkin, 1995 in Chabrol, Callahan, 2004) a *Comprehensive Assessment of Defense Style* (Laor, et al., 2001 in Chabrol, Callahan, 2004). Z těchto testů se nejspolehlivějším a nejpoužívanějším (Chabrol a Callahan, 2004) jeví DSQ v jeho různých verzích.

1.4.3 Testové metody

Testy, které v současné době existují, jsou hlavně *Defense Mechanism Inventory* Glesera a Ihileviche z roku 1969 a *Defense Mechanisms Profile*, jehož autorem je Johnson a test vyšel poprvé v roce 1982. Ani jeden z těchto testů není k dispozici nejen v češtině, ale ani ne ve francouzštině.

DMI je test, který se zakládá na konfliktních příbězích, k nimž je nutné doplnit vlastní behaviorální reakci, fantazie k příběhu, emoční reakce a myšlenky, které by proband v dané situaci měl. Některé verze testu nechávají prostor na otevřenou odpověď, některé verze nechávají probanda si vybrat si z pěti odpovědí. Odpovědi se vztahují vždy k pěti obranným mechanismům, jimiž jsou agrese, projekce, intelektualizace, sebezpotrestání a potlačení. Příběhů je celkem 12 a týkají se šesti typů

konfliktů (s autoritou, vyjádření potřeby nezávislosti, konflikt vyjadřující potřebu vyjádření ambic, konflikt týkající se potvrzení sexuální identity a konfliktu s potřebou bezpečí).

DMP je test, který spočívá v doplňování vět. Protokol obsahuje 40 vět, například „Když jsem opravdu neklidný, ...“ nebo „Když jsem s někým, koho nemám rád, ...“. Všechny věty obsahují situaci, kterou lze pokládat za lehce nepříjemnou, čímž je zaručeno uplatnění obranného mechanismu. Odpovědi jsou pak posuzovány podle manuálu, který obsahuje seznam mechanismů obran a který je dělí do čtyř základních skupin. Těmi, jimiž jsou: reduktory tenze (inkorporace, expulze), primitivní obrany (popření, stažení se), obrany se středním stupněm adaptace (odčinění, přesun, reakční formace, obrat proti vlastní osobě, kompenzace) a zralé obrany (substituce, racionalizace/intelektualizace). Distinktivní schopnost tohoto testu mezi zdravou a psychiatrickou populací se však ukazuje jako malá (Chabrol, Callahan, 2004).

1.4.4 Projektivní metody

Výhoda těchto testů je, že vystavují probanda regresi. Jejich nevýhodou je, že mají značné problémy s reliabilitou a validitou.

Mechanismy obrany je možné měřit Rorschachovým testem. Tímto způsobem ho používá Rausch de Traubenberg a Chabert, kteří vytvořili systém psychoanalytické interpretace tohoto testu. Kromě toho jsou pro tento test k dispozici i speciální evaluační škály pro tento test. Nejznámější jsou jednak Lernerova a Lernerova škála (*Lerner Defensive Scale*), která je zaměřena na znaky hraniční a vyhubé osobnosti, a dále Cooperova *Rorschach Defensive Scale*, jejíž použití je širší. Škála zahrnuje patnáct obranných mechanismů (izolaci, intelektualizaci, reakční formaci, racionalizaci, vytěsnění, znehodnocení, primitivní idealizaci, projektivní identifikaci, štěpení, omnipotenci, projekci a čtyři typy popření). Kódování bere v úvahu nejen verbální obsah, ale i formální aspekty odpovědí. Tato škála má značnou predikční schopnost u některých obtíží (Chabert, Callahan, 2004).

Dalším testem, který se pro měření mechanismů obran používá, je TAT. Pro interpretaci mechanismů obran byl Cramerem vytvořen *Defense Mechanism Manual*. Tento manuál se orientuje na tři typy obran, a to popření, projekci a identifikaci. Každá tato obrana je kódována na stupnici od jedné do sedmi (pro popření jsou to například: vyloučení důležitého objektu z příběhu; špatný vjem; převrácení; potvrzení negace; popření reality; maximalizace pozitivních aspektů a minimalizace negativních;

optimismus). Později byl systém dále rozpracováván Hibbardem a Porcerellim. Test byl později validizován prostřednictvím DSQ, ale korelace byla velmi slabá (Chabert, Callahan, 2004). K dispozici je rovněž interpretační systém Shentoubové, který je psychoanalyticky orientovaný a s obrannými mechanismy tedy též pracuje.

2 Mentální anorexie

V této kapitole pojednáme o diagnóze mentální anorexie. Ambicí této práce je porozumět mechanismům obrany ega u této diagnózy a zajímá nás tedy především psychodynamika symptomu. Náš referenční rámec je psychoanalytický. V následující kapitole bude pouze velice stručně pojednána mentální anorexie mimo teoretický rámec. Stěžejní část bude věnována psychoanalytickým koncepcím této poruchy, které se navíc často dotýkají problematiky obranných mechanismů.

2.1 Ateoretické pojetí mentální anorexie

2.1.1 Symptomatologie

Mentální anorexie, která je v rámci klasifikace nemocí MKN-10 řazena mezi behaviorální poruchy, má podle tohoto manuálu tato diagnostická kritéria:

1. Úbytek hmotnosti u dospělých, nebo chybějící přírůstek hmotnosti u dětí, vedoucí k tělesné hmotnosti nižší nejméně o 15% oproti normální nebo očekávané hmotnosti pro daný věk a odpovídající výšce.
2. Ztráta hmotnosti je způsobena vyhýbáním se jídlům, „po kterých se tloustne“.
3. Vnímání sebe sama jako příliš tlusté (tlustého) s neodbytnou obavou z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení nízkého hmotnostního prahu.
4. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek.
5. Porucha nesplňuje kritéria pro mentální bulimii.

(citováno dle Smolík, 2002, str. 309-310).

Anorexie je rozdělována do dvou podtypů v závislosti na tom, jakým způsobem je dosahováno snížení váhy, a to restriktivní anorexie (F50.0), kde je úbytku váhy dosaženo cvičením a omezením se v jídlu, a purgativní anorexie (F50.1), kde je úbytku dosaženo prostřednictvím zvracení nebo užívání laxativ a diuretik (Smolík, 2002).

2.1.2 Epidemiologie

Prevalence poruchy, která splňuje všechna uvedená kritéria, je asi 0,5-1%. Většinu této skupiny tvoří ženy, poměr žen a mužů je udáván 1:9 až 10 (Smolík, 2002), někteří autoři však uvádějí až 1:20 (Chabrol, 2004). Tato čísla jsou ovlivněna tím, zda zahrnují pouze populaci, která podstupuje určitou formu léčby, nebo zda se zakládají na výzkumném šetření v celé populaci. V šedesátých letech jsou uváděny na 100 000 obyvatel 2 nové případy ročně, zatímco v devadesátých letech je to už 6-8 případů na stejný počet obyvatel (Koutek, 2000). Největší incidence je mezi 15 a 19 lety (Krch, 1999). Incidence mentální anorexie v druhé polovině minulého století začala značně narůstat. Nově se anorexie také začala objevovat i v kulturách, kde se do té doby nevyskytovala, například v izraelských kibucech, japonskými adolescenty, mezi černochoy a Hispánci v USA atd. (Krch, 1999). Incidence ve skupině dívek a žen mezi patnácti a osmnácti lety je uváděna 60 nových případů ročně na 100 000 obyvatel (Koutek, 2000).

2.1.3 Etiologie a patogeneze

Množství teorií etiologie a patogeneze mentální anorexie vypovídá o tom, že se jedná zřejmě o nemoc s multidimenzionálním původem, který se může navíc lišit mezi jednotlivými případy. Pokusíme se nyní stručně nastínit tři základní možné skupiny faktorů podílejících se na vzniku onemocnění. Je třeba ale brát v úvahu fakt, že tyto faktory zřejmě koexistují a interagují společně.

2.1.3.1 Biologické faktory

Co se týče biologických faktorů, objevují se názory na hypothalamo-endokrinní původ onemocnění (Smolík, 2002). Není ale zcela jasné, zda jsou tyto faktory primární nebo sekundární, tedy způsobené hladověním. Zároveň ale patří k obrazu poruchy. Z biologického hlediska je zajímavá také vyšší incidence depresí u rodin pacientek s anorexií i u těchto pacientek samých.

Biologické faktory začaly být uvažovány již v roce 1914 M. Simmondsem, a to především ve vztahu k hypofýze a nedostatku jejího hormonu. Tato koncepce byla pak rozpracována především mezi válkami Reyem, Bickelem a Decoutem (Decobert, 2000). Tato koncepce byla ale postupně modifikována, především proto, že se ukázalo, že hormonální léčba nemá na anorektické symptomy vliv (Kerstenberg, 1972). Biologicky orientovaní autoři se zaměřili více na hypothalamus, který reguluje pocity

hladu a sytosti (jmenujme autory jako Lhermitte, Martel, Guillaume nebo de Ajuriaguerra, který považuje anorexii za tumor v třetí mozkové komoře) (Decobert, 2000). Pozornost se postupně rozšířila na celou oblast diencefalu a na psychofyziologické chování regulované rhinencephalem a mozkovou kůrou. Předpokládá se, že existuje vztah mezi regulací příjmu potravy a pubertou (Brusset, 1977). Existuje i přístup, který kombinuje biologické chápání anorexie s psychickým: profesor Delay mluví například o dvojité patologii: hypofyzární a emocionální (Decobert, 2000).

2.1.3.2 Emocionální a osobnostní faktory

Z možných psychických faktorů bývají zmiňovány specifické osobnostní charakteristiky pacientek s anorexií. Studie, kterou prováděl Rastam, ukazuje, že 60% pacientek má jednak tyto perfekcionistařské rysy a jednak další rysy, které jsou dostatečně výrazné pro naplnění diagnostických kritérií pro obsesivně-kompulzivní poruchu osobnosti u 35% pacientek (Rastam, 1992 in Chabrol, 2004).

K podobným výsledkům došli i autoři longitudinální studie zaměřené na pacientky s anorexií. V intervalu deseti let srovnávali tyto pacientky (N=51) s normální populací. Přestože většina výzkumného vzorku byla po deseti letech bez anorektických potíží, mezi oběma skupinami byl rozdíl v obsesivně-kompulzivních rysech osobnosti, ale též se častěji objevovala signifikantně vyvíbavá porucha osobnosti (Nilsson, 1999).

K podobným výsledkům dospěl i výzkum prováděný Cloningerovým testem TCI (Rousset, 2003). Podle tohoto výzkumu vykazují restriktivní anorektičky obsesivně kompulzivní rysy a v menší míře i rysy vyvíbavé osobnosti. Tento výzkum zdůrazňuje, že tyto rysy jsou u purgativních anorektiček méně výrazné. Osobnostní symptomatika se u tohoto typu anorexie blíží více symptomatice bulimiček, u nichž bývají obvykle zdůrazňované spíše hraniční rysy.

Bruchová (1979) popisuje anorektičky jako perfekcionistařké, intepersonálně nedůvěřivé, což je doprovázeno též neschopností vnímat vlastní pocity a tělo, a charakteristické též pocitem vlastní neefektivnosti. O koncepci Bruchové bude podrobněji pojednáno v kapitole 3.3.1.

Brusset popisuje typický profil anorektičky jako bezproblémového dítěte, které se obvykle aktivně zajímá o školu a snaží se v ní o maximální výkon. Již v raném dětství je to obvykle velmi brzy se osamostatňující dítě s nízkou exteriorizací agresivity. Budoucí anorektička nemusí být ve škole nutně premiantka, jak je často popisováno, podstatná je snaha, aby premiantkou byla. Je to tedy dítě, které je ve škole

obvykle úzkostné, snaží se podat nejlepší výkon, často ověřuje, zda něco nezapomnělo atp. V kontrastu s obvykle dobrým školním výkonem je pak nízká kreativita a fantazie. Hlavním cílem ale není učení samo o sobě, ale touha uspět, být nejlepší, což ukazuje na značnou závislost na vnějším ocenění. K tomu se připojuje obvyklý přetrvávající separační problém a intolerance vůči samotě (Brusset, 1977). Popis premorbidní osobnosti jako klidné, submisivní, šťastné, nenáročné a zodpovědné dívky najdeme také u Mintzové (1983) a Bruchové (1979).

Kromě obsesivně kompulzivních a vyhýbavých rysů bývá též uváděna vyšší úzkostnost a depresivita (Krch, 1999). Úzkostnost můžeme v souvislosti s obsesivitou, která je vlastně pouze kanalizací této úzkosti, tj. obě psychické charakteristiky spolu značně souvisí. Depresivita pak často souvisí s nutností vzdát se rituálů. Problematické tedy je, že je těžké odlišit osobnostní rysy a rysy související s poruchou (Krch, 1999).

Pacientky jsou ale velmi heterogenní skupinou a mezi další pozorované rysy může patřit též třeba hysterie, narcistická porucha a sociální úzkost. Onemocnění samo pak může ovlivnit samotnou osobnost, její egocentričnost, zaměření na sebe (narcistické zaměření) (Krch, 1999).

Anorexie je také někdy vysvětlována přímo jako následek sexuálního traumatu nebo milostného zklamání. Toto pojetí, byť ve fantazijní rovině, prosazuje například J. Waller, R. Kaufman, S. Lorand a další. Tato teorie byla však dominantní především v polovině minulého století a dnes je tento kauzální přístup k anorexii téměř opuštěn (Brusset, 1977).

2.1.3.3 Rodinné a širší sociální faktory

Z rodinných faktorů bývá obvykle zmiňováno náročné rodinné prostředí, které klade na pacientku značné požadavky. Co se týče rodinného prostředí vyskytuje se v něm častěji také depresivní symptomatika, dále je toto prostředí popisováno jako rigidní, bez možnosti projevit přirozené pocity (Chabrol, 2004). S tím souvisí i nemožnost vyjádřit konflikty. Co se týče jednotlivých rodičů, matky anorektiček jsou popisovány jako chladné, ale zároveň přehnaně kontrolující (Chabrol, 2004), s ambivaletními mateřskými postoji, obtěžující a dominantní (Krch, 1999). Otcové jsou pak popisováni buď jako zcela submisivní, nebo naopak tyranizující (Chabrol, 2004). Pasivní, slabý a emoční odstup si udržující otec pak někdy bývá dáván do souvislosti se skrytým konfliktem mezi rodiči. Naopak dominantní, aktivní a nikdy nedosažitelný otec znemožňuje dceři sebepřijetí (Krch, 1999). Porucha se častěji než

v běžné populaci vyskytuje v subklinické nebo plné formě také u dalšího člena rodiny. Někdy bývá též uváděna nižší rozvodovost rodin s anorektickým dítětem, ale tento vztah není zcela průkazný (Krch, 1999).

Rodinné faktory jsou zdůrazňovány také badateli, kteří chápou anorexii jako reaktivní, tj. jako následek určitého traumatu, rodinného prostředí atd. Do této skupiny můžeme zařadit například Biswangerovo pojetí a pojetí daseinanalýzy. Biswanger chápe anorexii jako následek rodinných konfliktů, problémů ve škole, starostí o vzhled a především tělesných změn, jako je růst prsou a nárůst váhy (Brusset, 1977).

Co se týče širších sociálních faktorů, bývají obvykle uváděny změny v ideálu krásy a též zdůrazňování sebekontroly jako pozitivní vlastnosti (Krch, 1999). Výzkumy, které jsou používány jako argumenty pro toto pojetí, zdůrazňují procento nespokojenosti žen s vlastním tělem a rostoucí incidenci poruch příjmu potravy v západním světě. Dále množství požadavků na moderní ženy stále vzrůstá. Argumentem proti tomuto pojetí je jednak fakt, že anorektičky existovaly i v době, kdy naopak byly „v módě“ ženy plných tvarů. Kromě toho je třeba upozornit na to, že z žen, které drží dietu, onemocní jen malé množství, a je třeba se ptát proč jsou to právě tyto, které onemocní a že populace naopak dlouhodobě tloustne (Krch, 1999). Můžeme se tedy ptát, zda pouze ideál krásy je v západním světě tím, co spouští v dívkách nespokojenost a touhu po štíhlosti a nebrat při tom v úvahu rozvrat hodnot, demografické změny, pocity vykořenění a tedy obtíže v hledání identity jako takové, které západní svět provázejí. Nelze popřít, že zdůrazňovaný ideál krásy se tedy na rozvoji poruchy podílí, nicméně nejspíše nepřímě.

Tyto etiologické faktory jsou uznávány více méně napříč teoretickým spektrem. Jednotlivé teorie se liší spíše ve zdůrazňování určitých činitelů a ve vysvětlování jejich interakce. Podrobnější rozbor jednotlivých teorií není předmětem naší práce. Protože budeme pojednávat anorexii ve vztahu k obranným mechanismům ega, pojednáme hlouběji pouze o psychoanalytické koncepci mentální anorexie.

2.1.4 Prognóza

Dobrá prognóza vývoje je u dívek, které začaly hubnout v nízkém věku, a dále tam, kde existují bulimické krize (Chabrol, 2004). Brusset dále uvádí, že dobrá prognóza je u anorexii, které se odehrávají v rámci krize dospívání (Brusset, 1977).

Smolík (2002) uvádí jako indikátory dobré prognózy dobré premorbidní přizpůsobení, začátek v časném věku, méně extrémní úbytek hmotnosti a náhled na onemocnění.

Naopak špatná prognóza je u anorexií, které začínají v pozdějším věku (17-18 let), kde je úbytek váhy vyšší, a tam, kde je komorbidita s poruchou osobnosti (Chabrol, 2004). Brusset uvádí špatnou prognózu nejen u anorexií, které začínají po dvacátém roce, ale i pro anorexie začínající v raném věku, tj. kolem deseti let. Dalšími nepříznivými faktory je podle něj absence spouštěcího faktoru, pozdní začátek terapie a formy hraničící s psychotickými stavy. V rozporu s tím, co bylo uvedeno výše, Brusset uvádí, že horší je prognóza u anorexií, kterou provází bulimické krize a časté zvracení (Brusset, 1998). Garner a Garfinkel (1982 in Krch, 1999) uvádějí jako nepříznivé příznaky chronicitu onemocnění, nízkou tělesnou hmotnost, zvracení, obezitu v anamnéze a kupodivu též manželství pacientek. Krch (1999) na základě vlastní klinické zkušenosti uvádí jako nepříznivé faktory dlouhé trvání nemoci, nízkou minimální tělesnou hmotnost, premorbidní osobnost, narušené vztahy s rodinou, předcházející léčbu, nízký intelekt a nedostatek pozitivního programu. .

2.2 Psychoanalytické koncepce mentální anorexie

2.2.1 Vývoj psychoanalytického pojetí mentální anorexie

V následující kapitole budou představeny základní psychoanalytické koncepty mentální anorexie. Zároveň je ale nutné poznamenat, že tyto koncepty se navzájem ovlivňovaly a že jejich oddělení do jednotlivých podkapitol není zcela striktní.

2.2.1.1 Anorexie jako pudový konflikt a obrana proti němu

Pojednáváme-li o psychoanalytických koncepcích, nelze než začít u Sigmunda Freuda. Freud o anorexii pojednává v zásadě ve třech dílech, a to v *Případu vyléčení hypnózou* (1893), který je případem anorektické pacientky, ve *Studii o hysterii* (případ Emmy von N.) (1895) a ve *Třech esejích o teorii sexuality* (1905). Tyto studie vysvětlují anorexii jako konverzní syndrom a kladou důraz na vytěsnění orálního libida. Dávání anorexie do souvislosti s hysterií není překvapivé, pokud si uvědomíme, jak velká role byla hysterii v té době přičítána (Kerstemberg, 1972). V rukopisu G (1895) ale Freud pojednává o anorexii v souvislosti s melancholií. Podobnost shledává ve ztrátě libida, která se vyskytuje u obou typů pacientů. Mentální anorexie je podle Freuda projevem melancholie u jedinců s nedokončeným psychosexuálním vývojem

(Brusset, 1977). To je velice důležité, protože je zde anorexie dáována do souvislosti s pudem smrti a regresí do raných narcistických stádií (Decobert, 2000). V roce 1927 Freud evokuje roli traumatu, které bylo internalizováno, dále o ztrátě smyslu pro realitu, perverzii a fetišismu jako popření genitálií a kastrace.

Další koncepcí, která ovlivnila myšlení, je koncepce Karla Abrahama, která se objevila v roce 1915. Tento psychoanalytik se zabýval především pregenitálními fázemi vývoje a především rolí sadismu. Podle Abrahama je v orálním stádiu sexualita fúzní s příjmem potravy. Obě mají stejnou funkci, kterou je inkorporace. Libido nemocných podle něho regreduje do tohoto stádia. V projevech kastrovního komplexu u ženy pak upřesňuje, že jíst má nevědomý ekvivalent v otěhotnění, což může vyvolat inhibice jedení. Rovněž popisuje mstivou formu komplexu, která může vést k odmítnutí potravy.

Meziválečné koncepce jsou poznamenány tím, že anorexie byla vnímána pouze na úrovni symptomů. Ty byly pak vztaženy přímo k erotogenním zónám a vývojovým stádiím libida, ale ne k vývoji osobnosti, především tedy k Freudově druhému topickému rozdělení. Vliv Freudovy a Abrahamovy teorie se projevuje v meziválečných koncepcích anorexie jako boje proti sexualitě, která se stala „špatnou potravou“ kvůli vytěsněnému orálnímu sadismu.

Podle psychoanalýzy je prožívání sexuality způsobeno nevědomým preoidipickým konfliktem s matkou, který může být zakrytý oidipovským komplexem, který je prožíván jako sadisticky orální. Pacientky pak prožívají vůči svojí matce a ženskosti značný hněv (Brusset, 1998). Tato koncepce, která přišla též s symbolickou ekvivalencí jídla a penisu v souvislosti s oralitou sexuality a potlačením orálního libida, vyústila v psychoanalytickou koncepci orálního otěhotnění. Tato koncepce, která je dnes prakticky zcela opuštěna (Kocourková, 1997), vychází z analýzy, kterou Masserman publikoval v roce 1941. Jedná se o analýzu pacientky, která zvracela, trpěla psychogenním průjmem a měla symptomy mentální anorexie. Postupně se toto vysvětlení pro mentální anorexii objevilo i v analýzách Moultonové a Loranda, který tímto způsobem podrobně vysvětlil všechny anorektické symptomy. Koncepce orálního otěhotnění stále pracuje s mechanismem vytěsnění, považuje tedy anorexii také za poruchu podobnou hysterii (Brusset, 1977). Tyto teorie, které nacházely oporu ve fantazmatech pacientek, měly ale pouze malý dopad v terapii. Bruchová dokonce uvádí, že podobné interpretace mohly naopak pacientky poškozovat (Kocourková, 1997). Sami psychoanalytici zdůvodňují neúspěch terapie tím, že je těžké s těmito

pacientkami vytvořit přenosový vztah, a navíc používají pacientky příliš mnoho narcistických obran, exteriorizují konflikty a agují. To je ale typické pro většinu adolescentů. Anorektičky pak mají navíc ambivalentní vztah k matce, hledají archaický symbiotický vztah a používají tomu odpovídající archaické mechanismy obrany (Brusset, 1977).

O poněkud jiné vysvětlení se pokusila Anna Freudová. Ta popsala mechanismus obrany v adolescenci - asketismus, který je typický pouze pro toto období. Na rozdíl od intelektualizace, která se snaží zvládnout pnutí tím, že ho spojuje s intelektuálními aktivitami, s nimiž je možné vědomě operovat, je asketismus odmítnutím tohoto pnutí. Toto odmítnutí souvisí s těmi nejzakázanějšími libidózními touhami. V asketismu nejde nakonec o potlačení této touhy, ale o odmítnutí uspokojení jako takového. Může se jednat o proces, který předchází vytěsnění. V pubertě, kdy je pnutí mimořádně silné, se pak ale může stát samostatným mechanismem. Místo kompromisu, který je typický pro neurotické řešení konfliktu, dochází k tomu, že není rozlišováno mezi Já a pnutím a tato hostilita se projevuje oscilací mezi asketismem a náhlým podlehnutím pnutí, kde je princip reality zcela zatlačen do pozadí (Brusset, 1977).

Tento model anorexie koresponduje s tím, který vytvořil Feldman, který chápe anorexii ne jako problém neurotické struktury, ale pouze jako akutní neurózu, která souvisí s pubertální krizí. Základní je podle něj neschopnost integrovat sexuální impulsy. Konflikt je vytěsněn na různém stupni, což odpovídá intenzitě potíží. Může být částečně vědomý, může být ale také maskován strachem z tloušťky nebo zažívacími potížemi. V některých případech se tělesná úzkost může změnit na úzkost Nad-já. V tomto případě má pak pacientka pocit, že nemá právo jíst a podlehnout svým pnutím. V extrémních případech pak toto vytěsnění vede až k popření potřeby jíst (Brusset, 1977).

Goodsitt (1985) odmítá koncepci anorexie jako pudového konfliktu. Freudova doba podle něj byla jinak strukturována, než je tomu dnes. Absence projevů sexuality u anorektiček podle něj nesouvisí s obranou proti pudu. Podle něj spočívá vysvětlování anorexie jako pudu a obrany proti němu v tom, že struktura osobnosti je neurotická (tedy že je zde id, Já a Nad-já). Tato struktura ale vývojově odpovídá osobnosti, která již prošla oidipovským konfliktem, což ale není případ anorektiček, jimž separační úzkost nedovoluje do tohoto konfliktu vstoupit. Sexuální impulsy jsou tedy tlumeny

nikoli Nad-já, ale proto, že jsou ohrožující pro symbiotický vztah s matkou. O Goodsittově teorii pojednáme podrobněji v kapitole 3.3.5. (Goodsitt, 1985).

2.2.1.2 Anorexie jako problém objektních vztahů

Jiným proudem uvažování, který vychází rovněž z Freuda a Abrahama, jsou práce Melanie Kleinové. Ta se v rámci své teorie snaží interpretovat každý symptom ve smyslu organizace osobnosti a organizace úzkosti. Její pozornosti neušly obtíže, které mají s jídlem poměrně často novorozenci. Podle Kleinové chuť roste tam, kde se dítě identifikuje především s dobrým objektem, který si dítě přeje inkorporovat. Kromě toho v rámci rozlišení schizoparanoidní a depresivní pozice rozlišuje paranoidní strach z inkorporace objektů zvenčí, které jsou vnímány jako toxické a nebezpečné, a depresivní strach, který odpovídá obavě ze zničení vnějšího dobrého objektu, nebo vnitřního dobrého objektu tím, že je zevně kontaminován, přičemž ale jedinec paradoxně zůstává stále závislý na projektivní identifikaci s objektem. Toto rozlišení Melanie Kleinové mělo velký vliv především na chápání anorexie Marou Selviniovou, která ji popisuje jako intrapsychickou paranoii. (Kerstemberg, 1972). Pro pochopení teorie anorexie jako problému objektních vztahů je stěžejní také Mahlerové teorie o vývoji osobnosti. Problém nastává ve fázi separace-individuace.

Na tuto teorii, stejně jako na teorii Melanie Kleinové, navazuje například Mara Selviniová. Fázi separace-individuace zabraňuje nevyřešený konflikt ve stádiu orální inkorporace. Úzkost je spojená s fantazmatem inkorporace a obranným mechanismem proti této úzkosti se stává štěpení, což je typický obranný mechanismus pro schizoparanoidní pozici. Tělo, které se stává špatným objektem, je prožíváno jako vlastněně matkou, zatímco Já se identifikuje s Ideálním Já, které je megalomanské (Brusset, 1977). Budoucí anorektička se brání fantaziím o inkorporaci špatného mateřského kontrolujícího objektu. Intojikovaný objekt je ztotožněn s tělem, které je vnímáno jako patřící matce. Ambivalentní identifikaci s matkou je pak zabráněno tím, že se objekt snaží zabránit rozvinutí ženských znaků vlastního těla (Goodsitt, 1985). Matka je v těchto případech často intruzivní a příliš kontrolující, proto nedojde k prožívání sebe jako oddělené bytosti (Goodsitt, 1997). Podle Selviniové je hladovění zároveň velice regresivní žádostí o to, aby se okolí, tedy především matka, o anorektičku zcela staralo. Tělo neobsahuje špatný objekt, ale je jako zcela špatný objekt vnímáno ve vztahu k Ideálnímu Já. Proti tělu je nutné se bránit a jediným možným způsobem obrany je

kontrola, neplnění jeho požadavků a jeho celková redukce. To, že je tělo vnímáno jako zcela špatný objekt, vedlo Maru Selviniovou k pojmenování anorexie jako intrapersonální paranoe (Brusset, 1998).

Kromě toho Melanie Kleinová zdůraznila vliv nejranějších zkušeností dítěte a jejich význam pro narcistickou stránku osobnosti. Jessner a Abse mluví o rané deprivaci, která je následována pozdějším sblížením, které ale zůstává ambivalentní. Tato ambivalence narušuje další vývoj, a to především v oblasti oidipovského konfliktu a toho, co se týká procesu separace a individuace. Tento problém je pak akcentován v pubertě, kde se separace od matky stává stejně ohrožující jako fúze s ní a jediným řešením je regrese do předchozích stádií. Tento přístup je značně populární především mezi psychoanalytiky ve Spojených státech (Kerstenberg, 1972).

Podle Mastersona (1978 in Goodsitt, 1997) spočívá problém anorexie v tom, že pokus dítěte o separaci ve fázi separace-individuace je přijímán matkou špatně a je naopak podporováno dětské chování. Na základě introjekce těchto dvou objektů se vyvíjejí dvě self-reprezentace: jedna je špatná, vinná a prázdná a druhá je naopak poddajná, pasivní a dobrá. Přestože Masterson chápe anorexii jako zastavení vývoje v době symbiózy a separace-individuace s příslušnými defekty ega, podtrhuje především narušené self a reprezentace objektu jako zdroje anorektického chování (Goodsitt, 1985).

Sours (1980 in Goodsitt, 1997) podtrhuje defektní ego a self. Self a objekty jsou příliš málo diferencované. Léčba by podle něj měla spočívat ve vytvoření terapeutické aliance porozuměním fixovanému a atypickému vývoji funkcí Já, reprezentace objektu a self. Proti této alianci se pacient brání primitivními obrannými mechanismy, jako je popření, štěpení, omnipotence, negace a vědomé popření.

Podle Goodsitta (1985) je problém této teorie v tom, že je jen obtížně doložitelná prostřednictvím klinických dat a pozorování. Anorektičky podle něj nevykazují známky toho, že by zaměňovaly své tělo s tělem matky na základě inkorporativních fantazií. Goodsitt připouští, že anorektičky strádají, aby zabránily feminizaci svého těla a identifikaci s matkou a že jejich tělo může být místem boje ve fázi separace-individuace. Nesouhlasí ale s tvrzením, že toto tělo je vnímáno jako špatný mateřský objekt skrze inkorporativní fantazie.

Zatímco Sours, Masterson a Selviniová zdůrazňují narušení představy o vlastním těle, self a objektů, Sugarman a Kurash (1982 in Goodsitt, 1997) považují za ústřední faktor tohoto narušení defektní Já. Tito badatelé se zaměřili výhradně na

mentální bulimii, kterou chápou jako problém neschopnosti pochopení stálosti objektu (matky). Protože je jedení v dětství identické s přítomností matky, zůstává později zachováno jako reprezentace symbiózy.

Kernberg (1994, in Goodsitt, 1997), který se ve svých pracích věnoval především specifikům limitní struktury, se v této souvislosti rovněž zabýval pacientkami s poruchami příjmu potravy. Ty chápe jako sadistický útok proti vlastnímu tělu, které symbolicky reprezentuje matku, feminitu a heterosexuální roli.

2.2.2 Současné psychoanalytické koncepce mentální anorexie

Velký posun v chápání anorexie znamenal Symposium v Goettingenu v roce 1965, na kterém se multidisciplinární vědecké plénum shodlo na těchto třech závěrech:

1. Mentální anorexie vyjadřuje neschopnost přijmout sexuální roli a změny spojené s pubertou.
2. Základní konflikt je situován v oblasti těla a ne v jídle. Tělo je odmítané a je s ním špatně zacházeno.
3. Struktura anorexie je jiná než struktura klasické neurózy.

Koncepce, které jsme představili výše, tyto závěry částečně zahrnují, zvláště Mastersonův a Soursův přístup, které vznikají až po Sympoziu. Jak již bylo zmíněno, jedná se o koncepce, které byly většinou již opuštěny. Zároveň je třeba uvést, zatímco teorie Mary Selviniové může být kritizována, její orientace na systemický přístup a především její rozpracování systému rodinné terapie pro dívky s anorexií je dodnes inspirativní.

V následující části představíme po kapitolách jednotlivé hlavní směry uvažování o mentální anorexii. Stejně jako tomu bylo v předchozí případě se tyto proudy vzájemně prolínají, a proto je naše dělení poněkud umělé.

Decobertová, která patří ve Francii mezi významné psychoanalyticky zabývající se anorexií, shrnuje, že to, co je nejdůležitější a společné současným psychoanalytickým konceptům mentální anorexie, je:

- problémy s inkorporací a introjekcí
- nenápadná, ale přesto masivní projekce
- neschopnost přechodu do depresivní pozice
- závažné převládání narcistického zaměření

- problémy v přístupu k identifikacím, které mají evolutivní potenciál
- stále přítomné prvky perverze různého typu
- obraz těla je urputně popíraný ve své tělesnosti
- fascinace odhmotněným obrazem těla
- kompulzivní ovládnutí, které je fetišistické
- vytěsnění oidipovského konfliktu a primitivní scény, které jsou všudypřítomné ve fantazmatech, ale ne v představách
- anorexie v raném dětství souvisí s organizací preobjektů a Sebe, přesto ale není ve vztahu k mentální anorexii, která se objevuje u mladých dívek v době, kdy by bylo nutné reorganizovat oidipovský konflikt, kdyby byl normálně řešen. Reorganizace není možná právě proto, že pacientka před tímto konfliktem prchá do preoidipovské fáze a archaického fungování.

(citováno dle Decobert, 2000, str. 15)

2.2.2.1 Teorie Hildy Bruchové

Hilde Bruchová je sice vzděláním rovněž psychoanalyticky orientovaná, ale přesto zůstává stranou hlavního proudu psychoanalytického myšlení. Bruchová kritizuje jako nedostatečné teze o oralitě a analitě a pojmání konfliktu jako konfliktu sexuality a strachu z orálního oplodnění (Bruch, 1988) a zdůrazňuje odmítnutí těla jako odmítnutí matky. Toto odmítnutí je výsledkem toho, že matka není schopná respektovat potřeby dítěte a rozeznat, kdy má dítě hlad a kdy potřebuje emocionální podporu. Bruchová experimentálně ověřila, že rozeznat pocity hladu (které fyziologicky odpovídají stahování svalů okolo žaludku) není automatické, ale podmíněné učením, a tedy i tím, jak je matka empatická vůči dítěti. Dítě pak není schopné rozeznat nejen svoje potřeby, zvláště ne potřeby fyziologické (jíst) a emocionální (Bruch, 1994). Dítě pak rezignuje na vyjádření vlastních potřeb. Protože jsou to často právě velice poddajné děti, které plní všechna přání a ambice svých rodičů, jsou za takové chování odměňovány a chování se fixuje. Bruchová tuto koncepci postupně rozpracovala a ve svém stěžejním díle *Golden Cage* uvádí, že anorektičkám jsou společné tyto tři druhy problémů:

1. problém se sebeobrazem vlastního těla
2. špatná interpretace interních a externích stimulů (což odpovídá neschopnosti rozeznat hlad, ale můžeme zde také připomenout obvyklou frigiditu anorektiček)

3. pocit nedostatečnosti, neschopnosti, neefektivnosti (je zde tedy narušení narcistické organizace)

V této práci Bruchová zdůrazňuje především poslední bod výše uvedené teorie. Navrhuje, aby se terapie soustředila právě na tento pocit, jehož objevem byla sama velmi překvapena. Tento pocit je výsledkem toho, že budoucí anorektičky žijí v konformitě s tím, co se po nich v rodině žádá, a ve věčném strachu z toho, že nenaplní očekávání ostatních dostatečně. Obvykle pocházejí z rodin, které se vyznačují tím, že se považují za bezproblémové, a manželský vztah je vnímán jako ideální. Rodiče jsou si obvykle velmi jisti svými výchovnými postupy a jsou ambiciózní. Budoucí anorektička má jako dítě obvykle pocit, že musí něco rodičům dokázat, že je jejím úkolem dělat rodiče šťastnými a uspět. V této souvislosti však vyvstává otázka, proč rodiny, které fungují tak dobře, nedokázaly dítěti zprostředkovat pocit jeho vlastní ceny. Bruchová to spojuje s neadekvátností uspokojování potřeb v raném dětství, o níž jsme pojednali výše (Bruchová, 1979). Mimo teorii Bruchové lze uvést, že problém této nedůvěry může souviset s typem připoutání (attachementu), a tedy získáním bazální důvěry. Bowlby vysvětluje, že narušení attachmentu může být způsobeno tzv. dvojnou vazbou, což by podporovalo Bruchové teorii o skrytém konfliktu v rodině, o němž pojednáme dále.

V terapii se ale pak obvykle ukazuje, že členové rodiny velmi málo mluví o vlastních citech, ale většinou o tom, co cítí a myslí si někdo další z rodiny, nebo alespoň opravují to, co druhý říká. Obvykle se projevuje, že je v rodině skrytý konflikt, který je nevědomý.

Kromě toho ale zdůrazňuje, že mnohé povahové rysy, které jsou pro anorektičky typické, souvisejí s pocitem hladu a s vyhladovělým organismem a přirozeně se upravují, pokud dojde k přírůstku váhy. Zároveň ale uvádí, že je nutné o těchto pocitech mluvit v terapii, která přibírání váhy provází. S hladověním souvisí především změny myšlení. Kromě toho popisuje například proces disociace, který slouží k obraně před tělesnými pocity, k dezintegraci Já, k pocitu depersonalizace a k dalším problémům Já. Pokud navíc nabude anorexie chronické formy a podváha trvá již několik let, můžou být tyto změny natolik integrovány do osobnosti, že je velice těžké je odlišit od skutečných problémů limitní nebo dokonce psychotické struktury (Bruch, 1979). U budoucích anorektiček nejde tedy jenom o to vylepšit svůj vzhled, ale o fakt, že chtějí změnit celý svůj životní styl, s nímž jsou nespokojené. Hubnutí je

něco, v čem jsou skutečně dobré, co se stává jejich sebepotvrzením a smyslem. Vyhublost jim přináší záruku, že si jich ostatní budou všimnout (Bruch, 1979).

Ve své poslední práci, diktované těsně před smrtí, Bruchová zdůrazňuje, že sama neschopnost rozlišit hlad není až tak podstatná, důležitější je defektní selfkoncept, strach z vnitřní prázdnoty, který je výsledkem právě toho, že pacientky nejsou schopné rozeznávat svoje potřeby (Bruch, 1988). Lze tedy uzavřít, že Bruchová přechází od neadaptovaných odpovědí matky na nedostatečně vytvořené narcistické potřeby dítěte. Bojem proti hladu je narcistická stránka osobnosti posilována, protože zvládnutí hladu vytváří dojem moci, a tím potlačuje pocit neschopnosti a nedostatečnosti (Brusset, 1977).

2.2.2.2 Anorexie jako strach z tloušťky (Fear of being fat)

S touto koncepcí přišla koncem sedmdesátých let skupina badatelů soustředěných okolo Melitty Sperlingové. Jedním z psychoanalytiků, na které Sperlingová odkazuje, je také Thoma, který vychází z Anny Freudové. Thoma chápe anorexii jako neurózu a neschopnost řešit vývojové konflikty. Tato neschopnost je podle něj způsobena slabostí Já, což má kořeny v ambivalentním vztahu k objektu v orálním stádiu a projevuje se během análního stadia. Děti v této době přirozeně prosazují svoji vůli, zatímco budoucí anorektičky zůstávají v tomto stadiu submisivní a hodné. Podle Thoma tomuto chování pak v pubertě odpovídá odmítnutí všeho pudového a odkazuje na asketismus, který popsala Freudová. Potlačení hladu a odmítnutí veškeré závislosti na jídle, vlastním těle i okolí vyúsťuje v popření potřeb a v přesvědčení, že pacientka může žít sama a zcela nezávisle (Brusset, 1977). Zároveň ale Thoma uvádí, že specifická konstituce typická pro anorektičky není příčinou anorexie, ale jejím důsledkem. Vztah k objektu je narušený a postupně se zaměření na objekt vytrácí, což vyvolává regresi. Asketismus znamená odmítnutí všeho pudového, aniž by bylo nějak diferencováno. Z toho plyne představa všemohoucnosti a tedy deprese. Masochismus a narcistické problémy jsou tedy důsledkem tohoto vývoje (Kestenberg, 1972).

Melitta Sperlingová zdůrazňuje především problémy ve vztahu matka-dítě a předpokládá, že predispozice k anorexii vznikají v raném dětství narušením symbiózy matka-dítě. Podle Sperlingové jsou to specifické konflikty matky nebo otce, které predisponují dítě k vytvoření psychosomatických symptomů. Rodiny jsou velice často perfekcionistické a rodiče často také prezentují strach z tloušťky. Je oceňována

konformita a slušné chování. Perfekcionismus způsobuje, že rodiče dělají všechna rozhodnutí a děti jsou povinny se podle jejich požadavků chovat. Emoce jsou potlačovány. Tyto body, kterými skupina okolo Sperlinové charakterizuje rodiny anorektiček, jsou stejné jako ty, které nachází Bruchová a Minuchin.

Kromě toho badatelé podtrhují, že se v rodině objevuje exhibicionistické chování prezentující sexualitu rodičů nebo související s vyměšováním (Wilson, 1983). O tomto chování se zmiňuje též Sours (1980), ale pouze v souvislosti s purgativní anorexií.

Wilson (1983) zdůrazňuje také skrytý konflikt v rodině. Podle tohoto autora je v rodině vybráno určité dítě, které je pak vychováváno jinak, protože reprezentuje určitý nevědomý konflikt v rodině. Může jím být nějaký nevyřešený konflikt z dětství rodičů (dítě pak může reprezentovat nenáviděného bratra nebo sestru), intenzivní potřeba dítě kontrolovat, takže je s ním jednáno téměř jako se součástí těla rodiče, nebo emocionální konflikt, který rodiče provází v době narození dítěte. Wilson (1983) popisuje anorektičky jako trpící silnými pocity viny, popírající konflikty a kontrolující emoce. Rodina je obvykle charakterizována značně rigidním superegem a hodnotami, které vyznává. Anorektičky jsou samy značně narcistické. Jejich narcistické popření reality vyplývá jednak z identifikace s rodičovským Nad-já a jednak z toho, že na ně padla určitá rodičovská volba. Podle Wilsona jsou anorektičky často doma velmi opečovávány, což koresponduje s tím, co popisují ostatní badatelé, když uvádějí, že je anorektička udržována v symbiotické fázi s matkou a že jakékoli snahy o nezávislost nejsou oceňovány. Extrémní ego ideál nutí anorektičky pomáhat všem ostatním, zatímco se samy omezují. Vzhledem k tomu, že sebeobětování je v naší kultuře stále vnímáno jako pozitivní a typicky ženská vlastnost, jedná se opět o snahu naplnit očekávání perfektnosti. Naopak dívky velice špatně nesou, pokud jejich snaha není dostatečně oceňována (Wilson, 1983).

Podle Mintzové (1983) konflikt v rodině tlačí dítě do submisivní role. Matka vidí dítě jako součást sebe, a proto musí respektovat její očekávání a hodnoty. Fáze separace-individuace tedy nemůže proběhnout a může se manifestovat například již během dětství úzkostí ze separace, například při nástupu do školky. Mintzová (1983) cituje Sourse (1974), který říká, že péče se podobá spíše fúzi. Tyto nevyřešené preoidipální fixace na matku jsou pak příčinou neřešitelnosti oidipovského konfliktu (Hogan, 1983).

Konformita, která je pro anorektičky typická, vyžaduje především popření agresivity a hostility. Přesunutá agrese pak působí psychosomatické symptomy jako je ztráta menstruace a anorektické chování. Submisivita a kontrola jsou vykompenzovány značným pocitem nadřazenosti. Tato nadřazenost a pocity omnipotence, které se objevují na základě primitivní identifikace s omnipotentním objektem (matkou), slouží k popření vnější reality a potřeb. Jejich výsledkem je také izolovanost afektivních stavů, které jsou těžko přístupné. Jedním ze základních obranných mechanismů je štěpení, jehož výsledkem je klasické černobílé vidění (tedy pokud není něco perfektní, je to absolutně špatné), objekt je buď dobrý, omnipotentní, nebo špatný. Introjekcí dochází rovněž k rozštěpení ega. Dalšími primitivními (pregenitálními) obrannými mechanismy, které se objevují, jsou popření, izolace a projekce, stejně jako reaktivní formace a přesun. Tyto obranné mechanismy se pak podílejí na tvorbě typického charakteru. Další obranou je hyperaktivita, kterou lze interpretovat jako agování, stejně jako zvracení (Hogan, 1983).

Sperlingová nechápe anorexii zcela jako psychosomatické onemocnění. Podle jejího konceptu jsou psychosomatické nemoci obrazem konfliktu s matkou, vzdoru proti ní, pokud separace není možná. Specifikum anorexie je podle ní v tom, že je tento vzdor vyjádřen velmi silně odmítnutím jídla, ne pouze symptomy somatického onemocnění, jako je tomu v jiných případech. Za důsledek psychodynamiky považuje Sperlingová, stejně jako mnozí další psychoanalytici (Brusset, 1998), ztrátu menstruace a gastrointestinální potíže. Anorexii ale považuje za neurotický symptom, stejně jako Thoma nebo Sours. Všichni tito badatelé ale uvádějí, že anorexie se zároveň může objevit i v rámci poruch osobnosti, které vznikají v pregenitálním období. Podle ní je základním dynamickým faktorem nevyřešený oidipovský konflikt. Reakce je dána tím, jakým způsobem byl narušen vztah s matkou v preoidipovské fázi. Sperlingová, stejně jako Masserman a Leonard, považuje anorexii za obranu proti dospělosti a ženské roli. Sperlingová ale odmítá, že by existovala nějaká „anorektická osobnost“, přestože jsou si pacientky osobnostně dost podobné. V závislosti na stupni fixace a regrese se ale objevují pregenitální charakteristiky narcistické stránky osobnosti, omnipotence, ambivalence, určitý stupeň bisexuality a nízká frustrační tolerance. Sperlingová potrhuje též důležitost symptomu jako obrany proti úzkosti z totální ztráty kontroly, kterou pacient není schopen zvládnout jinak. Jídlo a jeho kontrola zabírají pacientovi všechno myšlení a udržují tak naléhavé konflikty v nevědomí (Mintz, 1983). Terapie by se podle Sperlingové měla na tuto úzkost

soustředit, protože jinak pacient, i pokud zvládne symptom anorexie, vyvine další patologickou obranu vůči této úzkosti, jako například obsesivně-kompulzivní symptomatiku nebo sebepoškozování.

2.2.2.3 Anorexie jako perverzní struktura

Problém pojmu perverze nebo perverznost je tradičně vztažen k určité normě hledání sexuálního uspokojení, v psychoanalýze je pak vztahován rovněž k sexuálnímu pudu a tím k pudu sebezáchovy. Z tohoto důvodu lze takto označit i poruchy příjmu potravy a Freud také tyto poruchy za perverze považoval (Laplanche, Pontalis, 1967). Psychoanalytické chápání perverze je vývojové a spočívá v tom, že k narušení psychosexuálního vývoje došlo dříve, než mohl proběhnout oidipovský konflikt. Perverze ale nemusí být strukturální, může se objevit na základě regrese (oscilace po ose psychosexuálního vývoje je zajímavým příspěvkem psychoanalýzy do dnešní psychopatologie). Bergeret rozlišuje perverznost a perverzi a kromě toho ještě perveznost charakteru a perverzní charakter, který považuje za dočasný. Podle Bergereta spočívá perverznost charakteru v popření, a to nikoliv v extrémních formách popření pohlaví jako takového, ale ve slabších formách popření pouze narcistické stránky ostatních (Bergeret, 1996). Jde o pokus chránit narcistickou stránku osobnosti tím, že se opírá o druhé. Tato potřeba je dána tím, že Já je nekonsolidované a relativně nehotové. Výsledkem je koncentrace na jeden parciální objekt slasti. Kromě toho je popírána individualita ostatních, jejich identita atd. a druzí slouží výhradně tomu, aby podporovali nedostatečnou narcistickou stránku osobnosti. Vztah k objektu je anaklitický. Protože není vytvořena struktura Nad-Já, chybí nejen neurotické obrany, ale také vyšší morální instance, což působí manipulativnost tohoto typu charakteru (Bergeret, 1996).

V roce 1972 vyšla ve Francii práce autorů Kestemberga, Kestembergové a Decobertové, což byla první francouzská monografie věnovaná anorexii. Tato práce se zakládá na podrobném rozboru případů mentální anorexie a jejich léčby prostřednictvím psychanalýzy a psychodramatu.

Autoři zdůrazňují neschopnost asociovat, kterou dávají do souvislosti s oddělením současného Já a minulého Já. To souvisí s rozštěpením Já, kde je tělo prožíváno jako cizí nebo idealizované. Rozštěpení Já je důsledkem vývoje Falešného Já tak, jak to popsal Winnicott (blíže o této teorii viz kapitola 3.3.5.).

V souvislosti s neschopností asociovat a mluvit o své minulosti se pak autoři zmiňují o racionalizaci, která je častým obranným mechanismem. Racionalizace jednak zakrývá tuto diskontinuitu, zároveň ale také slouží jako zdroj slasti z kontroly a ovládnání jak sebe, tak druhých. Dalším významným mechanismem je projekce. Protože anorektičky nevyjadřují vlastní agresivitu, vidí ostatní jako perzekutory. Agresivita, která je manifestována, není přímá, ale projevuje se jemným vyhýbáním se přání druhého. Projekce se projevuje také v závislosti na okolí, na jehož hodnocení a přáních se zároveň anorektičky cítí závislé. Tato přání mohou být projektivní a jsou pocíťována často jako manipulace sebou samým. Naproti tomu kapacita introjekce je velice malá. To, co je interiorizováno, je prožíváno jako špatné. S obtížnou introjekcí souvisí i obtížná identifikace. Pokud je identifikace možná, je vždy pouze přechodná. Obtíže s identifikací a introjekcí svědčí o zhroucení před oidipickým konfliktem. Žádná z rodičovských postav nemůže být tedy ve své totalitě a se svojí sexuální rolí podporou pro Ideální Já, které by bylo restrukturované prostřednictvím Nad Já. Ideální Já tak zůstává hypertrofované a všudypřítomné. Nad Já, zůstává tedy spíše ve formě archaického Ideálního Já, což se projevuje především v tom, že pocity viny se vztahují především k sobě samé, ale ne k ostatním. Zaměření libida na objekt je tedy minimální, zaměření je obvykle narcistické, a to i ve vztahu k druhým, kteří jsou vnímáni jako idealizovaný nikoli externí objekt. Protože tyto ideální osoby ale neexistují, je narcistický plán osobnosti stále narušován. Narcistická zranitelnost pacientek je tedy značná a nedostatek objektů také.

Nediferencovanost figur, hypertrofie Ideálního Já pak souvisí s vymazáním erotogenních zón. Tyto zóny jsou nediferencované, oralita proniká všemi a zůstává v duchu zmatených vztahů ze začátku života, s oporou v archaické mateřské figuře a neoddělenosti od této figury. Anální zóna například nepřináší specifickou slast, ale je vymazána ve prospěch všemohoucího prožívání a megalomanské primitivní fantazie. Protože není rozlišena otcovská a mateřská figura, nemůže být vytvořena kastráční úzkost. Některé anorektičky se přímo prožívají jako trubice, která je čistá nebo špinavá, v závislosti na tom, zda jedí nebo ne. Toto prožívání odráží smíšení erotogenních zón. Vymazání erotogenních zón pak sblížuje mentální anorexii s psychotickou organizací. Rozdíl je ale v tom, že u anorektiček je specificita těchto zón přeměněna ve všemohoucnost a megalomanií, a dále v tom, že vytěsnění těchto fantazií se nedaří a zůstává v předvědomí.

Důležitým mechanismem při vymazání erotogenních zón je negace, což je mechanismus, který Freud vyzdvihuje v souvislosti s fetišismem (kde se jedná o negaci kastrace). U pacientek s anorexií jsou ostatní prožívání pouze jako částečné objekty, nezbytné pro podporu narcistické rovnováhy. Částečný objekt je v určitém smyslu tranzitivní objekt, ale také fetišistický objekt. Negace je obranou proti ztrátě objektu, k čemuž se připojuje vytěsnění agresivity a nevědomé pocity viny.

Dalším perverzním chováním, které ilustruje vztah k objektu, jsou lži, ale hlavně chování svedení-odmítnutí, braní si a použití. Tento vztah k objektu je typicky perverzní, ale anorektičky popírají, že by měly z uvedeného chování slastné pocity. Slast je ale naopak připouštěna a prožívána v manipulaci se sebou samou, v kontrole, která ovšem také manipuluje s okolím, což je popíráno.

Bludná negace je důležitým mechanismem také ve vztahu k vlastnímu tělu. Vedle negace je zde ale crotizace motorického fungování těla. To ukazuje na rozštěpení představy těla na jedné straně a jeho fungování na straně druhé.

Dalším ze zdrojů slasti je pocit hladu, ačkoli je negován a skrze reakční formaci je naopak transformován v předstírání faktu, že anorektičky hlad nemají. Erotizace hladu a negace těla odpovídá primárnímu masochismu a pocitům nesmrtnosti, tedy megalomanské fantazii.

2.2.2.4 Anorexie jako adiktivní problém

S pojetím anorexie jako typu perverze souvisí úzce i pojetí anorexie jako adiktivního chování. Adiktivní chování může být rovněž nahlíženo jako perverze, tedy získávání slasti prostřednictvím fetišizovaného objektu, který není sdílen s ostatními.

S pojmem „toxikomanie bez drog“ ve vztahu k organizaci osobnosti přišel O.Fenichel. Fenichel uvádí, že toxikomanie je samozřejmě spojená s konzumací určité látky, ale že původ toxikomanie není touto látkou podmíněn. Původ vidí v osobnostní struktuře, destrukci genitální sexuality a regresi do pregenitálního stádia s narcistickými obtížemi, agresivním orálním přáním, které je sexuální, souvisí ale také s potřebou bezpečí a sebedůvěrou (Brusset, 1998). Fenichel přejímá v této oblasti Wulffovu koncepci (1932) (viz kapitola věnovaná anorexii jako pudovému konfliktu 3.2.1.1. Podle Fenichela nedošlo k přesunutí libida na jiný objekt, jídlo reprezentuje mnohé další objekty a často zůstává tím jediným, co pacienta spojuje s realitou (Kerstenberg, 1972).

Koncept anorexie jako toxikomanie byl rozpracován rovněž Bernardem Brussetem, který anorexii chápe jako endogenní toxikomanii, nebo v určitém smyslu proti-toxikomanii, prostřednictvím které se pacientka snaží utéct závislosti, přetřhnout pouto s rodiči a vyhlásit nezávislost (Decobert, 2000). Anorexie a bulimie se dle jeho uvažování zařazují vedle toxikomanie, která vykazuje vyšší prevalenci u mužů. Koncept závislostního chování není aplikován dogmaticky, ale jsou pouze shledávány podobnosti v určitých etapách vývoje poruchy.

Definice závislosti spočívá v opakování určitého chování bez přihlídnutí k vedlejším ničivým účinkům takového chování. Účelem chování je dosažení určitých počitků, vjemů. Součástí závislosti je slast, ale i utrpení. Závislost se projevuje také omezením zájmů a postupnou izolací. Tato paralela je evidentní u bulimie, ale je možné najít podobnost i s restriktivní mentální anorexií. Podle Brusseta je tato podobnost hlavně v riskování, popření a hledání identity. Jedná se o určitý způsob redukování úzkosti prostřednictvím agování. Proces je substitucí procesu puberty (Brusset, 1998). Přestože je jejich povaha jakoby opačná (vyhnutí se slasti z jídla a hledání slasti prostřednictvím drog), podobnost je v tom, že anorektičky nacházejí slast právě v odmítnutí a bažení po moci nad sebou samou. Hladovění jim přináší určitý stav nabuzení a organismus zajišťuje příjemné pocity zvýšeným vyplavováním endorfinů. Brusset proto mluví o indogenní toxikomanii. Útěk do toxikomanie nebo do „jídelní toxikomanie“ je obranou proti depresi a úzkosti. Další podobnost s toxikomanií shledává v tom, že zaměření na ostatní zdroje slasti, především tedy genitální sexualitu, je buď velice slabé, nebo je naopak obráceno v opak, a uspokojení je čerpáno výhradně buď z braní drogy, nebo z vyhýbání se jídlu. U obou problematik nalézá také fascinaci předmětem slasti, ať už drogou nebo jídlu, které je odmítáno, ale obvykle fetišizováno. Většina anorektiček velice ráda vaří, mnohé mají práci týkající se jídla atd. Jedná se o parciální objekt, který je velice odlišný od objektu u neurotiků a je nepřístupný symbolizaci (Brusset, 1998). Kestemberg mluví dokonce o „hladovém orgasmu“ (Kestemberg, 1972).

Podobnosti s adiktivním chováním jsou evidentní. Zmiňuje se o nich například také Sperlingová, která uvádí, že u závislosti je kontrolující nebezpečný mateřský objekt reprezentován substancí, tedy drogou nebo alkoholem, a pacient nemůže odolat inkorporaci. V tomto vysvětlení se Sperlingová přiklání k Selviniové. Anorektičky ale podle ní inkorporaci odolávají, protože mají více vyvinuté obranné mechanismy. Tato

kontrola ale může někdy pod vlivem úzkosti přejít v agování a nekontrolované chování, které odpovídá bulimickým záchvatům (Sperling, 1983).

2.2.2.5 Anorexie jako problém selfobjektu

Další koncepcí, která nám připadá velmi nosná, je koncepce vycházející z Kohutovy self-psychologie. Zastáncem této koncepce je Alan Goodsitt. Z Kohutovy teorie zdůrazňuje především předpoklad, že tolerovat separaci bez určité formy dekompenzace je možné pouze tehdy, když je internalizovaná určitá mentální struktura. Funkce, které Kohut nazývá selfobjektní, zahrnují schopnosti jako udržení narcistické rovnováhy, regulace tenze, vitalizaci, zajišťování kontinuity a zvládnání úzkosti. Podle Kohuta tyto funkce vývojově vznikají stimulací zvenku a jejich hlavním zprostředkovatelem je matka. Matka je tím, kdo zpočátku výše uvedené funkce zajišťuje. Postupně jsou tyto funkce převedeny na nějaký neživý objekt, který Kohut nazývá transitivity. Dítě je schopné tento objekt absolutně kontrolovat, a tím si samo zprostředkovává pocit bezpečí a pohody. Dítě si je vědomo, že tento objekt je vnější, že není jeho součástí, ale prožívá ho jako součást sebe sama. Pokud je také matka prožívána jako „dostatečně dobrá“ ve smyslu Winnicottovy teorie, stane se transitivity objekt součástí mentální struktury dítěte. Takový objekt je nazýván selfobjekt. Pokud není péče „dostatečně dobrá“, selfobjekt je defektní a nezajišťuje svoje funkce (Goodsitt, 1985). Podle Winnicotta vzniká falešné Já u dětí takzvaných „terapeutických matek“, které mají pocit, že musí vždycky uspokojit každou frustraci dítěte tím, že ho okamžitě nakrmí. Tím znemožní, aby se dítě osamostatnilo skrze svůj vztek (Kerstemberg, 1972). Podle Kohuta jsou základní tři typy zkušenosti, které zajišťují vytvoření selfobjektu: zrcadlení, idealizování a zhodnocování (Goodsitt, 1985). Zrcadlení můžeme vysvětlit jako příbuznost, která dává dítěti pocit podobnosti s objekty. Idealizování je zkušenost dítěte s objekty, se kterými splývá, jsou všemocné, vyrovnané a bezchybné. Zhodnocování je pak zkušenost kladných reakcí na vnitřní pocit zdravé síly, velikosti a dokonalosti, který dítě prožívá, a potvrzení tohoto pocitu. Je to zkušenost podpory expanzivních projevů dítěte (Mitchell, Blacková, 1999). Podle Kohuta tyto zkušenosti zajišťují vývoj zdravého narcismu. Pro jeho vývoj je ale také důležitá pozdější konfrontace těchto zkušeností s realitou.

Pokud dítě tyto zkušenosti nemá, jeho kapacita udržet si sebeobraz, kohezi a další self-funkce je narušena. Jedním z následků může pak být porucha příjmu potravy.

Sands uvádí, že dívky jsou zranitelnější, protože je méně podporovaná jejich expanzivnost a méně oceňována jejich vnitřní síla. Také rodiče, kteří jsou příliš zaujati sami sebou, jsou úzkostní, depresivní nebo psychotičtí, mohou vytvořit v dítěti pocit, že kontakt s ostatními je příliš riskantní. Takové děti si pak utvářejí pseudo-self-objekt. Podle Sandse je tento vývoj typický především pro anorektičky. Dítě se cítí zodpovědné za psychický stav rodiče a snaží se udržet jeho psychickou rovnováhu, nikoli však svoji vlastní. Potlačuje tedy svoje vlastní potřeby a orientuje se na ostatní jako jejich self-objekt. Jeho vlastní selfobjekt a potřeby seberegulace jsou zanedbané. V určitém stupni vývoje si pak dítě uvědomí, že nemůže těmto požadavkům dostačovat, a to se projevuje jako strach z dospělosti. Protože dospělost je ohlášena tělesnými změnami, je snaha nevyrůst zaměřena právě na ně. Vyrůst znamená být izolován, být prázdný. Sekundárně pak anorektické tělo získává mnoho pozornosti, která symptom podporuje. Zároveň je ale třeba si uvědomit, že důsledky nedostatečných selfobjektních schopností jsou velmi závažné. Protože pacientky nedisponují dostatečnými mechanismy selfregulace, cítí se nedostatečné, své možnosti kontroly vnímají jako nedostatečné, což je vyjádřeno právě pocitem, že jsou příliš tlusté. Cítí se stále ovlivňované a určitým způsobem využívané, protože nemají dostatečně vyvinutou selfregulační strukturu a závisejí tedy příliš na hodnocení okolí (Goodsitt, 1997).

Protože se pacientky cítí neschopné regulovat svoje nálady, protože se cítí osamocené a prázdné, snaží se svůj život zaplnit horečnatou aktivitou, která jim umožňuje uvedeným pocitům uniknout. Tím, že se koncentrují na váhu, její regulaci, počítání kalorií atd., mají pocit, že nad svým životem získávají kontrolu. Stejně tak přejímají i kontrolu nad vlastním tělem. Tím, že jsou schopné hladovět, se cítí nadřazené ostatním. To je protipólem skutečného pocitu nedostatečnosti a zoufalé potřeby pro hodnocení sebe samotné ostatními. (Goodsitt, 1997).

Pokud se porucha (anorexie nebo bulimie) rozvine, zprostředkovává pacientce náhradní identitu, Jáství. Přijít o nemoc znamená v tomto již obvykle chronickém stadiu ztrátu vlastní identity (Goodsitt, 1997).

Co se týče vztahu k vlastnímu tělu, vidí ho anorektičky několika způsoby. Mnoho z nich ho prožívá jako bitevní pole stádia separace-individuace. Adolescentní anorektičky ho mohou vidět také jako poslední baštu vlastní infantilní archaické grandiozity. Proto se tolik soustředí na vlastní tělo, které má zůstat neměnné, perfektní a absolutně kontrolovatelné, protože pubertální změny je připravují o všudypřítomný

obdiv, který mají malé děti, a narušují tak jejich křehkou psychickou rovnováhu, která úzce závisí na hodnocení druhých (Goodsitt, 1997).

Zároveň jako by chyběla integrace těla do self-reprezentace. Anorektičky zůstávají často podivně lhostejné k informacím o životu nebezpečných změnách v jejich těle. Také nepocítují svoje vnitřní tělesné signály. V tomto ohledu je třeba připomenout právě fakt, že self se vyvíjí především na základě prožívání tělesného self. Již Freud uvádí, že ego je nejdříve především tělesné. Anorexií narušené prožívání vlastního těla je symptomatickým odrazem absence vnitřní koheze a self-organizace (1923 in Goodsitt, 1997).

3 Obranné mechanismy ega u pacientek s anorexií

V následující kapitole se pokusíme popsat především současné výzkumné studie, které byly vedeny toto téma. Psychoanalytické teorie, které jsou uvedeny v první kapitole, koncept mechanismů obrany rozpracovávají rovněž, ale, jak je u psychoanalytických konceptů obvyklé, zakládají se spíše na klinických studiích než na systematickém výzkumu. Psychoanalytické teorie, které popisují psychopatologii mentální anorexie mimo jiné v souvislosti s obrannými mechanismy a které jsou založeny na klinickém pozorování, nikoli na exaktní metodologii (se všemi jejími výhodami i nevýhodami) jsou tedy uvedeny v kapitole 3.2, zatímco tato kapitola je věnována přímo studiím vedeným na toto téma.

Výzkumné studie týkající se obranných mechanismů se začínají objevovat v souvislosti s vývojem nástrojů měření a také zařazením konceptu do DSM-III-R, což znamená na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let. Studií přesto není mnoho a počátky zkoumání jsou poznamenány absencí diagnostických nástrojů.

V roce 1976 vyšla studie Crispa a Stonehilla (in Steiner, 1990), ve které byly prostřednictvím Eysenckova osobnostního dotazníku a Middlesex Hospital dotazníku srovnávány pacientky s depresí a anorexií s zdravými jedinci. Jedná se tedy o nástroje, které neměří přímo obranné mechanismy, ale pouze indikátory patologie. Anorektičky skórují mezi zdravou a depresivní populací. Ukázalo se, že anorektičky s bulimickou formou mají vyšší skóre deprese než anorektičky s restriktivní formou. Při studii prováděné po čtyřech letech, kdy většina anorektických symptomů ustoupila, se ukazuje, že bývalé anorektičky mají vyšší skóre neurotických symptomů, především u fobické a sociální úzkosti, než ostatní neurotické poruchy. Podle autorů to podporuje hypotézu, že anorexie je adaptativní reakcí na zmatky dospívání. Crisp a Stonehill nesouhlasí s tím, že by porucha nasedala na problémy ve vývoji struktury osobnosti.

Soustavným studiem vztahu obranných mechanismů a psychopatologie se zabýval Hans Steiner ze Standfordské univerzity. Steiner (1990) polemizuje s názorem Crispa a Stonehilla o absenci souvislosti mezi strukturou osobnosti a anorexií. Poruchy příjmu potravy podle něj nasedají na deficity ve vývoji ega, což znamená, že se objevují určité zvláštnosti ve struktuře osobnosti (nikoli přímo poruchy osobnosti, ale spíše nevyzrállost). Tyto faktory se v souvislosti s konstitučními, temperamentovými a sociálními faktory podílejí na vzniku onemocnění. Nevyzrállost se projevuje právě

v obranných mechanismech ega, a proto se Steiner orientuje na zkoumání tohoto konceptu.

V roce 1990 byl v článku „*Defense styles in Eating Disorders*“ zveřejněn výzkum, který srovnává 24 adolescentních dívek s restriktivní formou anorexie, 25 s purgativní formou, 23 adolescentních dívek s bulimií a 29 adolescentek s depresí. Kontrolní skupinou bylo 25 adolescentů a 25 dospělých. Skupiny byly párovány podle věku a pohlaví. Studie ukázala, že obě formy anorexie se vyznačují nižší vyspělostí obranných mechanismů, ale že tato vyspělost je vyšší než u dívek s bulimií a depresí. Zároveň bylo v této studii prokázáno, že délka onemocnění nemá s typem obranných mechanismů souvislost. Výzkumnou metodou pro zjišťování obranných mechanismů byla 67 položková verze dotazníku DSQ, tedy první Bondova verze z roku 1983. Výzkumná hypotéza, že obranné mechanismy jsou nezralé v porovnání se stejnou věkovou skupinou byla potvrzena. Ukazuje se, že je signifikantní rozdíl také mezi bulimičkami a anorektičkami. Dívky s anorexií mají vyspělejší obranné mechanismy.

Studie se zabývala také vztahem věku a užívání obranných mechanismů. Ukazuje se, že co se týče neurotických obranných mechanismů, věk nehraje roli, stejně jako u zralých obranných mechanismů. Pouze skóre v užívání nezralých obranných mechanismů je signifikantně vyšší u adolescentních pacientek i zdravých adolescentek než u zdravých dospělých jedinců (ve věku průměrně 36let). Tento výsledek není překvapivý, bohužel ale nevypovídá o tom, zda se liší mechanismy obrany u anorektiček v adolescentním věku a dospělém věku.

Steiner si rovněž kladl otázku, zda není možné, že rozdíl mezi zdravou populací a pacientkami s poruchami příjmu potravy je dán stupněm vyhladovění, který podněcuje regresi a zvyšuje labilitu, jak ukázala Keysova studie (1949 in Steiner, 1990). Porovnáním pacientek s velmi nízkým procentem tělesného tuku a s vyšším procentem se ale ukázalo, že mezi těmito dvěma skupinami není ve výsledku testu signifikantní rozdíl. Procento tělesného tuku nekoreluje s určitým obranným stylem. Rovněž studie porovnávající psychické fungování pacientek s anorexií a pacientek s cystickou fibrózou, které byly párovány podle procenta tělesného tuku a věku, ukázala, že existují signifikantní rozdíly v psychickém fungování a že tedy není možné přičítat psychické charakteristiky anorektiček pouze vyhladovění.

Steiner uzavírá, že nezralý obranný styl je spojený s nedostatky ve vývoji ega.

Ve stejném roce byla publikována studie Steigera et al. (1990), která byla realizována v Kanadě v Montrealu na anglofonních, ale i frankofonních pacientkách.

Výzkumný vzorek tvořilo 19 anorektiček-restriktérek, 11 purgativních anorektiček, 19 bulimíček s anorexií v anamnéze a 27 bulimíček bez anorexie v anamnéze. Tyto pacientky byly porovnávány jednak s nepychotickými psychiatrickými pacienty (n=17) a byla též vytvořena kontrolní skupina párovaná podle věku (n=24). Skupina byla testována DSQ-67. Tato verze pracuje s 4 faktory, a to maladaptivní styl (nezralý), obranný styl narušující vnímání, sebeobětující styl a adaptativní (zralý) styl. Kromě toho byl zadáván EAT-40, Depressive Experiences Questionnaire, Dysfunctional Attitude Scale a Beckova škála deprese. Co se týče výsledků zjištěných prostřednictvím DSQ-67, ukazuje se, že pacientky se liší od normální populace, ale pouze slabě od ostatní psychiatrické populace. Pacientky a psychiatrická populace mají větší tendenci užívat primitivní maladaptivní (nezralé) obrany a prokazuje se též, že mají tendenci užívat méně často zralé obrany.

Protože ale výzkumy vzbuzovaly otázku, zda mechanismy obrany souvisí s osobností, nebo zda jsou výsledkem vyhladovění a onemocnění, provedl Steiger a Houle (1991) též výzkum u subklinických forem poruch příjmu potravy. Výzkumným vzorkem bylo 112 studentek univerzity ve věku od 18 do 28 let, kterým byl zadán jednak EAT-26, Bell Object Relations Inventory a dále pak DSQ-68, který podobně jako výše uvedený DSQ-67 sytí čtyři faktory. Výsledky výzkumu ukazují, že též studentky, které mají subklinickou formu poruchy příjmu potravy, skórují výše v nezralém obranném stylu. Zároveň se ale nepotvrzuje hypotéza, že by studentky se subklinickou formou užívaly méně adaptivních (zralých) obranných mechanismů, což se ukázalo jako statisticky významné u pacientek s poruchou příjmu potravy v plné formě. Steiger vysvětluje toto zjištění tím, že faktory jsou zřejmě na sobě mnohem méně závislé, než se předpokládá.

Studie prostřednictvím stejného dotazníku, ale jeho kratší verze (DSQ-40) byla prováděna také v Londýně (Schmidt et al., 1993). Vzorek byl tvořen 26 pacientkami s restriktivní formou anorexie, 61 pacientkami s bulimií a 37 pacientkami s purgativní anorexií nebo současnou bulimií a anorexií v anamnéze. Kontrolní skupinu tvořilo 88 zdravých dívek. Pacientky s bulimií vykazovaly nezralejší obranný styl než všechny ostatní skupiny. Pacientky s purgativní formou anorexie, nebo s bulimií a anorexií v anamnéze vykazovaly obranné mechanismy méně nezralé, ale přesto signifikantně nezralejší než kontrolní skupina a pacientky s restriktivní formou anorexie. Naopak studie neprokázala rozdíl mezi zdravými jedinci a restriktivní formou anorexie.

Tato studie se také pokoušela najít typické elementy z dětství, které by mohly určovat obranný styl v budoucnosti. U bulimiček se signifikantně častěji vyskytovala nadměrná rodičovská kontrola, která koreluje s nižším skórem u zralých obran, a fyzické zneužívání, které koreluje se zvýšeným skóre nezralých obran.

V roce 1994 vyšel článek, v němž jsou výsledky studie dělané stejným testem v Pittsburgu (Sullivan, 1994). Výzkum byl prováděn testem DSQ-88 na populaci 66 probandek s anorexií, bulimií nebo oběma poruchami současně. Kontrolní skupina tedy vytvořena nebyla, a to z toho důvodu, že předchozí výzkumy již prokázaly, že existuje rozdíl mezi nepsychiatrickou populací a pacientkami s poruchou příjmu potravy. Výzkum nezjistil žádné rozdíly mezi skupinami pacientek. Autoři uzavírají, že neexistuje specifický obranný styl pro jednotlivé typy poruch příjmu potravy. Naopak uvádějí, že se tyto skupiny liší v temperamentu. Autoři vysvětlují fakt, že výsledky testu ukazují, že mezi jednotlivými populacemi není rozdíl, dvěma hypotézami. Buď je DSQ nástroj, který je příliš hrubý, který se navíc vztahuje pouze k několika behaviorálním manifestacím obranného mechanismu, takže rozdíly existují, ale mohly by být nalezeny pomocí sofistikovanějšího nástroje. Tento nástroj ale dosud není k dispozici. Druhá možnost je, že rozdíly skutečně neexistují.

Z roku 1995 pochází další studie, která byla prováděná u těžkých anorektiček v Izraeli (Goethelf, 1995). Studie byla vedena prostřednictvím Pfefferovy Ego Defense Scale, tedy na základě klinického pozorování a rozhovoru. Tato studie se snaží vyvarovat se problematického seskupování obran do „obranných stylů“, jak to dělaly předchozí studie. Pacientky s anorexií byly porovnávány s pacientkami s depresí, OCD, hraniční poruchou osobnosti, schizofrenií a zdravou populací. Výsledky studie ukazují, že všechny psychiatrické pacientky používají častěji regresi, popření, projekci, vytěsnění a introjekci. Anorektičky ale používají signifikantně častěji intelektualizaci a sublimaci.

Studii prostřednictvím dotazníku DSQ-72 opakoval tým univerzity Paris XI. (Torjman et al., 1997). Vzorek tvořilo 41 anorektiček, 37 bulimiček a 72 zdravých dívek. Studie ukázala, že rozdíly se objevují především v projekci, odčinění a sublimaci. Anorektičky se od bulimiček liší pouze v užívání pasivní agrese, izolace a znehodnocení.

Podobná studie prostřednictvím DSQ-72 byla vedena také ve Finsku (Poikolainen et al., 2001). Padesát sedm žen s poruchou příjmu potravy ve věku 14-22let bylo porovnáváno s 337 kontrolními jedinci stejného věku. Jednalo se o

pacientky, které byly hospitalizovány poprvé, nebo byly jeden rok před výzkumem bez potíží. Také se jednalo o pacientky bez psychotických příznaků. Vzorek tvořilo 14 anorektiček, 30 bulimiček a 13 nespecifikovaných a atypických poruch. Pacientky s atypickými diagnózami byly například anorektičky s přetrvávající menstruací nebo bulimičky, které zvracely méně často než dvakrát týdně. Kontrolní skupina byla párována podle věku. Kromě DSQ-72 autoři také zadávali dotazníky zjišťující sebepojetí (Rosenbergerova self-esteem scale), životní události (Lie Event Checklist), úzkost (Trait Anxiety Inventory) a depresivitu (Cornell Medical Index health questionnaire). Výzkum ukázal rozdíly s normální populací v neurotických a nezralých obranných mechanismech, zatímco se neprojevil rozdíl ve zralých mechanismech. Dotazník naopak neukázal rozdíly mezi jednotlivými diagnózami. Kromě toho se prokázala vyšší úzkost u pacientek, vyšší depresivita a více nepříznivých životních událostí. Při analýze jednotlivých obranných mechanismů se ukazuje, že pacientky s poruchou příjmu potravy měly vyšší skóre v sublimaci, odčinění a pasivní agresi. Naopak, skóre v přesunu a štěpení byl nižší. Ukazuje se také, že pacientky mají více vyhraněný obranný styl. Vyšší skóre v pasivní agresi autoři vysvětlují tím, že pacientky s poruchou příjmu potravy mají obvykle problémy s přímým projevením agrese. Kromě toho autoři spekulují o možném vztahu rozdílů sociální akceptace projevení agrese u mužů a žen a prevalence poruch příjmu potravy. Skóre sublimace vysvětlují jako důsledek konformity, sociální adaptivnosti a způsobu kanalizace nepříjemných pocitů. Odčinění pak dávají do souvislosti s pubertálními změnami, které by měly být odčiněny. Zjištění, že pacientky méně skórují ve štěpení a přesunu je v rozporu s tím, co obvykle uvádějí teorie. Autoři studie vysvětlují tento nálezn tím, že měli ve skupině pouze pacientky s první epizodou, které tedy nejsou ještě příliš narušené.

Prostřednictvím 88 položkové verze dotazníku DSQ byl prováděn podobný výzkum v Chorvatsku (Vidovic et al., 2003). Vzorek byl tvořen 71 pacientkami s poruchou příjmu potravy (restriktivní i purgativní forma anorexie a bulimie) a 51 zdravými jedinci. Výzkumnou metodou byl kromě DSQ-88 také STAI (State and Trait Anxiety Inventory). Pacientky s purgativní formou anorexie a bulimií vykazovaly větší skóre úzkosti. V oblasti mechanismů obrany se ukazuje signifikantní rozdíl mezi pacientkami s purgativní formou anorexie a bulimií a pacientkami s restriktivní formou. Pacientky s restriktivní formou anorexie se signifikantně od zdravé populace nelišily ani ve skóre úzkosti, ani v užívání obranných mechanismů. Toto zjištění, které se může zdát velice překvapivé, autoři vysvětlují jako výsledek pseudovypěstlosti a

tendence k vnější a vnitřní kontrole a nevědomé snahy imitovat normalitu a vyhnout se konfliktům.

V letech 2003/2004 byl v Izraeli prováděn podobný výzkum s klientkami, které měly zvýšený skóre v dotazníku EAT-26, ale u kterých nebyla tato diagnóza stanovena, protože nenaplnily všechna kritéria poruchy, jednalo se tedy o subklinické formy poruch příjmu potravy (Stein et al., 2003). Studie se zúčastnilo celkem 423 dívek ze středních škol. Výzkumnou metodou byla 88 položková verze DSQ a Life Style Index (LSI). Výzkum ukázal, že ženy, které mají subklinickou formu anorexie, užívají častěji DSQ neurotický styl a LSI-kompensaci. Studentky se subklinickou formou bulimie využívají ve srovnání se studentkami se subklinickou anorexií spíše nezralé obranné mechanismy. Pacientky se subklinickou anorexií se od kontrolní skupiny v užívání nezralých mechanismů obrany neliší.

Studie tedy ukazují vesměs homogenní výsledky. To může být dáno ale také tím, že metodologické nástroje jsou velmi omezené a prakticky všechny studie tedy využívají dotazník DSQ. Překvapivý je fakt, že se bulimie ukazuje jako „těžší“ patologie obranných mechanismů než anorexie. Můžeme se ale domnívat, že je to dáno tím, že anorektičky bývají popisovány jako méně impulzivní a více konformní a můžeme tedy zpochybňovat validitu měření obranných mechanismů autoevaluační metodou. Pokud konfrontujeme psychoanalytické koncepty uvedené v kapitole 3.2 a výsledky studií, je rozdíl především v absenci mechanismů jako je štěpení, disociace nebo popření, které jsou považovány za velice archaické a typické pro anorexiu. Můžeme se domnívat, že tyto mechanismy se ale v autoevaluačním dotazníku neobjevují právě z důvodů, že jsou velice archaické a nejen mechanismy samy, ale též jejich výsledky jsou těžko přístupné introspekci a vědomí. Proto se domníváme, že by bylo vhodné zaměřit více se na zkoumání prostřednictvím také jiných než autoevaluačních metod.

4 Obranné mechanismy u pacientek s anorexií: vlastní studie

4.1 Cíle výzkumu

Obranné mechanismy jsou nástrojem zvládnání úzkosti. Tato úzkost může pramenit z pudů a emocí, které se tlačí do vědomí. U psychiatrických pacientů existuje pravděpodobnost, že užívají méně efektivní či primitivnější způsoby zvládnání této úzkosti a že výsledkem je vytvoření symptomu. Důvod, proč provádíme tento výzkum u pacientek s anorexií, je fakt, že tyto pacientky jsou často velice úzkostné, a to značně komplikuje realimentaci i terapii. Odstranění symptomu (realimentace) vede k vzrůstu úzkosti, kterou pacientky zvládají velice obtížně. Lepší pochopení způsobů, jakými tyto pacientky úzkost zvládají, je tak velice důležité pro terapeutická doporučení.

Od osmdesátých let jsou k dispozici kvantifikovatelné nástroje měření obranných mechanismů a hypotéza, že psychiatrickí pacienti používají méně efektivní obranné mechanismy, tedy mohla být výzkumně testována. Nám známé výzkumy proběhly v USA, Kanadě, Anglii, Izraeli, Francii a Chorvatsku. Dalším cílem výzkumu je tedy také provést stejný výzkum u české populace.

4.2 Výzkumné hypotézy

Na základě studia odborné literatury, která pojednává o obranných mechanismech u pacientek trpících anorexií, jsme sestavili několik hypotéz, které jsme se rozhodli v rámci této práce otestovat.

Hypotéza č.1: Mechanismy obrany zdravé populace a pacientek s anorexií se liší.

Hypotéza č.2: Mechanismy obrany pacientek s purgativní a restriktivní anorexií se liší.

Hypotéza č.3: Mechanismy obrany pacientek respektive srovnávací populace do 19 a nad 19 let se liší.

Hypotéza č.4: Pacientky s anorexií používají častěji než zdravá populace nezralé obranné mechanismy.

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Knihovna katedry psychologie
110 00 Praha 1, Celetná 20

Hypotéza č.5: Nezralé obranné mechanismy mají tendenci klesat s věkem jak srovnávací populace, tak pacientek s anorexií.

Hypotéza č.6: Nezralé a neurotické mechanismy se objevují častěji u skupin s nižším aktuálním BMI.

Hypotéza č.7: Nezralé a neurotické mechanismy se objevují častěji u skupin s nižším minimálním BMI.

Hypotéza č.8: Používání nezralých a neurotických obranných mechanismů souvisí s délkou onemocnění

4.3 Metody sběru dat

Data budou sbírána dvěma způsoby, a to jednak v přímém kontaktu s pacientkami, které jsou hospitalizované na oddělení 3 na Psychiatrické klinice v Praze, a jednak přes internet prostřednictvím internetového portálu PPP info, který je vytvořen speciálně pro pacienty a pacientky s tímto onemocněním. U internetové populace bude dotazník obsahovat také otázky na jídelní návyky, chybějící menstruaci, výšku, váhu, eventuelní kontakt s psychologem nebo psychiatrem a též myšlenky na jídlo. Zároveň budu pravidelně sledovat chat, kde je možné ověřit pravdivost dat prostřednictvím toho, co o sobě dívky píšou. Validita získaných dat bude zvýšena rovněž tím, že budou probandkám odeslány výsledky testu.

Data získaná jak na oddělení 3, tak přes internet, budou srovnávána se srovnávací skupinou dívek, která bude podobného věkového rozpětí a u nichž bude ověřováno, zda mají běžné jídelní návyky. Toto ověřování bude prováděno pouze prostřednictvím otázek, bude též sledováno BMI. Nabízí se zadat probandkám rovněž dotazník na jídelní návyky, například EAT, ale sběr dat by se tím značně prodloužil a snížila by se validita dotazníku, protože lze předpokládat, že by klesla motivace probandek. Pro zvýšení validity výzkumu budou rovněž probandky ze srovnávací skupiny informovány o výsledcích testu. Do výzkumu budou zařazeny pouze probandky s aktuálním BMI vyšším než 18,5, přestože BMI není u pubertálních dívek zcela jednoznačným indikátorem poruchy příjmu potravy.

Kontrolované proměnné jsou věk pacientek, aktuální a minimální BMI, typ anorexie, typ zdroje dat a délka trvání poruchy. Jedná se o proměnné, které jsou dávány do vztahu s obrannými mechanismy nebo s prognózou anorexie.

4.4 Popis zvolených metod

Pro výzkum jsme zvolili dvě výzkumné metody, dotazník Defence Mechanism Questionnaire-40 (DSQ-40) a Tématický apercepční test (TAT). Výzkumné hypotézy budou ověřovány prostřednictvím dotazníku, jehož výsledky budou kvalitativně konfrontovány s výsledky projektivního testu.

Protože DSQ je metoda poměrně málo známá a u TAT používáme v Česku nové interpretaci, budeme se v následujících dvou podkapitolách věnovat podrobnějšímu popisu obou metod.

4.4.1 Dotazník DSQ-40

Dotazník vznikl na základě Vaillantovy teorie. První revizi vytvořil Bond a kolektiv a dotazník byl publikovaný v roce 1983 (Bond in Andrews, 1989). Položky odkazují k 24 různým obranným mechanismům. Validita položek byla zajištěna tím, že párováním položek k jednotlivým obranným mechanismům bylo pověřeno nezávisle pět odborníků, kteří měli všichni psychoanalytický výcvik. Byly zachovány pouze ty položky, na nichž se odborníci shodli (Ionescu, 2001). Tento dotazník má 67 položek a byl standardizován na pacientech (n=98) a kontrolní skupině (n=111).

Společně s Vaillantem byla pak vytvořena revize dotazníku, tentokrát 88 položková. Tento dotazník byl ověřen u pacientů s psychózou, afektivními poruchami, úzkostnými a dalšími poruchami. Ukázalo se, že pacienti s afektivní poruchou mají výsledky jako normální populace, ale že test predikuje u ostatních diagnóz. Kromě toho byly zpracovány studie týkající se rozdílnosti výsledků mezi pohlavími. Rozdílné výsledky prokázány nebyly, naopak se ukázalo, že určité rozdíly jsou způsobené věkem respondentů, tj. že s rostoucím věkem mají respondenti méně tendenci méně využívat nezralé obrany. Fakt, že není rozdíl mezi pohlavími, ale pouze v závislosti na věku, odpovídá tomu, co bylo zjištěno na základě Vaillantovy *Etude du développement adulte*, o které jsme pojednali v kapitole 2.2.2.2 (Chabrol, Callahan, 2004).

Tento dotazník následně modifikoval Andrews et al., který ho jednak zkrátil na 72 položek, a dále model ověřil faktorovou analýzou, která seskupuje položky do tří

skupin dle typu obran (zralé, nezralé, neurotické). Test není ale schopný rozlišit mezi jednotlivými poruchami.

Na základě této varianty pak byla vytvořena varianta DSQ-40, kterou používáme v naší práci. Tato verze se vyrovnává s některými nedostatky předchozích verzí. Jednak je to fakt, že některé položky, které Bond původně zamýšlel jako korespondující s určitým obranným mechanismem, jsou odrazem některé z psychiatrických diagnóz. Například položka „Mám zvyky a rituály, které musím dodržovat, jinak by se mohlo stát něco hrozného“, jejímž cílem je zmapovat využití mechanismu odčinění, koresponduje příliš úzce s diagnózou obsesivně-kompulzivní poruchy. Dalším nedostatkem předchozí verze bylo, že položky nebyly rovnoměrně distribuovány k jednotlivým obranným mechanismům.

Verze o čtyřiceti položkách jednak přiřazuje každému obrannému mechanismu dvě položky vybrané na základě položkové analýzy. Dotazník byl standardizován na 712 respondentech ve věku od 12 do 78 let (průměrný věk 35 let, s.d. 13 let), ve vzorku bylo 64% žen. Respondenti vyplňovali oba dva dotazníky (Andrewsovu verzi DSQ-72 a novou verzi DSQ-40, mezi testováním byl časový interval 4 týdny). Test byl ověřován rovněž u různých psychiatrických diagnóz (Andrews et al., 1993).

Český překlad a předběžná standardizace čtyřicetipoložkové verze proběhla v letech 2004 a 2005 a byla publikována v květnu 2005 v rámci diplomové práce Ivy Červenkové na katedře psychologie v Praze. Předběžná standardizace proběhla na vzorku 112 lidí, z čehož bylo 58 žen a 54 mužů ve věku od 15 do 60 let. Diplomová práce obsahuje tedy i orientační normy, jejichž využitelnost pro naši práci je ale velice sporná vzhledem k tomu, že ve skupině 15-19 let byl test předběžně standardizován pouze na dvou probandech a ve skupině 20-24 na čtrnácti probandech (bez rozlišení pohlaví). Protože výsledky testů jsou ovlivněny především v nižších věkových kategoriích právě věkem (Steiner, 1990), protože se navíc ukazuje i rozdíl mezi pohlavími (viz kapitola 2.2.2.2) a protože srovnávací skupina našeho výzkumu byla přibližně stejně velká jako skupina, na které byla dělána celá norma Červenkové, ale zároveň odpovídala věkem a pohlavím zkoumanému vzorku, budeme pro potřeby další práce používat pouze srovnávací skupinu a normy Červenkové dále používat nebudeme. Český překlad testu, který je výsledkem diplomové práce Červenkové a který budeme používat, je uveden v příloze č.4.

Chabrol a Callahan (2004) kritizovali face validitu čtyřicetipoložkové verze a provedli proto validizační studii francouzského překladu. Osm nezávislých odborníků

párovalo položky s jednotlivými obrannými mechanismy na základě evaluační škály DSM-IV. Slabá face validita se ukázala především u položek týkajících se přesunu, disociace, znehodnocení, projekce a částečně také pasivní agrese, pseudoaltruismu, odčinění a izolace. Faktorová analýza nicméně potvrdila, že test skutečně měří tři faktory, jimiž jsou obrany zralé, nezralé a neurotické. Chabrol vysvětluje, že přiřazení položek jako izolace a přesun mezi nezralé obranné mechanismy možná vysvětluje slabou face validitu těchto položek.

Všechny verze tohoto testu přesto velice slabě korelují s DMRS, stejně jako s ní nekorelují ostatní dotazníkové metody. Mehlman a Slane (1994 in Chabrol, Callahan, 2004) tedy uzavírají, že pouze dotazníková metoda není pro měření obranných mechanismů vhodná. Také korelace s nezralými obranami měřenými prostřednictvím *Defense mechanism manual* pro TAT (Cramer, 1991) se ukázala jako velmi slabá. Lze tedy uzavřít, že měření obranných mechanismů dotazníkem je problematické. Dotazník je přesto využíván ve velkém množství studií, protože se jedná a časově nenáročnou a lehce kvantifikovatelnou metodu. Výzkumy ukazují, že přes všechny výhrady vůči této metodě jsou mezi psychiatrickými pacienty a zdravou populací signifikantní rozdíly ve prospěch užívání zralých obran u zdravé populace a ve prospěch užívání nezralých a neurotických obran u psychiatrických pacientů.

Zařazení DSQ jako výzkumné metody je dáno tím, že se jedná o vůbec nejpoužívanější metodu zjišťování obranných mechanismů, která byla navíc používána ve většině studií na naše téma. Co se týče jednotlivých verzí dotazníku, rozhodli jsme se pro verzi DSQ-40, která má sice výše uvedené nevýhody, ale jako jediná je k dispozici v českém překladu. Jak již bylo uvedeno, tento překlad je v diplomové práci Ivy Červenkové doplněn orientačními normami, se kterými ale nebudeme pracovat, protože jsou pro potřeby naší práce nevyhovující. Překlad testu tedy bude zadán kromě pacientek i srovnávací skupině stejně starých dívek.

4.4.2 TAT v interpretačním systému Shentoubové

První verze TAT byla autory Morganem a Murrayem publikována v roce 1935, definitivní verze, která čítá 31 tabulí pak vyšla roku 1943. Murray byl v analýze u Junga a potom u Alexandra a cílem jeho metody bylo vědecké poznání osobnosti. Murrayův systém interpretace testu se ale rychle začal jevit jako nedostatečný a interpretace byla dále rozpracovávána. V duchu psychoanalytické teorie využil test Z.A.Piotrowski, který interpretuje příběhy, které proband vypráví, částečně jako sen, i

když si je samozřejmě vědom, že způsob interpretace snu nelze přenášet mechanicky. Test byl propracováván i dalšími psychoanalytiky, z nichž jmenujme ještě Roye Schafera, který v padesátých letech zdůraznil, že nejde pouze o to, *co* proband produkuje, ale hlavně o to *jak* o tabuli mluví. Interpretace testu coby snu je postupně zcela opuštěna a je to L.Bellak, který v padesátých letech zdůraznil projevy druhého Freudova schématu, tj. Já a jeho obran v testu. Na něho přímo navázala Shentoubová, která vytvořila systém interpretace, který se používá ve Francii a který budeme používat v naší práci. Od egopsychologie se v průběhu vzniku interpretačního systému, který vznikl dvacet let, Shentoubová poněkud odklonila ve prospěch klasické Freudovy teorie, a to především v otázce oidipovského komplexu a konfliktu libida s principem reality. Přesto je ve finální verzi stále mnoho egopsychologického vlivu.

Základem testu jsou nevědomé fantazie (*fantasme*), které ovlivňují latentní strukturu příběhu (a tím samozřejmě i manifestní). Některé fantazie jsou individuální, některé jsou všem společné. Jedná se o takzvané původní fantazie (*fantasmes originaires*), například návrat do mateřského lůna, kastrace atd. Organizace fantazií vypovídá o tom, jak strukturující byl pro jedince oidipovský konflikt Tabule jsou vybrány speciálně tak, aby aktivovaly původní fantazie, takže probandův příběh vypovídá o tom, jak se s těmito fantaziemi proband vyrovnává (například zda je popírá, zda se jimi nechá unést atd.).

Hned na začátku interpretace je třeba uvést, že rozdíl mezi zdravím a patologií dle egopsychologie a též teorií TAT není v tom, že se u zdravých jedinců nevyskytují konflikty, pocity viny, nebo agresivita. Rozdíl je v tom, jak je proband schopný tyto konflikty řešit a též jak často se vyskytují. Test tedy primárně odkazuje k mechanismům obrany, které proband používá pro zvládnutí situace. Pro každou tabuli existuje banální odpověď, která ukazuje na zdravé zvládnutí konfliktu. Na základě odpovědi, a to nejen jejího obsahu, ale též formálních charakteristik, jsou přiřazeny kódy z interpretačního listu. Kromě toho je kvalitativně zhodnocena odpověď ve vztahu k typu problematiky, kterou tabule evokuje. Podle převažujícího typu procesů a v konfrontaci s obsahem odpovědi je možné na základě celého testu vyslovit diagnostickou hypotézu. Interpretační list a banální odpovědi uvádíme v příloze č.1, 2 a 3.

Tuto metodu jsme zvolili proto, že se jedná o projektivní test. Výhodou oproti Rorschachově testu (ROR) je, že tento test je probandům poměrně neznámý, protože se v Česku prakticky nepoužívá. Kromě toho má autorka této diplomové práce kurz

pouze v Exnerově interpretačním systému ROR, který s obrannými mechanismy nepracuje. Co se týče jednotlivých interpretací TAT, výhodou interpretačního systému Shentoubové je fakt, že mám v této interpretaci kurz, který jsem absolvovala na Université Pierre Mendès France ve Francii. Kromě toho jsem bohužel neměla k dispozici interpretační manuál Cramera. Námitkou proti použití testu je, že nebyl v tomto interpretačním systému dosud zkoušen s českou populací, u projektivního testu se ale jedná o nevýhodu méně závažnou než u jiného typu testu. Archetypální situace na tabulích by kulturním přenosem neměly být ovlivněné, přesto jsme se rozhodli zadat test i zdravým probandům, abych viděla, jestli některá tabule nemá například odlišnou kulturní konotaci. To potvrzeno nebylo, takže s TAT srovnávací skupiny dále ve výzkumu nepracujeme.

4.5 Výzkum

4.5.1 Popis vzorku

4.5.1.1 Pacientky

Výzkumným vzorkem jsou pacientky s diagnózou mentální anorexie (F50.0 nebo F50.1). Do vzorku nebyly zařazeny pacientky, které mají v anamnéze mentální bulimii a pacientky, u nichž byla diagnostikována jiná porucha. Jedinou výjimkou je diagnóza porucha osobnosti, protože tato diagnóza jednak není na stejné ose v MKN-10 a dále je podle našeho názoru dávána často poněkud unáhleně, takže je u mnohých pacientek, také vzhledem k jejich nízkému věku, sporná.

Pacientky, jejichž věk, minimální a aktuální průměrné BMI je uvedené v následující tabulce, byly kontaktovány jednak na oddělení 3 na Psychiatrické klinice a jednak přes portál ppp info. Na oddělení 3 bylo osloveno 19 pacientek, z nichž všechny akceptovaly se výzkumu zúčastnit.

Pacientky kontaktované přes internet odpověděly na moje vzkazy, že hledám dívky s anorexií do svého výzkumu, přičemž výměnou za účast byly opět výsledky testu. Celkem na vzkaz odpovědělo 53 dívek, z nichž 45 poslalo kompletně vyplněný dotazník. Návratnost byla tedy velice vysoká. Dotazník obsahoval otázky na jídelní chování a diagnostická kritéria anorexie a eventuelní psychologickou nebo psychiatrickou péči. S dívkami jsem často také komunikovala po chatu, takže jsem měla možnost ověřit pravdivost některých tvrzení. Internet je samozřejmě velice nespolehlivé médium, ale ppp info je zároveň určitým „nizkoprahovým“ centrem,

obsahuje jídelníčky atd., takže pravděpodobnost předstírání je poněkud snížena. Přesto bylo z 45 vyplněných a vyhodnocených dotazníků vyřazeno dalších 20, u kterých se vyskytovala komorbidita a především podezření na mentální bulimii.

Rozložení všech 44 zařazených pacientek uvádíme v tabulce č.1.

Tab. č. 1: Rozložení vzorku: pacientky

		Věk (v letech)	aktuální BMI	minimální BMI	doba onemocnění (v letech)
N Platných		44	44	44	43
Průměr		21,09	16,93	14,60	4,72
Medián		20,00	16,88	14,57	4,00
Směrodatná odchylka		4,35	1,57	1,64	3,70
Minimum		14,00	13,70	10,92	,30
Maximum		30,00	20,70	17,93	14,00

Výzkumný vzorek byl rozdělen do dvou skupin: pod 19 let (včetně) a nad 19 let. Jedná se dělení značně umělé. Americké studie používají hranici 21 let, tedy dosažení plnoletosti v USA, u nás se tedy nabízí hranice 18 let. Normy uváděné Červenkovou (2005) dělí skupinu na 15-19 a 20-24, proto jsme se rozhodli pro hranici 19 let.

Tabulky č.2 a 3. reprezentují rozložení vzorku ve skupinách do 19 let a nad 19 let.

Tab. č. 2: Rozložení vzorku: pacientky pod 19 let včetně

	Věk (v letech)	aktuální BMI	minimální BMI	doba onemocnění (v letech)
N Platných	20	20	20	20
Průměr	17,45	16,82	14,40	2,95
Medián	18,00	16,90	14,03	2,00
Směrodatná odchylka	1,39	1,63	1,64	2,17
Minimum	14,00	13,70	12,07	0,30
Maximum	19,00	20,52	17,93	7,00

Tab. č. 3: Rozložení vzorku: pacientky nad 19 let

	Věk (v letech)	aktuální BMI	minimální BMI	doba onemocnění (v letech)
N Platných	24	24	24	23
Průměr	24,13	17,02	14,76	6,26
Medián	24,00	16,82	15,04	6,00
Směrodatná odchylka	3,55	1,56	1,65	4,09
Minimum	20,00	14,69	10,92	1,50
Maximum	30,00	20,70	17,65	14,00

Většina pacientek tedy měla anorexii v akutní fázi (BMI pod 17,5). Do výzkumu ale byly zařazeny pacientky s různým BMI proto, aby mohl být analyzován vztah mezi BMI a obrannými mechanismy. Tabulka č.4 reprezentuje rozložení z hlediska BMI aktuálně v širší normě (nad 17,5) a pod touto normou:

Tab. č. 4: Rozložení vzorku z hlediska aktuálního BMI pod a nad 17,5

Anorektičky s BMI pod 17,5

Anorektičky s BMI nad 17,5

	Věk (v letech)	aktuální BMI	minimální BMI	dobu onem. (v letech)	Věk (v letech)	aktuální BMI	minimální BMI	dobu onem. (v letech)
N Platných	31	31	31	30	13	13	13	13
Průměr	21,45	16,18	14,20	4,99	20,23	18,72	15,55	4,12
Medián	20,00	16,44	14,14	4,00	18,00	18,33	15,43	2,50
Směrodatná odchylka	4,30	1,07	1,45	3,99	4,51	1,07	1,71	2,98
Minimum	15,00	13,70	10,92	,30	14,00	17,53	12,42	1,00
Maximum	30,00	17,51	17,31	14,00	29,00	20,70	17,93	10,00

Jak již bylo uvedeno, vzorek je složen ze dvou typů souboru: jednak z dat, která byla získána na klinice a jednak z dat, která byla získána přes internet. Rozložení vzorku v obou skupinách ukazuje tabulka č.5:

Tab. č. 5: Rozložení vzorku vzhledem k typu získání dat

Anorektičky z internetu

Anorektičky z kliniky

	Věk (v letech)	aktuální BMI	minimální BMI	dobu onem. (v letech)	Věk (v letech)	aktuální BMI	minimální BMI	dobu onem. (v letech)
N Platných	25	25	25	24	19	19	19	19
Průměr	20,40	17,39	14,83	4,56	22,00	16,33	14,28	4,923
Medián	20,00	17,26	15,22	3,500	20,00	16,18	13,82	4,00
Směrodatná odchylka	4,14	1,43	1,36	3,44	4,55	1,58	1,93	4,08
Minimum	14,00	14,69	12,07	,75	18,00	13,70	10,92	0,30
Maximum	29,00	20,70	17,31	14,00	30,00	19,16	17,93	14,00

Další charakteristikou výzkumného vzorku byl typ anorexie (restriktivní, nebo purgativní). Rozložení ukazuje následující tabulka:

Tab. č. 6: Rozložení vzorku vzhledem k purgativnímu nebo restriktivnímu typu anorexie

	Purgativní anorektičky				Restriktivní anorektičky			
	věk (v letech)	aktuální BMI	minimální BMI	doba onem. (v letech)	věk (v letech)	aktuální BMI	minimální BMI	doba onem. (v letech)
N	17	17	17	16	27	27	27	27
Platných								
Průměr	21,52	17,31	15,03	4,82	20,81	16,68	14,32	4,65
Medián	21,00	17,26	15,22	4,50	19,00	16,74	14,18	3,00
Směrodatná odchylka	4,03	1,44	1,91	3,23	4,59	1,63	1,40	4,00
Minimum	15,00	14,70	10,92	,75	14,00	13,70	12,34	0,30
Maximum	29,00	20,70	17,65	12,00	30,00	20,52	17,93	14,00

Poslední kontrolovanou proměnnou byla délka trvání nemoci a počet eventuelních relapsů. Ve výzkumném vzorku byly jak chronické pacientky, tak pacientky, které měly první epizodu onemocnění. Rozložení ve vzorku ukazuje následující tabulka. Mezi „první epizodu“ byly zařazeny pouze pacientky, jejichž potíže netrvaly déle než 1,5 let a jejichž BMI bylo nejnižší v tomto roce. Jejich skupina je ale poměrně malá, takže bylo spíše cílem tohoto dělení odlišit skutečně chronické anorektičky, aby mohla být provedena analýza této skupiny.

Tab. č.7: Rozdělení pacientek v závislosti na délce trvání onemocnění

Onemocnění kratší než 1,5 roku

Onemocnění delší než 1,5 roku

	Věk (v letech)	Aktuální BMI	Minimální BMI	doba onem. (v letech)	Věk (v letech)	Aktuální BMI	Minimální BMI	doba onem. (v letech)
N	10	10	10	10	34	34	34	34
Platných								
Průměr	19,90	17,14	15,42	1,10	21,38	16,92	14,40	5,69
Medián	18,00	17,10	15,62	1,00	21,00	16,88	14,39	5,00
Směrodatná odchylka	4,17	1,58	1,57	,44	4,43	1,57	1,62	3,56
Minimum	16,00	14,23	13,43	,30	14,00	13,70	10,92	1,75
Maximum	30,00	20,08	17,93	1,75	30,00	20,70	17,31	14,00

U 15 ze 19 pacientek, se kterými jsme se setkali na Oddělení 3, bylo kromě DSQ-40 snímáno rovněž TAT. Jak již bylo uvedeno výše, TAT je projektivní test, který není možné kvantifikovat, a bude sloužit především ke konfrontaci výsledků kvantitativní analýzy. Charakteristiky těchto pacientek jsou uvedeny v kapitole věnované analýze TAT (5.5.3) .

4.5.1.2 Srovnávací skupina

Srovnávací skupina, jejíž průměrný věk a BMI jsou uvedeny v následující tabulce, byly dívky z gymnázia v Rokycanech, dále pak studentky vysokých škol psychologie, politologie, práv a bohemistiky. Charakteristiky vzorku uvádí tabulka č.8.

Tab. č.8: Rozložení vzorku, srovnávací skupina

	Věk (v letech)	BMI
N Platných	121	121
Průměr	18,69	20,96
Medián	17,00	20,54
Směrodatná odchylka	3,84	1,77
Minimum	14,00	18,50
Maximum	29,00	25,65

Srovnávací skupina byla pak rozdělena do dvou podskupin podle stejného kritéria jako pacientky. Rozložení v jednotlivých skupinách ukazují tabulky 9 a 10:

Tab. č.9: Rozložení vzorku, srovnávací skupina do 19 let včetně

	Věk (v letech)	BMI
N Platných	85	85
Průměr	16,44	20,78
Medián	17,00	20,43
Směrodatná odchylka	1,25	1,71
Minimum	14,00	18,50
Maximum	18,00	24,91

Tab. č.10: Rozložení vzorku , srovnávací skupina nad 19 let

	Věk (v letech)	BMI
N Platných	36	36
Průměr	24,00	21,37
Medián	24,00	21,45
Směrodatná odchylka	2,40	1,86
Minimum	20,00	18,52
Maximum	29,00	25,65

4.5.2 Statistická analýza dat a výsledky získané z dotazníku DSQ-40

4.5.2.1 Předběžné srovnání

Na počátku analýzy bylo ověřeno, zda mají data normální rozložení. Získané koeficienty (Kolmogorov-Smirnov, Cramer-von Mises, Anderson-Darling) ukazují, že rozložení je normální

V rámci předběžné analýzy byla také srovnávána populace dívek s anorexií z internetu a z kliniky. Tabulka č.11 uvádí hodnoty t-testu, přičemž ty, které jsou statisticky významné, jsou vyznačeny tučně.

Tab. č.11: Výsledky t-testu, populace z internetu a z kliniky

věk	0,24
BMI aktuální	0,03
BMI minimální	0,30
sublimace	0,15
humor	0,85
anticipace	0,09
potlačení	0,90
odčinění	0,73
pseudoaltruismus	0,89
idealizace	0,24
Reakční formace	0,12
projekce	0,18
pasivní agrese	0,42
agování	0,11
izolace	0,02
znehodnocení	0,34
autistická fantazie	0,27
popření	0,65
přesun	0,21
disociace	0,06
štěpení	0,38
racionalizace	0,29
somatizace	0,94

zralé	0,92
neurotické	0,29
nezralé	0,14

T-test ukazuje, že se obě populace neliší v užívání obranných mechanismů s výjimkou mechanismu izolace afektu, který je u internetové populace častější. Rovněž se liší v aktuálním BMI, což je pochopitelné. Skór ve výsledných faktorech se ale statisticky významně neliší, a proto lze předpokládat, že se obě populace neliší.

Na základě těchto zjištění jsme se rozhodli pro další analýzu používat naši srovnávací skupinu a zároveň nedělat rozdíl mezi internetovou populací a populací z kliniky.

4.5.2.2 Analýza dat

Během statistické analýzy bylo prostřednictvím analýzy variance rozptylu ANOVA testováno, zda jsou rozdíly mezi skupinou anorektiček a srovnávací skupinou. Skupina anorektiček přitom byla rozdělena do čtyř kategorií. První byla purgativní proti restriktivním anorektičkám a druhá byly pacientky, u nichž porucha trvá déle než 1,5 roku respektive méně. Skupina anorektiček byla testována jako celek a prostřednictvím kontrastu byly pak zjišťovány možné vlivy podskupin. Dále byl prováděn t-test pro zjištění rozdílů mezi jednotlivými podskupinami.

Poté jsme ověřovali několik skutečností týkajících se vztahu některých proměnných k výsledkům testu. Byla zjišťována parciální korelace věku, aktuálního a minimálního BMI a délky trvání poruchy prostřednictvím regresní analýzy.

5.5.2.2.1 Srovnání mezi skupinami

Následně byl zkoumán rozdíl mezi skupinou pacientek a srovnávací skupinou v užívání jednotlivých obranných mechanismů. Pro analýzu rozdílů mezi srovnávací skupinou a pacientkami jsme použili t-test. Hodnoty t-testu ukazují, že se obě skupiny ve většině obranných mechanismů liší, jak ukazuje tabulka č.12.

Tab. č.12: Výsledky t-testu, srovnávací skupina a pacientky

Obranný mechanismus	Hodnota t testu
Sublimace	0,00
Humor	0,00

Anticipace	<i>0,02</i>
Potlačení	<i>0,01</i>
Odčinění	<i>0,03</i>
Pseudoaltruismus	<i>0,00</i>
Idealizace	<i>0,03</i>
Reakční formace	<i>0,00</i>
Projekce	<i>0,00</i>
Pasivní agrese	0,08
Agování	0,32
Izolace	<i>0,00</i>
Znehodnocení	0,06
Autistická fantazie	<i>0,00</i>
Popření	0,07
Přesun	<i>0,00</i>
Disociace	0,99
Štěpení	0,29
Racionalizace	0,18
Somatizace	<i>0,00</i>
Zralé	0,06
Neurotické	<i>0,00</i>
Nezralé	<i>0,00</i>

Obě skupiny se tedy liší v používání mechanismů sublimace, humoru, anticipace, potlačení, odčinění pseudoaltruismu, idealizaci, reakční formaci, projekci, izolaci, autistické fantazii, přesunu, somatizaci a ve faktorech neurotické a nezralé obranné mechanismy. Obě skupiny se tedy liší především v jednotlivých zralých obranných mechanismech, přesto se výsledný skóre neliší.

Vzhledem k srovnávací skupině byla rovněž provedena analýza ANOVA, která zahrnuje i vztahy mezi jednotlivými proměnnými. Pro tuto analýzu byl výzkumný vzorek rozdělen na tři podskupiny, tj. srovnávací skupina, restriktivní anorektičky a purgativní anorektičky.

ANOVA skupiny pacientek a srovnávací skupiny neukazuje signifikativní rozdíl ve zralých obranných mechanismech ($F=1,73$, $p=0.1452$), ale ukazuje

signifikativní rozdíly v neurotických ($F=5.38$, $p=0.0004$) a nezralých ($F=3.92$, $p=0.0046$). Analýza rozptylu tedy ukazuje, že u zralých obranných mechanismů nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, že se obě skupiny v používání zralých obranných mechanismů liší, ale u neurotických a nezralých obranných mechanismů se oba vzorky liší s vysokou spolehlivostí.

Jednou z otázek našeho výzkumu je rozdíl mezi obrannými mechanismy u purgativních a restriktivních anorektiček. Tento kontrast není signifikativní (zralé $F=1,36$, $p=0.2461$; neurotické $F=0,28$, $p=0,5985$; nezralé $F=0,5$, $p=0,4808$). Tento kontrast nás tedy informuje o tom, že statistická odlišnost srovnávací skupiny a skupiny pacientek není způsobena rozdílem mezi purgativními a restriktivními anorektičkami. Tyto skupiny jsou, podle výsledků tohoto testu, identické.

T-test pro dva nezávislé výběry nás informuje, jak se liší případně jednotlivé obranné mechanismy.

Tab. č.13: Výsledky t-testu, populace restriktivních a purgativních anorektiček

Obranný mechanismus	Hodnota t testu
Sublimace	0,36
Humor	0,11
Anticipace	0,15
Potlačení	0,05
Odčinění	0,40
Pseudoaltruismus	0,17
Idealizace	0,76
Reakční formace	0,22
Projekce	0,48
Pasivní agrese	0,81
Agování	0,22
Izolace	0,54
Znehodnocení	0,91
Autistická fantazie	0,48
Popření	0,82
Přesun	0,27
Disociace	0,33

Štěpení	0,23
Racionalizace	0,23
Somatizace	0,65
Zralé	0,22
Neurotické	0,95
Nezralé	0,76

Výsledky t-testu neukazují rozdíl mezi oběma skupinami kromě mechanismu potlačení. Ve výsledných faktorech ale rozdíly nejsou.

Dalším objektem našeho zájmu bylo zjistit, zda skutečně existuje rozdíl mezi skupinou do 19 a nad 19 let (ať už pacientek, nebo srovnávací skupiny). Byla prováděna ANOVA. ANOVA skupin pacientek neukazuje žádné signifikativní rozdíly mezi podskupinami, zatímco srovnávací skupina se liší v nezralých obranných mechanismech ($F=24.90$; $p=0.0001$).

Následně byl proveden t-test pro srovnání skupin anorektiček pod 19 let a srovnávací populace pod 19 let a t-test pro srovnání skupin anorektiček nad 19 let a srovnávací skupiny nad 19 let. Výsledky ukazuje následující tabulka:

Tab. č.14: Výsledky t-testu, populace anorektiček do 19 let a srovnávací skupiny do 19 let/anorektiček nad 19 let a srovnávací skupiny nad 19 let

Obranný mechanismus	Hodnota t testu	Hodnota t testu
	Porovnání skupin do 19 let	Porovnání skupin nad 19 let
Sublimace	0,03	0,06
Humor	0,42	0,00
Anticipace	0,00	0,91
Potlačení	0,05	0,04
Odčínění	0,09	0,06
Pseudoaltruismus	0,00	0,01
Idealizace	0,16	0,02
Reakční formace	0,02	0,13
Projekce	0,34	0,00
Pasivní agrese	0,75	0,00

Agování	0,29	0,64
Izolace	0,14	0,00
Znehodnocení	0,39	0,00
Autistická fantazie	0,12	0,00
Popření	0,36	0,07
Přesun	0,01	0,02
Disociace	0,37	0,36
Štěpení	0,69	0,00
Racionalizace	0,52	0,04
Somatizace	0,05	0,01
Zralé	0,02	0,93
Neurotické	0,00	0,00
Nezralé	0,31	0,00

Dále byla t testem srovnány jednotlivé obranné mechanismy ve skupině pacientek pod 19 a nad 19 let. Výsledky ukazuje tabulka č.15 :

Tab. č.15: Výsledky t-testu, populace pacientek do 19 a nad 19 let

Obranný mechanismus	Hodnota t-testu
Sublimace	0,48
Humor	0,40
Anticipace	0,27
Potlačení	0,76
Odčinění	0,32
Pseudoaltruismus	0,79
Idealizace	0,50
Reakční formace	0,58
Projekce	0,57
Pasivní agrese	0,84
Agování	0,52
Izolace	0,43
Znehodnocení	0,40

Autistická fantazie	0,95
Popření	0,64
Přesun	0,80
Disociace	0,29
Štěpení	0,91
Racionalizace	0,62
Somatizace	0,42
Zralé	0,28
Neurotické	0,35
Nezralé	0,84

T test tedy ukazuje, že obě skupiny se neliší v žádném z pozorovaných obranných mechanismů.

Protože dosavadní výsledky byly počítány na poměrně heterogenním vzorku, post hoc byly vyčleněny homogennější skupiny, a to dívky, jejichž aktuální BMI bylo nižší než 17,5 a dále dívky, které byly nemocné déle než 1,5 roku.

Další analýza byla provedena pouze s pacientkami, jejichž aktuální BMI bylo pod 17,5. Tato skupina byla srovnána se srovnávací skupinou prostřednictvím t-testu.

Porovnání prostřednictvím t testu přináší výsledky uvedené v tabulce č.16:

Tab. č.16: Výsledky t-testu, pacientky s BMI nižším než 17,5 a srovnávací skupina

Obranný mechanismus	Hodnota t testu
Sublimace	<i>0,00</i>
Humor	<i>0,00</i>
Anticipace	<i>0,02</i>
Potlačení	<i>0,01</i>
Odčinění	<i>0,03</i>
Pseudoaltruismus	<i>0,00</i>
Idealizace	<i>0,03</i>
Reakční formace	<i>0,00</i>
Projekce	<i>0,00</i>
Pasivní agrese	0,08
Agování	0,32

Izolace	<i>0,00</i>
Znehodnocení	0,06
Autistická fantazie	<i>0,00</i>
Popření	0,07
Přesun	<i>0,00</i>
Disociace	0,99
Štěpení	0,29
Racionalizace	0,18
Somatizace	<i>0,00</i>
Zralé	0,06
Neurotické	<i>0,00</i>
Nezralé	<i>0,00</i>

T-test tedy ukazuje, že existuje rozdíl mezi oběma skupinami v mechanismech sublimace, humor, anticipace, potlačení, odčinění, pseudoaltruismus, idealizace, reakční formace, projekce, izolace, autistická fantazie, přesun, somatizace a ve faktorech neurotické a nezralé obranné mechanismy. Přitom sublimaci, anticipaci a potlačení používají pacientky častěji a humor méně často. Pacientky dále častěji používají odčinění, pseudoaltruismus, idealizaci, reakční formaci, projekci, izolaci, autistickou fantazii, přesun a somatizaci.

Dále byl post hoc prováděn t-test pro zjištění eventuelních rozdílů v rámci jednotlivých obranných mechanismů mezi pacientkami, které jsou nemocné déle než 1,5 roku, a srovnávací skupinou:

Tab. č.17: Výsledky t-testu, pacientky s onemocněním trvajícím déle než 1,5 roku a srovnávací skupina

Obranné mechanismy	Hodnota t testu
Sublimace	<i>0,04</i>
Humor	<i>0,00</i>
Anticipace	<i>0,01</i>
Potlačení	<i>0,03</i>
Odčinění	<i>0,01</i>
Pseudoaltruismus	<i>0,00</i>

Idealizace	0,06
Reakční formace	<i>0,01</i>
Projekce	<i>0,00</i>
Pasivní agrese	0,12
Agování	0,19
Izolace	<i>0,00</i>
Znehodnocení	0,09
Autistická fantazie	<i>0,00</i>
Popření	0,49
Přesun	<i>0,00</i>
Disociace	0,96
Štěpení	0,32
Racionalizace	0,06
Somatizace	<i>0,00</i>
Zralé	0,25
Neurotické	<i>0,00</i>
Nezralé	<i>0,00</i>

Hodnoty t-testu ukazují signifikantní rozdíly v obranných mechanismech sublimace, humor, anticipace, potlačení, odčinění pseudoaltruismus, reakční formace, projekce, izolace, autistická fantazie, přesun, somatizace a ve faktorech neurotické a nezralé obranné mechanismy. Anorektičky, které jsou nemocné déle než 1,5 let, používají více sublimaci, anticipaci, potlačení, odčinění, pseudoaltruismus, reakční formaci, reakční formaci, projekci, izolaci, autistickou fantazii, přesun, somatizaci, neurotické a nezralé obranné mechanismy, méně používají pouze humor.

5.5.2.2.2 Zjištění vlivu proměnných věk, aktuální a minimální BMI a doba onemocnění na skór v jednotlivých faktorech testu

Dále byla prováděna regresní analýza, jejíž výsledky uvádíme v následujícím textu. Z důvodů rozsahu naší práce neuvádíme kompletní tabulky, které ale uvádíme v přílohách uložených na CD, které je přiloženo k této práci.

4.5.2.2.1.1 Analýza výsledků srovnávací skupiny

Regresní analýza byla provedena ve vztahu k věku a BMI. Analýza vzhledem k zralým a neurotickým obranným mechanismům není signifikantní. Navíc tato

analýza vysvětluje velmi malou část rozptylu (1,4% v případě zralých a 4,5% v případě neurotických obranných mechanismů), což ukazuje na fakt, že věk a BMI nejsou vysvětlujícími proměnnými pro skórování v těchto dvou faktorech.

Regresní analýza nezralých obranných mechanismů vysvětluje 18% rozptylu, což je poměrně vysoké číslo. Regresní analýza nezralých obranných mechanismů vzhledem k věku a BMI je signifikantní ($F(2,118)=13,145$; $p=0,000$), přičemž role věku v této analýze je rovněž velice signifikantní ($Beta=-0,422$; $p=0,000$). Parciální korelace věku a nezralých obranných mechanismů je negativní, to znamená, že s věkem těchto mechanismů ubývá.

4.5.2.2.1.2 Analýza výsledků pacientek

Co se týče vysvětlujících proměnných u pacientek, byla provedena regresní analýza pro zjištění vlivu proměnných věk, aktuální BMI, minimální BMI a doba onemocnění na obranné mechanismy. Tato analýza byla provedena jednak u celé skupiny a jednak u jednotlivých podskupin, v nichž bylo dostatek údajů pro to, aby tato analýza mohla být provedena (tj. restriktivní anorektičky, anorektičky pod 19 a nad 19 let, anorektičky nemocné déle než 1,5let a anorektičky s BMI pod 17,5).

4.5.2.2.1.2.1 Analýza výsledků všech pacientek

Regrese vzhledem k zralým obranným mechanismům není signifikantní (hladina signifikantnosti F hodnoty je 0,243) a koeficienty korelace také nejsou signifikativní. Tato analýza tedy nevypovídá o žádném vztahu uvedených čtyř proměnných na zralé obranné mechanismy

Stejně tak není signifikantní regresní analýza neurotických obranných mechanismů (hodnota F je signifikantní na hladině 0,159).

Regresní analýza nezralých obranných mechanismů není rovněž signifikantní (F hodnota je signifikantní na hladině 0,09, což se blíží hladině statistické významnosti. Náš model vysvětluje 18% rozptylu). Koeficienty parciální korelace přinášejí zajímavý poznatek vzhledem k době onemocnění a používání obranných mechanismů. Ukazuje se statisticky významná negativní korelace mezi těmito proměnnými ($Beta=-0,462$; $p=0,032$).

Regresní analýza tedy ukazuje, že ve skupině pacientek není statisticky významný vztah mezi typem obranných mechanismů a věkem, minimálním a aktuálním BMI a dobou onemocnění.

Post hoc byla rozdělena skupina pacientek na pacientky do 19 a nad 19 let věku a regresní analýza byla zopakována. U pacientek do 19 byl rozptyl, který náš model vysvětluje, velice malý a též hodnoty F a Beta nejsou signifikativní.

Co se týče pacientek nad 19 let, regresní analýza vztahu k zralým a neurotickým obranným mechanismům není statisticky významná a ani jednotlivé koeficienty korelace neumožňují předpokládat určité tendence. Naopak, regresní analýza vztahu jednotlivých proměnných ukazuje statisticky významný vztah mezi používáním nezralých obranných mechanismů a věkem, aktuálním a minimálním BMI a dobou onemocnění. Náš model vysvětluje 51% rozptylu, což je velice uspokojivé. Hodnota F ukazuje, že regresní analýza je signifikantní na hladině významnosti 0,009. Hodnota Beta pak ukazuje statisticky významnou parciální korelaci mezi dobou onemocnění a nezralými obrannými mechanismy (Beta=-0,469, p=0,048) a též zmiňujeme korelaci minimálního BMI (Beta=-0,357, p=0,064, tedy na hladině, která není statisticky významná, ale blíží se hranici 0,05). Vliv věku je velice malý.

4.5.2.2.1.2.2 Restriktivní anorektičky

Tato analýza není signifikantní pro žádný z obranných mechanismů.

4.5.2.2.1.2.3 Pacientky s aktuálním BMI pod 17,5

Post hoc byla provedena také analýza pouze pacientek, které měly aktuálně, v době vyšetření, BMI pod 17,5.

Regresní analýza zralých obranných mechanismů vysvětluje 28,9% rozptylu a není signifikantní, nicméně hodnota signifikantnosti rovna 0,065 je hranici statistické významnosti dost blízko. Signifikantnost 0,065 je nejvyšší koeficient, navíc blíží se hranici statistické významnosti, který jsme ve vztahu ke zralým obranným mechanismům obdrželi. Koeficient parciální korelace s věkem -0,036 signifikantní na hladině 0,887 vypovídá o tom, že korelace věku a zralých obranných mechanismů je extrémně slabá.

Regresní analýza neurotických obranných mechanismů není signifikantní. Model vysvětluje 19,2% rozptylu.

Regresní analýza nezralých obranných mechanismů rovněž není signifikantní (F=2,211; p=0,97), ale ukazuje, že naše proměnné vysvětlují značnou část rozptylu (26%). Analýza koeficientů ukazuje, že doba onemocnění stejně jako minimální BMI má souvislost s nezralými mechanismy. Negativní parciální korelace mezi dobou onemocnění a nezralými obrannými mechanismy je signifikantní (Beta=-0,617;

$p=0,020$). Negativní korelace mezi minimálním BMI a nezralými obrannými mechanismy je signifikantní s pravděpodobností chyby 6% ($Beta=-0,403$; $p=0,060$).

4.5.2.2.1.2.4 Skupina pacientek s onemocněním trvajícím déle než 1,5 roku

Dále jsme post hoc analyzovali skupinu anorektiček, u nichž onemocnění trvá déle než jeden a půl roku.

Regresní analýza zralých obranných mechanismů tedy signifikantní a vysvětluje 20,2% rozptylu. Z koeficientů korelace uvedených níže je zajímavý především koeficient korelace s věkem ($Beta=0,035$, $p=0,898$) který je velmi málo signifikantní a svědčí tedy o absenci korelace zralých obranných s věkem.

Regresní analýza neurotických obranných mechanismů není signifikantní ($F=2,011$; $p=0,119$) a vysvětluje 21,7% rozptylu. Koeficient parciální korelace mezi dobou onemocnění a nezralými obrannými mechanismy signifikantní je ($Beta=-0,594$, $p=0,035$). Naopak, parciální korelace mezi minimálním BMI a neurotickými mechanismy se blíží 0 ($Beta=-0,013$, $p=0,945$).

Regresní analýza nezralých obranných mechanismů vysvětluje 42,8% rozptylu a je signifikantní. Hodnota Beta pro parciální korelaci s věkem je 0,614 ($p=0,012$) a hodnota Beta pro parciální korelaci s dobou onemocnění je -0,997 ($p=0,000$). Naopak, korelace s minimálním BMI je velice slabá ($Beta=-0,060$; $p=0,707$).

4.5.2.3 Interpretace výsledků DSQ-40 vzhledem k hypotézám výzkumu

Provedli jsme statistickou analýzu dat získaných prostřednictvím dotazníku DSQ-40. Tato data jsme konfrontovali s výsledky TAT u pacientek, u nichž bylo TAT k dispozici.

Analýza výsledků dotazníku především přináší poznatek, že se srovnávací skupina liší v neurotických a nezralých obranných mechanismech od skupiny pacientek. T test ukazuje, že konkrétně se liší skóry tak, že zatímco srovnávací skupina má tendenci užívat více humor, pacientky s anorexií používají více sublimaci, anticipaci, potlačení, odčinění, pseudoaltruismus, idealizaci, reakční formaci, projekci, izolaci, autistickou fantazii, přesun a somatizaci. Rozdíl, který nenacházíme v celkovém skóru zralých mechanismů, je tedy dán tím, že pacientky používají jiné mechanismy a jejich celkový průměrný skór v těchto mechanismech je vyšší, byť rozdíl mezi oběma skupinami není signifikantní. Touto analýzou byla *potvrzena hypotéza č.1*, že se obě populace liší a *hypotéza č.4*, že pacientky s anorexií používají

častěji nezralé obranné mechanismy. Tato hypotéza se potvrdila i u post hoc sestavených skupin pacientek s aktuálním BMI nižším než 17,5 a u pacientek s onemocněním trvajícím déle než 1,5 roku. Výsledky navíc ukazují, že pacientky i podskupiny pacientek skórují více také v neurotických obranných mechanismech.

Dle regresní analýzy má věk srovnávací populace vliv na skór v nezralých obranných mechanismech. Koeficient korelace je záporný, jedná se tedy o negativní korelaci. U pacientek se tato korelace neobjevuje, ale objevuje se negativní parciální korelace s dobou trvání onemocnění. *Hypotéza č. 5 byla tedy potvrzena pouze u srovnávací populace, u pacientek s anorexií neplatí.*

Kontrast mezi oběma skupinami anorektiček (purgativní versus restriktivní) ukazuje, že se obě skupiny neliší. T-test ukazuje, že je statisticky významný rozdíl pouze v potlačení, které mají tendenci více používat purgativní anorektičky. *Hypotéza 2, že se obě skupiny mezi sebou liší, tedy potvrzena nebyla.*

Hypotéza č.3, že se liší skupiny do 19 a nad 19 let, byla potvrzena pouze u srovnávací skupiny. Výsledky analýzy rozptylu ANOVA ukazují, že se od sebe dvě srovnávací podskupiny liší v užívání nezralých obranných mechanismů. Vliv věku u srovnávací skupiny na používání nezralých obranných mechanismů ukazuje rovněž regresní analýza, jak bylo uvedeno výše v souvislosti s hypotézou č.5.

U skupiny pacientek tato souvislost prokázána nebyla. U pacientek do 19 let regresní analýza ukázala, že náš model není validní a že tedy není možné skór v nezralých obranných mechanismech vysvětlit věkem, aktuálním nebo minimálním BMI či dobou onemocnění. U pacientek nad 19 let se naopak opět projevuje negativní korelace mezi dobou onemocnění a skórem v nezralých obranných mechanismech. Zároveň se objevuje tendence, že v této skupině existuje negativní korelace mezi minimálním BMI a nezralými obrannými mechanismy. Tento náález souvisí s hypotézou č.6, nicméně parciální korelace není statisticky významná.

Porovnání jednotlivých skupin t-testem pak ukazuje velmi zajímavé výsledky, a to především v tom, že zatímco srovnávací skupina do 19 let se od skupiny anorektiček liší ve zralých a neurotických obranných mechanismech, a to tak, že skupina anorektiček skóruje *více* ve zralých obranných mechanismech než srovnávací skupina. U skupiny nad 19 let se rozdíl ve skóru ve zralých obranných mechanismech neobjevuje. O těchto výsledcích pojednáme podrobněji v kapitole diskuze.

Regresní analýza post hoc sestavených podskupin ukázala některé další poznatky. U pacientek s aktuálním BMI pod 17,5 se opět objevuje negativní korelace

doby onemocnění a užívání nezralých obranných mechanismů a dále tendence nezralých obranných mechanismů klesat spolu s vyšším minimálním BMI (jedná se o tendenci, korelace není statisticky významná). Co se týče pacientek s délkou onemocnění nad 1,5 roku, ukazuje se především téměř absence korelace minimálního BMI a neurotických obranných mechanismů, ale naopak se objevuje negativní korelace doby onemocnění a neurotických obranných mechanismů. Co se týče nezralých obranných mechanismů, objevuje se pozitivní korelace s věkem (čím vyšší věk, tím více nezralých obranných mechanismů) a negativní korelace s dobou onemocnění (čím delší doba onemocnění, tím nižší skóre v nezralých obranných mechanismech). Toto zjištění je značně paradoxní a bude dále diskutováno v diskuzi.

Na závěr lze tedy shrnout, že náš výzkum potvrdil **hypotézu č.1**, že se srovnávací skupina a skupina anorektiček v používání obranných mechanismů liší. **Hypotéza č.2**, že se liší mechanismy obrany pacientek s restriktivní a purgativní formou anorexie naopak potvrzena nebyla. **Hypotéza č.3**, že se liší mechanismy obrany ve skupině do 19 a nad 19 let byla potvrzena pouze u srovnávací skupiny, u anorektiček se tyto mechanismy neliší. **Hypotéza č.4**, že anorektičky mají tendenci užívat více nezralých obranných mechanismů byla potvrzena, podrobnější analýza věkových skupin ale tuto hypotézu nepotvrzuje ve skupině do 19 let. **Hypotéza č.5** o vlivu věku na skórování byla potvrzena pouze u srovnávací populace, ve skupině anorektiček efekt věku obdržen nebyl. Post hoc analýza navíc u skupiny anorektiček s onemocněním trvajícím déle než 1,5 let ukazuje efekt zcela opačný, skóre v nezralých mechanismech u této populace s věkem naopak vzrůstá. **Hypotéza č.6** o vyšším skórování v neurotických a nezralých obranných mechanismech v závislosti na aktuálním BMI potvrzena nebyla. Aktuální BMI vliv na skóre testu v neurotických obranných mechanismech nemá. **Hypotéza č.7** o vlivu minimálního BMI potvrzena rovněž nebyla. Vliv minimálního BMI se objevil pouze jako tendence u podskupin pacientek nad 19 let, s aktuálním BMI nižším než 17,5 a u pacientek s dobou trvání onemocnění vyšší než 1,5 let. **Hypotéza č.8** o vlivu doby onemocnění nebyla potvrzena u neurotických mechanismů u celé skupiny, ale byla potvrzena u pacientek s onemocněním delším než 1,5 roku. Jedná se o negativní korelaci, tedy se vzrůstající dobou onemocnění má skóre v neurotických obranných mechanismech klesat. U nezralých obranných mechanismů byla hypotéza potvrzena jak u celého vzorku, tak u podskupin pacientek nad 19 let, s aktuálním BMI nižším než 17,5 a u pacientek

s dobou onemocnění delší než 1,5 roku, a to se stejným znaménkem korelace, tedy jako tendence skóru klesat se vzrůstající dobou onemocnění.

4.5.3 Kvalitativní analýza protokolů TAT

Jak již bylo uvedeno, TAT bylo snímáno u patnácti probandek, které byly všechny hospitalizovány na oddělení 3. Popis vzorku obsahuje tabulka č.18.

Tab. č.17: Rozložení vzorku: pacientky s TAT

	Věk (v letech)	Aktuální BMI	Minimální BMI	Doba onemocnění (v letech)
N Platných	15	15	15	15
Průměr	21,73	16,17	14,37	4,40
Medián	20,00	15,99	14,19	3,00
Směrodatná odchylka	4,52	1,67	1,84	4,01
Minimum	18,00	13,70	10,92	0,30
Maximum	30,00	19,16	17,93	14,00

Na úvod popíšeme stručně základní mechanismy obrany proti pudovým konfliktům u jednotlivých probandek, u nichž bude uveden také věk, BMI, minimální BMI, doba poruchy a typ poruchy.

Proband č.1: věk: 22 let; aktuální BMI: 15,57; minimální BMI: 13,49; doba trvání onemocnění: 7 let; diagnóza: F50.0: Protokol je poměrně krátký, imaginace je chudá, promluva je často nekoherentní, objevuje se útek k obecným úvahám. Převládají procesy typu C, objevují se ale často i procesy typu E. Tabule, kde se objevuje oidipická problematika (T1, T2), se vyznačují tím, že není evokován žádný příběh, objevuje se nezakotvenost mluvy (E4-2). Inhibice je velká, musíme pacientku povzbuzovat. Tato inhibice a neschopnost sestavit koherentní příběh je v přímém kontrastu se schopností sestavit příběh na tabulích, které vyžadují větší schopnosti elaborace. Můžeme se tedy domnívat, že existuje popření tohoto konfliktu. Tabule 5, která může odkazovat k pocitům viny (a tedy Nad-já) nebo k archaičtější obavě ze ztráty objektu, pocitům perzekuce nebo deprese, přechází od snahy vyvarovat se

konfliktu a depresi prostřednictvím procesu CM-1 a CM-3 (obrat na examinátora, humor) k neadekvátní agresivní představě (E3-2), která je v zápětí popřena a znovu připuštěna již v adekvátnější formě (pokus o zvládnutí prostřednictvím A3-1 a B2-2, tedy procesy neurotického typu), nicméně se opět objevuje představa perzekuce. Konflikt je nakonec zvládnut prostřednictvím inhibice, konkrétně procesu CI-2.

Test dále ukazuje na neexistenci účinných obran proti agresivitě. Signifikantní je tabule 8BM, kde pacientka, jejíž produkce se dosud vyznačovala spíše inhibicí, vstupuje okamžitě do příběhu, kde od procesu CN-3 (tedy pokusu o inhibici prostřednictvím znehybenění scény) pacientka přechází přímo k procesům typu E, protože předchozí inhibice je nedostatečná a agresivní pud příliš silný, pacientka nemá prostředky ho zadržet. Krutá představa je v zápětí projikována (E2-2). Pokud konfrontujeme tento obsah s tabulemi 11 a 19, které jsou zaměřené na archaickou úzkost, konstatujeme inhibici a neschopnost integrace na tabuli 11 a porozitu hranic spolu s neschopností sám zadržet vnitřní pnutí. Na tabuli 19 se objevuje mechanismus projektivní identifikace (CL-1) spolu s mechanismem trvání na hranicích (CN-4), který odkazuje k neschopnosti vytvořit vlastní ohraničení a potřebu podpory pro zadržení afektu (tedy selhání mechanismů obrany), která je ale zároveň prožívána jako nepříjemná a intruzivní.

Celkově lze o protokolu říct, že se neobjevují prakticky procesy typu A a B, neurotické procesy a neurotické mechanismy obran. Pacientka osciluje mezi procesy typu C (vyvarování se konfliktu) a procesy typu E (primární procesy). Z mechanismů obran se projevuje projekce, popření, izolace a projektivní identifikace. Tyto mechanismy, které jsou značně archaické, umožňují zvládnout primitivním způsobem agresivní impulzy především jejich exteriorizací. Tím je svět prožíván jako ohrožující, superego je archaické, perzekující, přičemž, jak ukazuje tabule 5, neurotické obrany proti tomuto superegu selhávají.

Proband č.2: věk: 22 let; aktuální BMI: 19,16; minimální BMI: 14,3; doba trvání onemocnění: 5 let; diagnóza: F50.1: Protokol je průměrně rozsáhlý, pacientka vytváří poměrně koherentní příběhy.

Na tabulích, které odkazují k oidipkému konfliktu (T1, T2) se objevují procesy typu A a především B, ale celá promluva je značně vágní a inhibovaná procesy typu CI-1 a CI-2. Procesy typu C ve spojitosti s procesy typu A nebo B poukazují na

vytěsnění, můžeme tedy říct, že se jedná o jakési „couvnutí“ před oidipským konfliktem, který je ohrožující.

Na tabuli 8 je agresivní obsah transponován do představy prostřednictvím procesu A2-1. Tabule 19, která odkazuje k hranicím, pocitům perzekuce a deprese, ukazuje na stabilitu hranic a schopnost udržet afekt na počátku příběhu, nicméně mechanismy typu A postupně selhávají a objevuje se perzekuční destruktivní představa, která je zvládnuta procesem typu C (CM-3). Tabule 5, která odkazuje k problematice Nad-já je zvládnuta prostřednictvím mechanismu negace (je připuštěna perzekuční představa, která je v zápětí negována a pak se vrací v mírnější formě). Tabule 11 je také dobře elaborovaná, můžeme se tedy domnívat, že se jedná spíše o regresi před oidipským konfliktem. Tabule 7 ukazuje na odmítnutí identifikace s matkou, odmítnutí ženské role, což je vyjádřeno jednak explicitně evokací konfliktu, jednak skotomem panenky. Tabule 6, která evokuje problematiku svedení a tabule 4, která odkazuje v oidipském kontextu k ambivalenci v heterosexuálním vztahu, který je vnímán jako ohrožující, na tabuli 4 se navíc objevují procesy typu CN, které odkazují k narcistické problematice. Protože se tato problematika doplňuje adekvátním zaměřením na objekt, můžeme usuzovat na narcistickou problematiku na tabuli, nikoli na obecnější patologii.

Celkově můžeme uzavřít, že se jedná o osobnost s poměrně dobře organizovanou strukturou, ale s problematickým řešením oidipského konfliktu, který je vytěsněn, ženská role není přijata a vztah k mužům je prožíván jako ohrožující pro vlastní narcismus, který není solidně konstituován. Objevují se obranné mechanismy především neurotického spektra, vytěsnění a negace, v případě přílišné naléhavosti konfliktu pak procesy typu C.

Proband 3: věk: 30 let; aktuální BMI: 16,74 ; minimální BMI: 15,82; doba trvání onemocnění: 1,5 let; diagnóza: F50.0: Protokol je poměrně dost rozsáhlý, pacientka je schopná vytvářet příběhy. Tabule 1 je dobře strukturovaná, postupně se kastrovní úzkost, evokovaná touto tabulí tlačí na vědomí, ale je adekvátně zvládnuta. Tabule 2, která následuje, ale začíná být od začátku elaborována s větším odstupem (CI-2, A1-2). Objevuje se zdůraznění limitu mezi vrstvami, které odpovídá zákazu incestu, které je doprovázeno polarizací CN-2 (dívka je narcisizována a lidé v pozadí devalorizováni).

Protokol tedy ukazuje na značně strukturovanou osobnost, tabule 5 v oidipském kontextu a tabule číslo 7 ukazuje na rigiditu Nad-já, což odpovídá zdůraznění zákazu incestu na tabuli 2.

Jedná se v podstatě o protokol, který se neliší od normy, konflikty na tabulích jsou evokovány a adekvátně řešeny. Převažují procesy typu A a B, procesy typu B jsou typické především procesy hysterického typu (B3-2), tj. silná erotizace vztahů. Vybočuje pouze tabule 8, která se týká zvládnání agresivních impulsů.

„Tady se mi při tom hrozně vybavil takovej ten příběh Jackylla a Hyda, jestli víte, a to byla taková rozdvojená...vlastně on byl rozdvojená osobnost, on byl zlý a zároveň i hodný k té slečně, co tam měl, takový tajuplný prostě...já nevím, co taky k tomu...no prostě příběh...třeba, šel pán po ulici...a vidim tady třeba dotyčný pravděpodobně doktory a měli, zabývali se různými experimenty, darováním orgánů...no a prostě asi...to je možná fantazie, ale prostě asi ho pravděpodobně donutili, nebo ho nějak uplatili, že neměl peníze na jídlo, tak na to přistoupil, že buď daruje orgány, nebo na sobě nechá provádět různé experimenty“.

Tabule vyvolává silnou obranu, objevuje se proces A2-1 a A1-4 (vztažení ke kultuře+odsunutí do příběhu, které umožňuje zvýšit vzdálenost mezi probandem a konfliktem). Příběh Jackylla a Hyda na této tabuli odkazuje ke štěpení. Postupně se pacientka „přibližuje“ k obsahu tabule, což vyvolává obranné procesy typu CM-1 (obrat na examinátora) a CI-2 (banalizace). Příběh, který vytváří, je značně agresivní (E2-3), což je ale oslabeno tím, že agresor je doktor, dále procesem A2-1 (je to fantazie). Objevuje se proces A3-2 (donutili-uplatili), čímž je postupně agresivní představa zvládnuta. Puška není vnímána.

Tabule nás tedy odkazuje k obtížím při zvládnání agresivních impulsů, což může souviset s rigidním Nad-já. Z používá pacientka, jak již bylo uvedeno výše, především procesy typu A a B.

Proband 4: věk: 18 let; aktuální BMI: 16,18; minimální BMI: 13,87; doba trvání onemocnění: 0,75 let, diagnóza: F 50.0: Protokol je přiměřeně dlouhý, úroveň elaborace je dobrá. Od osmé tabule (tabule s agresivním obsahem) však v testu nastává určitý propad, který ním dovoluje se tázat po skutečné organizaci osobnosti.

Tabule 1 je zvládnuta přiměřeně, s určitým odstupem od tabule. Navazující druhá oidipská tabule je zpracována v rámci reakční formace jako ideální svět („*klid, žádnéj problém...a...tady vidim dokonce těhotnou paní, takže...nevim...bezstarostnej život, úplně...já bych k tomu ani nevymýšlela žádný příběh*“). Reakční formace však před konfliktem dostatečně nechrání, objevuje se zvrát (CM-3) ve vztahu k dívce a objevuje se kontrast mezi těžkým životem na vesnici a životem pro dívku, což odpovídá banální interpretaci tabule. Zdůraznění kontrastu, anonymnost osob a absence vztahu mezi nimi však ukazuje na to, že oidipský konflikt není zcela vyřešen.

Podobné mechanismy (odstup od konfliktu) se spolu s mechanismy typu A, především odčinění (A3-2), negace (A2-3), projevu pudu a vzápětí obrany proti němu (A2-4), stažení se do fiktivního (A2-1), reakční formace (A3-3) objevují i na dalších tabulích.

Tabule 8 je zvládnuta poměrně banálně v rámci reakční formace jako obrany proti pudu, nicméně pak agresivita přetrvává do dalších tabulí, kde se projevuje proces typu E2-2 (jedna žena chce shodit druhou ze srázu), pud se přitom projevuje zcela bez obrany. Na tabuli 10 přetrvává téma smrti (dva lidé se utěšují, někdo zemřel, možná jejich dítě; proces je opět možné klasifikovat jako E2-2). Následuje tabule 11, která evokuje archaickou úzkost a vztah s mateřskou figurou. Objevuje se opět proces E2-3 (drak, který plamenem sežehne „človíčka“, který proti němu nemá vůbec šanci). Můžeme se tedy domnívat, že mateřská figura je vnitřně archaicky prožívána jako omnipotentní a sadistická.

Následující tabule včetně tabule 19 jsou elaborovány poměrně banálně s převahou procesů typu A.

Protokol je velice těžký na vyhodnocení. Jak již bylo uvedeno, objevují se masivně procesy typu A, ale dochází k propadu do procesů E přes tři tabule. Zdá se, že se jedná o povrchní přizpůsobení, které nasedá na problematickou ranou organizaci schizo-paranoidní pozice.

Proband č.5: věk: 18 let, aktuální BMI: 17,92; minimální BMI: 17,4; doba trvání onemocnění: 1 rok, diagnóza: F50.0: Odpovědi protokolu jsou dobře strukturované, objevují se pouze procesy typu A, B a C. Z procesů typu C se objevuje především banalizace a humor (CM-3, CI-2). Tabule 1 a 2 ukazují, že strukturace oidipským konfliktem byla započata, nicméně tento konflikt je zřejmě značně frustrující. Tabule 2 poukazuje na rivalitu s matkou (muž je „jedinej chlap“) v kontextu erotizace vztahů

(matka zabraňuje tomu, aby na sebe „kluk s holkou“ měli čas, je zlá), přičemž je úlohu „zlé macechy“ možné vnímat také jako zákaz incestu a oidipské Nad-já, které ale probouzí značnou frustraci. Tabule 5, která se vztahuje v oidipském kontextu k podobné problematice, je zpracována s poměrně velkým odstupem, ironií. Zajímavý je obsah banalizace, babička totiž hledá brýle, které jí „kluk a holka“ zašantročili. Tento obsah tedy evokuje určité „nevidění“, které je v tomto kontextu zcela jistě nenáhodné. Tabule 7 v oidipském konfliktu odkazuje k přijetí ženské role a místa matky. Tato tabule je zpracována procesy typu A a B, ale problematika tabule ukazuje na možné problémy s přijetím ženské role (maminka vysvětluje holčičce, že je moc velká na panenku, holčička to nechce akceptovat a pláče).

Co se týče tabulí, které evokují archaickou úzkost, na tabuli 3, která odkazuje k depresivní pozici, pacientka začíná elaborovat obsah prostřednictvím procesů typu A (A3-1; A3-2), celý obsah je extrémně banalizován (CF-1) a tím je depresivita zvládnuta. Na tabuli 11 se objevuje archaická úzkost, která je ale v zápětí zvládnuta mechanismem odčinění (drak člověka na tabuli sní, ale pak přijde někdo, kdo draka porazí). Tabule 19 je zvládnuta dobře, ukazuje na dobrou konstrukci limitů a zvládnutí depresivity. Určitou otázku může vyvolat proces CM-3 na konci tabule (na střeše je Batman), zvláště ve spojitosti s způsobem interpretace třetí tabule.

Tabule 8, jejíž zpracování je u anorektiček poměrně zajímavé, je zpracována standartně pomocí procesů typu A.

Celkově můžeme tedy uzavřít, že se jedná o spíše standartní neurotický protokol, který je charakteristický především mechanismem odčinění.

Proband č.6: věk: 21 let; aktuální BMI: 14,7; minimální BMI: 10,92; doba trvání onemocnění: 4 roky; diagnóza: F50.1: Pacientčin protokol je značně homogenní. Objevují se pouze procesy typu A, B a C s masivitou procesů typu C. Všechny tabule jsou elaborovány se silnou oporou v procesu B3-1 (afekt sloužící k vytěsnění představy), A 3-1 (opakování interpretací, váhání mezi různými představami, nejistota vyjádřená verbálně), ale především CI-1 (tendence k omezení), CI-2 (banalizace, anonymita osob), CL-2 (opora ve vjemech, počítčích), CM-3 (humor, ironie), méně často pak CM-2 (nestabilita identifikací), CN-3 (příběh je znehybněn v „obrázku“).

Protokol je zpracován natolik pomocí procesů typu C, že je velice těžké rozpracovat problematiku na jednotlivých tabulích. Neschopnost elaborace příběhu na

tabulí 11 a 19 odkazuje k preoidipské problematice, nestabilitě hranic, tabule 8 je zpracována pouze pomocí procesů typu C. Podle protokolu TAT se jedná o limitní strukturu.

Proband č.7: věk: 29 let; aktuální BMI: 18,33; minimální BMI: 12,42; doba trvání onemocnění: 9 let; diagnóza: F50.0: Protokol obsahuje převahu procesů typu C, a to především CN, tedy procesů narcistického zaměření. První tabule je zpracována zcela mimo manifestní obsah tabule, probandka vypráví, že měla piano, když byla malá. Jak je vidět z dalších tabulí, nejedná se o špatné pochopení instrukce, pouze o vyvarování se obsahu tabule. Podobná situace se objevuje i na tabulí 3 a 5. K narcistické problematice odkazuje i tabule 4, kde je konflikt na tabuli evidentně rozpoznán a verbalizován po odmlce (CI-3), ale tato představa je v zápětí anulována odčiněním (A2-3) a objevuje se zcela banální obsah (CF-1) (muže vyrušil nějaký hluk). Stejně tak na tabuli 5 je od nepříjemné reprezentace procesem anulace (A2-3) ve spojení s CN-1 (osobní reference) obsah zcela banalizován (CF-1): *„kdyby se smála, tak mi to připadá, jako když se na mě máma dívá do pokojíčku, jestli si hraju“*. Tento proces napomáhá vyřešit úzkost ze ztráty lásky objektu, která je touto tabulí v neoidipském kontextu evokována. Podobný proces se objevuje i na tabuli 6: muž na ženu udeřil, ona se musí k něčemu přiznat: tato představa je ale nesnesitelná, objevuje se proces A2-3 *„ale mile na ní udeřil“*, kde se objevuje jasný rozpor, který ale není rozpoznán, protože je třeba představu vytěsnit. Podobně na tabuli 7 se objevuje rozpoznání manifestního obsahu s představou *„nešťastné ustarané“* holky, který je v zápětí banalizován *„asi ji ta hračka nebaví, co má v ruce“*. Spojení procesu A2-3 s procesy typu CF je třeba interpretovat jako popření, konflikt je rozpoznán a v zápětí je zcela popřen. Tabule 8 je pak natolik ohrožující, že tento proces nemůže být uplatněn, pacientka trvá na limitech (CL-4) realita a sen, není schopná konflikt na tabuli unést. Tabule 11 a 19 jsou pak popsány jako „strašidelné“, budí úzkost, elaborace není možná, protože není možné rozpoznat obsah tabule.

TAT tedy ukazuje na limitní strukturu s narcistickou problematikou a selhávání neurotických obran. Dominantní je popření, objevuje se též štěpení. Tyto mechanismy jsou používány především vůči archaické úzkosti. Na tabulích, které jsou více strukturované, se objevuje spíše odčinění, negace, ale negace poměrně silná, protože je obsah zcela banalizován.

Proband č.8: věk: 18 let; aktuální BMI: 13,7; minimální BMI: 12,35 ; doba trvání onemocnění: 2 roky; diagnóza: F50.0: Protokol je velice krátký, většina konfliktů není rozpoznána a je ihned banalizována procesem CF-1 (na tabuli 3 tatínek spí, na tabuli 4 přemlouvá maminka tatínka aby šel na koncert, na tabuli 6 muž vyzývá ženu k tanci, atd.), obsah je velice málo rozpracován. Zvláštní je též vyprávění všech příběhů striktně v minulém čase, což se objevuje velice zřídka, a je také určitým prostředkem distance od tabule. Banalizace obsahu a odstup od tabule se projevuje skotomem (E1-1) na tabuli 3 a 8. Na některých tabulích dosahuje tento odstup síly procesu E4-2, který svědčí spíše než o psychitické organizaci o projevu primárních procesů.

Zajímavý je obsah první tabule, jejíž odpověď je z testu nejdelší a lze se tedy domnívat, že to je tato odpověď, po níž následuje velký odstup od všech tabulí v rámci vyvarování se konfliktu. Tato odpověď zní: „*Byl jednou jeden malý chlapeček, kterého nebavilo hrát na housle, že u toho usínal, a aby udělal své mamince radost, pouštěl hudbu houslí na kazeťáku, a u toho dřímal.*“ Tato odpověď je, zcela bez přihlídnutí k jejímu latentnímu obsahu, velice odrážející typické anorektické chování (tedy „dělat mamince radost tím, jak jím“, ale zároveň nejíst). Tato tabule odkazuje latentně k problematice narcistického zranění, které souvisí s vlastní nezralostí. Usínání přitom můžeme interpretovat jako únik, popření (vzpomeňme, že například Spitz interpretuje spánek jako předstupeň popření) před nemožností se vyrovnat požadavkům, přičemž obava ze ztráty objektu a tím vlastního znehodnocení je natolik velká, že je třeba nalézt jakékoli „řešení“ toho, aby láska objektu ztracena nebyla.

Rovněž na tabuli 5 se objevuje okamžité vpadnutí do příběhu (B2-1) slovy: „*Při nejméně vhodném okamžiku maminka vtrhla do dveří...*“ a po odmlece následuje naprostá banalizace „*a zvolala oběd!*“. Tato tabule v preoidipském kontextu odkazuje rovněž ke ztrátě lásky objektu (nejméně vhodný okamžik; lze tedy očekávat, že se děje něco, co by nemělo být objeveno), tato představa je nesnesitelná, a proto je obsah tabule banalizován.

Na tabuli 7, která odkazuje k převzetí ženské role, ale též k ambivalenci vztahu matka dítě, blízkost/oddálení se; láska/nenávist oproti všem ostatním tabulím, kde se objevuje rodičovská figura, pacientka verbalizuje konflikt matka/dcera bez obavy o ztrátu objektu („*Maminka domlouvala své dceři, aby se lépe učila. Dcera ji neposlechla.*“). Proces učení lze chápat též jako proces „dozvídání se“, tedy separace, který nelze akceptovat.

Rodičovská figura je vnímána idealizovaně též na tabuli 10 a též na tabuli 16, která je prázdná a pacientka popisuje obrázek „*Maminka objímá svou dceru a dodává jí lásku a něhu. Dcera jí to opětuje.*“

Tabule 11 a 19 pacientka elaboruje jen velice stěží, tabule 19 je interpretována jako potopa, tedy jako zaplavení, ztráta hranic.

Zároveň je ale třeba tyto poznatky konfrontovat s erotizací obsahu na tabuli 2 a 9, které odkazují spíše k současné regresi než k absenci vývoje. Regresi dokládá též objevení se primárních procesů typu E1-1 a E4-2.

Lze uzavřít, že protokol odkazuje na regresi, protože úzkost ze ztráty objektu je příliš palčivá. Dominantním obranným mechanismem je popření, které se projevuje v popření a nerozpoznání konfliktů na tabulích. Protože odpovědi jsou velmi málo elaborované, odstup je velký a objevuje se erotizace obsahu, netroufáme si označit pacientku za limitní, kromě toho měla v době vyšetření velmi nízké BMI, takže nám tento závěr připadá příliš unáhlený, přestože převažují procesy typu C.

Proband č.9: 18; 15,99; 15,62; 0,3; F50.0: Protokol je poměrně dlouhý, pacientka evidentně narcisticky zaměřuje svůj výkon v testu. Protokol je z vnějšího pohledu dobře strukturovaný, ale objevují se negace nepříjemného obsahu (na tabuli 4 například větou „*ale nemyslím si, že by mezi nima byl nějaký špatnej vztah*“; „*nepřipadá mi, že by byl naštvanej*“ na tabuli 13) v souvislosti se ztrátou objektu, která je nesnesitelná. Tabule 5, která rovněž odkazuje ke ztrátě objektu, je zpracována zcela v CF-1 (extrémní banalizace). K úzkosti nad ztrátou objektu odkazuje též zpracování tabule 3. Úzkost je zadržena pomocí procesů CI-1 („*tohle mi připomíná trošičku...*“) a CN-1 (vztažení k vlastnímu příběhu).

Tabuli 8 pacientka není schopná zpracovat vůbec, hned na počátku se objevuje silný afekt sloužící k vytěsnění představy (B2-2) („*Ježíšmarjá!*“), následovaný procesy CN-1 a CN-3 („*no, to je takový zvláštní, nevím, jestli to je obraz za tím klukem...*“) a následuje odmítnutí tabule CN-1 („*nenapadá mě nic*“). Při zopakování instrukce pacientka izoluje obraz pušky (A3-4), opakuje, že za chlapcem je obraz (CN-3), říká, že to bude u doktora (A3-3), čímž se může dostat do vědomí představa agrese, rozříznutého břicha, kterou ale pacientka není schopná elaborovat a tabuli odmítá (CN-1). Vidíme tedy, že agresivita je velice ohrožující, neintegrována. Celý obsah je zcela rozštěpen (CL-4).

Tabule 11, která odkazuje k archaické úzkosti, ukazuje náhlý propad od procesů typu A, přes selhání vyvarování konfliktu (CN-1) k E2-3 (utíkajícímu člověku jde o život). Tento proces je zvládnut prostřednictvím náhlého zvratu CM-3 v popis přírody (A1-1), která nese stopy dynamiky (B2-2).

Tabule 16, která je prázdná, je zpracována pomocí příběhu z knihy, což odkazuje na nižší schopnost fantazmatizace, ale může též odkazovat k narcistické problematice.

V testu se zároveň objevují erotizované odpovědi a převaha procesů A a B, což je pozitivní. Můžeme usuzovat na úzkost ze ztráty objektu, která neumožňuje integrovat agresivitu. Jde tedy o neschopnost přechodu do depresivní pozice, reparace není možná. Hlavními mechanismy obrany je negace až popření a štěpení. Test zároveň ukazuje na dobrou vnější přizpůsobenost u ostatních tabulí, jejichž konflikt není pro pacientku tak naléhavý. Převaha procesů CN a odpověď na poslední tabuli navíc implikují problémy s vnitřní narcistickou rovnováhou.

Proband č.10: věk: 18 let, aktuální BMI: 14,25; minimální BMI: 13,43; doba trvání onemocnění: 1 rok; diagnóza: F50.0: Pacientčin protokol je poměrně chudý, příběhy jsou málo elaborovány.

Na protokolu se objevuje několikrát téma perzekuce (E2-2), které odpovídá projekci agresivity. Jednak je to na tabuli 3, kde se tím probandka chrání před depresivní pozicí, jednak na tabuli 11, která evokuje archaickou úzkost a částečně na tabuli 19. V mírnější podobě a s devalvací objektu (CN-2-) se objevují na tabuli 4, bez devalvace pak na tabuli 10 a pouze devalvace na tabuli 13. Protokol tedy ukazuje především na silnou projekci agresivity a devalvace odkazuje ke štěpení. Na tabuli 8 je tato agresivita zadržena procesem odčinění a zároveň je skotomizována puška (E1-1). Toto hnutí můžeme vysvětlit jako neschopnost otevřené agrese, která je příliš ohrožující pro objekt. Pacientka projikuje špatný objekt, který je zničen: na tabuli 3 a 11 se jedná o sebevraždu, na tabuli 19 o utrpení způsobené zimou, na tabuli 10 někým, kdo je proti lásce dvou osob. Naopak na tabuli 12 a především 16 je projikován dobrý, agresivity zbavený obsah („*něco hodně veselého; rodina, jak je pohromadě, radujou se, říkají si navzájem, jak moc se mají rádi*“.)

Protokol je tedy charakteristický projekcí agresivity, která je od subjektu oddělená, projevuje se jako agresivita objektu proti samému, ale není snesitelná jako agresivita proti objektu. Agresivita tedy není integrována, objekt je rozštěpený. Úzkost

ze ztráty objektu není prakticky evokována, kromě tabule 8 (kde je zpracována mechanismem odčinění).

Proband č.11: věk: 18 let; aktuální BMI: 13,84; minimální BMI: 13,84; doba trvání onemocnění: 3 roky; diagnóza: F50.0: Protokol je celkem stručný, ale odpovědi jsou dobře strukturované a tabule jsou poměrně dobře elaborované.

Tabule 8, 11 a 19, které odkazují k archaické úzkosti a integraci agresivity, jsou dobře zvládnuté. Pacientka se tedy nepohybuje v archaickém registru úzkostí, ale spíše v oidipském kontextu. Na tabuli 2 se objevuje odmlka (CI-2) a smích (CM-3). Obsah tabule je značně odkloněn od manifestního obsahu na tabuli („*dcera se vrátila ze studií a zjistila, že si matka našla...jiného přítele...*“) (E2-1). Na tabuli 3 je rozpoznána depresivní pozice, ale obsah tabule je popsán suše jednou větou a nemůže být rozveden (CI-1). Ztráta objektu tedy není tak naléhavá jako v depresivní pozici, jedná se spíše o oidipský problém viny. Na tabuli 6 se objevuje problematika svedení, která je poměrně dobře elaborována se zdůrazněním čistoty dívky. Tabule 7 je zpracována v rámci CI-2 jako banalizovaná a odkazující ke každodennímu. Zajímavé ale je, že dívka (která je nejdříve pojmenována jako dcera, což je vzápětí anulováno A3-2 na dívka) na tabuli chová svého sourozence, přičemž tato tabule odkazuje k mateřské roli. Tabule 10 je zpracována rovněž s velice okleštěným stručným způsobem, přičemž další obsah pacientka neprodukuje, ale z pohybů tabule je jasná ambivalence a nemožnost představu verbalizovat. Na základě všech těchto obsahů vidíme, že mateřská figura je vnímána jako silně erotizovaná, přitažlivá, plodná, což může souviset s problematikou akceptace vlastního ženství, přijetí vlastní sexuality. Na tabuli 13 odpověď evokuje sexualitu (jízda na koních), které se chlapec na tabuli nemůže účastnit.

Protokol ukazuje spíše vyvarování se konfliktu procesy typu C a procesy typu (A3-1) váhání, opakování a A3-2 (odčinění).

Proband č.12: věk: 29 let; aktuální BMI: 15,92; minimální BMI: 14,75; doba trvání onemocnění: 14; diagnóza: F50.0: Protokol je přiměřeně dlouhý, pacientka odpovídá více méně bez opakování instrukce.

Již začátek testu obsahuje procesy CM-1, tj. několik otázek na examinátora, které mají funkci zmírnit úzkost a nejistotu. Na tabuli 1, která se může vztahovat jednak k pocitům nedostatečnosti, ale také k problematice ztráty objektu, se objevuje silná

negace (A2-3) negativních pocitů („řekla bych, že ty myšlenky nejsou tak úplně jako špatné, jsou radostné“) hraničící se špatným vjemem (E1-3), které jsou nakonec zvládnuty. Problematika úzkosti ze ztráty objektu se ale projevuje naléhavěji na tabuli 3, kde pnutí osciluje mezi interpretacemi „unavená“ a „možná i nešťastná“, tedy mezi banalizující (CF-1) interpretací a rozpoznáním této pozice. Rozpoznání deprese je ale limitováno procesem CN-4, tedy trváním na hranicích, které dovolují tento pocit projevit. Problematika opuštění je znovu aktivována na tabuli 4, kde je zdůrazněna láska ženy a následně je tabule odmítnuta (CI-2).

Tabule 8 je zpracována jen s velkými problémy, začíná procesy CM-1 (obrácení se na examinátora, který má sloužit jako opora pro zadržení afektu), proces ale selhává, pacientka je pohlcena afektem (CL-2) a popírá, že by viděla souvislost mezi lidmi na tabuli (CI-1). Dále popisuje bez koherentní syntaxe (E4-1) muže s nožem a vzápětí se obrací na examinátora (CM-1) a odmítá tabuli (CI-1). Nicméně se objevuje představa řezání nožem (E2-3) inhibovaná opět procesem CI-1. Nakonec je agresivita zvládnutá prostřednictvím projekce (E2-2) do figury v popředí, která odchází, a ačkoli dobře ví, co se děje, odmítá pomoc (CN-2-). Ve vztahu k agresii tedy zcela selhávají neurotické obrany, probandka je zahlcena pnutím a nakonec ho zvládá pouze prostřednictvím projekce.

Zahlcení se projevuje též nekoherentností syntaxe (E1-4) na tabuli 13. Pacientka není schopná obsah tabule zvládnout jinak, než prostřednictvím procesů typu C (CN-1, CI-1 a CN-4, tedy opět trvání na limitech). Tato tabule evokuje rovněž problematiku ztrátu objektu a schopnosti být sám.

Z protokolu je patrné, že se jedná o preoidipskou problematiku, o regresi do depresivní pozice, kde ale není reparace možná a úzkost ze ztráty objektu a z agresivity je nesnesitelná a neexistují proti ní účinné obranné mechanismy. Úzkost je projikována, nebo je potřeba ji zadržet vnějšími limity (objevují se procesy CN-4 a též CM-1).

Proband č.13: věk: 20 let, aktuální BMI: 15,63; minimální BMI: 15,63; doba trvání onemocnění: 2,5; diagnóza: F50.0: Protokol je poměrně dlouhý, pacientka je vzorná studentka a evidentně je pro ni důležité, aby byly tabule dobře a roiginálně zpracovány, testová situace sama o sobě aktivuje narcistické zaměření libida.

Přesto se v testu objevuje mnoho primárních procesů typu E a objevuje se silná úzkost. Hned na první tabuli s objevuje úzkost plynoucí z devalvace objektu na tabuli a

nesnesitelné frustrační úzkosti. Převažují procesy typu C (CM-3; CN-4, CI-1), které by měly tuto úzkost zadržet. Tabule 2 je na počátku zpracována v rámci reakční formace (A3-3), dále se objevuje proces CN-2+ (vyčlenění ženy v popředí a intelektualizace). Tabule je ale v rámci testu zpracována poměrně dobře, z čehož lze, v kontextu celého testu usuzovat spíše na fakt, že oidipický konflikt, ke kterému tato tabule odkazuje především, není ještě vnímán. Proces CN-2+ a – je pro tuto pacientku typický, objevuje se i na dalších tabulích. Svědčí především o problémech s narcistickou rovnováhou. Tabule 16 nemůže být strukturována jinak, než převyprávěním příběhu z knihy, což rovněž svědčí o narcistické problematice a potřebě strukturované situace, což můžeme v kontextu tohoto protokolu interpretovat též jako úzkost z rozdělení.

Tabule 3 je opět zpracována prostřednictvím procesu CM-3 (obraně proti depresi), dále se objevují procesy typu B (B1-3, B3-3), ale také popření objektu na podlaze (E1-1). Objekt je viděn, ale není rozpoznán.

Tabule 5 je opět zpracována pomocí procesu CM-1 (otázka na examinátora), dále pak CN-3 (znychbnční) a vztahy na tabuli jsou navíc negovány (A2-3 „*přijde mi, že tady je důležitější než osoby a vztahy, je to prostředí...*“), přičemž tento proces dostatečně nechrání proti úzkosti ze ztráty objektu a výkyvu narcistické rovnováhy, takže nakonec převládne proces E3-3 (logická dezorganizace), který svědčí o problémech s identitou.

Tabule 8 ukazuje na problémy s integrací agresivních impulsů, které jsou projeveny v rámci procesu E2-3, přičemž pacientka není úzkost z tohoto procesu schopná adekvátně zadržet („*a tahleta postava to má jako zakamuflovat, aby se člověk podíval třeba jenom na ní a řekl si, hm, dobrý*“).

Tabule 11 je charakterizována banalizací coby pohádky (CI-2), ale zároveň tato banalizace není dostatečně chránící a objevuje se proces E1-3 (špatný vjem) a E2-1 (neadekvátnost tématu) („*lidem pomáhají obrovský okřídlený prasata. A samozřejmě mají křídla, aby za nim mohli letět...*“).

Na tabuli 13 se objevuje perseverace z tabule 1 (jedná se o téhož chlapce, který je zazděný v domě (persekuční obsah (E2-3)).

Tabule 19, která odkazuje k archaické úzkosti a limitech vně a vevnitř, ukazuje na silném trvání na těchto limitech, které se pacientka snaží vší silou udržet („*ta chaloupka je celá zapadaná, nikdo nemůže ven ani dovnitř*“).

Protokol pacientky tedy obsahuje velké množství primárních procesů, proti nimž se pacientka jen velmi těžce brání, velmi těžce drží hranice vlastního Já, objevuje

se úzkost z rozdělení, která je zadržována procesy E1 (popření) a E2 (projekce), ale pouze velmi obtížně. Test ukazuje na silnou regresi do schizoparanooidní pozice s psychotickými úzkostmi. Kromě toho se objevuje problematika udržení narcistické rovnováhy.

Proband č.14: věk: 26 let; aktuální BMI: 18,01; minimální BMI: 17,11; doba trvání onemocnění: 10 let, diagnóza: F50.1: Protokol je poměrně stručný, tři tabule (tabule3, tabule12 a tabule13 jsou elaborovány minimálně. Objevují se procesy typu A, B, C i E.

Tabule 1 ukazuje na určitý problém v narcistickém zaměření (kluk se musí vymluvit tatínkovi, že opět nedošel do houslí). Tabule 2 je zpracována v rámci rivality, rivalita mezi ženami je rozpoznána a verbalizována. Můžeme tedy usuzovat, že oiidipský konflikt je spatřen, ale objevuje se též regrese k problematice ztráty objektu, která s problémy se řešením tohoto konfliktu souvisí. Tabule 4 je zpracována sice celkem banálně, ale úzkost je přenesena na tabuli5, kde žena vyhlíží muže, jestli se vrátí z práce (E3-3, fabulace mimo tabuli) a on nejde a nejde. Tento obsah je evokován, ale není rozpracován (CI-1).

Tabule 3, která odkazuje k depresivní pozici a ztrátě objektu, je pak zpracována velice stručně s okamžitým vpádem do tabule (B2-1), „*Sebevrah se nedokázal zasebevraždit.*“ A poté probandka tabuli rychle vrací a odmítá se k ní vrátit, tabule tedy budí značnou úzkost. Proces na tabuli lze kvalifikovat s jistou opatrností jako E2-2 (projekce perzekuce). Odmítnutí dále elaborovat pak skórujeme jako CI-1.

Tabule 8 ukazuje, že agresivní impulzy jsou poměrně dobře zvládané, objevuje se reakční formace (A3-3) (školák se jde podívat na pitevnu, ale *vyloženě* proto, že chce být v budoucnu medik). Puška na tabuli je skotomizována (E1-1).

Naopak tabule 11 a 19 ukazují na archaickou úzkost. Tabule 11 je zpracována pouze procesy C a E (Probandka rychle bere tabuli a okamžitě začne odpovídat: „*To nevím (CI-1), to je nějaká (E4-1)...prostě prales, ještě v průběhu války, že tam spadla nějaká bomba (E2-2)...to já vůbec nepoznám, co to je (CL-2)...prostě jako zásah civilizace do přírody (CN-3), je to takový destrukční.*“). Tabule 19 je „dílo sprayerů na zdi“ bez dalšího rozvedení, což skórujeme jako CN-3. Tabule 12 a 13, které jsou mezi těmito dvěma tabulemi, jsou zpracovány pouze v rámci CI-1, tedy inhibice.

Test je tedy poměrně obtížný na interpretaci, protože inhibice pacientky je, zvláště v závěru testu, velká. Tabule 11 a 19 ukazují na hlubší problematiku a

problematickou organizaci osobnosti, zároveň je ale probandka dobře vnějškově přizpůsobená. Archaická úzkost je projevena ještě na tabuli 3 a 5, kde je ale třeba skřovat proces E pouze s jistou opatrností, pacientka odpovědi příliš nerozvádí, je inhibovaná. Regrese k ranější úzkosti během testu je evidentní, ale co se týče struktury osobnosti toto zjištění není zcela průkazné, zvláště v kontextu dobře zvládnuté tabule 8 (puška je sice skotomizována, ale to se na této tabuli objevuje i u neurotiků). Objevují se tedy jak archaické obranné mechanismy (popření, projekce), tak neurotické (reakční formace).

Proband č.15: věk: 19 let; aktuální BMI: 16,82; minimální BMI: 14,19; doba trvání onemocnění: 5 let ; diagnóza: F50.0: Protokol TAT je velice stručný, pacientka dvě tabule (6 a 13) úplně odmítá. Ostatní tabule jsou zpracovány obvykle pouze jednou větou, která je velmi obecná (například na tabuli 7: „*To je asi matka s dcerou*“, pak pacientka tabuli odmítá (CI-1). Z tohoto kontextu poněkud vybočuje pouze tabule 4, kde je konflikt evidentně rozpoznán a silně banalizován (CF-1; muž vyrušil nějaký zvuk) a tabule 8, kde se objevuje skotom pušky (E1-1), objevuje se proces CN-1, ale celkově je tabule zpracována dobře, neobjevuje se primární úzkost. Bohužel je inhibice pacientky na ostatních tabulích tak velká, že test není možné hlouběji vyhodnotit. Je třeba se ptát, proč je inhibice menší právě na tabuli 4 a 8, ale je zcela inhibovaná na tabuli 6 a 13. Možné vysvětlení je, že odmítá situaci jako takovou, pouze tabule 4 a 8 provokují úzkost, kterou je potřeba zvládnout. To by mohlo odkazovat k úzkosti ze ztráty objektu, ale bez kontextu ostatních tabulí je tato interpretace příliš unáhlená. Dále by se mohlo rovněž jednat o celkový útlum fantazmatizace, který může být spojen s onemocněním, s aktuálním přibíráním atd., tj. inhibice je určitý způsob vyvarování se úzkosti.

4.5.4 Závěr z analýzy protokolů TAT a srovnání s výsledky v DSQ-40

Protokoly TAT obecně jsou poměrně různorodé, ale lze říct, že se značně liší mezi chronickými pacientkami a těmi, které byly hospitalizovány s první epizodou, přičemž dlouhodobé pacientky mají podle protokolu obvykle závažnější obtíže. Značná část protokolů je přitom charakterizována inhibicí, sníženou schopností elaborovat příběh (což odpovídá vyhýbavé strategii) nebo naopak zvýšeným zaměřením na jazyk a snahou originálně a dobře elaborovat tabule (především u probandek 9 a 13), což ale

vyústíje často v objevení se primárních procesů, nebo jiných procesů typu C než je inhibice, protože pacientka není schopná konflikt na tabuli řešit jinak.

Poměrně často se objevuje regrese do preoidipických stádií a strach ze ztráty objektu, což by odpovídalo psychoanalytickým teoriím z kapitoly 3.2.2.2 a 3.2.2.5. Objevují se velmi často procesy typu C a též typu E, tedy primární procesy. Pro pacientky je ve většině případů velmi těžká tabule 8, která odkazuje k integraci agresivity. Neschopnost integrace agresivity může být signifikantní právě v souvislosti s úzkostí ze ztráty objektu, tedy depresivní pozicí, protože reparace není možná. Dále je zajímavé, že pacientky interpretují poměrně velmi jednotně tabuli č.7, tedy tabuli, která se týká ženské role. Na této tabuli je velmi často evokován obsah, že maminka holčičce vysvětluje, že už by si neměla hrát s panenkou, nebo dokonce v rámci procesů E, že maminka vysvětluje holčičce, že její panenka není skutečné dítě. Na jednom z protokolů je dokonce explicitně verbalizováno, že holčička nechce vyrůst. Tento obsah je zajímavý, ale jeho souvislost se skutečným odmítnutím ženské role, dospělosti je třeba naznačit pouze s jistou výhradou.

Na závěr celé analýzy byly porovnány u pacientek výsledky TAT a DSQ-40. Protokoly DSQ byly porovnány vzhledem k naší normě (srovnávací skupině), a to s vzhledem k věku probandek. Rozdělení norm do 19 a nad 19 let se jeví jako nutné na základě analýzy, kterou jsme provedli v kapitole 5.5.2. TAT jsme srovnali s protokoly DSQ až po vyhodnocení protokolů TAT, abychom při vyhodnocování TAT zamezili možnému ovlivnění výsledky DSQ.

Proband č.1: Pacientka podle DSQ-40 skóruje před jednu směrodatnou odchylku v neurotických a přes dvě směrodatné odchylky v nezralých obranných mechanismech. V jednotlivých obranných mechanismech skóruje přes dvě směrodatné odchylky v pasivní agresi, znehodnocení, popření, přesunu, štěpení a somatizaci. Přes jednu směrodatnou odchylku skóruje v potlačení, odčinění, pseudoaltruismu, reakční formaci a projekci.

Protokol DSQ-40 tedy ukazuje sám o sobě na značnou problematiku spíše nezralého typu. K podobnému výsledku jsme došli i na základě TAT, které ukazuje na značnou regresi do raných stádií a absenci strukturace osobnosti. Podle TAT se ovšem nejedná zdaleka o neurotickou strukturu (struktura je evidentně limitní) a nacházíme minimum neurotických obranných mechanismů, ve kterých pacientka přesto skóruje v dotazníku.

Proband č.2: Pacientka podle DSQ-40 skóruje přes jednu směrodatnou odchylku v neurotických obranných mechanismech a pod dvě směrodatné odchylky ve zralých obranných mechanismech. Co se týče jednotlivých obranných mechanismů, skóruje pod jednu směrodatnou odchylku v sublimaci, potlačení, agování, přesunu a disociaci a pod dvě v humoru, anticipaci. Dále skóruje nad dvě směrodatné odchylky u reakční formace, autistické fantazie a nad jednu u znehodnocení.

Protokol TAT ukazuje, že pacientka disponuje efektivními obrannými mechanismy proti archaické úzkosti a že se jedná o poměrně dobře strukturovanou osobnost, která ale nevyřešila oidipický konflikt a „couvla“ před ním. Zvýšení neurotických obranných mechanismů je tedy adekvátní tomu, co pozorujeme v TAT.

Snížení zralých obranných mechanismů můžeme vysvětlovat aktuální životní krizí pacientky, která v době testování kromě nemoci zažívala těžké personální problémy, kterými byla zcela pohlcena, což může mít vliv právě na sebehodnocení v mechanismech jako je humor, sublimace a anticipace.

Proband č.3: Pacientka skóruje přes jednu směrodatnou odchylku v nezralých obranných mechanismech. Co se týče jednotlivých obranných mechanismů, je pod jednu směrodatnou odchylku anticipace a nad jednu jsou mechanismy reakční formace, projekce, znehodnocení, popření, přesun, disociace, štěpení a racionalizace.

Protokol TAT neukazuje závažnější obtíže v organizaci osobnosti, Nad-já se zřejmě vyznačuje určitou rigiditou. Při zvládnutí silného pnutí (tabule č.8) se objevují i archaičtější obranné mechanismy, ale konflikt je postupně neurotickým způsobem zvládnut.

Můžeme tedy uzavřít, že oba protokoly jsou částečně konzistentní, ale spíše než skórování v nezralých obranných mechanismech by se dalo očekávat skórování v neurotických.

Proband č.4: Pacientka ve třech skórech dotazníku DSQ-40 skóruje jako norma. V jednotlivých obranných mechanismech je pod jednu směrodatnou odchylku humor, reakční formace, projekce, pasivní agrese, izolace, přesun a disociace, nad jednu směrodatnou odchylku pak agování a nad dvě pseudoaltruismus a popření.

Protokol TAT bylo těžké interpretovat: masivně se objevovaly neurotické obranné mechanismy (procesy typu A, především reakční formace), ale na třech

tabulích se objevily i primární procesy, které mohou ukazovat na povrchní přizpůsobení.

Konfrontujeme-li oba protokoly, na první pohled nás zaujme jednak to, že pacientka skóruje normálně ve faktorech, ale přitom skóruje velice vysoce v agování, popření a pseudoaltruismu. Fakt, že naopak neskóruje v reakční formaci, která se objevovala hodně během TAT a v konfrontaci s tím, jak skóruje v pseudoaltruismu, poněkud zpochybňuje výsledek dotazníku. Zároveň se ale můžeme domnívat, že pseudoaltruismus v dotazníku je velice podobný reakční formaci, takže určitá podobnost mezi výsledky DSQ-40 a TAT existuje. Dotazník ukazuje též na masivní popření, které se neobjevuje na objevuje spíše ve formě negace než skutečného popření.

Proband č.5: Pacientka skóruje přes dvě směrodatné odchylky v zralých obranných mechanismech, přes jednu v neurotických obranných mechanismech a normálně v nezralých obranných mechanismech. Co se týče jednotlivých obranných mechanismů, skóruje přes jednu směrodatnou odchylku v sublimaci, humoru a potlačení, z neurotických obranných mechanismů pak v idealizaci a reakční formaci, z nezralých mechanismů skóruje přes dvě směrodatné odchylky u popření a naopak pod jednu směrodatnou odchylku u disociace, štěpení a izolace.

Protokol TAT ukazuje na neurotickou strukturu se současnými obtížemi při reaktivaci oidipského konfliktu v adolescenci, kdy je třeba akceptovat ženskou roli, nicméně tato reaktivace je poměrně dobře zvládána procesy typu A (především odčiněním).

Oba dva testy se ve výsledcích tedy zhruba shodují, poznamenejme pouze, že TAT ukazuje, že spíše než by bylo masivně užíváno popření, je užívána spíše negace, tedy vyspělá forma popření.

Proband č.6: DSQ-40 ukazuje skór přes dvě směrodatné odchylky u všech tří typů obranných mechanismů. Pacientka skóruje normálně pouze v humoru, agování, disociaci a racionalizaci. Přes jednu směrodatnou odchylku jsou mechanismy sublimace, anitcipace, potlačení, odčinění, pseudoaltruismus, idealizace, reakční formace a znehodnocení. Přes dvě směrodatné odchylky je skór v mechanismech projekce, pasivní agrese, izolace, autistická fantazie, popření, přesun a štěpení.

Protokol TAT ukazuje poměrně jednoznačně na limitní strukturu. Mechanismem vyvarování se konfliktu je především inhibice a odstup od tabule.

Tyto výsledky TAT jsou v určitém smyslu v souladu s tím, co vyšlo v DSQ, jehož protokol nelze pokládat za validní.

Proband č.7: Protokol DSQ ukazuje, že všechny tři typy obranných mechanismů jsou v normě. Co se týče jednotlivých obranných mechanismů, nad jednu směrodatnou odchylku je pasivní agrese, autistická fantazie a štěpení, pod jednu naopak znehodnocení a racionalizace.

Protokol TAT ukazuje na narcistickou problematiku u zřejmě limitní struktury, na popření a štěpení u závažných konfliktů a o negaci a odčinění u konfliktů méně ohrožujících.

Výsledky TAT jsou tedy v souladu s DSQ u štěpení, ale v konečném výsledku se zcela rozcházejí. Zatímco TAT ukazuje poměrně závažnou problematiku, test DSQ vychází téměř normálně. Jedná se o pacientku, která je vnějškově značně přizpůsobená, navíc velmi orientovaná na výkon, perfekcionistická, takže je pravděpodobné, že dokáže odhadnout, jakým způsobem by měla jednat, a to se projevuje ve výsledcích DSQ, zároveň je ale třeba připomenout, že skóruje v DSQ skóruje v mechanismech značně archaických (štěpení, autistická fantazie), takže možná se nejedná ani tak o vnější přizpůsobení jako o neadekvátnost nástroje DSQ pro podobné případy.

Proband č.8: Skór v třech typech obranných mechanismů v dotazníku je zvýšen před dvě směrodatné odchylky ve všech třech typech. Co se týče jednotlivých mechanismů obrany, pacientka skóruje ve všech kromě agování, racionalizace a somatizace. Přes jednu směrodatnou odchylku skóruje v humoru, anticipaci, potlačení, odčinění, idealizaci, izolaci, popření, disociaci a štěpení. Přes dvě směrodatné odchylky pak skóruje v mechanismech sublimace, pseudoaltruismus, reakční formace, projekce, pasivní agrese, znehodnocení, autistická fantazie a přesun.

TAT je vypracováno se značným odstupem, ukazuje na regresi a na dominantní mechanismus popření. Přes převahu procesů typu C je otázkou, zda se skutečně jedná o limitní strukturu, nebo spíš o regresi spojenou s úzkostí ze ztráty objektu.

Pokud konfrontujeme protokol DSQ a TAT, můžeme říct, že validita protokolu DSQ je problematická. Může se jednat o obtíže při soustředění, které jsou spojené se stupněm vyhladovění pacientky, ale též o neschopnost introspekce nebo důsledek popření, které se v TAT objevuje jako dominantní.

Proband č.9: Protokol DSQ ukazuje skór přes jednu směrodatnou odchylku ve zralých obranných mechanismech a pod jednu v nezralých, neurotické obranné mechanismy jsou v normě. Z jednotlivých obranných mechanismů vychází nad dvě směrodatné odchylky sublimace, nad jednu anticipace, pseudoaltruismus, reakční formace, popření, přesun a racionalizace. Pod jednu naopak vycházejí projekce, pasivní agrese, znehodnocení a autistická fantazie.

Protokol TAT ukazuje na úzkost ze ztráty objektu a neintegrování agresivních impulsů, což odpovídá nemožnosti reparace. Zároveň je protokol vnějškově značně přizpůsobený s negací nebo popřením na tabulích vyvolávajícími tento typ úzkosti a se štěpením na tabuli vyvolávající agresivní pnutí.

Když srovnáme protokol DSQ a TAT, vidíme určitou podobnost v pseudoaltruismu a reakční formaci, což odpovídá obrácení agresivního pudu a tomu odpovídají i nízké skóry v mechanismu pasivní agrese a znehodnocení. Rovněž skór v popření odpovídá. Zvýšené skóry v pseudoaltruismu a reakční formaci však zřejmě odpovídají tomu, jak se pacientka chová pod úzkostí ze ztráty objektu, ale tyto mechanismy podle TAT nejsou schopné skutečně úzkost redukovat. Výsledky ve faktorech a výsledky TAT si neodpovídají.

Proband č.10: Protokol DSQ ukazuje zvýšený skór přes jednu směrodatnou odchylku u neurotického a nezralého obranného stylu. Co se týče jednotlivých mechanismů, pacientka skóruje přes jednu směrodatnou odchylku v sublimaci, pseudoaltruismu, idealizaci, reakční formaci, agování a somatizaci a přes dvě směrodatné odchylky v pasivní agresi a štěpení.

Protokol TAT ukazuje na rozštěpení objektu bez depresivity, na silnou projekci agresivity, která odpovídá externalizaci špatného objektu. Dobrý objekt je idealizován.

Protokol TAT s DSQ se shodují především v mechanismu štěpení. Další tendence můžeme vysledovat: pseudoaltruismus, reakční formace a idealizace mohou odpovídat určité snaze jevit se v dobrém světle (dobrému objektu) a agování a pasivní agrese jsou naopak mechanismy napadnutí špatného objektu v rámci projekce nebo projektivní identifikace. Zdá se, že kombinace uvedených mechanismů je též vysvětlitelná potlačováním agresivity a jejího následného vybití. Test DSQ ukazuje odchylku od normy, stejně jako TAT, a oba poukazují, při kvalitativní analýze, na problematiku agresivního pudu.

Proband č.11: DSQ ukazuje skór přes jednu směrodatnou odchylku u zralých a neurotických obranných mechanismů. Naopak nezralé mechanismy jsou pod jednu směrodatnou odchylku. Z jednotlivých obranných mechanismů je nad jednu směrodatnou odchylku sublimace, anticipace, potlačení, idealizace, reakční formace, a pod jednu směrodatnou odchylku jsou pak pasivní agrese, izolace, autistická fantazie a štěpení.

TAT ukazuje, že osobnost je poměrně dobře strukturovaná, ale že rivalita s matkou je zřejmě velice denarcisizující, matka je vnímána jako svůdná, což může také souviset s problémy s přijetím vlastní sexuality. Tato fantazie může mít jistě velkou oporu i ve skutečnosti, bohužel nemůžeme ale zpětně dohledat anamnestická data pacientky a tuto skutečnost ověřit. Co se týče obranných mechanismů, je používán především registr A, tedy neurotické obrany.

Výsledky DSQ a TAT tedy odpovídají především v tom, že se neprojevuje nezralý obranný styl. Co se týče mechanismů idealizace, reakční formace a pseudoaltruismus, v TAT se rovněž objevuje reakční formace, ale ne masivně.

Proband č.12: Co se týče dotazníku DSQ, pacientka skóruje pod jednu směrodatnou odchylku ve zralých i nezralých obranných mechanismech, neurotické obranné mechanismy jsou v normě. V jednotlivých obranných mechanismech skóruje pod dvě směrodatné odchylky v humoru, pod jednu pak v potlačení, izolaci, znehodnocení, popření, přesunu, disociaci, racionalizaci a somatizaci. Nad jednu směrodatnou odchylku skóruje pouze u štěpení.

Protokol TAT ukazuje na obtížnost vyřešení depresivní pozice, na neschopnost reparace, úzkosti ze ztráty objektu, která je s velkými obtížemi zvládnuta projekcí a zadržením zevně, trváním na limitech, ohraničení.

Výsledek DSQ v jednotlivých faktorech může klást otázku o validitě protokolu. Z mechanismů obrany je velká část hodnocena pod jednu směrodatnou odchylku, nad jednu směrodatnou odchylku je pouze štěpení. To se přitom v TAT vůbec neobjevuje, přestože by mohlo být v rámci regrese do schizoparanooidní pozice užíváno. Protokoly tedy nejsou příliš koherentní, TAT ukazuje na limitní strukturu a poměrně silnou patologii, DSQ ne, ale jeho validita je sporná.

Proband č.13: Co se týče dotazníku DSQ, pacientka skóruje nad dvě směrodatné odchylky ve faktorech neurotické a nezralé obranné mechanismy. V jednotlivých mechanismech skóruje pod dvě směrodatné odchylky v humoru a racionalizaci, nad jednu v přesunu a nad dvě v odčinění, pseudoaltruismu, idealizaci, reakční formaci, projekci, pasivní agresi, izolaci, znehodnocení, autistické fantazii, štěpení a somatizaci.

TAT ukazuje na aktuální regresi do schizoparanooidní pozice s úzkostí z rozdělení, proti které se pacientka brání popřením a projekcí a dále ukazuje na problémy s narcistickou rovnováhou. Test ukazuje na silnou archaickou úzkost zvládanou velmi obtížně a na nebezpečí psychotické dekompenzace.

Skóry v DSQ, které evokují patologii, jsou značně vysoké a stejně tak je evidentní silná současná patologie na TAT. Jednotlivé mechanismy, ve kterých pacientka skóruje, se ale na TAT neobjevují, především ne neurotické obranné mechanismy.

Proband č.14: Podle protokolu DSQ pacientka skóruje pod jednu směrodatnou odchylku v nezralých obranných mechanismech, normálně ve zralých a neurotických mechanismech. Co se týče jednotlivých obranných mechanismů, skóruje pacientka nad jednu směrodatnou odchylku v sublimaci a odčinění, pod jednu pak naopak v humoru, znehodnocení, popření, disociaci a racionalizaci.

Protokol TAT se vyznačuje především značnou inhibicí, která ztěžuje interpretaci. V průběhu testu se objevuje regrese s objevením primárních procesů a zvyšuje se inhibice (posledních pět tabulí). Pacientka se jeví jako dobře vnějškově přizpůsobená.

Protokol TAT a DSQ si odpovídají v tom, že se jedná o pacientku, která je vnějškově velice dobře přizpůsobená.

Proband č.15: V DSQ pacientka skóruje normálně ve všech třech faktorech. Co se týče jednotlivých obranných mechanismů, skóruje přes jednu směrodatnou odchylku v reakční formaci, izolaci a autistické fantazii.

Protokol TAT se vyznačuje velkou inhibicí, která znemožňuje hlubší vyhodnocení.

Při konfrontaci obou metod je tedy třeba se ptát, zda se jedná o pacientku, která úzkost zvládá velmi dobře, nebo zda se jedná o pacientku povrchně přizpůsobenou. Fantazmatická inhibice na TAT může být způsobena jednak odmítnutím testové

situace, ale může také souviset s útlumem fantazmatizace vůbec, což je poměrně pravděpodobné vzhledem k tomu, že pacientka dává dvě poměrně dobře elaborované odpovědi.

4.6 Diskuze

Hypotéza č.1, že se anorektičky liší ve skórování v obranných mechanismech a hypotéza č.4, že se liší především v nezralých mechanismech, byla potvrzena, skupina anorektiček a srovnávací populace se od sebe liší v používání neurotických a nezralých obranných mechanismů. Tento výsledek koresponduje s tím, co zjistily studie Steinera (1990) v USA, Steigera (1990) v Kanadě, Poikolainena (2001) ve Finsku. Populace anorektiček ve statistice ověřující tuto hypotézu není dělena na restriktivní a purgativní, takže nemůžeme v této fázi ještě provést konfrontaci s ostatními výzkumy, které s tímto rozdělením pracují od začátku. Co se týče jednotlivých mechanismů, ukázalo se, že pacientky používají sublimaci, anticipaci a potlačení používají pacientky častěji a humor méně často. Ukazuje se, že tedy skór zralé obranné mechanismy není signifikantní právě proto, že anorektičky skórují vysoko v některých zralých obranných mechanismech. Přitom skórování v mechanismu sublimace je značně problematické, protože spíše než o obranný mechanismus se jedná o strategii potlačení pocitů hladu, jak již bylo uvedeno výše. O způsobech využívání anticipace a potlačení je možné také spekulovat, protože pacientky tyto obranné mechanismy, dle naší klinické zkušenosti, využívají rovněž spíše pro potlačení pocitů hladu a udržování svých jídelních návyků, než v rámci léčby proti úzkosti pocházející ze vzrůstu váhy. Pacientky dále častěji používají odčinní, pseudoaltruismus, idealizaci, reakční formaci, projekci, izolaci, autostickou fantazii, přesun, štěpení a somatizaci. Stejný výsledek týkající se mechanismu odčinní nacházejí Torjman (1997) a Poikolainen (2001), co se týče projekce, nachází ji jako signifikantní Goethelf (1995), a to prostřednictvím EDS a Torjman (1997). Poikolainen navíc nachází též zvýšený skór u pasivní agrese, který se v naší studii neobjevil.

Dále byla porovnávána skupina purgativních a restriktivních anorektiček pro ověření hypotézy č.2. Tyto dvě skupiny se dle našeho zjištění od sebe neliší. Tento výsledek koresponduje s tím, co bylo zjištěno ve studii Steinera (1990), Sullivana (1994). Naopak je v rozporu s tím, co ukázala Schmidtova (1993) a Vidovicova (2003) studie, která prokázala rozdíl mezi purgativní a restriktivní formou anorexie, ale neprokázala rozdíl mezi restriktivní formou a srovnávací populací. Můžeme se ovšem domnívat, že tento efekt, který autoři obdrželi, může být způsoben tím, že jejich pacientky s purgativní anorexií byly smíšeny s pacientkami se střídavými epizodami

anorexie a bulimie a že tedy tento efekt je velice závislý na diferenciální diagnostice purgativní anorexie a bulimie, která je velice obtížná.

Další možnou příčinou toho, že hypotéza potvrzena nebyla, může být zapírání zvracení, které je u anorektiček časté. Ve skupině restriktérek jsou tak možná i některé purgativní anorektičky, které zvracení zapřely. To je dáno též metodou sběrem dat přes internet, ale je pravděpodobné, že k zapírání dochází i u anorektiček z kliniky (z patnácti probandek je dvanáct vedeno jako restriktivní).

Hypotéza č.3 o rozdílech ve skupině do 19 a nad 19 let byla potvrzena pouze u srovnávací skupiny, u skupiny anorektiček se neliší. ANOVA ukazuje, že zatímco mezi srovnávacími podskupinami existuje rozdíl v používání nezralých obranných mechanismů, což koresponduje se Steinerovým zjištěním (1990), ve skupině pacientek efekt obdržel nebyl, obě skupiny se tedy neliší. Steiner bohužel podobné srovnání u pacientek neprovedl, takže nemůžeme výsledky porovnat. Můžeme ale předpokládat, že vzhledem k tomu, že pacientky mají větší sklon používat nezralé obranné mechanismy, tyto mechanismy přetrvávají déle, a proto jsme neobdrželi efekt. Výsledek analýzy rozptylu ANOVA je v této analýze navíc tak vysoký (signifikace 0,84 proti 0,28 ve zralých a 0,34 v neurotických), že skupiny jsou identické v používání nezralých mechanismů s mnohem větší pravděpodobností než v zralých a neurotických mechanismech.

Při srovnávání věkových podskupin anorektiček s příslušnou věkovou podskupinou srovnávací skupiny se ukázal zajímavý efekt, který ukazuje, že anorektičky do 19 let fungují na úrovni obran „vyspělejší“ (skórují více ve zralých obranných mechanismech než srovnávací skupina) a naopak se neliší v nezralých obranných mechanismech. Skupina anorektiček nad 19 let, která se neliší od skupiny anorektiček do 19 let, pak ale v porovnání se srovnávací skupinou skóruje stejně ve zralých, ale více v neurotických a nezralých mechanismech. To je možné vysvětlit tím, že anorektičky bez ohledu na věk mají tendenci skórovat v testu určitým specifickým způsobem. Především mají tendenci skórovat výše v sublimaci, anticipaci a potlačení (tedy třech ze čtyř zralých obranných mechanismů), což zvyšuje skór ve faktoru zralé obranné mechanismy.

Další možné vysvětlení, které je spíše hypotézou k longitudálnímu ověření, je vysvětlení tím, že zatímco srovnávací populace se vyvíjí (v adolescenci používá obranné mechanismy odpovídající adolescenci, tedy včetně těch nezralých, které ale s věkem postupně mizí), anorektičky jsou povrchně přizpůsobené, často konformní

neúměrně jejich věku (připomeňme Annu Freudovou, jejíž tezi o tom, že i předčasně užívání některých vyspělých mechanismů je patologie, jsme uvedli v kapitole 2.2.2.1).

Konečně posledním možným vysvětlením je to, že skór v sublimaci a anticipaci je ovlivněn některým typickým anorektickým chováním, jako je například horečnatá hyperaktivita sloužící k potlačení pocitů hladu (kterou může probandka hodnotit jako sublimační aktivitu, ačkoli se jedná spíše o negaci či agování), nebo anticipace situací, kdy je třeba vyhnout se jídlu (rodinný oběd atd.). V těchto případech se nejedná v pravém smyslu o obranné mechanismy, navíc je probandka obvykle není schopna použít ve fázi terapie (například užití sublimace proti výčítkám z jídla, anticipaci k tomu, aby jedla pravidelně atd.).

Hypotéza č.5, že se věk má vliv na skór u nezralých obranných mechanismů, byla potvrzena pouze u srovnávací populace. Efekt věku na nezralé obranné mechanismy u srovnávací populace byl, stejně jako ve Steinerově (1990) studii, prokázán s vysokou signifikantností. Tento efekt nebyl prokázán u neurotických obranných mechanismů, ale hodnota Beta se blíží hranici statistické významnosti a bylo by tedy třeba hypotézu ověřit u vzorku se širším věkovým rozpětím. Steiner ani žádná jiná ze studií bohužel nestudují tento efekt pouze u vzorku anorektiček, a tak nemůžeme provést srovnání se studii.

Při vyčlenění skupiny, u níž onemocnění trvá déle než 1,5 roku a provedení regresní analýzy se ukazuje statisticky významná *pozitivní* korelace s věkem, tedy tendence skóru v nezralých obranných mechanismech vzrůstat spolu s věkem. Toto zjištění je značně paradoxní. Lze ho vysvětlit jako vzrůst patologie s věkem. Uvědomme si, že jedním z nepříznivých faktorů je začátek v pozdním věku popřípadě chronifikující onemocnění. Lze předpokládat, že starší anorektičky buď onemocněly později, nebo mají onemocnění velice dlouhou dobu a že se tedy jedná o anorexii s nepříznivou prognózou. Vyšší skór v nezralých obranných mechanismech rovněž souvisí spíše s nepříznivou prognózou, takže obě zjištění mohou mít souvislost a pacientky opravdu tyto mechanismy používají více.

Druhým možným vysvětlením je fakt, že se vzrůstajícím věkem se mění pohled na nemoc, pacientky vnímají nemoc více jako problematickou a sebe více jako nemocné. Určité vzrůstání zaměření na nemoc může pak způsobit to, že se pacientky nacházejí více v tvrzeních, která odpovídají nezralým obranným mechanismům.

Hypotéza č.6 o souvislosti skóru a aktuálního BMI potvrzena nebyla. Výsledek testu by tedy neměl být ovlivněn stupněm aktuálního vyhladovění. Toto zjištění je

poněkud překvapivé, jestliže uvážíme kognitivní změny, které jsou s vyhladověním spojené, které popisuje například Bruchová (viz kapitola 3.2.2.1), a to tím spíše, že v našem vzorku byly i pacientky s velmi nízkým aktuálním BMI.

Toto tvrzení má omezení v tom, že většina vzorku měla akutální BMI pod 17,5 a že se tedy efekt neprojevuje především v této skupině. Pokud by skupina obsahovala více anorektiček, u nichž již došlo k příbrání váhy, mohl by být výsledek jiný.

Hypotéza č.7 o souvislosti skóru nezralých obranných mechanismů a minimálního BMI byla potvrzena pouze jako tendence u podskupin pacientek nad 19 let, s aktuálním BMI nižším než 17,5 a u pacientek s dobou trvání onemocnění vyšší než 1,5 let. Hladina statistické významnosti tohoto zjištění je okolo 0,06. Fakt, že se toto zjištění blíží hladině statistické významnosti pouze u post hoc sestavených homogennějších podskupin, nabízí návrh na ověření u větší skupiny, která by byla sestavena například pouze z restriktivních anorektiček s dobou onemocnění nad 1,5 roku, s věkem nad 19 let a s aktuálním BMI nižším než 17,5. Steinerova studie (1990) nicméně také ukazuje, že aktuální BMI nemá na typ obranných mechanismů vliv.

Hypotéza č.8 ověřena byla, doba onemocnění souvisí značně se skórem především v nezralých obranných mechanismech, ale bylo zjištěno, že souvisí negativně, tj. že se vzrůstající dobou onemocnění mají nezralé mechanismy obrany klesat.

Toto zjištění je možné vysvětlit tvrzením, že déle nemocné anorektičky jsou možná blíže k vyléčení, a proto tedy používají méně nezralých obranných mechanismů. Při pohledu na hrubá data je ale třeba poznamenat, že toto vysvětlení pravděpodobně na naši skupinu nefunguje, protože dívky s nejdelší dobou onemocnění jsou naopak ty, které spíše chronifikují.

Druhé možné vysvětlení je, že mladé pacientky, které mají logicky tendenci více využívat nezralých obranných mechanismů, stejně jako mladší zdravá populace, jsou logicky nemocné kratší dobu. Nicméně, jak bude diskutováno dále, tato tendence se ukazuje i u pacientek nad 19 let. Můžeme se ale domnívat, že doba onemocnění se ovlivňuje s proměnnou věk i ve skupině nad 19 let. Steiner (1990) ve své studii informuje, že délka onemocnění nemá na obranné mechanismy podle DSQ vliv. Tato studie také ukazuje, že s aktuálním BMI nemá na typ obranných mechanismů vliv, což nebylo v našem výzkumu vyvráceno, ale zároveň není možné tuto hypotézu zcela zamítnout pro zkoumání například na větším vzorku.

Pokud ale uvážíme efekt věku, který byl nalezen v souvislosti s hypotézou č.5 u skupiny pacientek, u nichž onemocnění trvá déle než 1,5 roku, tedy že s věkem tyto mechanismy mají tendenci stoupat, náš argument neplatí. Výsledky týkající se věku se sice netýkají celé skupiny, takže je nelze automaticky přenášet, nicméně je možné, že ovlivnění dobou onemocnění má i jiný důvod.

Při konfrontaci s TAT probandek 1, 7, 10 a 14, tedy těch, které jsou nemocné dlouhou dobu, nacházíme u posledních tří zmíněných značnou disproporci mezi výsledkem sebeevaluačního dotazníku a testu TAT. Efekt snížení skóru nezralých obranných mechanismů se vzrůstající dobou onemocnění lze tedy vysvětlit také tak, že pacientky s dlouhodobým onemocněním nejsou schopny se samy dobře ohodnotit. Protokol TAT probandky č.1 zase ukazuje na značnou patologii, ale v DSQ tato probandka skóruje nad dvě směrodatné odchylky ve všech třech faktorech (protokol je tedy nejspíš také nevalidní). Zbývající probandky vycházejí z hlediska skóru v nezralých obranných mechanismech normálně (7,10) nebo slabě přes jednu směrodatnou odchylku (14), jejich protokoly TAT ale ukazují na fakt, že tyto pacientky se efektivně proti úzkosti bránit neumějí.

Po zhodnocení výsledků výzkumu se podíváme ještě na omezení zobecnitelnosti těchto výsledků vyplývající z metodologie výzkumu.

Zobecnění je třeba dělat velmi opatrně především z důvodu heterogenity vzorku z hlediska původu dat (klinika nebo internet), typu anorexie (purgativní nebo restriktivní) a věku (věkové rozpětí vzorku je značné). Největším limitem samozřejmě je, že s některými pacientkami jsme neměli bezprostřední kontakt. I když bylo ověřeno, že se vzorek z internetu a z kliniky neliší, mají pacientky z internetu větší možnost zkreslit především data o průběhu nemoci, typu anorexie atd., zamlčet případnou komorbiditu atd. Další limit vzorku je v tom, že není vyloučeno, že ve vzorku restriktivních anorektiček jsou i ty, které zvrací či používají laxativa, ale nepřiznávají to. Toto tvrzení platí nejen pro anorektičky z internetu, ale v menší míře též pro ty z kliniky.

Dalším limitem výzkumu je způsob, kterým byla sestavena srovnávací skupina. Tato skupina nebyla sestavena náhodně a je pravděpodobné, že její vzdělání bylo vyšší než vzdělání pacientek. Ačkoli dostupné prameny vliv vzdělání neuvádějí a zahraniční studie obvykle párují vzorek a srovnávací skupinu pouze na základě věku (viz kapitola 4), lze předpokládat, že vysokoškolská populace je na tom lépe se životní adaptací,

příčemž životní adaptace, jak bylo uvedeno v kapitole 2.2.2.3 pozitivně koreluje se zralými a negativně s nezralými obrannými mechanismy.

Další nevýhodou je, že případné subklinické formy poruch příjmu potravy nemohly být zachyceny, protože nebyl zadáván zároveň například EAT, takže byla případná přítomnost poruchy zjištěna pouze klinicky. Zároveň se ale spoléháme na to, že naše srovnávací skupina je dostatečně velká, takže by i v případě, že některá z dívek má problémy tohoto typu, které nepřiznala, neměly být výsledky příliš zkresleny.

Dalším limitem výzkumu je limit použitých metod. Dotazník DSQ předpokládá jistou úroveň introspekce, která je u anorektiček problematická. Můžeme se též ptát po konstrukci metody jako takové, protože nerozlišuje příliš typ úzkosti, proti které se pacientka brání a řadí poměrně banální situace vedle tvrzení, která se mohou vztahovat k archaičtější úzkosti. Problematický je dle našeho názoru i způsob skórování v dotazníku a fakt, že mu chybí lži skór. Co se týče způsobu skórování, instrukce pro vyhodnocení nařizují dělat průměr z ordinální škály, což je zcela jistě statisticky nepřijatelné. Kromě toho výsledný skór nepočítá s rozptylem jednotlivých podskórů, takže ve výsledném faktoru může skórovat stejně proband, který skóruje v rámci průměru ve všech jednotlivých obranných mechanismech, z nichž se tento skór vypočítává, tak i proband, který například v jednom z mechanismů včetně těch nejarchaičtějších (štěpení, popření, autistická fantazie) skóruje vysoko, pokud to „vykompenzuje“ nižším skórem v ostatních mechanismech, které tak archaické nejsou (racionalizace, znehodnocení). Jak jsme viděli při srovnání s TAT, validita některých dotazníků je velice problematická, ale nemůžeme ji zpochybnit jinak, než na základě klinického dojmu a srovnání s projektivním testem, nástroje nabízené dotazníkem to neumožňují. Přitom se nemusí jednat ani o vědomé zkreslení, dotazník nedisponuje nástroji, které by umožnily zjistit schopnost autoevaluace probanda. U anorektiček se, jak již bylo uvedeno výše, problém autoevaluace projevuje například v sublimaci, která u nich není používána adaptativně. Například položka „Svou úzkost zvládnou, když dělám něco tvořivého, jako je například malování nebo práce se dřevem,“ může pro některou probandku odkazovat pouze k situacím, kdy se chce vyhnout hladu, pro jinou k situacím, kdy se chce vypořádat s pocity sytosti. Dovolujeme si předpokládat, že použití sublimace v obou případech bude různé, ale to nevyovídá nic o adaptativnosti obrany. Skór ve zralých obranných mechanismech tedy nutně nevyovídá nic o tom, jak je skutečně obranný styl adaptativní. Problém je tedy i v konstrukci samotných

konceptů obranných mechanismů a jejich rozdělení do skupin na zralé, neurotické a nezralé.

Přesto se ale jedná o dotazník, který je pro výzkum u psychiatrických pacientů hojně používán, takže jsme si dovolili ho pro naši práci použít.

Limit metody TAT je především v tom, že není možné ji kvantitativně vyhodnotit. Nami nabízené protokoly slouží spíše jako prostředek ke zhodnocení výsledků dotazníku DSQ-40. Ukazuje se, že tento test lépe rozlišuje z hlediska typu úzkosti pacientky (kastroční úzkost, úzkost ze ztráty objektu, úzkost z rozdělení atd.) a umožňuje hlubší náhled na problematiku pacientky. Jeho data ale nepřinášejí příliš nových kvantifikovatelných poznatků. Způsob skórování v testu je mnohem vágnější než třeba u Rorschacha.

5 Závěr

Předložená práce uvádí přehled obranných mechanismů ega a základních teorií týkajících se tohoto konceptu, dále pak ateoretický a psychoanalytický pohled na mentální anorexii a přehled studií, které byly empiricky na toto téma zpracovány. Z přehledu teorií týkajících se obranných mechanismů vyplývá především jejich „rozštěpení“ do ateoretické koncepce soustředěné okolo DSM a dále vývoj tohoto konceptu v rámci psychoanalýzy. Toto rozdělení je respektováno v jistém smyslu i našmi výzkumnými metodami, jimiž jsou DSQ (vycházející z ateoretického DSM) a TAT (vycházející z psychoanalýzy).

Námi provedený výzkum umožnil především zopakování výzkumu prostřednictvím dotazníku DSQ-40 u pacientek s anorexií, což je typ výzkumu, který byl dělán ve více zemích a umožňuje tedy porovnání výsledků.

Výzkum ukazuje na odlišnost používání obranných mechanismů u této populace, především na vyšší používání neurotických a nezralých obranných mechanismů. Test TAT, který byl v rámci výzkumu zadáván rovněž, ukazuje též na archaickou problematiku u některých pacientek, která je spjatá s užíváním nezralých obranných mechanismů. Tento závěr je velmi důležitý především pro terapeutickou praxi. Vypovídá o tom, že pacientky úzkost zvládají hůře a méně adaptativně než normální neurotická populace (tento termín odkazuje k populaci, která prošla strukturujícím oidipským konfliktem). V průběhu terapie a realimentace pacientek je tedy potřeba brát tento fakt v úvahu například zařazením nezbytné podpůrné psychoterapie spíše než terapie dynamické, která klade značné požadavky na zvládání úzkosti. Zároveň je ale třeba mít na paměti speciální typ objektních vztahů, které tyto pacientky vytvářejí (viz například Poněšický, 1999), tedy vztah fúzní s parciálním objektem, kterým je manipulováno a který je zároveň ohrožující, intuzivní a aktivující obrany.

Zjištění, že mechanismy obrany jsou odlišné a v mnohém nedostačující, respektive zvládající úzkost nevhodným, nezralým či neadaptivním způsobem, může být vysvětlující vzhledem k faktu, proč je symptom pro anorektičku tak těžké opustit. Někteří badatelé (Brusset, 1998) například uvádějí, že symptom sám je určitým obranným mechanismem. Anorexii je možné tedy chápat, jak bylo uvedeno v teoretické části, jako nemožnost překonat úzkost ze ztráty objektu, separace od matky atd. a jako obranu proti této úzkosti. Bez symptomu je úzkost zaplavující a

pacientka není schopná ji sama řešit. Z toho opět vyplývá potřeba podpůrné terapie při realimentaci.

Co se týče další práce, bylo by nepochybně záslužné výzkum rozšířit na větší vzorek. Dále by bylo zajímavé porovnání rovněž s pacientkami s mentální bulimií a možná i další psychiatrickou populací. Výzkumy na toto téma vesměs ukazují, že dotazník DSQ rozlišuje mezi zdravou a psychiatrickou populací, ale není schopen dobře rozlišovat mezi jednotlivými diagnózami, respektive že neexistuje specifický obranný styl spojený s typem diagnózy. Bylo by tedy zajímavé výzkum zopakovat a provést rovněž konfrontaci s TAT. Bohužel není v češtině zatím k dispozici žádný jiný kvantifikovatelný test, který by obranné mechanismy měřil než DSQ.

6 Summary

The concept of defence mechanisms has been used to predict how individuals respond to psychosocial stressors, with specific defence mechanisms ranked in hierarchy from least to most immature. These defence mechanisms are conceptualised as predictors of adaptation to life, so the healthy and psychiatric populations are supposed to differ.

In this thesis, we examined the structure of defence mechanisms through a Defence Style Questionnaire which is used to derive 20 defences classified as mature, neurotic or immature. Additionally, we examined a group of 15 patients by a Thematic Apperception Test to evaluate ego development, psychical structure and use of defence mechanisms.

The aim of our study was to answer the question whether we could find any differences through the self-reporting Defence Style Questionnaire between healthy women and anorexic patients or between bulimic and restrictive patients. We also examined the relationship between test score and age, actual and minimal BMI and the length of illness.

We have assessed 121 healthy volunteers and 44 patients with bulimic or restrictive type of anorexia nervosa according to ICD-10. We have used a 40-item version. None of the healthy respondents has reported a positive history of psychiatric disease, dieting, excessive sport, vomiting or using of laxatives. However, we did not get any additional psychological data from our subjects.

We found that patients with anorexia nervosa differ from healthy women in use of neurotic and immature defences. In contrast, no difference in mature defence mechanisms was found, but it was found that anorexic women use more sublimation, anticipation and suppression but use less humor. We also compared restrictive anorexics

with purgative anorexics. We found no difference between these patients.

By regression, we examined correlation with age, actual BMI, minimal BMI and length of illness. We found that age correlates strongly with use of immature defence mechanisms in the group of healthy women, but has no influence in the group of patients. In contrast, in the group of patients, we found that the score of immature defences correlates with the length of illness.

A comparison of findings obtained through the Defence Style Questionnaire and the Thematic Apperception Test shows that anorexic patients with severe and chronic anorexia are less able to evaluate themselves.

Our findings were in consistency with studies comparing anorexic patients and the healthy population and also with the studies comparing bulimic and restrictive anorexics and were in consistency with our expectations, as well as results of t-test and those of linear regression evaluating the influence of age, actual and minimal BMI and the length of illness. We have been discussing these findings within certain limits due to the self-reporting of defence mechanisms and small sample-size.

In conclusion, as an implication for further research we suggest extending the sample-size with the aim of focusing on differences between bulimic and purgative anorexics and comparing them to bulimic patients and patients with other diagnosis.

7 Literatura

Andrews et al.: The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 1993. s.246-256.

Andrews et al.: The Determination of Defense Style by Questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1989, s. 455-460.

Bergeret, J.: *La personnalité normale et pathologique*. Dunod, Paris, 2003.

Bergeret, J.: *Psychologie pathologique*. Masson, Paris, 2004.

Brelet-Foulard, F.; Chabert, C.: *Nouveau manuel du TAT*. Dunod, Paris, 2003.

Bruch, H.: *Conversations with anorexics*. Basic Books, New York 1988

Bruch, H.: *L'enigme de l'anorexie*. PUF, Paris, 1979.

Bruch, H.: *Les yeux et le ventre*. Payot, Paris 1994.

Brusset, B.: *L'assiette et miroir*. Privat, Aurillac 1977.

Brusset, B.: *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Dunod, Paris, 1998.

Cramer, P.: „The Development of Defense Mechanisms“. *Journal of Personality*, 55, 1987, s. 597.

Červenková, I.: *Dotazník obranných mechanismů DSQ-40*. Diplomová práce, katedra psychologie v Praze, květen 2005.

Decobert, S.: „Survole historique de la notion d'anorexie mentale.“ In: Caillot, J.-P.: *Anorexie et boulimie*. Collège de psychanalyse groupale et familiale, Paris, 2002.

Despland J.-N.; Bonsack C.; de Roten Y: The study of defense mechanisms: history and concepts *European Psychiatry*, 12, 1997, s. 142.

Freud, A.: *Le moi et les mécanismes de défense*. PUF, Paris, 1972.

Freud, S.: *Métapsychologie*. Folio, Paris, 1968.

Freud, S.: *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Folio, Paris, 1987.

Goodsitt, A.: „Self Psychology and the Treatment of Anorexia Nervosa.“ In: Garner, D.; Garfinkel, P.: *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. Guilford Press, New York, 1985.

Goodsitt, A.: „Eating Disorders: A Self-Psychological Perspective“. In: Garner, D.; Garfinkel, P.: *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. Guilford Press, New York, 1997.

- Gothelf, D. et al.: „Defense Mechanisms in Severe Adolescent Anorexia Nervosa.“ *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1995, s. 1648-1654.
- Guelfi, J. et al.: *Echelles d'évaluation des mécanismes de défense*. Masson, Paris, 2004.
- Hogan, Ch.C.: „Object relations.“ In: Wilson, P.: *Fear of Being Fat*. Jason Aronson, New York, 1983, s. 129-152.
- Chabrol, H.: *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*. PUF, Paris, 2004.
- Chabrol, H; Callahan, S.: *Mécanismes de défense et coping*. Dunod, Paris, 2004.
- Ionescu, S. et al.: *Les mécanismes de défense*. Nathan, Paris, 2001.
- Hentschel, U. et al.: *The Concept of Defense Mechanisms in Contemporary Psychology*. Springer-Verlag, New York, 1993.
- Kernberg, O.: *Troubles limites de la personnalité*. Dunod, Paris, 1997.
- Kestemberg, E. et al.: *La faim et le corps*. PUF, Paris, 1972.
- Kocourková, J.: *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Galén, Praha 1997.
- Koutek, J.: „Mentální anorexie“. In: Hotr, V. et al.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Portál, Praha, 2000, s. 264-271.
- Krch, F.D. et al.: *Poruchy příjmu potravy*. Grada, Praha, 1999.
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B.: *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF, Paris, 1967.
- Mintz, I.: „Psychoanalytic Description: The Clinical Picture of Anorexia Nervosa and Bulimia.“ In: Wilson, P.: *Fear of Being Fat*. Jason Aronson, New York, 1983, s.83-114.
- Nilsson, E.W. et al.: „Ten-Year Follow-up of Adolescent-Onset Anorexia Nervosa: Personality Disorders“. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1999, s. 1389-1395.
- Poikolainen, K. et al.: „Defence Styles and Other Risk Factors for Eating Disorders among Female Adolescent: A Case-Control Study.“ *European Eating Disorders Review*, 9, 2001, s.325-334.
- Poněšický, J.: *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Triton, Praha, 1999.
- Rousset, I.: „Personnalité, tempérament et anorexie mentale“. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163, 2004, s.180-188

Salander P.; Windahl G: "Does 'denial' really cover our everyday experiences in clinical oncology? A critical view from a psychoanalytic perspective on the use of 'denial'." *British Journal of Medical Psychology*, 72, 1999, s. 267-279(13)

Schmidt, U. et al.: „Childhood Adversity and Adult Defence Style in Eating Disorder Patients-a controlled study.“ *British Journal of Medical Psychology*, 66, 1993, s. 353-362.

Smolík, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Maxdorf Jessenis, Praha, 2002.

Sperling, M.: „A Reevaluation of Classification, Concepts, and Treatment.“

Wilson, P.: *Fear of Being Fat*. Jason Aronson, New York, 1983, s.51-82.

Steiger, H; Houle, L.: „Defense Styles and Object-Relation Disturbances Among University Women Displaying Varying Degrees of „Symptomatic“ Eating.“ *International Journal Of Eating Disorders*, 10, 1991, s. 145-153.

Stein, D.; Bronstein, Y; Weizman, A.: „Defense Mechanisms in Community-based Sample Of Female Adolescents with Partial Eating Disorders.“ *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33, 2003, s. 343-355.

Steiner, H.: „Defense Styles in Eating Disorders.“ *International Journal of Eating Disorders*, 9, 1990, s. 141-151.

Torjman, S. et al.: „A Comparative Study of Defense Styles of Bulimic, Anorexic and Normal Females.“ *Israel Journal of Psychiatry*, 34, 1997, s. 222-227.

Vidovic, V.: „Anxiety and Defense Styles in Eating Disorders. *Collegium Antropolologicum*, 27, 2003, s. 125-134.

Watson, D.; Sinha, B.K.: „Gender, Age, and Cultural Differences in the Defense Style Questionnaire-40.“ *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1998, s. 67-75.

Wilson, P.: „The Family Psychological Profile and Its Therapeutic Implications.“ Wilson, P.: *Fear of Being Fat*. Jason Aronson, New York, 1983, s.29-50.

Přílohy:

- 1. Interpretační list TAT**
- 2. Příklady interpretace na TAT**
- 3. Banální obsahy na TAT**
- 4. Dotazník DSQ**
- 5. Doplnující otázky pro pacientky a srovnávací skupinu**

Příloha č.1: Interpretační list TAT

Série A RIGIDITA

A1: Vztahování se k vnější realitě

A1-1: Popis tabule včetně detailů, ať už mají nebo nemají vztah k interpretaci

A1-2: Časové, prostorové nebo číselné zpřesnění

A 1-3: Vztažení ke společenským normám nebo morálním pravidlům

A 1-4: Literární a kulturní vztažení

A2: Zaměření na interní realitu

A2-1: Stažení se do fiktivního, do snu

A2-2: Intelektualizace

A2-3: Negace

A2-4: Důraz na vnitřní konflikt: projev pudu a vzápětí projev obrany proti pudu.

A3: Procesy obsesivního typu

A3-1: Pochyby: nejistota vyjádřená verbálně, váhání mezi interpretacemi, opakování stejného obsahu

A3-2: Odčinění

A3-3: Reakční formace

A3-4: Izolace mezi představami, nebo představy a afektu, který vyvolává.

Série B LABILITA

B1: Zaměření na vztah k druhým

B1-1: Důraz na interpersonální vztahy, dialog

B1-2: Přidání osob, které nejsou na tabuli

B1-3: Vyjádření emoce

B2: Dramatizace

B2-1: Přímý vstup, exklamace, osobní komentáře

B2-2: Silná nebo přehnaná emoce

B2-3: Protikladné představy nebo emoce. Oscilování mezi protikladnými touhami

B2-4: Představy činů, které jsou nebo ne ve vztahu k emocím jako strach, prožitek katastrofy, závratí

B3: Procesy hysterického typu

B3-1: Vyzdvižení emocí, které slouží k vytěsnění představy

B3-2: Erotizace vztahů, jasné symboly, narcistické detaily svůdného charakteru

B3-3: Labilita identifikace

Série C
VYVAROVÁVÁNÍ SE
KONFLIKTU

CF: Přílišné zaměření na externí realitu

CF-1: Důraz je na každodenním a skutečném – „opancéřování se“ vnější realitou

CF-2: Emoce vztahující se k externí realitě

CI: Inhibice

CI-1: Obecná tendence k omezení (latence, odmlčení se mezi promluvy, pokládání otázek, tendence k odmítnutí nebo odmítnutí jako takové)

CI-2: Neupřesněné motivy konfliktu, banalizace, anonymita osob

CI-3: Anxiogenní elementy, které následuje nebo předchází odmlka.

CN: Narcistické zaměření

CN-1: Důraz na osobní zážitky – reference k externí realitě.

CN-2: Narcistické detaily: idealizace představy sebe nebo objektu

CN-3: Pojmenování tabule jako afektu, postoj, který znamená emoci.

CN-4: Trvání na hranicích a na vjemech

CN-5: Spekulování o vztazích

CL: Nestabilita hranic

CL-1: Porozita hranic (mezi vypravěčem a subjektem příběhu; mezi vně a uvnitř)

CL-2: Opora ve vjemech a počtcích

CL-3: Heterogenita způsobů fungování (vnitřní/vnější; vjemové/symbolické; konkrétní/abstraktní)

CL-4: Štěpení

CM: Procesy zabráňující depresi

CM-1: Důraz na podporu objektu, obrácení se na examinátora

CM-2: Velká nestabilita identifikací

CM-3: Humor, ironie, mrkání, náhlý zvrát

Série E
OBJEVENÍ SE PRIMÁRNÍCH
PROCESŮ

E1: Narušení perceptu

E1-1: Skotom

E1-2: Vnímání nepodstatných nebo podivných detailů ať už odůvodněné nebo ne

E1-3: Špatné vjemy

E1-4: Vnímání objektů jako zničených, osob jako nemocných nebo deformovaných

E2: Masivní projekce

E2-1: Neadekvátní téma, perseverace, fabulace mimo tabuli, hermetický symbolismus

E2-2: Evokace špatného objektu, téma persekuce, megalomanická idealizace

E2-3: Vyjádření afektu nebo zaplavující reprezentace – vyjádření krutosti spojené s agresí nebo sexualitou

E3: Dezorganizace rozpoznávání identity osob nebo objektů

E3-1: Záměna identit – smíšení rolí

E3-2: Nestabilita objektů

E3-3: Dezorganizace v čase, prostoru nebo logické souvislosti

E4: Narušení řeči

E4-1: Problémy v syntaxi

E4-2: Nezakotvenost, nepřiléhavost promluvy

E4-3: Krátké asociace

E4-4: Asociace způsobené blízkostí v prostoru, souzvukem, nelogické řazení témat

Příloha č.2: Příklady interpretace TAT

Série A

RIGIDITA

A1: Vztahování se k vnější realitě

A1-1: Popis tabule včetně detailů, ať už mají nebo nemají vztah k interpretaci. Na rozdíl od CF-1 tam nejde o vyprávění historie probanda, jedná se pouze o popis. „*Je tam stůl a na něm je váza s květinami*“ (5)

A1-2: Časové, prostorové nebo číselné zpřesnění. Proband udává přesná místa, epochu atd. „*Mohlo by to být tak v 17.století, vypadá to jako lekce anatomie*“ (8BM)

A 1-3: Vztažení ke společenským normám, k tomu, co je „běžné“ nebo morálním pravidlům. Na rozdíl od CF-2 je zde jasné, že jde o konflikt mezi principem slasti a principem reality, projevuje se Nad-Já „*Myslím, že matka obvykle omluví dítě...ano, vždycky, i když toho její syn moc nedokázal.*“ (6BM).

A 1-4: Literární a kulturní vztažení „*Vypadá to jako Milletův obraz*“ (2)

A2: Zaměření na interní realitu

A2-1: Stažení se do fiktivního, do snu. Konfliktní scéna je transponována do románu, snu apod. Trvání na fiktivnosti příběhu dovoluje, aby konflikt projevil, umožňuje rozvinutí příběhu „*Zdá se mu, že má zbraň a někoho zranil, nebo možná zabil...*“ (8BM)

A2-2: Intelektualizace (abstraktní formulace konfliktu, která umožňuje udržovat od tohoto konfliktu vzdálenost) „*Tohle symbolizuje útěk muže před ženou, hledání ideálu nebo důvodu k životu*“ (4) „*Tenhle obrázek bychom mohli nazvat...*“

A2-3: Negace: proband formuluje svoje touhy, myšlenky, city a vzápětí popře, že by je měl (na rozdíl od popření, které se týká spíše percepce). „*Nemyslím, že...*“

A2-4: Důraz na vnitřní konflikt: projev pudu a vzápětí projev obrany proti pudu, oscilace mezi nimi. Může se jednat o oscilaci mezi protikladnými touhami. „*Myslí, jestli se má zabít nebo ne...neví, co dělat.*“ „*Vypadá to, že otce operují...nebo to byl jeho syn, který se ho snažil zastřelit...*“ (8BM), též typicky formulace jako „*Přemýšlí, co dělat*“ (což ukazuje na vnitřní konflikt)

A3: Procesy obsesivního typu

A3-1: Pochyby: nejistota vyjádřená verbálně, váhání mezi interpretacemi, opakování stejného obsahu: „asi“, „to by mohlo být“. Cílem je se příliš nezavázat k jedné interpretaci.

A3-2: Odčinění: na rozdíl od odmítnutí se jedná o „magické“ vymizení pudu. První interpretace je agresivní, je „opravena“ na jinou. „Muž jde do války, žena ho chce zadržet, myslím, že se z té války nevrátí...*anebo jestli to není válka, tak ho možná odvádí policie.*“

A3-3: Reakční formace: z celé promluvy je jasné, že se jedná o obrácení pudu. „(překvapení)...řekl bych, že to je syn, ale je mu už kolem čtyřiceti, který líbá na čelo svojí matku. *Děkuje jí, že byla vždycky tak dobrá, je tam sounáležitost...*“ (10)

A3-4: Izolace mezi představami, nebo představy a afektu, který vyvolává: jde o to popřít vztah, který je mezi osobami na obrázku, také náhlá změna ve scénáři. „...je, tady je zbraň. *Tak, jiná verze:...*“ (8BM). Dále se izolace může projevit jako neintegrováné detaily (nejčastěji revolver na 3BM a puška na 8BM).

Série B

LABILITA

B1: Vkládání do vztahu k druhým

B1-1: Důraz na interpersonální vztahy, dialog: je vyjádřen vztah mezi osobami na tabuli. Dále kódujeme jako B1-1 každou přímou řeč. „*Je to učitel a jeho žák, myslím, že spolu hrajou.*“ (7BM)

B1-2: Přidání osob, které nejsou na tabuli: každé vztažení k osobě, která není na tabuli. Ukazuje na schopnost vzdálit se od reality, schopnost imaginace. „*To je žena, která vypadá zoufale...možná zabila svého muže...*“ (3BM)

B1-3: Vyjádření emoce: emoce je ovládaná, vztah mezi představou a afektem zůstává zachován a je koherentní. „*To je žena, která pláče.*“ (3BM)

B2: Dramatizace

B2-1: Přímý vstup, exklamace, osobní komentáře, teatrálnost, odbíhání od obsahu: Přímý vstup odpovídá bezprostřednímu komentáři konfliktní situace na tabuli bez jakékoli latence. „*Je šokovaná.*“ (6GF). Exklamace a komentáře jsou další projevy afektu ve vztahu k situaci na tabuli: „*To je apokalyptické. Nic nevidím. Podivný svět...*“ (11). Osobní komentáře jsou veškerá explicitní srovnání zkušenosti probanda a

situace na tabuli. Na rozdíl od CL-1 je zde ale jasně zachovaná hranice, osobní příběh není vložen na tabuli. „*Když moje babička vlez do mého pokoje, pobuřuje mě to.*“ (5). Taetralismus je potěšení z vyprávění událostí, vztahů mezi lidmi více či méně teatrálními, například popis tabule jako scény z filmu, líčené velmi barvitě. Odbíhání od obsahu tabule odpovídá náhlým a neočekávaným zvrátům v příběhu. Na rozdíl od E2-1 je zde ale stále zachována souvislost s obsahem tabule.

B2-2: Silná nebo přehnaná emoce: Emoce je kongruentní s obsahem, ale je přehnaná. „*Je zděšená, protože její děti se hádají, opravdu ji to vyděsilo.*“ (5)

B2-3: Protikladné představy nebo emoce. Oscilování mezi protikladnými touhami: ukazuje na intrapsychický konflikt, který se odehrává na interpersonálním poli. Do dvou osob na tabuli jsou projikovány dvě protikladná přání. Například na tabuli 6GF je zdůrazněna nevinnost dívky a donjuanství muže. Oscilování mezi protikladnými touhami je oscilací mezi libidinálním přáním a zákazem. „*muž je asi lhostejný k té ženě a je přitahován tím, co vidí, nebo možná váhá, sice chce odejít, ale taky by chtěl zůstat s tou ženou...*“ (4).

B2-4: Představy činů, které jsou nebo ne ve vztahu k emocím jako strach, prožitek katastrofy, závratí: jedná se o činy, které jsou bez racionální kontroly, nekontorlovaná manifestace libidinálního pnutí: „*bez rozumu vyběhla ven, běží nocí, přes les a ledovou řeku...*“ (9GF). Může to být ve vztahu ke katastrofě apod., což také svědčí o vkladu do akce.

B3: Procesy hysterického typu

B3-1: Vyzdvižení emocí, které slouží k vytěsnění představy: jedná se o emoce jako je údiv, překvapení, často opakovaných a vyzdvihovaných. Proband se brání, zakazuje si přístup k fantazijním manifestacím libidinálního přání, místo toho vkládá energii do afektu, který slouží jako obrana. Pocity jsou upřednostněny před reprezentacemi. Tím, že se subjekt zaměřuje na pocit, nemusí se soustředit na zakázanou fantazii.

B3-2: Erotizace vztahů, jasné symboly, narcistické detaily svůdného charakteru: především na tabulích, kde to latentní obsah nepředpokládá, ale i na ostatních tabulích, pokud je erotizace vztahu akcentována. Co se týče jasného symbolismu, jedná se o vztah mezi manifestním obsahem a jednoznačně erotickým latentním obsahem, například na tabuli 5 matka nahlíží do synova pokoje uprostřed noci, protože slyšela z jeho pokoje zvuky. Narcistické detaily odpovídají zdůrazněným fyzickým detailům (oblečení, tělo, šperky), ať už jde o negativní nebo pozitivní hodnocení. Jsou

vyzdvíženy v interpersonálním vztahu, na rozdíl od CN-2, kde jsou narcistické detaily zdůrazněny ve vztahu narcistického zaměření libidinální energie.

B3-3: Labilita identifikace: Tento proces ukazuje na mechanismus obrany typický pro hysterii: schopnost identifikovat se s určitou osobou na tabuli a vzápětí s jinou, aniž by se dalo rozlišit, se kterou osobou se proband skutečně identifikuje. Zároveň ale není ztracena jednota Já. Tento proces se také může projevit jako nerozhodnost co se týče pohlaví nebo věku osob na tabuli.

Série C

VYVAROVÁVÁNÍ SE KONFLIKTU

CF: Přílišné zaměření na externí realitu

Procesy tohoto typu se projevují především jako chudá produktivita a oploštění fantazií, slabá evokace konfliktů atd. Mají diagnostickou hodnotu, pokud se projevují v téměř celém protokolu na většině tabulí. Svědčí o tom, že byl přerušen kontakt s realitou, mezi vědomím a nevědomím. Často se objevují u psychosomatických onemocnění.

CF-1: Důraz je na každodenním a skutečném – „opancěrování se“ vnější realitou: kontext je banalizován, jedná se o popis každodenních událostí. Materiál jako by nevyvolával žádnou emoci ani vzpomínku. Latentní obsah je banalizován, například na tabuli 5 je žena překvapená, protože nechala svítit světlo.

CF-2: Emoce vztahující se k externí realitě: Jsou vyjadřovány pouze takové afekty, které je konformní vyjadřovat v daných podmínkách a které zakrývají skutečné prožitky. Též se může jednat o přímé odkazování k sociálním normám. „*Muž je asi zoufalý, nebo pokud to je on, kdo ji zabil, tak půjde do vězení.*“ (13MF)

CI: Inhibice

Inhibice může sloužit různým procesům v psychice: afektu, konfliktu, reprezentaci atd. V testu je dobré sledovat, v jakém kontextu se objevuje, protože upozorňuje na problémovou oblast.

CI-1: Obecná tendence k omezení (latence, odmlčení se mezi promluvami, pokládání otázek, tendence k odmítnutí nebo odmítnutí jako takové). V kontextu procesů A a B odkazuje k neurotické struktuře a slouží v vytěsnění představ. V kontextu procesů E vypovídá o psychotické struktuře a slouží k popření. Pokud procesy C převládají, jedná se o limitní strukturu.

CI-2: Neupřesněné motivy konfliktu, banalizace, anonymita osob: Konflikt na tabuli není prakticky evokován, pokud je o extrémní, kódujeme CF-1. Motivů činů nebo vztahů mezi osobami jsou pouze načrtnuty.

CI-3: Anxiogenní elementy, které následuje nebo předchází odmlka: Objevuje se především na tabulích 11 a 19, které evokují archaickou úzkost.

CN: Narcistické zaměření

Ukazují na nedostatečný narcistický základ osobnosti. Je důležité sledovat, nakolik se doplňují se zaměřením na objekt, což umožňuje odlišit, zda se jedná pouze o narcistickou problematiku na tabuli, nebo zda se jedná o patologii.

CN-1: Důraz na osobní prožitky – reference k externí realitě: jemná deskripce pocitů, charakteru, prožitků osob na tabuli s vžíváním se, jedna z osob na tabuli je identifikována jako Já, ať už je pozitivní nebo negativní. Může se projevovat formulacemi jako „*cítíme, jak se nudí*“ „*ten obrázek evokuje nudu*“ (3BM). Jako CN-1 kódujeme také všechno, co proband vypráví jako vlastní historii.

CN-2: Narcistické detaily: idealizace představy sebe nebo objektu: může se jednat například o popis oblečení osob. Na rozdíl od B3-2 se nejedná o funkci identifikovat objekty a rozlišit je ve vztahu mezi sebou. Co se týče idealizace představy, jedná se o vyvarování konfliktu tím, že je některá z osob vnímána jako velmi dobrá a mocná, nebo naopak jako je totálně zbavena hodnoty.

CN 3: Pojmenování tabule. Afektu-titul obrázku. Postoj, který znamená emoci: Inhibice je realizována prostřednictvím znehybnění scény na tabuli nebo potlačením vnitřních prožitků. Pojmenování tabule jako afektu znamená, že je zdůraněno, že se jedná o obrázek atd. Pojmenování může být také pojmenováním prožitku, který určuje protagonisty na tabuli („*Nemůžu říct nic než štěstí! Žena si hraje na pláži s...*“). Co se týče postoje, který znamená emoci, jde o to, že emoce je rozpoznána, ale je přesunuta pouze na tělo, internalizace do psychiky chybí nebo je nedostatečná.

CN-4: Trvání na hranicích a na vjemech: Důraz je na limitech prostoru (*Dívka sedí na hraně kanape, je tam málo místa, moc málo místa*“ (7GF)), nebo na vjemech jako je světlo, teplo, vůně atd.

CN-5: Spekulování o vztazích: postavy na obrázku jsou vnímány jako identické, symetrické, jako v zrcadle. Tím je popřena různost mezi subjekty a proband se tam může vyvarovat konfliktu. Druhý není už zdroj stimulace, ale slouží narcistickému zaměření.

CL: Nestabilita hranic

Tyto procesy, stejně jako předchozí, se mohou objevovat u různých struktur, ale ukazují na závislost na vnějším objektu, přílišné zaměření na hranice mezi sebou a okolím, ale mohou i ukazovat na štěpení.

CL-1: Porozita hranic (mezi vypravěčem a subjektem příběhu; mezi vně a uvnitř): tento mechanismus odpovídá projektivní identifikaci, která slouží ke kontrole objektu. V tom, co proband říká, existuje zaměňování mezi skutečným a imaginárním. Projevuje se to například tak, že na tabuli 8BM mluvíme o tom, co vidí postava v popředí nebo na 3BM to může být vyjádření „otáčí se ke mně zády.“

CL-2: Opora ve vjemech a počítčích: Ukazuje na závislost na vnějších objektech. Jedná se o zdůrazňování toho, co proband *vidí*.

CL-3: Heterogenita způsobů fungování (vnitřní/vnější; vjemové/symbolické; konkrétní/abstraktní): různé způsoby fungování jsou volně řazeny vedle sebe a objevují se především tam, kde není proband schopen zvládnout vnitřní pnutí.

CL-4: Štěpení. Štěpení lze podle Melanie Kleinové rozeznat dva druhy, jednak je to rozštěpení já a jednak objektu. Co se týče štěpení Já, jedná se o zaujmutí dvou protikladných stanovisek, interpretací, z nichž jedna je založena na realitě a druhá popírá realitu a na její místo dává přání. Tyto dvě představy přitom koexistují vedle sebe. Co se týče štěpení objektu, jedná se o primitivní obranu proti úzkosti, kde je objekt rozdělen na dobrý a špatný, které jsou relativně nezávislé pro projekci a identifikaci. Může se to projevovat například silnou polarizací rolí na tabuli.

CM: Procesy zabraňující depresi

Jedná se o obranné procesy, které zabraňují vytvořit scénáře ztráty a evokaci depresivních pocitů. Můžou podporovat mechanismy blízké popření, nebo naopak můžou být obranou proti bolesti.

CM-1: Důraz na podporu objektu, obrácení se na examinátora: objekt na tabuli je definován především skrze svoji funkci podpořit a ochránit. Tento mechanismus odpovídá boji proti pnutí. Může se projevovat také jako obrácení se na examinátora. V tomto případě se jedná o vyžadování pomoci a podpory při testu (typické jsou otázky na examinátora).

CM-2: Velká nestabilita identifikace: Jedná se o oscilaci mezi identifikacemi, která na rozdíl od B3-3 nevychází z oidipského přání vyměnit si místo s rodičem. Také se liší od procesů typu E3-1, kde je smazání identity dáno tím, že jsou smazány hranice mezi

subjekty a hranice mezi vnějším a vnitřním. U CM-2 je labilita dána snahou o kontrolu jednotlivých postav.

CM-3: Humor, ironie, mrkání, náhlý zvrát.

Série E

OBJEVENÍ SE PRIMÁRNÍCH PROCESŮ

E1: Narušení perceptu

E1-1: Skotom manifestního objektu: kóduje se, pokud nějaký manifestní objekt není evokován. Nejedná se o deformaci reality, na rozdíl od zkreslených vjemů, ale o manipulaci s tím, co je vnímáno, za účelem obrany, což je v tomto případě buď popření, nebo vytěsnění. U psychotického fungování koresponduje s popřením existence dalšího, v případě masivní inhibice spíše k vymazání psychického obrazu druhého. Jsou ale časté i u hysterií (odmítnutí vidět) a u fobií. Typické je nerozeznání pušky na 8BM a revolveru na 3BM.

E1-2: Vnímání nepodstatných nebo podivných detailů ať už odůvodněné nebo ne: Jedná se o evokaci detailů, které jsou sice na tabuli, ale statisticky jsou málo užívané (Dd). Nebo úplně miniaturní, které mají pro probanda zvláštní funkci. Tento proces se obvykle objevuje v značně narušených promluvách, tedy u psychotických probandů.

E1-3: Špatné vjemy:

E1-4: Vnímání objektů jako zničených, osob jako nemocných nebo deformovaných

E2: Masivní projekce

E2-1: Neadekvátní téma, perseverace, fabulace mimo tabuli, hermetický symbolismus: manifestní a latentní téma tabule není vůbec vzato v úvahu, místo nich se prosazuje jiná tematika nebo fantazie bez souvislosti s nimi. Perseverace se mohou vyskytovat i v protokolu neurotického probanda, ale s tím rozdílem, že není zcela opuštěn manifestní obsah tabule a téma se často objevuje jako manifestace pnutí a obrana proti němu. Často se jedná i o dlouhé promluvy, které mají jen vzdálený vztah k latentnímu obsahu tabule. Hermetický symbolismus odpovídá úvahám o tématech jako smrt, život atd.

E2-2: Evokace špatného objektu, téma persekuce, hledání významu tabule, megalomanská idelizace: Proband není schopen rozeznat sám svoje psychické obsahy a zcela je připisuje osobám na obrázku. Projekce chrání probanda před tím, co nechce rozpoznat jako své (agresivitu, hněv atd.). Může se jednat o přisouzení role „špatného

objektu“ někomu na tabuli (například na 9GF dívka nalíčila na druhou past). Témata perzekuce se objevují často na páté tabuli jako „slídění“ atp. U hledání významu tabule se jedná o to, že se proband domnívá, že se mu tabule snaží vnutit nějaký obsah. Projevuje se ve větách jako „vy chcete, abych řekl...“. Co se týče megalomanské idealizace, tak je to proces, kde je objekt na obrázku popsán jako grandiózní, nepřekonatelný.

E2-3: Vyjádření afektu nebo zaplavující reprezentace – vyjádření krutosti spojené s agresí nebo sexualitou: Tyto procesy jsou charakteristické ztrátou vzdálenosti od objektu, tedy projekcí nebo dokonce projektivní identifikací. Může to být spojeno jak s agresivitou, tak se sexualitou. To může být jednak v souvislosti pouze s vybitím pudu, které je chvilkové a překonatelné, ale také může dezorganizovat psychiku a být doplněno dalšími procesy typu E. Jedná se o formulace jako třeba „*a rychle, bez přemýšlení střelil na svého otce*“ (8BM). Může se jednat o silné afekty, jako například na tabuli 3 „*Je tady žena, vypadá dost zoufale, opravdu zoufale. Už nemůže. Co se dozvěděla? Smrt, nebo rozchod. Dá se poznat, že je opravdu velmi, velmi zoufalá.*“. Kromě afektů může být také vyjádřena krutost s minimálním afektem, například na tabuli 5 vidí žena prostě svého muže, který zemřel právě na infarkt. Tento typ procesů E2-3 e objevuje často v souvislosti s obsesivními procesy.

E3: Dezorganizace rozpoznávání identity osob nebo objektů

E3-1: Záměna identit – smíšení rolí: jedná se například o záměnu zájmen, že nevíme, o kom se vlastně mluví.

E3-2: Nestabilita objektů: Jedná se o mechanismus, který zabraňuje zaměření pudové energie na jeden objekt a vypovídá tedy o nedostačivosti dobrého objektu. Všechno je jakoby v jedné rovině a zaměnitelné (například je postavě na tabuli přiřazeno několik národností)

E3-3: Dezorganizace v čase, prostoru nebo logické souvislosti: Jedná se o n příliš častý proces, který pokud je častý, ukazuje na psychotické fungování (například je směřována budoucnost a minulost).

E4: Narušení řeči

E4-1: Problémy v syntaxi a přeroknutí. Jedná se vždycky o manifestaci pudové energie, která narušuje sekundární procesy. Může se tedy objevit v každém protokolu a sama o sobě o žádné patologii nevyovídá.

E4-2: Nezakotvenost, nepřiléhavost promluvy: Promluva je vágní a vypovídá o tom, že se do myšlení dostávají primární procesy: přesto není sama o sobě signifikatní, pokud není doplněna dalšími procesy typu E. Pokud je doplněna jinými procesy, jedná se spíše o vyvarování se konfliktu na tabuli.

E4-3: Krátké asociace: Promluva je založena na několika nápadech, které ale mezi sebou nemají logickou souvislost.

E4-4: Asociace způsobené blízkostí v prostoru, souzvukem, nelogické řazení témat: Tyto procesy se obvykle projevují v promluvě maniaků, jedná se o volné řazení nápadů třeba na základě fonetické příbuznosti slov, „o voze a o koze“.

Příloha č.3: Banální obsahy na TAT

Banální obsahy odpovídají dobrému zvládnutí konfliktu a tedy psychickému zdraví. Pokud tyto konflikty jsou řešeny jinak (například je konflikt přesunut na jinou osobu, nebo není vůbec evokován), ukazuje to naopak na problém. V banálním obsahu je konflikt evokován a proband se k němu vyjadřuje, přičemž se od něj ani příliš nedistancuje, ani se jím nenechává pohltit nebo strhnout.

Tabule 1: Rodiče dali svému dítěti housle, ale on nemá náladu na ně hrát. Dal ty housle na stůl a dívá se na ně, i když by si taději hrál se svými kamarády. Za chvíli se do toho ale pustí, aspoň to bude mít za sebou a bude si moct jít hrát.

Tabule2: Tato dívka, která je dcera farmářů, by se chtěla víc vzdělat. Nejdřív se sice kvůli rodičům snažila pracovat s nimi na poli, ale nemohla si pomoci a zvyknout si, a tak opouští svoje rodiče a jde studovat do města. Její rodiče byli zklamaní a nejdřív se zlobili, ale nakonec je přesvědčila, že má pravdu, a tak se s tím smířili.

Tabule 3BM: Ten chlapec rozbil svoji oblíbenou hračku, která leží vedle něj a teď moc pláče. Ale přejde ho to a příště bude dávat víc pozor.

To je žena, která pláče. Asi přišla o někoho blízkého, matku nebo otce. Je sama se svým smutkem, vzpomínkami a neví, jak bude bez svých drahých dál žít. Ale s časem se to zahojí, takže se vrátí zpět ke svým povinnostem, i když vzpomínka bude vždycky v jejím srdci.

Tabule 4: Žena vyčítá svému příteli, že se od ní odvrací. Snaží se ho zadržet, on se ale moc netváří, že by se nechal přesvědčit. Ale myslím, že až si to promyslí a pomyslí na něžnost té ženy, tak to uzná a zase se k ní vrátí.

Tabule 5: To je maminka, která se dívá do pokoje, protože slyšela nějaký podivný zvuk. A vidí, že její syn stojí na židli a snaží se dosáhnout úplně nahoru do spíže na sklenici s marmeládou. Tak mu vynadá a vysvětlí, že marmeláda se nekrade a že jí dostane, když si o ní řekne.

Tabule 6BM: Je tam muž, který mačká svůj klobouk a dáma, která se k němu otáčí zády. To je nějaký složitý moment mezi matkou a jejím synem. Syn se jí asi svěřuje s nějakými problémy a jí se nelíbí jeho chování, tak se od něj odvrací, ale nakonec ho pochopí obměkčená mateřskou láskou.

Tabule 7BM: Mladý doktor se právě svěřil svému šefovi s tím, jaké má problémy v zaměstnání. Teď má starosti s jedním těžkým případem. Díky zkušenostem staršího muže bude moct situaci lépe porozumět. Ten už takových případů viděl! Ten mladý doktor je skeptický, ale přijme názor svého šéfa.

Tabule 8BM: To je sen jednoho dítěte, které chce dělat medicínu. Moc ho zajímá to, jak vypadá operace na chirurgii. Doufá, že jednou bude slavný chirurg, a tak se rozhodl dělat studium medicíny.

Tabule 9GF: Mladé dívky, které jsou na břehu moře a tráví tam příjemně odpoledne. Asi si povídaly a koupaly se. Když chtěly jít domů, tak se zvedl vítr a překvapil je. Začala bouřka. Mají akorát čas sebrat věci a jít domů, protože vesnice je daleko.

Tabule 10: Tenhle pár se asi sešel po dlouhém odloučení, muž odešel asi do války, jsou teď hrozně šťastní, objímají se. Prostě je to okamžik absolutního štěstí, něžnosti, vzájemnosti, míru.

Tabule 11: Je tam cesta a most, ale tady, uprostřed skal je něco, co vypadá jako bystrina...řekl bych, že to je skupina mužů, kteří se snaží přehnat krávy přes most, ale tady je nějaký drak, který na ně číhá, je to drak z hor, ale přejdou ten most dřív, než je dostihne.

Tabule 13B: To je v Texasu. Otec toho chlapce je zlatokop. A ten kluk čeká na svého otce, který mu zakázal, aby šel s ním, a sní o tom, že bude jako otec, až bude velký.

Tabule 19: To je krajina ve fantazii. Dům a duchové. Řekl vych, že to je dům ve sněhové bouři. Vítr fučí, ale řekl bych, že vevnitř jsou lidé, je tam světlo, tak asi nějaká rodina, jsou pěkně v teple, okolo stolu a čekají, až ta bouřka přejde.

Tabule 16: Protože je to prázdná tabule, tak by mohlo jít o sních, a na tom sněhu jsou tři postavy, žena a její dvě děti, učí se lyžovat. Děti padají, ta žena jim pomáhá, ale taky jí to moc nejde, říká si, co to tam dělají, proč si myslela, že lyžovat je lehké, když je to tak komplikované. Ale jejich učitel, který není na tom obrázku, říká, že se to naučí, že to chce jenom vydržet. No a kdybychom viděli ten obrázek za tři dny, tak už všichni tři jezdí normálně dobře.

Příloha č.5: Dotazník DSQ-40

Instrukce:

Tento dotazník obsahuje tvrzení o různých postojích, které člověk může zaujmout. Nejsou zde „správné“ ani „špatné“ odpovědi. Na škále od 1 do 9 prosím označte, jak mnoho souhlasíte nebo nesouhlasíte s každým tvrzením. Číslo 5 znamená, že jste někde mezi, číslo 3, že mírně nesouhlasíte a číslo 9, že hodně souhlasíte.

Uspokojuje mě pomáhat druhým, a kdybych to dělat nemohl, byl bych v depresi.

Jsem schopný nezabývat se problémem do té doby, dokud nemám čas ho řešit.

Svou úzkost zvládnou děláním něčeho konstruktivního a tvůrčího jako je například malování nebo práce se dřevem.

Snadno se dokážu zasmát sám sobě.

Lidé mají tendenci nedobře se mnou zacházet

Kdyby mě někdo přepadl a ukradl mi peníze, bych raději, kdyby se mu pomohlo, než aby byl potrestán.

Lidé o mně říkají, že mám sklon přecházet nepříjemné skutečnosti jakoby neexistovaly.

Ignoruji nebezpečí, jako kdybych byl Superman.

Jsem pyšný na svojí schopnost srovnat lidi do patřičných mezí.

Často se chovám impulzivně, když mě něco obtěžuje.

Když se mi nedaří, necítím se tělesně dobře.

Jsem velmi nesmělý člověk.

Mám více uspokojení ze svých fantazií než z reálného života.

Mám zvláštní schopnost, která mi umožňuje bez problémů procházet životem.

Když se věci nedaří v můj prospěch, má to vždy dobré důvody.

Mám sklon dělat věci spíše ve fantazii než v reálném životě.

Ničeho se nebojím.

Někdy si myslím, že jsem anděl, jindy, že d'ábel.

Jsem otevřeně agresivní, když se cítím ublížený.

Často mám pocit jako kdyby někdo, koho znám, byl anděl strážný.

Co se mě týče, lidé jsou buď dobří nebo špatní.

Kdyby mě můj nařízený otravoval, mohl bych udělat v práci nějakou chybu nebo pracovat pomaleji, abych mu to tak vrátil.

Znám někoho, kdo může udělat cokoli a je absolutně spravedlivý.

Umím držet své city pod pokličkou, kdyby měly vadit tomu, co dělám.

Obvykle dokážu vidět humornou stránku jinak nepříjemné situace.

Rozbolí mě hlava, když musím dělat něco, co nemám rád.

Často se mi stává, že jsem velmi milý k lidem, na které bych měl plné právo být naštvaný.

Jsem si jistý, že ze života dostávám špatný díl.

Když mě čeká nějaká obtížná situace, snažím se představit si, jaké to bude a najít způsob, jak ji zvládnout.

Doktoři nikdy opravdu nechápou, co mi je.

Po tom, co bojuji za svá práva, mám skol se za svoji průbojnost omlouvat.

Když jsem depresivní nebo úzkostný, jídlo mi udělá dobře.

Často slyším od druhých, že neukazují svoje city.

Když mohu předvídat, že se budu smutný, lépe vše zvládám.

Ať si stěžuji jakkoli, nikdy nedostanu uspokojivou odpověď.

Často zjišťuji, že necítím nic v situaci, která by spíš měla vyvolávat silné emoce.

Ponoření se do úkolu mě dostává z úzkosti nebo deprese.

Kdybych byl v krizi, hledal bych jiného člověka s podobným problémem.

Když mám agresivní myšlenky, cítím potřebu udělat něco, abych je odčinil.

Příloha č.5: Doplnující otázky pro pacientky a srovnávací skupinu

Otázky pro pacientky:

Věk: let

Současná váha:

Současná výška:

Nejnižší váha: v roce

Byla během vašeho života doba, kdy jste vlivem ztráty hmotnosti ztratila i menstruaci (nehodící se vymažte)? ANO / NE / NE, beru hormonální antikoncepci

K redukci váhy používáte:

omezení se v jídle / zvracení / používání projímadel / cvičení /

Během svého života jste používala k redukci váhy tyto prostředky (včetně současných): omezení se v jídle / zvracení / používání projímadel / cvičení /

Pokud používáte, nebo jste používala zvracení, jak dlouho, kolik měsíců nebo let tato perioda trvala?

Jak často jste se nejčastěji přejídala a následně zvracela nebo užívala projímadla?

A nyní, jak často se přejídáte zvracíte?

Jak dlouho (kolik měsíců nebo let) trvají vaše obtíže?

Byla jste někdy v kontaktu s psychiatrem?

Pokud ano, pro jakou diagnózu?

Byla jste někdy hospitalizovaná na psychiatrii?

Pokud ano, kolikrát?

Jak dlouho tyto hospitalizace trvaly?

Byla u vás stanovena (ať už během hospitalizace, nebo v ambulanci) i jiná diagnóza než MA nebo MB?

Pozn.: Případné nejasnosti v odpovědích byly doplněny s pacientkou osobně nebo přes mail.

Otázky pro srovnávací skupinu:

Současná váha:

Současná výška:

Omezovala jste se někdy v životě v jídle, abyste zhubla?

Pokud ano, kolikrát?

Pokud ano: naposledy to bylo od do

Před tím to bylo od..... do

Od do

Jak jste se nejdéle vydržela omezovat?

Zvracela jste někdy úmyslně, protože jste měla strach, že přiberete?
Pokud ano, napište frekvenci takového chování:

Užila jste někdy projímadla, protože jste měla strach, že přiberete?
Pokud ano, napište frekvenci takového chování:

Stalo se vám někdy, že jste cvičila více než 5 hodin týdně?
Pokud ano, kolik hodin?
Pokud ano: naposledy to bylo od do

Stalo se vám, že by vaše váha kolísala více než cca 5 kg za 3 měsíce?

