

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra psychologie

OBRANNÉ MECHANISMY

DLOUHODOBĚ

HOSPITALIZOVANÉHO

ADOLESCENTA

(výskyt, četnost a korelace s temperamentem)

Bakalářská práce

Alžběta Gilíková

Psychologie se zaměřením na vzdělávání (2009-2011)

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, červen 2012

UNIVERSITY OF WEST BOHEMIA

FACULTY OF EDUCATION

Department of psychology

**DEFENSE MECHANISMS OF
LONG-TERM HOSPITALISED
ADOLESCENT**

**(occurrence, frequency and temperament
correlation)**

Bachelor thesis

Alžběta Gilíková

Psychology in Education (2009-2011)

Supervisor: Mgr. Kateřina Šámalová

Pilsen, June 2012

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 30. dubna 2012

.....

vlastnoruční podpis

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta pedagogická

Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alžběta GILÍKOVÁ**
Osobní číslo: **P09B0623P**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Psychologie se zaměřením na vzdělávání**
Název tématu: **Obranné mechanismy dlouhodobě hospitalizovaného
adolescenta**
Zadávací katedra: **Katedra psychologie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Stanovení názvu, vymezení tématu a cílů.
2. Vytvoření osnovy práce.
3. Studium odborné literatury a její zpracování.
4. Průzkum k danému tématu.
5. Závěr a odevzdání práce.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především své vedoucí bakalářské práce Mgr. Kateřině Šámalové za její velkou podporu, stálou ochotu, její čas a trpělivost a velké množství cenných rad. Dále bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Jiřímu Kohoutovi za odbornou pomoc při tvorbě dotazníku a statistické analýze dat z dotazníku a také za podporu při práci.

Další mé velké díky patří klinickým psychologům Mgr. Lucii Nopové a PhDr. Věře Reichlové z Fakultní nemocnice v Motole, které mě částečně přivedly na nápad věnovat se v bakalářské práci obranným mechanismům dlouhodobě hospitalizovaných dětí a děkuji jim také za pomoc při zadávání dotazníků na jejich odděleních a PhDr. Reichlové za rozhovor, který mne obohatil nejen zajímavými kazuistikami. Dále děkuji klinické psycholožce Mgr. Ivetě Týblové z Fakultní nemocnice Plzeň za ochotu provést výzkum na jejím oddělení také za inspirující rozhovor.

Další mé poděkování patří MUDr. Miroslavovi Zvolskému z ÚZIS, který věnoval zvláštní pozornost a mnoho času mému požadavku na sestavení aktuálních statistik týkajících se hospitalizovaných adolescentů v ČR.

Stejně tak děkuji školám, které se účastnily průzkumu k BP jako kontrolní skupina. Jmenovitě děkuji PhDr. Ludmile Brabencové z Gymnázia Legionářů 402, Příbram VII, PaedDr. Janě Bacíkové ze ZŠ J.J.Ryby v Rožmitále pod Třemšínem, PhDr. Jaroslavě Traxlerové z SOŠ a SOU, Dubno, Mgr. Janovi Pechlákoví a Mgr. Miloslavovi Lundákovi ze Základní školy, Příbram - Březové Hory, Prokopská 337 a své mamince Mgr. Pavle Gilíkové, DiS. z VOŠ a SOŠ Březnice, které jsem vděčná také za stálou podporu, cenné rady a zvláště za pečlivou jazykovou korekturu práce. Velmi děkuji svému příteli Bc. Vladimírovi Punčochářovi za velkou pomoc při formátování práce a zpracovávání dat a za jeho nesmírnou podporu v mém počínání.

Děkuji také Fakultní nemocnici v Motole a Fakultní nemocnici Plzeň, kde jsem výzkum prováděla, a jejich managementu a etické komisi. A v neposlední řadě děkuji všem statečným respondentům, kteří se rozhodli zúčastnit výzkumu mé bakalářské práce a jejich rodičům, kteří k tomu dali svolení.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1 TEORIE OBRANNÝCH MECHANISMŮ	9
1.1 Pojem obranný mechanismus	10
1.2 Funkce a fungování obranných mechanismů.....	12
1.3 Některé teoretické konstrukty obranného ega	15
1.3.1 Teorie afektů a obranného ega Sigmunda Freuda a Anny Freudové	16
1.3.2 Teorie obranných mechanismů George Vaillanda.....	17
1.4 Přehled obranných mechanismů a jejich popis.....	20
1.5 Metody diagnostiky a měření obranných mechanismů	24
2 PSYCHICKÉ ZVLÁŠTNOSTI OBDOBÍ ADOLESCENCE.....	26
2.1 Teoretické přístupy k adolescentnímu období	27
2.2 Diferenciace období adolescence.....	30
2.3 Vývojové změny v adolescentním období	32
2.3.1 Tělesné změny a jejich vliv na psychiku adolescenta.....	33
2.3.2 Kognitivní změny	35
2.3.3 Emocionální změny a autoregulační vlastnosti	37
2.3.4 Socializace v adolescenci.....	39
3 PSYCHIKA DLOUHODOBĚ HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA.....	41
3.1 Psychické působení stavu nemoci a léčby nemoci na člověka	42
3.1.1 Subjektivní percepce nemoci a změněného zdravotního stavu	43
3.1.2 Prostředí nemocnice, režim léčby a jejich vliv na psychiku.....	46
3.1.3 Proměny v psychice vlivem hospitalizace	48

3.2	Průběh nemoci a boj člověka s nemocí.....	50
3.2.1	Kognitivní model boje s nemocí.....	52
3.2.2	Typy pacientů podle zvládnání léčby a compliance.....	53
3.3	Strategie zvládnání nemoci a léčby	54
3.3.1	Faktory posilující zvládnání dlouhodobé nemoci.....	56
3.4	Statistiky dlouhodobých hospitalizací adolescentů	57

PRAKTICKÁ ČÁST

4	VÝCHODISKA A CÍLE PRÁCE	65
5	STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A HYPOTÉZ	67
6	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	69
7	POPIS METODY A POSTUP PRÁCE	71
7.1	Eysenckův osobnostní dotazník EOD-A	72
7.2	Vlastní dotazník	73
7.3	Postup práce	74
8	INTERPRETACE DAT VÝZKUMU	76
8.1	Ověřování hypotézy H1	76
8.2	Ověřování hypotézy H2	82
9	VÝSLEDKY VÝZKUMU A ZHODNOCENÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	87
	ZÁVĚR	89
	RESUMÉ V ČESKÉM A V ANGLICKÉM JAZYCE	91
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	93
	SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH ČLÁNKŮ A JINÝCH PRAMENŮ.....	96
	SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	98
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	99
	SEZNAM PŘÍLOH.....	100

ÚVOD

Tak jako odpradávná člověk brání své teritorium, svůj majetek a svůj rod, ochraňuje jedinec také své já. Pro udržení přijímací podoby sebe sama se každý člověk snaží udržovat stabilitu svého ega takovými způsoby, které jsou pro něho přirozené. Částečně nevědomě užívanými mechanismy obrany ega, které udržují já v odstupu od náročných životních situací, poškození a úzkostí jsou ego-obranné mechanismy. Především v krizích, kterou je také vážná a dlouhodobá nemoc a léčba spojená s hospitalizací jsou ego-obrany časté, skrývají ovšem také při nadměrném užívání riziko zkreslení reality.

Tato bakalářská práce se zabývá tématem psychiky dlouhodobě hospitalizovaných adolescentů s pozorností zaměřenou na jejich obranné mechanismy, ty sehrávají v oblasti zvládnutí těžké a dlouhé nemoci významnou roli, i když je obtížné je přesně analyzovat, natož měřit. Výběr tématu bakalářské práce je ovlivněn osobním kontaktem nejprve se zdravotními klauny a poté také s pacienty a s klinickými psychology na oddělení dětské hematologie a onkologie ve Fakultní nemocnici v Motole. Konkrétní zaměření práce se profilovalo pozvolným seznamováním se s oblastí psychiky člověka ve vážné nemoci.

Problematika dlouhodobě hospitalizovaného dítěte již byla v našich krajích řešena, charakteristikám psychiky hospitalizovaného adolescenta tolik výzkumů věnováno doposud nebylo. Adolescenti mívají většinou problém hovořit o svých zdravotních problémech a mívají na léčbě slabší komplianci. Snadno trpí emočními výkyvy nebo upadají do deprese, hrozí u nich vyšší riziko suicidia.

Cílem práce je analyzovat psychiku dlouhodobě a vážně nemocného adolescenta, popř. definovat nejčastější obranné mechanismy, které používají dlouhodobě hospitalizovaní pacienti v adolescentním věku, pokud to bude z povahy nástrojů možné. Dále je cílem práce zaměřit pozornost na osobnost dlouhodobě a vážně nemocného adolescenta a porovnat míru neuroticismu a extraverte nemocného a zdravého jedince podobného věku. Tak jako se předpokládá, že preference některých obranných mechanismů může být dána, také míra neuroticismu a extraverte je podle předpokladů převážně vrozená. Proto také uvažujeme o možných spojitostech mezi těmito proměnnými. Tudíž dalším cílem práce je posoudit korelaci mezi mírou neuroticismu a extaverze a převažujícími způsoby ego-obran u skupiny nemocných i zdravých adolescentů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORIE OBRANNÝCH MECHANISMŮ

Lidé se liší ve svém chování vůči novým a zátěžovým situacím, liší se i chování jednoho člověka v různých situacích. Vnímat svět je možné jako místo plné nebezpečí, před nímž je třeba se bránit, nebo jako úkol, který je třeba zvládnout. Od toho se pak odvíjí typ branného mechanismu, který užíváme, protože obrany našeho já se liší ve svých funkcích, které pro člověka plní. (Smékal, 2002)

Budeme-li hovořit o obranných mechanismech psychiky, máme na mysli ego-obranné mechanismy, které zachovávají uspokojivou sebehodnotu ega a udržují tak organismus v optimálním napětí, které je nutné pro zdravý psychický stav. Ego-obranné mechanismy v těle především redukují úzkost, která vzniká frustracemi jedince.

Každá osobnost, každá struktura já funguje na základě udržení principu integrity jejích složek, jakási dynamická rovnováha je podmínkou dobrého fungování a vývoje psychiky jedince podobně jako biologické procesy v těle. Stejně tak jako imunitní systém zajišťuje odolnost organismu vůči patogenům svými imunologickými mechanismy, udržuje ego odolnost svého sebepojetí obrannými mechanismy. Psychická integrace a vnitřní rovnováha se utváří okolo ega, proto je tak důležité stabilní přijímající se ego, neboť jeho dysfunkce by otřásla celou konstrukcí osobnosti.¹ (Nakonečný, 2009)

Obranné mechanismy využívají všichni lidé v okamžiku, kdy nejsou schopni se přímo vyrovnat s náročnou životní situací. Tyto mechanismy jsou zcela normálním projevem, který se stává maladaptivním až v případě, kdy jsou obranné mechanismy převládajícím systémem reagování na problém. (Atkinson, 2003) Obrany mohou být nejen negativní, ale i pozitivní, hovoří se o dysfunkčních a eufunkčních obranách, ty pozitivní nás obvykle motivují např. k vyššímu výkonu nebo kvalitnější práci. (Kulka, 2005)

Hodnota ega bývá ohrožována negativními emocemi, především pocitem selhání. Ten se projeví v situaci výkonového selhání jako pocit neúspěchu, v situaci morálního

¹ Člověk s pocitem selhání v pouze jediné – např. výkonové nebo morální oblasti, jak uvádí Nakonečný, je člověk celkově vnitřně dezorganizovaný. (Nakonečný, 2009)

selhání jako pocit viny. Pocit selhání vyvolává i další diferencovanější pocity. (Nakonečný, 2009)

Integrovaná osobnost tedy předpokládá soudržný a vnitřně stálý obraz o sobě, který je udržován požadavkem jistoty, ta je mnohdy pro ego důležitější než motiv kladného hodnocení, který byl již zmíněn. Změna v sebepojetí znamená vždy alespoň částečnou ztrátu jistoty, což vyvolává úzkost a tím nutkavou potřebu obnovy jistoty a bezpečí. Ta probíhá nejjednodušeji nepřijetím obsahu ohrožující zkušenosti. Tím dochází ke zkreslení reálného obrazu, který může být opět skutečnější až v okamžiku zpracování úzkosti a zhodnocení ohrožení. Obranný mechanismus je v počátku v zásadě prospěšným stabilizujícím opatřením. Princip působení obranného mechanismu může být ale narušen buď příliš silným nebo příliš slabým působením obrany. Slabá obrana vede k narušení činnosti nepodstatnými skutečnostmi, příliš silná k nedostatečnému přizpůsobení se realitě. (Balcar, 1991)

Obranné mechanismy mají kořeny v teoriích psychoanalýzy, proto vycházíme z paradigmat těchto teorií zcela automaticky aniž bychom termíny a formulované zákony těchto teorií vzhledem k rozsahu bakalářské práce připomínali.² Mnohé termíny v psychologii jsou nejasné, těžko definovatelné a různí autoři se v jejich explanaci liší. Tak je tomu také u pojmů self a ego.³ Na tomto místě vnímejme ego v klasickém psychoanalytickém pojetí, které zkonstruoval Sigmund Freud, jako nástroj testování reality, mechanismus regulace id a superego.

1.1 Pojem obranný mechanismus

Ego-obranné mechanismy přináší Sigmund Freud, výraz „obranný mechanismus“ převzal od rakouského neuropsychiatra Theodora Hermanna Meynerta (1833-1892) (Baštecká, Goldman 2001), rozpracoval jej a přichází tím s jedním z nejdůležitějších

² Možno připomenout základní díla psychoanalýzy: spisy Sigmunda Freuda Výklad snů, Tři úvahy o sexuální teorii, Já a ono nebo BROUK, Bohuslav. 1932. *Psychoanalyza*. Alois Srdce v Praze.

³ Pro jejich různost výkladu v literatuře odkazujeme na zajímavý článek: KULKA, Jiří. Ego a Self a jejich protekce, defenze či kompenzace (pozitivně psychodynamický přístup) In: *Arcana* [online] 16.11.2005 [cit. 3.2.2012] Dostupné z: <http://www.arcana.cz/texty/problemy-psychoterapie/ego-i-self-a-jejich-protekce-defenze-ci-kompenzace/>.

objevů klasické psychoanalýzy. Pozoroval tyto procesy ve své klinické praxi a v roce 1923 je označil za neuvědomované obrany ega. (Baštecká, Goldman, 2001) Přisoudil jim význam ochránců ega před nežádoucími afekty (především tedy sexuálními obsahy), které je nutné uchovat v id. Obrana je jeho slovy „obecné označení pro každou techniku, která nutí Ego, aby ji používalo při konfliktech, jež mohou vést k neuróze“. (1922, cit. podle Ch. Rycrofta, 1993, s. 84) Za nejmocnější mechanismus považuje S. Freud vytěsnění.

Dále téma rozpracovala Anna Freudová, která několikanásobně rozšířila spektrum forem obran. Popsala deset typů obranných mechanismů, jsou jimi přesunutí (Verdrängung), regrese (Regression), reaktivní formace (Reaktionsbildung), izolace (Isolierung), odestání (překlad Rycroft, 1993), lépe možná odčinění (Ungeschehenmachen), projekce (Projektion), introjekce (Introjektion) (= Identifikation), obrácení proti sobě (Wendung gegen die eigene Person), a obrácení v opak (Verkehrung ins Gegenteil), přesunutí pudových sil na jiný objekt – sublimace (Verschiebung des Triebziels - Sublimierung). (Freud Anna, 2006). Posouvá jejich funkci na obranu nejen před afekty, ale také pudovými přáními, deriváty pudů, přisuzuje jim tedy větší kompetence a nezdůrazňuje tolik význam sexuality. Anna Freudová byla velmi důležitým teoretikem obranných mechanismů, věnovala jim velkou část své práce a systematicky je zpracovala. (Plhánková, 2003)

Následně do psychologie přichází pojem obranné organizace, který je již pojímán širěji. Úkolem obranné organizace je organizovat, modifikovat a usměrňovat psychické obsahy, užívá k tomu kognici a redukuje tak ego-ohrožující procesy. Psychickými funkcemi ega jsou kontrola a obrana, které tak zajišťují jeho dobré fungování. (Nakonečný, 2009)

Pojem ego-obranné mechanismy definuje Hilgard jako „defens mechanism“, převážně nevědomé systémy, jejichž úkolem je chránit pocit vlastní hodnoty a sebeúcty individua. Fungují také jako obrany proti excisivní úzkosti vznikající pokračujícími frustracemi. (Hilgard, 1962 podle Nakonečný, 2009) S tím souhlasí i pojetí Balcarovo, který je popisuje jako psychologické obrany proti úzkosti a narušení osobní činnosti. (Balcar, 1991)

Obranné mechanismy se podle Rity Atkinson liší od strategií zvládnání náročné životní situace. Rozdíl je v tom, že obranné mechanismy jsou převážně nevědomé, ve své krajní podobě jsou ale spjaty s určitými maladaptivními strategiemi zvládnání, obsah těchto

dvou pojmů tedy nemá zcela jasné hranice. Obranné mechanismy jsou zaměřené na emoce a nemohou změnit stresovou situaci, ale pouze její percepci, nebo způsob, jak se o ní přemýšlí. Rita Atkinson zdůrazňuje, že každý obranný mechanismus má proto v sobě prvek sebeklamu (Atkinson, 2003), totéž říká i Hilgard (Nakonečný, 2009) a Balcar (1991).

Kulka rozlišuje psychologickou obranu a psychologickou ochranu, ochranný mechanismus zajišťuje bezpečí a vyhýbání se možným hrozbám, má spíše preventivní charakter, obranný mechanismus funguje jako štít proti aktuálnímu útoku nebo ohrožení. (Ochrany zabezpečují vyhnout se nebezpečné situaci, zaujmout sociální distanci, vybavit se ochrannou pomůckou. Obrany např. popírají nebo bagatelizují útok na svou osobu.) (Kulka, 2005)

P. N. Novalis, S. J. Rojcewicz a R. Peele (1999, s. 72 podle Nakonečný, 2009) definují psychologické obrany jako „nevědomé mechanismy myšlení nebo konání, které brání před vnějšími nebo vnitřními hrozbami, jež by vedly ke vzniku dysforického afektu (např. úzkosti nebo smutku)“. To je současná definice, která vystihuje vše podstatné.

1.2 Funkce a fungování obranných mechanismů

Člověk je schopen řešit své problémy rozumnou logickou úvahou, citovým zhodnocením a vědomou integrací těchto složek. Nastane-li ovšem problém, který je natolik závažný nebo neurčitý, že ohrožuje ego jedince, člověk často pod tlakem této hrozby reaguje obranným zkreslením reality, a tím předchází poruše sebepojetí. To je vždy částečně iracionální proces a efektivně funguje jen dočasně. (Balcar, 1991)

Podmínkou integrace osobnosti je schopnost dobré adaptace organismu, která nemůže být naplněna v případě dysfunkce psychického aparátu, kterou vyvolávají desintegrující zážitky – takové, které otřásají konzistencí osobnosti. (Nakonečný, 2009)

Narušit integritu osobnosti mohou mnohé faktory – negativní zážitky jako reakce na selhání, neúspěch, jakákoli frustrace, která se dotýká složek ega. Jde o tzv. frustrace ega – subjektivní i objektivní ohrožení hodnoty ega, zdrojem ohrožení mohou být vnější i vnitřní faktory. Vnitřním zdrojem frustrace ega může být vlastní psychika, stav, kdy jedinec učiní to, co je v rozporu s jeho morálními hranicemi, zachová se impulsivně či

naopak neudělá to, co je v dané situaci žádoucí. Jedince poté stíhají pocity viny nebo studu. (Nakonečný, 2009)

Obranné mechanismy zajišťují především pocit vlastní hodnoty, představy, že si zasloužíme chválu a obdiv. Tento proces zaznamenává kladné, dobré a prosociální aspekty svého chování, sleduje pozitivní a oceňované projevy vlastního já a zhodnocuje je, udržuje tak status osobnosti. Mechanismy proto redukuje emoce působící ponížení, sebedegradaci, popírají některé vzpomínky tohoto typu nebo jejich emocionální obsah. Odbourávají tak úzkost, která přirozeně vlivem negativní reakce okolí a negativních emocí vzniká. (Hilgard, 1962 podle Nakonečný, 2009)

Obrana ega může být vyvolána úzkostí, která vznikla zvýšením pudové tenze nebo špatným svědomím (tj. negativními tendencemi superega) nebo je obrana vyvolána reálným nebezpečím. (Rycroft, 1993). To také odpovídá Nakonečného popisu vnitřních a vnějších faktorů ohrožení ega (Nakonečný, 2009) a Balcarovým úvahám o hrozbách přicházejících z vnějšku nebo nitra osobnosti (v nitru se hrozba objevuje současně se sebezpojetím rozporného přání). (Balcar, 1991)

Úkolem ega je splňovat v osobnosti mnoho funkcí (Johnson, 2006), mezi nimi i obranné funkce, adaptaci na realitu, regulaci instinktivních hnacích sil, formování identity, internalizaci a zachování equilibria, které zajišťuje právě také pomocí ego-obranných mechanismů. Ty jsou prospěšné hlavně proto, že zbavují člověka nutnosti vyrovnávat se se skutečnostmi, které aktuálně vyvolávají silný konflikt a ohrožují sebezpojetí, byť pouze přechodně. A také proto, že poskytují čas a klid potřebný k tomu, aby byl nalezen vhodnější způsob zpracování hrozby a vyrovnání se se závažnou skutečností, což by ve stavu citového otřesu efektivně nešlo. (Balcar, 1991)

Ego se snaží udržovat svou pozitivní hodnotu pomocí mechanismů obrany proti úzkosti a mechanismů sebeklamu. Mechanismy sebeklamu podporují sebeoceňování jedince. (Hilgard, 1962 podle Nakonečný, 2009)

Obranné mechanismy v sobě nenesou jen pozitivní složku procesů, ale mají i svou negativní stránku. Jejich funkcí je uchovat nebo zvýšit ocenění sebe sama, udržet svou sebehodnotu, je to ovšem za cenu úniku před úzkostí a určitého zkreslení reality. Všechny obranné mechanismy skrývají trochu sebeklamu, který se projevuje jako popření nebo skrývání, neúspěch jedince je eliminován nebo zcela popírán. Dále se objevuje také agrese,

což je snaha nikoli vyhnout se problému, ale zničit ho, prorazit překážku, rozbít zdroj frustrace, prosadit se proti příčině neúspěchu. (Hilgard, 1962, Nakonečný, 2009)

Ego-obranné mechanismy v sobě obsahují aspekt sebeklamu, který se projevuje buď popíráním (impulsů, rysů nebo vzpomínek, nejradikálněji ve formě amnézie) nebo maskováním, konverzitou, proměnou impulsů, rysů a vzpomínek (např. v projekci).⁴ Jednotlivé typy obran se liší rozsahem zkreslení skutečnosti a způsobem, jakým bude s obsahem skutečnosti nakládáno. Balcar rozlišuje dva základní prvky obrany sebepojetí – popření (ta zkresluje skutečnost tak, aby byla vnímána jako méně nebezpečná) a vytěsnění (které zabraňuje vnímání vlastních obav úplně). (Balcar, 1991) Na procesu popření se tedy shodují oba autoři, ve druhém mechanismu maskování nebo vytěsnění se liší.

Obranná řešení mají ale také svá rizika, odklad vyrovnání se se skutečností a celková neúspěšnost a rigidní mechanismus zvládnání problémů jsou bezprostředním ohrožením vývoje jedince. Úleva, kterou obrany poskytují totiž vede k upevňování této strategie vyhýbat se poznání nepříjemné skutečnosti a vyrovnat se s ní. To ještě více ztěžuje situaci, protože neřešením narůstá závažnost hrozby a její tlak na jedince a zároveň jsou obrany popření a zkreslení posilovány, rozšiřovány, zdokonalovány a zefektivňovány. Vzniká bludný kruh zhoršujících se vztahů člověka a skutečnosti, následuje buď převládnutí nerealistických způsobů prožívání a chování nebo vlivem úzkosti desintegrace osobnosti. (Balcar 1991) Jestli bude mít obrana následný pozitivní nebo negativní vliv na jedince závisí na následujících skutečnostech:

- 1) stupni zkreslení závažné skutečnosti, které působí nepřiměřené reakce,
- 2) přiměřenosti obrany proti povaze skutečného problému (tím redukce lepšího poznání a řešení problému),
- 3) délce trvání obranného zpracování, které má ustoupit realističtějšímu řešení,
- 4) míře sklonu reagovat na úzkost převážně obranným zkreslením,
- 5) bezprostřední úspěšnosti (zisku) obranného mechanismu a tím posilování uplatňování této obrany. (Balcar, 1991)

⁴ Psychologies@quick.cz. Obranné mechanismy ega [online]. Poslední změna 9.8.2002 17:19 [cit. 11.3.2012]. Dostupné z: http://web.quick.cz/psychologies/obrana_ega.htm.

Obranné mechanismy se mohou vyskytovat v extrémních podobách nebo jako převládající mechanismus reagování na náročné životní situace. Tyto jsou typické pro osobnosti, které zkoumá psychopatologie nebo psychiatrie. Existují mnohé zajímavé teorie, které se zabývají etiologií duševních poruch a s termíny obranných mechanismů také operují.⁵

1.3 Některé teoretické konstrukty obran ega

Teorie obranných mechanismů spadá do teoretických konceptů psychoanalytických, hlubším zpracováním těchto procesů se tedy zabývají především psychoanalytické školy. Jak přistupují k samotnému termínu již bylo popsáno, nezmínili jsme se ale ještě, do jakého rámce jsou obranné mechanismy zasazovány, jak jsou vysvětlovány a s čím mohou souviset. Základní koncepty vytvořili Sigmund Freud a jeho dcera Anna Freudová, kteří si proto zasluhují zvláštní pozornost. Velmi zajímavým konstruktem obranných mechanismů, který rozděluje typy obran ega podle jejich adaptability a případné patologie je teorie George Vaillanda.

Jedním z teoretických konceptů ego-obran je rozlišování tří tříd obranných mechanismů. (Haber, Fried, 1975 podle Nakonečný, 2009) První je represe neboli potlačování, druhou únik a třetí tzv. mechanismy zakrývání zdrojů úzkosti. Únik se může projevat ve formě regrese, fantazie nebo popření. Mechanismy zakrývající zdroje úzkosti se vyskytují jako přemístění, projekce, racionalizace, sublimace nebo záminková reakce.

Obrany fungují i v percepci, projevují se zvýšenými prahy vnímání pro slovní podněty, které vyvolávají asociaci negativní až šokující emoce. Příkladem je vyšší citlivost na vulgární slova, na slova vyvolávající pocit konkrétního neúspěchu apod. (Nakonečný, 2009) Nebo se uplatňuje prostý mechanismus selektivního vědomí, které nepropustí nepříjemné obsahy, pozornost je naopak věnována nepodstatným detailům jevu. (Jde vlastně o mechanismus popření.) (Nakonečný, 2009) Současné psychoanalytické i jiné přístupy považují obranné mechanismy za hlavně kladné systémy obrany ega, které pomáhají uchovat si sebezpečí, udržet integritu osobnosti. Respektování užívání obran je

⁵ Např. FAIRBAIRN, Ronald. 1952. *Psychoanalytical Studies of the Personality*. London: Tavistock Publication.

nesmírně důležité, probourávání obran může vážně narušit stabilitu jedince a zkomplikovat mu zvládání náročné situace. (Plháková, 2003)

1.3.1 Teorie afektů a obran ega Sigmunda Freuda a Anny Freudové

Zakladatel psychoanalýzy, slavného psychologického směru, Sigmund Freud, vytvořil teorii afektů a samozřejmě i obran proti nežádoucím afektům. Popsal čtyři základní ego-obrany, které pak podrobně rozpracovala a další obrany přidala jeho dcera Anna Freudová. Obranné mechanismy jsou převážně nevědomé a jejich hlavní funkcí je redukce úzkosti. Freud považoval některé obrany za prospěšné, jiné za maladaptivní, sublimace je např. vhodný způsob zvládání svých pudových impulsů, primitivní represe a substituce mohou naopak vést k různým somatickým onemocněním. Podstatou substituce je převedení afektu od nepříjemné ideje k jiné, kterou vědomí umí tolerovat, ale riskuje tím podle Freuda vznik obsedantně-kompulzivní neurotické poruchy. Obrany se mobilizují při tzv. odporu v psychoterapii neschopností asociovat a přijímat psychoanalytickou interpretaci, což brání průběhu léčby. (Plháková, 2003)

Výrazný zájem o oblast ego-obranných mechanismů ve světě vzbudila Anna Freudová tím, že formulovala další typy obran, o kterých je přesvědčena, že jsou umístěny v egu. Nejmladší dcera Sigmunda Freuda rozvíjela psychoanalytickou teorii afektu svého otce, zkoumala psychoanalytické techniky při práci hlavně s dětskými pacienty a popisem deseti ego-obran položila základní kameny tématu. V roce 1936 svému otci k osmdesátým narozeninám věnovala svou knihu *Já a obranné mechanismy*. (Baštecká, Goldman, 2001) Nepřikládá ovšem afektům stejný význam jako její otec, pokládá je na stejnou rovinu jako různá pudová přání, jako pudové impulsy, deriváty pudů apod., ego se tedy brání vůči afektům i pudovým přáním stejnými mechanismy. Zásadní rozdíl v pojetích obran oproti teorii S. Freuda je ovšem v dopadech obran na jedince, A. Freudová totiž nepřisuzuje obranám ega jen negativní konotace, dokazuje ze své praxe, že mohou být i adaptivní, o čemž přesvědčila i svého otce. Obranné mechanismy chrání ego jedince před záplavou pudových přání a nezvládnutelných afektů, použití ego-obran totiž přispívá ke zmírnění nebo odstranění negativních (úzkostných) pocitů a k lepší sociální adaptaci (To již uvádí

Sigmund Freud). Freudová rozlišuje obrany ega⁶: regresi, represi, reaktivní výtvar, izolaci, odčinnění, projekci, introjekci, obrácení proti sobě a obrácení v opak, sublimaci a přemístění pudových cílů. ⁷ Existence ego-obran vždy do jisté míry ovlivňuje sdělení pacientů, proto je možné je rozpoznat podle znaků v pacientově chování, neboť ego-obrany jsou jedincem neuvědomované. Ego-obrany dětí vznikají ze strachu ze svých rodičů, zatímco dospělí trpí strachem z rodičů zvnitřněných ve svém superegu. (Plháková, 2003)

Anna Freudová popsala také dva zajímavé procesy, které jedince chrání před nepříjemnými afekty (emocemi) a zároveň nepříjemnými vnějšími podněty, jsou to identifikace s útočníkem a altruistická forma. Identifikací s agresorem může být introjekce subjektu, který se vůči jedinci projevoval nepřátelsky, je to obrana pocitů vlastní bezmocnosti a slabosti. Tento proces vysvětluje, proč se týrané děti ke svým dětem často také chovají agresivně a týrají je. Altruistická forma je mechanismem vzdání se vlastních snů, přání a tužeb ve prospěch jiného subjektu, tím si jedinec získává úctu druhých lidí a posiluje svou vlastní hodnotu a sebeúctu. (Freudová, 2006)

1.3.2 Teorie obranných mechanismů George Vaillanda

Tato teorie byla uveřejněna v roce 1977 na Harvardské univerzitě, v díle *Adaptation to life* a rozšířeně v roce 1988 v díle *Defense mechanisms*.⁸ Empirické zkoumání 200 studentů vysokých škol a 450 mladých mužů bez univerzitního vzdělání poskytlo informace k formulaci osmnácti obranných mechanismů různého stupně zralosti. Čtyři skupiny obran se liší schopností dobré adaptace a v tom, jestli vedou k dobrému zdraví nebo jsou projevem některé duševní poruchy, některé z obran jsou vědomé, promyšlené a zcela záměrné. Vailland rozlišil psychotické obrany, obrany poruch osobnosti, neurotické obrany a zralé obrany. Ve své teorii zohlednil vývojový aspekt a stupeň organizace složek osobnosti, jedná se o pozoruhodnou diferenciaci. (Plháková, 2003, podobně Kulka, 2005)

⁶ Jsou uveřejněny v knize *Já a obranné mechanismy*, poprvé vycházející v roce 1936 – FREUDOVI, Anna. 2006. *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál. ISBN: 80-7367-084-4.

⁷ Podrobněji budou tyto mechanismy popsány v dalších kapitolách.

⁸ VAILLANT, G. E. 1988. *Defense mechanisms*. In: Nicholi, A. M. (ed.). *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 200-207.

Psychotické obrany jsou patologické obrany ega, které jsou typické pro osoby s psychotickou poruchou nebo pro děti do pěti let věku. U zdravých dospělých se objevují ve snech a fantaziích. Jejich funkcí je redukce úzkosti, zkreslují ovšem percepce reality a připisují jí subjektivní atributy, těmito mechanismy jsou bludná projekce a psychotické popření. Jinou skupinou obranných mechanismů jsou obrany poruch osobnosti, zdravé jsou pro děti od tří do patnácti let. Dospělí užívající tyto obrany ovšem trpí často poruchami osobnosti, nebo se nacházejí v přechodné náročné etapě v rámci psychoterapie.⁹ Příčinami těchto obran mohou být poruchy interpersonálních vztahů v raném dětství vyvolávající silnou úzkost. Výskyt těchto obran v dospělosti vyvolává potíže v udržení trvalých mezilidských vztahů, ale redukuje strach z intimity a ztráty milované osoby. Patří mezi ně projekce, hypochondrie, pasivně-agresivní chování a agování, disociace, autistická fantazie, bagatelizace, idealizace, štěpení (splitting). Neurotické obrany se vyskytují u zdravých lidí jakéhokoli věku, ocitnou-li se v nějaké těžké životní situaci a jsou-li nuceni zvládat akutní zátěž, nebo u osob s neurotickou poruchou. Jejich funkcí je zvládnutí pudových impulsů a emocí. Jsou to mechanismy represe, přemístění, intelektualizace, vytěsnění, reaktivní výtvar, somatizace, racionalizace a odčinění. Zralé obrany jsou typické pro dospělé a děti od 12 let, pomáhají jedinci integrovat podněty z okolí, emoce, sociální vztahy i kognitivní obsahy. Patří mezi ně široké spektrum mechanismů: altruismus, humor, suprese, anticipace nebo sublimace.¹⁰ (Plháková, 2003 a také Kulka, 2005) Podrobnější popis některých obranných mechanismů této teorie je uveden v tabulce.

1. OBRANNÉ MECHANISMY PODLE TEORIE GEORGIE VAILLANDA

I. psychotické obrany	
bludná projekce	Projevuje se hlavně promítáním vlastní nenávisti do objektů vnějšího světa, vede k pocitu ohrožení svým okolím. (obrana před poznáním vlastní nenávisti vůči světu)
psychotické popření	Funguje jako popírání důležitých aspektů vnější reality, subjektivně zkresluje realitu. Plháková uvádí příklad: „Teď jste tady nebyla a nic jste neřekla.“

⁹ Poznámka Vaillanda

¹⁰ Pojetí sublimace od Vaillanda se liší od klasického Freudova pojetí.

	(2003, s. 440)
II. obrany poruch osobnosti	
projekce	Vlastní negativní pocity jsou promítány do druhých, jde hlavně o devalvací, přenášení pocitů bezcennosti.
hypochondrie	Jedinec se zaměřuje na sebe sama a začíná si stěžovat na bolesti, somatické onemocnění nebo neurastenické obtíže. Příčinou jsou pocity zneužití, osamělosti, agrese vůči blízkým osobám.
pasivně-agresivní chování	Je vyjádřením agrese pasivní, neefektivní a nepřímou formou, snaží se upoutat pozornost, provokovat, rozčítit okolí. Plháková uvádí, že takoví lidé nechodí včas, nedodržují termíny, nekomunikují, utíkají od tématu. (2003, s. 441)
agování	Neboli acting out spočívá v přímém vyjádření nevědomého přání, potřeby, impulsu. Ve společnosti jde o velmi nevhodné chování.
III. neurotické obrany	
represe	Tento proces potlačuje některé nepřijatelné impulsy, jedinec si je nepřipouští, trpí drobnými poruchami paměti a zobrazuje je jen v symbolickém chování. Plháková uvádí příklad, kdy muž, který je manželce nevěrný, jakoby náhodou někde založil snubní prsten. (2003, s. 441)
přemístění	Probíhá jako přesměrování intenzivních emocí z jednoho subjektu na jiný méně důležitý, méně emocionálně nabitý. Plháková nabízí k tomuto tématu příklad z písničky Jiřího Suchého: „Když tu není ta, kterou mám tak rád, tak mám rád tu, která je tu.“ (2003, s. 441)
intelektualizace	Je mechanismus úvah o svých pudových přáních s nadhledem, ironicky, udržuje se tak emocionální obsah mimo plné vědomí.
IV. zralé obrany	
altruismus	Projevuje se snahou poskytovat lidem to příjemné, co bychom také rádi zažívali, což samo o sobě přináší vnitřní uspokojení.
humor	Ulevuje od bezmoci a vyvolává pozitivní zpětnou vazbu od okolí, neboť pomáhá vyjadřovat negativní emoce bez negativního prožívání.
suprese	Jinými slovy potlačení se snaží odsunout problém nebo negativní emoci na okraj vědomí, kde se jimi

	bude možné zabývat, až přijde vhodnější doba.
anticipace	Proces předvídání umožňuje připravit se na možný problém a vytvořit postup jeho zvládnutí.
sublimace	Je možnost odžít si pudových přání v zjemnělé a společensky přijatelné formě, např. společenské hry, romantického vztahu apod.

(shodně Plháková, 2003, Kulka, 2005, Vailland 1988)

1.4 Přehled obranných mechanismů a jejich popis

Ego-obranných mechanismů je mnoho a jsou různými autory popisovány trochu odlišně. V literatuře bývá uváděno přes dvacet specifických procesů obran ega, pokusíme se je shrnout a přiblížit. Netroufáme si posuzovat závažnost následků užívání různých obranných mechanismů nebo vliv na adaptabilitu organismu, nemůžeme ani předpokládat, které z obran se vyskytují častěji než jiné ani to, nakolik jsou pro organismus důležité. Následuje pouze abecední výčet obran včetně jejich popisu jako konsolidace názorů několika autorů.

Fixace je lpěním na určitém způsobu chování, i v případě, že opakovaně tyto způsoby chování nejsou efektivní. Opakovaný stejný způsob chování, pokud vede k nežádoucím efektům může svědčit o určitém stupni neurotizace. (Costello a Zalkind, podle Nakonečný, 2009)

Identifikace se projevuje napodobováním prvků chování osob s vysokou prestiží a také zvnitřněním hodnot a názorů dané osoby. Spěje to k pocitu podílu na úspěšnosti ceněné osoby a pocitu zvýšení vlastní hodnoty. (Costello a Zalkind, podle Nakonečný, 2009) Je přirozeným procesem ve vývoji jedince, pokud není převažující strategií.

Intelektualizace je proces užívání abstraktních, intelektuálních termínů, což umožňuje emoční odstup od problému, oddělení se od nepříjemné situace. (Atkinson, 2003)

Introjekce je opakem projekce – přijímání nejčastěji negativních atributů od rodičů, což odstraňuje citovou ambivalenci, neakceptovatelné vlastnosti jsou zvnitřněny do nevědomí, kladné jsou vědomé. (Plháková, 2003)

Izolace oklešťuje některé traumatické zážitky od emocí, jejím principem je oddělit obsah poznání od emoce. Dochází ke zdánlivému zobjektivnění poznání a racionalizování schopnosti řešení. Obsah svých motivů a konfliktů člověk vnímá bez přiměřené emoční

odezvy jakoby se ho netýkaly. Některé zážitky jsou pak jedinci lhostejné. Jednou z variant izolace je intelektualizace. (Plháková, 2003, Balcar, 1991)

Kompenzace ochraňuje ego od pocitu nedostatečnosti (inferiority), který vyrovnává soustředěním se na výkon jedné činnosti podle určitého předsevzetí a věnuje mu maximální úsilí a osobní nasazení. (Costello a Zalkind, podle Nakonečný, 2009)

Obrácení (zvrát) v opak nebo obrácení proti sobě se děje často při neuspokojení důležitých potřeb (např. miluji a toužím po opětování lásky, které ale nepřichází) proměnou v emoci opačnou (např. nenávidím, když mě nechce milovat), popř. obrátím negativní emoci proti sobě (např. ubližuji sobě). (Plháková, 2003)

Odčínění jako obrana vyplývá z v dětství získané představy, že každý špatný skutek je možné odčinit nějakým dobrým a vyhnout se tím trestu nebo zbavit viny. Projevuje se někdy nutkavě na základě silného pocitu viny, který se odstraňuje nebo vyvažuje vykonáváním žádoucích činností – čistotností, pracovitostí, pořádností apod. (Plháková, 2003, Balcar, 1991)

Popření se uplatňuje vědomým úmyslným soustředěním na zvládnání přítomných problémů a odklonem pozornosti od také důležité, ale aktuálně rušivé skutečnosti. Nápadně se projevuje např. při sdělení, že trpíme vážnou nemocí, na druhou stranu chrání jedince před strachy z každodenních nebezpečí. (Atkinson, 2003, Balcar, 1991)

Projekce je připisování svých nevhodných, nežádoucích atributů někomu jinému než sobě a v přehnané míře, např. představa, že agresivní jsou na mě ti druzí. Chrání nás před poznáním vlastních nežádoucích vlastností. Obecně dezaprobované vlastnosti (lakotu, nenávisť) je sklon připisovat druhým nebo vůbec všem. Zcela běžně se ale vyskytuje projekce v průběhu vývoje jako tendence k vcítění se do druhých za předpokladu, že prožívají skutečnosti stejně jako já, připisují jim své atributy. (Atkinson, 2003, Balcar, 1991, Nakonečný, 2009, Plháková 2003)

Přemístění spočívá v proměně objektu tužeb nebo nepříjemných emocí, např. sexuálních, v objekt vhodnější, jde o osobu nebo věc, které nemají k vlastní příčině úzkosti vztah, o náhradní objekty. (Například pokáraný zaměstnanec vynadá kvůli maličkosti své partnerce.) (Plháková, 2003, Nakonečný 2009)

Racionalizace funguje jako přidělení logických nebo sociálně žádoucích motivů svým činům, aby se jevíly rozumné. Nežádoucí způsoby chování jsou tedy zahaleny do

přijatelných vysvětlení. To mírní zklamání z nedosaženého cíle a poskytuje přijatelné motivy pro chování, jedná se o racionální nevědomou manipulaci vztahem příčina – následek. (Atkinson, 2003, Balcar, 1991, Nakonečný 2009)

Reaktivní výtvor (nebo reaktivní formace) je obranou, která obrátí nepříjemné v opak. Skrývání nežádoucího citu nebo motivu se promění v projevení opaku, původní nepříjemná pohnutka je vytěsněna. Projevuje se rozporností citů projevovaných a očekávaných. (S. Freud uvádí jako příklad sourozeneckou lásku, která se přetransformovala z nenávisti a závislosti na přízeň rodičů.) Zvláštním případem je tzv. kontrafobie, člověk chce překonat úzkost tím, že ji popře a vystavuje se situaci, ze které má strach – strach z úzkosti převáží strach z její příčiny. (Atkinson, 2003, Balcar, 1991, Plháková 2003)

Regrese je únik před úzkostí do dřívějších způsobů chování, cítění a myšlení. A. Freudová regresí rozumí návrat na nižší vývojový stupeň, kde bylo bezpečné svým způsobem uspokojovat pudová přání, kde bylo více jistoty a méně zodpovědnosti. Ve stavech např. nemoci je tento způsob úniku do závislosti potřebný. (Balcar, 1991, Nakonečný,2009, Plháková 2003)

Represe (také vytěsnění) je proces potlačení nepříjemných obsahů pod úroveň vědomí, některé pudy, pocity a představy neslučitelné s obsahy superega jsou potlačeny, aby bylo zabráněno pocitům viny a úzkosti. Narozdíl od zapomenutí probíhá velmi rychle aniž by existovala soupeřící myšlenka o uložení do paměti. Projevuje se ve zvláštnostech lidského jednání jako jsou chybné úkony. (shodně Nakonečný, 2009, Plháková, 2003 Atkinson, 2003, Balcar, 1991)

Rezignace, apatie se projevuje přerušením kontaktu s nepříjemným okolím, vyloučením emoční nebo jiné účasti. (Tato běžná obrana se projevuje např. při nedostatečném oceňování okolí, ztrátě motivace, kdy je činnost jedince zajišťována pouze účelně, nezúčastněně a bez zájmu.) (Costello a Zalkind podle Nakonečný, 2009)

Sebeobviňování je určitým projevem agrese zaměřené na sebe sama, nejde jen o připisování viny sobě, ale také o způsob trestu, kterým se jedinec vyrovnává s pocity viny. Tento mechanismus je užíván také proto, že si tím jedinec přivolává pomoc a lítost od okolí. (Costello a Zalkind podle Nakonečný, 2009)

Somatizace neboli konverze je fyziologickým příznakem úzkosti, která vzniká potlačením problému. Obrana může zajistit péči a zájem okolí, které jedinec potřebuje.

(Balcar, 1991) Je to transformace v somatické příznaky konfliktu nebo frustrace, nelze již o ní uvažovat jako o adaptivním procesu, ale spíše o patologii. (Plháková, 2003)

Sublimace (v obecném smyslu též přesunutí) je vědomá i nevědomá schopnost najít náhradní cíl či předmět pro motiv, který není možné uplatnit přímo, je např. společensky nepřijatelný. Bývá úspěšnou obranou, která obrací nevhodné pudy nebo emoce na hodnotnou náhradu, např. umělecké dílo, proměnit se může subjekt ale i původní motiv. Například A. Freudová (1991) ji považuje za jednu z obran v oblasti normality, neboť poskytuje jedinci progresivní řešení jeho problémů. (Plháková, 2003 Atkinson, 2003, Balcar, 1991)

Suprese (též potlačení) je mechanismus uvědomělého vytěsnění, odkladu projevů úzkosti a jejich řešení na vhodnější příležitost. (Balcar, 1991)

Útěk je obecně proces vyhýbání se nepříjemné situaci, stažení se ze situace, kde vzniklo ponížení. (například absence v zaměstnání nebo uzavření se). (Costello a Zalkind podle Nakonečný 2009)

Útěk do fantazie se projevuje denním sněním, různými formami imaginace a napomáhá k úniku z tíživé situace. Funguje také jako možnost prožívání nedosažitelných uspokojení. (Costello a Zalkind podle Nakonečný, 2009)

Útok, agrese funguje nikoli na základě zkreslení reality nebo vyhýbání se skutečnosti. Obrana je specifická tím, že se projevuje ofenzivně, snaží se rozbít překážku, problém nebo hrozbu. Napadání zdroje frustrace se může projevovat přímo ve formě agrese, omezování nebo msty nebo je přemístěné na jiné osoby nebo věci. Existují i různé skryté formy agrese jako pomluvy, intriky, sabotáž apod. (Nakonečný, 2009)

Záminková reakce spočívá ve vnitřním zamítnutí neakceptovatelných obsahů v já (např. morálně nepřijatelných, nekorespondujících s hodnotami a postoji jedince) a jejich potlačení, kdy se otočí jejich emoční obraz jakoby v opak. Protikladný postoj nebo způsob chování vede k neakceptování nežádoucích motivů u druhých (např. potlačené sexuální sklony vedou k moralizování v oblasti sexu). (Costello a Zalkind podle Nakonečný, 2009)

Jiným zajímavým popsaným mechanismem je disociace, která funguje na principu oddělení emocionálního obsahu od obsahu ideje, myšlenky nebo činnosti. Původní emocionální náboj myšlenky je ztracen, nahrazován je např. substitučním jednáním až

kompulzivního charakteru, někdy s magickými atributy. (Jde o rituály, které mají zabránit nežádoucím následkům.) Nebo se uplatňuje nadměrné teoretizování, nahrazování činnosti slovy, tím se opět ego chrání před silnými emocemi. (Hilgard, 1971 podle Nakonečný, 2009)

1.5 Metody diagnostiky a měření obranných mechanismů

Diagnostika a měření obranných mechanismů je velmi náročným úkolem, jelikož obrany ega se vyskytují převážně nevědomě, jejich projevy je obtížné sledovat a nebývají trvalým aspektem osobnosti, ale projevují se pouze v náročných životních situacích. Sestrojit metodu, která by spolehlivě měřila ego-obrany je skutečně velmi složité, v ČR taková standardizovaná a plošně užívaná metoda neexistuje. V zahraničí jsou užívány různé měřicí nástroje, které budou následně popsány.

Defense mechanism test (DMT) (Test obranných mechanismů) je percepční osobnostní test, který posuzuje interakce mezi vnímáním stresu a psychickými obranami a jeho vlivem na schopnost posuzovat realitu v náročných situacích. Test byl vytvořen původně ve Švédsku v roce 1955, jeho autorem je Ulf. Kragh z Lund University. Test je de facto projektivní technikou, je postaven na teorii předkládání obrázků na velmi krátkou dobu, ty má pozorovatel poté znovu popsat, zkreslení popisu odhaluje nevědomé osobnostní faktory, druh i míru obranných mechanismů. Test disponuje rozsahem deseti obranných mechanismů, odhaluje represi, izolaci, popření, reaktivní výtvar, identifikaci s agresorem, autoagresi, introjekci (ve vztahu k oběma pohlavím), projekci a regresi.¹¹

Defense mechanism inventory (DMI) (Inventář obranných mechanismů) je opět projektivní technikou, kterou vyvinuli Gleser a Ihilevich v roce 1969. Revidovaná verze DMI (1991) měří intenzitu pěti skupin psychologických obran v pěti konfliktních oblastech (autorita, nezávislost, soutěživost, maskulinita/feminita a situačnost). Využívá se deseti příběhů (dva příběhy pro každou konfliktní oblast) na obrázcích, následují čtyři otázky na to, jak si respondent myslí, že by reagoval, kdyby byl v situaci popisované v příběhu. Technika odhaluje „obrácení proti objektu“ (identifikace s agresorem a přesunutí),

¹¹ Interpersona Sweden AB. Defense Mechanism Test. In: Interpersona [online] 4.7.2007 [cit. 12.6.2012] Dostupné z: <http://www.interpersona.se/pdf/dmt.pdf>.

projekci, „řízení“ (principalisation, tj. intelektualizace, racionalizace a izolace), obrácení proti sobě a „zvrát“ (popření, negace, reaktivní výtvor a represe).¹²

Defense Style Questionnaire (DSQ) (Dotazník obranných stylů) vytvořili v roce 1983 Bond, Gardner, Christian a Sigal. Revidovaná forma obsahuje 88 položek, každá se posuzuje na devítibodové škále. Dotazník odhaluje vědomou složku obran, zjišťuje typ obran, posuzuje adaptabilitu, zkoumá obranné styly celkově, a to pomocí čtyř faktorů – maladaptivní styly, zkreslující styly, sebeobětující styly, a adaptivní styly.^{13 14}

Life Style Index (LSI) (Index životního stylu) je založen na Plutchikově teorii emocí, která připisuje různým obranným mechanismům různé převládající emoce, nevědomé obrany se zrcadlí v projevech emocí. Metodu vytvořili Plutchik, Kellerman a Conte v roce 1979. Revidovaná verze obsahuje 97 položek popisujících osm kategorií obrany: popření, reaktivní výtvor, projekci, přesunutí, represi, regresi, kompenzaci a intelektualizaci.¹⁵

Tereza Soukupová a Petr Goldman z Psychiatrické léčebny Bohnice v Praze navrhuje měřit obranné mechanismy pomocí **Tematického apercepčního testu (TAT)** vyhodnocovaného skórovacím systémem hodnocení obranných mechanismů podle Phebe Cramerové. (Soukupová, Goldman, 2008)

¹² The defense mechanisms inventory: Theoretical and psychometric implications. Dostupné na <http://www.springerlink.com/content/x15m3wt368156221/>

¹³ STEIN D., BRONSTEIN Y., WEIZMAN A., 2003. Defense mechanisms in a community-based sample of female adolescents with partial eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 33(4), 343-355. ISSN 0022-3018.

ANDREWS G., SINGH M., BOND M., 1993. The Defense Style Questionnaire. *The Journal of nervous and mental disease*. 181(4), 246-256. ISSN 0022-3018.

¹⁴ V roce 2005 se pokusila o standardizaci české verze tohoto dotazníku Iva Červenková ve své diplomové práci: ČERVENKOVÁ, Iva. 2005. *Možnosti měření obranných mechanismů ega*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta filozofická. Vedoucí práce Radvan BAHBOUH.

¹⁵ CONTE, HOPE R., APTER, Alan. The Life Style Index: A self report measure of ego defenses. In: *Ego defenses: Theory and measurement*. Publication series of the Department of Psychiatry of Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University, No. 10. Oxford, England: John Wiley & Sons, 1995, s. 179-201. ISBN 978-0-471-05233-3.

2 PSYCHICKÉ ZVLÁŠTNOSTI OBDOBÍ ADOLESCENCE

Tuto kapitolu zařazujeme především z toho důvodu, aby bylo patrné, jak složitá je psychika adolescenta a jak výrazně ji může dlouhodobá hospitalizace ovlivňovat. Bližším popisem specifík psychiky adolescenta bude možné posoudit vliv hospitalizace na jednotlivé aspekty psychiky jedince.

V posledních desetiletích můžeme pozorovat celkově zvýšený zájem o období adolescence oproti předchozím obdobím výzkumu. Můžeme proto sledovat zmnožení a zpřesňování jednotlivých vývojových aspektů. V dnešním pojetí není adolescence jen přípravné období na dospělost, ale je svébytnou etapou lidského života. Adolescence má své typické znaky a pro jednotlivce svůj objektivní i subjektivní význam. Toto období se z hlediska fylogeneze stále rozšiřuje, a to v obou směrech, dříve začíná a později končí. (Vágnerová, 2005)

Adolescence je poměrně širokým životním obdobím, které ve svém průběhu není zcela homogenní. Svými projevy je lépe diferencovat adolescenci na časnou, střední a pozdní¹⁶ Časově je možné adolescenci vymezit druhou dekadou života, kdy probíhá komplexní proměna osobnosti téměř ve všech oblastech. Změny v psychice jsou podmíněny biologicky, ale vždy je významně ovlivňují také psychosociální faktory. Z biologického hlediska období adolescence počíná prvními známkami pohlavního zrání, které nakonec následuje dokončení úplné pohlavní zralosti, resp. reprodukční schopnost. Důležité také je, jak jsou tělesné změny vnímány a hodnoceny svými nositeli i okolím. Současně adolescent prožívá psychické změny především v oblasti pudových tendencí, emoční nevyrovnanosti a proměny sociálních rolí, jedná se o zásadní změny v lidské psychice, které pokud jsou v tomto období výrazně komplikovány nemocí, mohou znesnadnit adolescentův vstup do dospělého života.

¹⁶ Strukturu časné, střední a pozdní adolescence navrhuje na základě empirických zjištění ve své knize Macek (2003). Vágnerová dělí adolescenci pouze na dvě etapy – ranou a pozdní – Srov. v Vágnerová, 2005. Konkrétní specifika jednotlivých období v prvním pojetí budou rozebrána níže.

2.1 Teoretické přístupy k adolescentnímu období

Nahlížení na adolescenci v psychologii není jednotné, různí se především pohledem na nejdůležitější změny vývojového období, ale také samotným časovým ohraničením období. Tradiční evropská psychologie odděluje adolescenci od pubescence, adolescenci pak nazývá období 15-20 (22) let věku člověka. Užívá se ale také původně americká periodizace adolescence jako celého období mezi dětstvím a dospělostí (Macek, 2005), které se pro potřeby této práce přidržíme. Adolescenci tedy nazývejme období mezi 11. až 20. rokem života.

V historii bylo toto vývojové období pojímáno různě (ostatně jako většina fenoménů psychologie). Zmíníme pět různých paradigmat adolescentního vývoje¹⁷ – s převažujícím důrazem na biologické zrání dítěte, na vývojový úkol jako nejdůležitější náplň období, na adolescenci jako nový systém učení, utváření nového životního prostoru a jako období utváření vlastního vývoje.

Teorie s důrazem na biologické determinanty vývoje

Pojetí, v němž jsou biologické determinanty vývoje převažující nad jinými, je jedno z nejstarších. Za tak říkajíc otce adolescence je tradičně považován G. S. Hall¹⁸, který vyslovil svou teorii rekapitulačního vývoje. V ní je adolescence pojímána jako období plné odhodlání žít jinak i za cenu nejvyššího utrpení. (Macek, 2005, s.15) Hall tedy považuje adolescenci za bouřlivé období neustálých extrémů, uvažuje ho jako přechod mezi divoštvím dětství a civilizovaným chováním dospělosti, s velkým důrazem na dramatickou protikladnost tendencí v člověku. Citová labilita a negativní emocionalita je prvkem, který spojuje také další dvě následující teorie. (Macek, 2005)

O větší popularitu adolescence se zasloužil především Sigmund Freud. Adolescenci (resp. hlavně pubertu) považuje za období pohlavního dozrávání, nastupující sexuální aktivity a vývoj schopnosti reprodukce s důrazem na znovuotevření brány sexuálních tužeb po období latence a s ním spojených komplexů. Adolescenci nazývá Freud obdobím

¹⁷ Využijeme přehledu koncepcí dle Macka, 2005, s.13-16.

¹⁸ HALL, G. Stanley. 1904. *Adolescence. Its Psychology and its relation to Physiology, antropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York: Appleton.

genitálním. Objevuje se opět oidipovský komplex, nyní ale vyzrálejší, uspokojující své tužby zaměřením na cizí objekty mužů nebo žen, cílem období je úplné oproštění se od závislosti na rodičích a ústup vlastní egocentričnosti. (Macek, 2005)

Podle Anny Freudové je pro adolescenci typický růst pudových tendencí a následné narušení rovnováhy mezi id a egem. (Vágnerová, 2003) Je třeba této situaci čelit užíváním obranných mechanismů, kompenzace je efektivně možná buď mechanismem intelektualizace nebo asketismu. Intelektualizace transformuje sexuální tužby na jinou úroveň aktivity ve formě intelektuálního obsahu. Adolescent projevuje zájem o filozofii, vědu, umění a zálibu v intelektuálních debatách. Naopak mechanismus asketismu potlačuje nežádoucí touhy, nadměrně kontroluje veškeré projevy id bez nahrazení jiným druhem obsahů. (Macek, 2005)

Teorie s důrazem na vývojový úkol období

Psychosociální determinanty vývoje převažují v teoriích Havinghursta, Eriksona a Marcii, smyslem adolescence je podle nich naplnění vývojového úkolu a překonání překážek na cestě k dospělosti. Termín vývojového úkolu, který je třeba splnit pro vymanění se z období adolescence, zavedl do psychologie R. J. Havinghurst, těmito úkoly jsou např. přijetí vlastního těla, rozvoj intelektu a emocí, plány do budoucna, přestavba hierarchie hodnot, úcta k autoritám a odproštění se od závislosti na nich, představa ekonomické nezávislosti apod. (Macek, 2005)

Obecně velmi známou a vlivnou teorií adolescence je Eriksonova epigenetická teorie vývoje. V etapě adolescence se objevují nové jevy, se kterými se mladý člověk potýká a které vyústí v určitou krizi, kterou je třeba vyřešit, neboť z nenaplnění plynou nepříjemná rizika. Vývojovým úkolem období je vytvoření vlastní identity já na původním podkladu zmatení sociálních rolí, čímž se adolescent adaptuje na podmínky dospělosti. V jeho psychice musí převládnout sebejistota, vědomí vlastních kompetencí a přesvědčení o pozitivní perspektivě svého života. (Vágnerová, 2003, s.323) Teorie zdůrazňuje provázanost biologických i psychosociálních faktorů vývoje a kontinuitu vývoje jedince, tzn. provázanost všech vývojových etap a událostí vývoje jedince.

S teorií krize identity operuje také J. Marcia, který ve svém konceptu zdůrazňuje jako nutný požadavek naplnění vývojové etapy tzv. přijetí závazku. Krizí rozumí nutnost volby v důležitých věcech současného a budoucího života, která je spojena se značným napětím v aktivním hledání. Přijetí závazku jako odpovědnosti za důležité aspekty života

pouze společně s reálným prožíváním krize spěje k dovršení fáze adolescence. (Macek, 2005)

Teorie s důrazem na změnu sociálního učení

Jiné teorie adolescence označují za společný prvek vývojového období napříč kulturami proměnu dosavadní podoby především sociálního učení. Je to podmíněno rozvojem mentálních schopností¹⁹ a složitostí nových situací, které je adolescent nucen řešit. Adolescent získává nové sociální role, popř. proměňují se jeho role staré, je nucen adaptovat se na nový sociální prostor nebo jinou pozici v něm. (Macek, 2005)

V adolescentním období se výrazně zvyšuje význam vrstevnické skupiny a sítě vztahů obecně.²⁰ Seltzerová označuje tuto síť vztahů jako vrstevnickou arénu, která je charakteristická svou rozprostraněností, konfrontací názorů na přátelské úrovni, ale nikoli hloubkou a blízkostí vztahů²¹. Vztahy jsou prostředkem změn v sociálních rolích, zajišťují fyzickou blízkost a podporu skupiny, dovolují proměňovat názory na některé skutečnosti a tím dotvářet svůj postoj ke světu. (Macek, 2005)

Zlepšená dovednost přijímat nové sociální role je podle Selmana převládající právě v době adolescence, determinují ji změny v sebereflexi a sebehodnocení. Prohlubuje se totiž empatie a schopnost představit si vztahy z pozice jiného aktéra než jsem já sám, vztahy již nefungují na základě reciprocit nebo strachu z autority, ale subjekt je schopen posoudit pohnutky chování druhé strany a také vidět situaci v širších obecnějších souvislostech. Hloubka přijetí sociální role je také obohacena o hodnotící složku sebe sama v nové roli, což adolescenta posouvá do spektra dospělosti. (Macek, 2005)

¹⁹ Zmiňme na tomto místě Piagetovu teorii rozvoje myšlení – adolescent je schopen již abstraktního symbolického myšlení. (PIAGET, Jean. 1958. *The Growth of Logical Thinking from Childhood to Adolescence*. New York: Basic Books.) Také v Kohlbergově teorii rozvoje morálky se adolescent pohybuje již ve fázi konvenční a částečně i postkonvenční morálky. (KOHLBERG, Lawrence. 1974. *Zur kognitiven Entwicklung des Kindes*. Baden, Suhrkamp Verlag.)

²⁰ Je to možné pozorovat hlavně v poslední době popularity sociálních sítí typu Facebook, kdy lidé nejen adolescentního věku komunikaci „po síti“ věnují nepoměrně více času než dříve.

²¹ Viz Poznámka 21 výše.

Teorie s důrazem na nové utváření životního prostoru

Sociální prostředí, které utváří osobnost jedince, je prostorem příliš širokým, ale zároveň nedostačujícím naplnit konkrétní požadavky vývojového období, uvědomit si své místo v okolním světě. Člověk si vytváří svůj životní prostor, ve kterém je schopen interakcí s okolním světem. V tzv. teorii pole, kterou popisuje K. Lewin, se adolescentovi oproti dítěti významně rozšiřuje jeho životní prostor, získává větší možnosti pohybu i příležitostí, zároveň však je tu riziko ztráty jistot a zakotvení. (Macek, 2005)

Na podobném principu vytvořil svou koncepci vývoje Bronfenbrenner, jehož ekologický systém obsahuje jak sociální, tak biologickou interakci člověka s okolím. Zahrnuje čtyři typy prostředí a vztahů od nejbližšího a nejkonkrétnějšího (rodina, školní třída) až po makrosociální celky společnosti jako kulturu a etnická specifika, které na jednotlivce působí. Adolescent si může volit způsob zvládnání přechodu do dospělosti, ale obecné zákonitosti vývoje jsou dány. (Bronfenbrenner, 1979 podle Macek, 2005)

Teorie s důrazem na utváření vlastního vývoje

Závěrečným konceptem adolescentního vývoje této kapitoly je Lernerova teorie utváření vlastního vývoje. Adolescent je v tomto pojetí tvůrce či producent vlastního vývoje, stále je nucen se adaptovat na měnící se podmínky, a to velmi aktivně na základě zpětné vazby okolí. Adolescentovo chování a prožívání je ovlivňováno provázaně fungujícími biologickými, psychologickými, sociokulturními a historickými vlivy. Jako tvůrce vlastního vývoje adolescent jedná v podobě podnětu pro ostatní, v podobě zprostředkovatele vnějšího světa a svým aktivním jednáním utváří svou současnost i budoucnost. (Lerner, 1997 podle Macek, 2005)

2.2 Diferenciace období adolescence

Adolescence jako přechodné období mezi dětstvím a dospělostí není ve svém průběhu stejnorodá. Rozdíly mezi adolescenty na počátku tohoto období a téměř na hranici s dospělostí jsou značné. Dále je v období adolescence výrazná interindividuální, ale také intraindividuální variabilita vývojových změn. Vymežeme proto tři navazující části adolescence a popíšeme obecný průběh s nejdůležitějšími charakteristikami jednotlivých menších období. (Tuto diferenciaci navrhuje Macek, 2005.)

Časná adolescence

Časná adolescence může být datována mezi desátý (jedenáctý) až třináctý rok života. Nejnápadnější pro ni jsou tělesné změny a dospívání spojené s pubertou. Všichni dospívající v tomto období nastartují pohlavní dozrávání, mění se jejich fyzický vzhled, ale jsou také pozorovatelné kognitivní změny (převodším ve způsobu myšlení v abstraktní rovině). Hormonální změny v těle ovlivňují labilitu emočního prožívání, které může vyvolávat nežádoucí reakce okolí, a také zájem o opačné pohlaví podpořený nově hlásícím se pohlavním pudem. Odhalují se první znaky kompetence k emancipaci, touha po osamostatnění se. Přesouvá se význam sociální skupiny z rodiny na vrstevníky, počíná experimentace s partnerskými vztahy. Pro adolescenci je typická snaha o vlastní životní styl, touha odlišit se (hlavně zevnějškem), která počíná už v tomto období. Nejsilnějším tématem časně adolescence jsou ale beze sporu pubertální změny. (obsahová shoda: Vágnerová, 2003, Macek 2005, Příhoda, 1967, Říčan, 1995, Krejčířová, 2006)

Střední adolescence

Střední adolescence bývá vymezena obdobím mezi čtrnáctým až šestnáctým rokem života. Jedinec se v této době významně zabývá úvahami o světě a životě, hodnotí skutečnosti kolem sebe. Základní charakteristikou období je výrazné odlišování od svého okolí – stylem oblékání, náležením ke skupině preferující určitý styl hudby, souvisí to i se specifickým životním stylem, kterým střední adolescenti žijí. Jedinec se profiluje v tzv. subkultuře mládeže, nejedná se o vymezování se od svého okolí pro své vlastní názory dokladující svou individualitu, ale především o posílení členství ve skupině vrstevníků. V patnácti letech života obvykle adolescent ukončuje povinnou školní docházku a následuje diferenciaci dalšího profesního směřování. Nastává období hledání vlastní identity, své autentičnosti a jedinečnosti, změny přicházejí nikoli z biologického naprogramování, ale z iniciativy samotného adolescenta. Proměňuje se role rodiny jako uspokojovatele potřeby jistoty a bezpečí, kterou nyní musí zastoupit představa vlastních kompetencí. Jedinec musí bojovat se světem, který už není za všech okolností dobrý a nepřijímá jedince bezvýhradně pozitivně, musí se zasloužit o dobré přijetí a hledá své nové místo ve světě, které by bylo přijatelné pro něj i pro okolí. (obdobně Vágnerová, 2003, Macek 2005, Příhoda, 1967, Říčan, 1995, Krejčířová, 2006)

Pozdní adolescence

Pozdní adolescence je obvykle ohraničena věkovým obdobím sedmnácti až dvaceti let (nebo později) a je obdobím, které již znatelně a jednoznačně směřuje k dospělosti. Adolescent ukončuje svou profesní přípravu a aktivně hledá své profesní uplatnění, čeká ho úkol osamostatnit se ve všech oblastech, ve kterých to společnost vyžaduje. Ukončeno je pohlavní zráním a dochází k zahájení sexuálního života. Dokončuje se také utváření vlastní identity, především její sociální rovina – převažuje potřeba někam patřit, podílet se na něčem a něco s druhým sdílet. Identita je upevňována větším sebepoznáním, experimentací s dlouhodobým partnerstvím, ale může směřovat až k riskantním experimentům a snaze zabrzdit svůj vývoj, ponechat si výhody mládí a pozastavit se před branou dospělosti dokud je ještě čas.²² V zorném poli adolescenta je jeho osobní perspektiva, plány do budoucna a cíle v profesi i ve vztazích, proměňuje se jeho osobnost i společenská pozice. Toto období je velmi individuálně variabilní hlavně v psychické a sociální rovině. Kvůli velké variabilitě životních stylů člověka volby přijmout jen některé atributy dospělosti – rozhodnutím pro vysokoškolská studia, ne/vstupem do manželství, odstěhování se od rodičů, ekonomickou ne/závislostí, založením rodiny – je značně ovlivněno získání plného statusu dospělého. (ve shodě Vágnerová, 2003, Macek 2005, Příhoda, 1967, Říčan, 1995, Krejčířová, 2006)

2.3 Vývojové změny v adolescenčním období

Vývojové změny v období adolescence probíhají, jak zmiňuje většina českých autorů, v oblasti biologické, kognitivní, emocionální a psychosociální. Jedná se o změny výrazné a z vývojového hlediska náročné především v oblasti psychiky. Adolescent je citlivý a veškeré jeho počínání nějakým způsobem směřuje k udržení kladného přijímajícího se sebepojetí a také utvoření si stabilní identity.

V období adolescence se musí jedinec intenzivně vyrovnávat s negativními emocemi a rozladami v sebepojetí, obvykle k tomu využívá obranných strategií. Kdykoli dochází k významnější změně osobnosti, projevuje se tzv. mechanismus kyvadla (Říčan, 2007). Adolescent, který dosáhl zralejší úrovně, se čas od času vrací k chování nezralejších

²² Viz Říčan, 1990 a „kult nezralosti“.

forem, projevuje se infantilně, situaci řeší dětinsky a to proto, že se nová varianta chování ještě nezafixovala a zdá se subjektivně náročnější než dřívější způsob. Jde o zdravý projev řešení nejistoty a potřeby odpočinku. Náročnější životní situace nutí adolescenta ještě k dalším strategiím obrany, které mohou mít dlouhodobější trvání a někdy hrozí i riziko jejich fixace. Z nejčastějších obranných reakcí adolescence bývá únik do fantazie, umožňuje symbolické zvládnání náročných situací, prožívání různých rolí, nezávaznou experimentaci různých řešení, porušování zákonu logiky a neomezenou perspektivu času. (Vágnerová, 2003) Jinými obrannými mechanismy jsou např. regrese, racionalizace nebo kompenzace, které byly podrobně rozebrány v předchozích kapitolách.

V období adolescence dochází také k rozvoji volných vlastností, zlepšuje se sebekontrola a vytrvalost, uvědomování si vlastních kompetencí. Volní kompetence jsou upořádovány vlivem emoční lability a impulzivity především časné adolescence. V pozdní adolescenci dochází k stabilizaci volní autoregulace, vzrůstá i odpovědnost za vlastní výkon, někdy vede potřeba ovládat vlastní osobnost až k asketickým tendencím. Autoregulační vlastnosti jsou důležité nejen pro volbu vhodné strategie řešení problému, ale i pro její realizaci, a tím k stabilnímu využívání adaptivních forem vyrovnávání se s náročnými situacemi. (Vágnerová, 2003)

2.3.1 Tělesné změny a jejich vliv na psychiku adolescenta

Počátek biologických změn v adolescenci je naprogramován geneticky, především se týká změn hormonálních. Dětské tělo se mění v tělo schopné reprodukce, proměňují se tělesné proporce i prožívání vlastní intimity a sexuality, které je nutné si interpretovat a vysvětlovat. (shoda Krejčířová, 2006, Vágnerová, 2003, Macek, 2005)

Kromě vývoje primárních a sekundárních pohlavních znaků jsou pro tělesné změny adolescence charakteristické zrychlený růst a přibývání na váze.²³ Vývoj dospívání dívek je obvykle chronologicky popisován jako nejprve přibývající prsní tkáň pod bradavkou, počátek pubického ochlupení, objevení vnější kontury prsou, příchod menarché, až po objevení vnitřní kontury prsou a axiálního ochlupení a ochlupení genitálu dospělého typu.

²³ Pro začátek puberty u dívek je nutná tzv. kritická tělesná hmotnost – více než 20 % tělesného tuku, což popisuje metabolická teorie dospívání. Více např. SEIFERT, Kelvin L., HOFNUNG, Robert J. 1991. *Child and adolescent development*. New York: Houghton Mifflin.

To doprovází tělesný růst a přibývání na váze. Vývoj dospívání u chlapců počíná infantilním vývojem penisu a šourku, následuje jejich zvětšování a pigmentace kůže, objevení pubického ochlupení, poté zvětšování penisu do délky a výskyt axiálního ochlupení, dále zvětšování penisu do šířky, vývoj žaludu a ochlupení dospělého typu, nakonec růst vousů a změny hlasu. Nástup pubertálních tělesných změn přichází obvykle o půl roku později než u dívek. (Macek, 2005)

Souběžně s těmito změnami probíhají i změny tělesného schématu jako představy vlastního těla, zevnějšek je součástí identity a přijetí svého těla je nějakou dobu trvající proces. Dospívající věnují pozornost svému tělu více než čemukoli jinému, svůj zevnějšek upravují do podoby, kterou si nepřímou žádá vrstevnická skupina. Krásné tělo je prostředkem získání sociální akceptace a prestiže. Tělesná odlišnost může vyvolávat různé obranné reakce, zevnějšek, který neodpovídá normě, považuje adolescent za nespravedlivou determinaci jeho osobního růstu. Neuspokojivé nepřijímané tělesné schéma může způsobit narušení integrity osobnosti a pocity ztráty sebejistoty, nemoc oslabující popř. zošklivující tělo může být silným faktorem nepřijetí vlastního těla, vzniku úzkosti, napětí vzteku až agrese.²⁴ Záleží především na vlastní představě modelu atraktivity dospělého těla, předpokládanému hodnocení svého těla okolím, médiu předkládaný vzor krásy a důrazu na tuto tělesnou schránku. Brněnské výzkumy ukázaly, že dívky vnímají jako důležitý vzhled jednotlivých partií těla, zatímco pro chlapce je důležitý především vzhled tváře a celkové postavy. (Valášková, Ježek, 2002) Adolescentní chlapci přisuzují značný význam své výšce a fyzické síle, pokud nemoc oslabuje tělo, chlapec to může pociťovat jako svou nedostačivost a snižuje se jeho sebehodnocení. Také velmi záleží na přisuzování míry významu netělesným složkám osobnosti - psychické vyspělosti a schopnosti sociální adaptace. Vlastní tělo posuzované jako méně atraktivní paradoxně může pomoci k lepšímu vývoji osobnosti, protože se tu objeví snaha o kompenzaci v jiné než tělesné rovině. (Vágnerová, 2003) Proměna zevnějšku působí i na okolí adolescenta, proto se mění i reakce na jeho změněné tělo, což působí také na prožívání adolescenta. Převažují-li negativní reakce okolí, adolescentovi se snižuje jeho sebehodnocení.

Nejen kvalitativní a kvantitativní stránka tělesného vývoje adolescenta, ale také čas, kdy změny přicházejí ve srovnání s vrstevníky hraje významnou roli. Přichází-li tělesné

²⁴ Popř. autoagrese, která se v podobě automutilace objevuje u adolescentů stále častěji.

změny příliš brzy v porovnání s vrstevnickou skupinou, nemusí je jedinec dobře přijmout, jsou pro něj nepříjemné a nejrady by je zastavil, dívky jsou na nežádoucí změny obvykle citlivější. Zatímco dospívání u chlapců se projevuje hlavně růstem a rozvojem svalů (sekundární pohlavní znaky nejsou tak nápadné) a vyšší postava představuje spíše výhodu ve skupině, dívky jsou svými sekundárními pohlavními znaky nápadnější, jde o změny kvalitativní nikoli pouze sílení a zvyšování postavy jako u chlapců. Reakce okolí na předčasně vyspělé dívky jsou jiné, okolí se obává předčasné sexuální aktivity, a tak (vědomě nebo nevědomě) vyspělost potlačuje, snaží se ji oddálit. Naopak je to u chlapců, velmi nevýhodné postavení mají později dospívající chlapci, především pokud jsou malí a slabí. Pozdně dospívající dívky jsou znevýhodněné, ale nebývají objekty posměchu tolik jako nevyspělí chlapci. (Vágnerová, 2003, Macek, 2005) ²⁵

2.3.2 Kognitivní změny

I když jsou mezi adolescenty značné interindividuální rozdíly v intelektových dispozicích i zkušenostech, obecně se v tomto období výrazně rozvíjí kognitivní funkce, které jsou výsledkem zrání a učení. Intelektové schopnosti v období adolescence značně vzrůstají, pozdní adolescence v mnoha ohledech převyšuje výkon dospělých, v oblasti úkolů závislých na zkušenosti se ale v dospělosti výkon ještě zvýší. V oblasti pružného a tvořivého myšlení je adolescent na vrcholu sil. Radikálně se mění celý způsob myšlení.²⁶ Před jedenáctým až dvanáctým rokem dítě není schopné vyřešit problém abstraktního charakteru, je pro něj rozhodující umět si situaci představit. Piaget uvádí, že v období od 12 do 15 let se utváří výbava pro schopnost abstraktního myšlení, adolescent umí řešit tzv. formální operace, myšlení dostává nový rozměr, časný adolescent je schopen jednoduché metakognice – myšlení o myšlení. (shodně Krejčířová, 2006 a Macek, 2005)

Adolescent je již schopen operovat s pojmy, které jsou abstraktnější, symbolické, vzdálené od smyslové zkušenosti, chápe rozsáhlost nejobecnějších pojmů jako

²⁵ Za posledních sto let je pozorovatelný proces tzv. sekulární akcelerace - zrychleného fyzického vývoje dospívajících, to se ovšem nedá jednoznačně tvrdit o zrychlení vývoje psychosociálního. Viz více např. Krejčířová, 2006 str. 144-146.

²⁶ Proměny kognitivních schopností přehledně srovnány podle Krejčířové, 2006 – přehled v textu níže.

spravedlnost, pravda apod. Dochází k postupnému uvolňování ze závislosti na realitě. Adolescent uvažuje o všech možných alternativách řešení problému, systematicky je zkouší a hodnotí. Experimentuje s možnostmi, rád myšlenkově zkouší nové role a situace. Vytváří hypotézy nepodložené reálnou zkušeností někdy až fantastického charakteru, srovnává tyto konstrukty s reálnými skutečnostmi a je schopen utvořit si ideály, se kterými operuje. Odkud také mohou pramenit tendence ke kritičnosti ke světu a k lidem, kteří by mohli být podle jeho ideálu lepší. Adolescent ovšem nezohledňuje míru pravděpodobnosti různých řešení, proto mohou být jeho soudy zkresleny. Je schopen vykonávat operace i s pojmy, které nemají známý smysluplný obsah, pouze se znalostí pravidel operací s nimi, chápe dobře např. fyzikální zákony a pravidla algebry. Uvažuje podle zákonů logiky a utváří tak vědecký postup myšlení. Tento rozvoj kognitivních funkcí je důležitý pro pochopení mnoha témat vyučovacích předmětů hlavně na střední škole. Také je adolescent schopen užívat metakognice – přemýšlí o svém myšlení nad jevy, spekuluje nad myšlenkami, které předpokládá u druhých, což podporuje rozvoj empatie. Posouvá tím také adolescentovu schopnost morálního hodnocení, které je opřeno o náhled skutečnosti ze strany jiných účastníků, bere ohled na druhého, umožňuje odhlédnout od svých problémů a podívat se na ně zvenku nebo z výšky. (Krejčířová, 2006) ²⁷

Proměňují se charakteristiky schopnosti paměti, zvyšuje se kvantita informací v dlouhodobé paměti, probíhá restrukturalizace uložených obsahů v důsledku větší osobní zodpovědnosti za zapamatované, ze stejného důvodu se zvyšuje selektivita subjektů v zorném poli, a tím i efektivnost pozornosti. Adolescenti využívají efektivnějších strategií zapamatování než je dříve užívaný mechanický způsob. „Kombinace selektivní pozornosti, kvantity zapamatovaných zkušeností, vědomí osobní relevance určitých informací a schopnosti formálních operací vede k větší strukturální a funkcionální kapacitě procesu zpracování informace.“ (Macek, 2005, str. 47) Schopnost uvažovat více variant řešení problému a vědomí kompetence vede k pocitu vlastní autonomie a hodnoty.

V adolescenci se mění percepce času, větší důraz je zde přikládán budoucnosti, z toho vyvěrá také nová nejistota, potřeba seberealizace v budoucnosti. Dočasně adolescent posiluje poznávací egocentrismus, který se projevuje nadměrnou kritičností, podléhání klamu jedinečnosti svých myšlenek, přecitlivělostí a vztahovačností. Kognice adolescentů

²⁷ Kohlberg popisuje vývoj morálky v adolescenci jako posun do stádia konvenční morálky, schopnosti prosazovat i nesobecké hledisko spravedlnosti.

bývá také značně radikální, potlačuje to nejistotu poznání. Dochází k diferenciaci ve způsobu uvažování, někteří adolescenti preferují analytické myšlení, jiní jsou zaměřeni spíše prakticky. (Vágnerová, 2003)

Sociální inteligence a kompetence jsou ale ve větší míře závislé na sociálním učení a kulturním prostředí, nepřicházejí proto s adolescentním věkem přirozeně samy. Řešení problému, ve kterém je adolescent ve větší míře osobně a citově angažován bude²⁸ nejspíše preferovat akomodaci – bude měnit vlastní akční schéma, bude se přizpůsobovat situaci. Problém, který adolescent vyhodnotí jako pro něj méně relevantní k vlastnímu já bude řešit spíše asimilací – včleněním nového jevu do stávajících schémat, situaci přizpůsobí já. (Macek, 2005) Tento poznatek může významně korelovat s řešením náročných životních situací, které jsou-li posuzovány s odhledem a méně zaangažovaně, neohrožují koherenci já a udržují zdravé sebepojetí, to ale předpokládá vnímání menší závažnosti stresové situace.

V pozdní adolescenci je myšlení méně absolutní, více vztahové a sebereflektující, přibývá tendence konzultovat rozhodnutí s odborníky, rozhodování je opatrnější, převažuje ale stále význam vlastních prožitků a potřeb, opět ovšem záleží na konkrétních zkušenostech adolescenta a okolnostech situace.

2.3.3 Emocionální změny a autoregulační vlastnosti

V adolescentním období se výrazně diferencují emocionální zážitky, tím se také integrují mnohé city do celků a stabilizuje se tím osobnost mladého jedince, zvyšuje se schopnost selektivní odpovědi na některé podněty a senzibilizace na jiné podněty, které iritovaly adolescenta dříve. Hojně přibývá především vyšších citů. (Švancara, 1973)

Adolescent nově hlouběji objevuje estetické a mravní city, vede mnohé úvahy o světě, krásnu a spravedlnosti. Mimo to ale také významně prožívá emoce a city s erotickou tematikou, promítá se to také v sociální oblasti a oblasti utváření vlastní identity.

V časně adolescenci vlivem kolísavé hormonální hladiny nastávají změny v oblasti citového prožívání, převládá v něm emoční labilita, dráždivost, přecitlivělost, negativní

²⁸ Podle Piagetovy teorie

emoce a krize. Přispívá k tomu také vysoká míra sebereflexe a egocentričnosti, potřeba dobrého sebehodnocení. (Švancara, 1975) Jedinci mívají nepřiměřené reakce i na méně výrazné podněty, prožitky vnímají velmi intenzivně, ale v krátkodobém horizontu, navíc proměnlivě. Jednají impulzivně a mají nedostatečně vyvinutou schopnost sebeovládání, nedovedou si ale své prožitky vysvětlit, což je zdrojem dalších nepříjemných pocitů. Reakce okolí na takové chování bývá obvykle také negativní, pramenící z nepochopení, a posilují tak sekundárně nejistotu adolescenta. Dotváří se rysy typu temperamentu, které se v pozdějších obdobích mohou jen velmi málo měnit ve svých projevech. Výše bylo uvedeno, že rozvoj kognitivních schopností vede k intenzivní metakognici, ta má také emocionální rovinu, jedinci stále uvažují o svém prožívání, považují egocentricky své pocity za absolutně jedinečné, nejsou ale ochotni tyto své intimní prožitky projevovat navenek, ulpívají také na nevyřešených problémech (emoční rutince). (Vágnerová, 2003) Vlivem interindividuálních rozdílů ale nelze říci, že obecná představa bouřlivé a dramatické časné adolescence je prožívána všemi jedinci, hrají tu roli také výchova, sociální a kulturní faktory a v neposlední řadě i věk (dívky prožívají toto období intenzivněji a chlapci déle). (Macek, 2005) V tomto období převládají negativní emocionální stavy, které nacházejí zdroj v deziluzi, nejistotě, úzkosti, objevuje se také anhedonie a negativismus. Souvisí to také se zvýšenou únavností adolescentů, reakcí je apatičnost střídající se s okamžiky výrazné aktivity. (Macek, 2005)

Ve střední adolescenci rozladění a emocionální kolísání odeznívá, přibývá ale silných citových prožitků a také jejich pestrost, adolescent je integruje v osobnosti do nových kvalit. Projevuje větší extravertovanost, ovšem menší impulsivnost a vyšší stálost v prožívání i chování. Střední adolescence je obdobím prvního vystřízlivění (jedinec prožívá kontrast vlastních ideálů a reality všedního dne a ztrácí minulé iluze). (Macek, 2005)

Pozdní adolescence je charakteristická stabilizací emočního prožívání, ústupem náladovosti a citové lability. Děje se tak vlivem hormonální ustálenosti a psychického ztotožnění se s pohlavní dospělostí, kterou provází adaptace na roli dospělého. Přibýlo také zkušeností, které eliminují nezralé reakce na již známé prožitky, ubývá nadšení a přibývá stereotypních životních prožitků. Nastupuje realismus mladé dospělosti a vrcholí období tzv. vystřízlivění. (Macek, 2005)

2.3.4 Socializace v adolescenci

Toto období bývá někdy nazýváno dobou druhého sociálního narození, je přechodem do dospělého života. V průběhu adolescence jedinec zažívá několik významných mezníků – ukončení povinné školní docházky, volba dalšího profesního směřování, získání občanského průkazu. Proměňují se vztahy s lidmi, neustále se zvyšuje status adolescenta s jeho věkem a vzděláváním. (Vágnerová, 2003)

Pro vývoj adolescenta, stejně jako v předchozích obdobích, jsou důležité blízké sociální skupiny – rodina, škola, volnočasové instituce a vrstevníci, nyní ovšem nabývají jiné funkce. Rodič se stává partnerem, vůči kterému se adolescent vymezuje, dochází k redukci formální autority. Školní výkon je podmínkou dobrého postupu k profesnímu vzdělávání. Zájmová zařízení rozvíjí schopnosti a kompetence, poskytují status a mohou kompenzovat negativní vlivy ostatních sociálních skupin. Vrstevnická skupina se stává v období adolescence stále důležitější, je možností rozvoje symetrických vztahů a získání sociální opory, vyžaduje ale větší konformitu za cenu možnosti identifikace se skupinou. V rámci ní jedinec přijímá nové role, kromě přicházející role adolescenta dané biologicky se stává členem skupiny a blízkým přítelem jiného adolescenta. V období adolescence se rozšiřuje teritorium v oblasti prostoru i množství kontaktů s lidmi, a to hlavně v rámci volnočasových aktivit. Místa, která adolescenti navštěvují, považují za své teritorium, které není přístupné dospělým. Z dětského prostředí základní školy se adolescent dostává na další stupeň vzdělávání, kde se buď plně připraví na profesní roli a nastoupí do zaměstnání nebo pokračuje ve vzdělávání a do pracovního procesu vstoupí později. V novém prostředí je opět nucen budovat si své postavení a měnit své sociální role, na konci období adolescent přichází do sociální skupiny tvořené vícegeneračně. Vztahy s rodinou se stabilizují, došlo k odpoutání a obvykle se vyřeší předešlé konflikty. Školu, která poskytovala funkci utváření identity přebírá pracoviště. Role vrstevníků ustupuje, důležitější jsou partnerské a přátelské hlubší vztahy než skupinová identita. (Vágnerová, 2003)

Pro časnou adolescenci je typické odmítání podřízeného postavení, rezervovaný přístup k autoritám, kritizování a polemika s nimi. Útoky adolescentů na autority nejsou ve snaze zničit je, ale spíše stát se také autoritami, dosáhnout pocitu rovnosti s dospělými. Stejně jako jsou adolescenti kritičtí k dospělým, bývají i k sobě, sebekritika ovšem okolí

není tolik patrná, adolescent ji nedává najevo v rámci zachování si sebeúcty. (Vágnerová, 2003)

Pozdní adolescence je již nezvratným přechodem do dospělosti, za cenu větší zodpovědnosti a akceptace pravidel dospělosti je poté jedinec i okolím akceptován jako dospělý. Zletilost a způsobilost k právním úkonům poskytuje notnou svobodu, ale také zavazuje. Proměňují se a diferencují sociální role pozdního adolescenta a tím jsou přijímány závazky²⁹, z počáteční nejasné role povinností a práv vyplývají nyní zcela specifické atributy dospělosti. Ke konci období adolescent hledá své profesní místo a postavení.

²⁹ Vyřešení krize identity a přijetí závazku podle Marcii je předpokladem přijetí dospělé identity.

3 PSYCHIKA DLOUHODOBĚ HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA

Hospitalizace je vždy náročnou životní situací, trvá-li dlouho nebo je-li opakovaná, působí výrazně na psychiku pacienta, může narušit integraci jeho osobnosti. V období adolescence může navíc vážná nemoc a hospitalizace způsobit silné změny v psychice, adolescenti jsou citlivější a mají větší snahu odůvodňovat si nemoc. Ne vždy jsou dobře přizpůsobiví na režim hospitalizace a vykazují nižší komplianci. Snadno upadají do negativních emocí, a proto u nich hrozí vyšší riziko depresí a suicidia.

V dobách minulých byla hospitalizace riziková pro vývoj psychiky dospívajícího především kvůli zdlouhavé léčbě a zdlouhavému pobytu v nemocnici. Dnes je trendem co nejvíce zkracovat faktický pobyt v nemocnici, preferuje se ambulantní léčba a propouštění pacientů na víkend domů. Proto hospitalismus³⁰ je dnes jen málo častým fenoménem.

Pojetí dlouhodobé hospitalizace je pro účely bakalářské práce stanoveno proto, že je možným faktorem posouzení vlivu nemoci na psychiku pacienta. Lépe by bylo posuzovat, jak ovlivňuje psychiku pacienta samotná nemoc, zvláště je-li vážná či chronická. Tento fakt je ovšem ztížen omezenými možnostmi statistického zpracování. Nejsou, pokud je nám známo, dostupné informace o jednotném působení nemocí na lidskou psychiku pokud nejde např. o organická poškození. Rovněž komplikuje situaci, že vnímání vlivu nemoci na psychiku je velmi individuální. Proto volíme raději hrubé zjednodušení působení nikoli nemoci, ale obecně dlouhodobé hospitalizace.³¹ Jak skutečně působí nemoc a hospitalizace na jedince významně záleží na zdravotním stavu pacienta a jeho individuálním prožívání.

Medicínské stádium nemoci, tj. okamžik, kdy je již jedinec léčen lékařem, má několik momentů – první kontakt s lékařem, přijetí role nemocného, hospitalizaci

³⁰ Hospitalismus popsal Zdeněk Matějček a míní jím příznaky deprivace vlivem odloučení od blízkých z důvodů dlouhé hospitalizace, u malých dětí zanechává taková deprivace značné psychické následky. (MATĚJČEK, Zdeněk. 1992. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 2. upr. rozš. vyd. Jinočany: H & H. ISBN 80-85467-42-9.)

³¹ Podrobnější popis pojmu dlouhodobá hospitalizace následuje v kapitole Statistiky dlouhodobých hospitalizací a konkrétní vymezení ve dnech je i s odůvodněními uvedeno v praktické části bakalářské práce.

a poslední kontakt s lékařem, který ukončí nemoc. (Baštecká, 2003) Role nemocného v sobě zahrnuje některé vlastnosti, které hospitalizovaný jedinec přijímá. Život člověka se v nemocnici mění, je omezena jeho svoboda pohybu, jednání, rozhodování, může docházet k depersonalizaci, omezení v interpersonální komunikaci, může být nedostatečná jeho informovanost, sebekontrola a navíc může nemocný trpět bolestmi. Vlivem hospitalizace jedinec ztrácí svou identitu a sociální status, stává se „řadovým případem“. S člověkem je jednáno do určité míry neosobně, nemocný spíše naslouchá než by mu bylo nasloucháno, nejsou uspokojeny všechny jeho potřeby. Potlačuje se pacientova aktivita, aby byla posílena jeho compliance a potlačuje se jeho sebekontrola a kompetence, neboť o něm rozhoduje pouze odborný personál. (Křivohlavý, 2002)

3.1 Psychické působení stavu nemoci a léčby nemoci na člověka

Slovník spisovného jazyka českého (1989) definuje nemoc jako „poruchu zdraví“, zdraví pak jako „dobrý stav organismu“. Definice nemoci podle WHO³² zní „nemoc je souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím“. (Baštecká, Goldman, 2001, s. 29) Zdraví WHO definuje jako stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody a zároveň absence choroby nebo tělesné vady.³³ Angličtina vymezuje jasné rozdíly mezi pojmy označujícími různý typ nemoci. *Choroba* (disease) je postižení nebo snížení určité fyziologické činnosti, porucha tělesná nebo duševní, která je významně statisticky odlišná od normy populace. *Nemoc* (illness) je subjektivní pocit osoby, že není zdráva, což se promítá do jejích běžných činností a je důvodem pracovní neschopnosti. *Neduh* (malady) jako hrozba, co jedinci působí nebo může způsobit škodu, a není spojena se zjevnou vnější příčinou. *Onemocnění* (sickness) je narušení zdraví z vnějšího pohledu, jde o tělesné nebo duševní postižení, handicap, znevýhodnění. (Křivohlavý, 2002)

³² WHO *World Health Organization*, 2011 [online]. © 2007 World Health Organization. [cit. 11.5.2012]. Dostupné z: <http://www.who.cz>.

³³ Původně WHO v roce 1948 definuje zdraví jako : “A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” – dostupné na http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf

Protože zdraví podle obecně rozšířené definice WHO se projevuje v rovinách biologické, psychologické a sociální, měla by i nemoc prostupovat všechny tyto roviny. Dokonce i léčba, má-li být co nejefektivnější, by měla prostupovat všemi třemi rovinami. (Beran, 2010) Nemocný člověk tedy celkově není v dobré pohodě z žádného hlediska, stále častěji se v dnešní době nahlíží na nemoc z celostního hlediska, nemoc je tedy souborem různých faktorů bio-psycho-sociálních a také duchovních. (Baštecká, 2003 a shodně Křivohlavý, 2002) Definovat nemoc tak, aby byly zahrnuty všechny její atributy a byl postihnut hlavní význam pojmu je velmi obtížný úkol.³⁴ Dobrým hlediskem pro označení nemoci je potřeba se léčit. (Křivohlavý, 2002)

Nemoc nemůžeme vymezit bez zohlednění sociálních souvislostí, lépe je uvažovat, že nemoc je sociální stav způsobený biologickou poruchou. Sociální hledisko je zde velmi zásadní, protože přijetím role nemocného, vrůstáním do ní, se mění scénáře jedince a hrozí riziko neschopnosti vystoupit opět z naučené role nemocného. Nejvíce je to patrné u duševních poruch, kde sociální okolí částečně utvrzuje nemocného v jeho nemoci. (Baštecká, 2003)

3.1.1 Subjektivní percepce nemoci a změněného zdravotního stavu

Různí lidé prožívají podobné náročné životní situace různě, záleží to na jejich osobnostních vlastnostech, ale i dalších momentech jako jsou situační faktory, vliv informací a stupeň pozornosti na příznaky. Situační faktor jako zajímavé prostředí, ve kterém jedinec nachází smysl a cítí se v něm dobře a ve kterém se angažuje, a také prostředí, které ho baví, ovlivňuje, že se nezabývá možnými příznaky nemoci a nepřipouští si negativní změnu zdravotního stavu. Oproti tomu nudná práce, prostředí, které člověka nebaví a nezajímá a stereotypní způsob života vedou k intenzivnějšímu prožívání negativních stavů organismu. Angažovanost a vysoké nasazení v práci také člověku odklání pozornost od projevů nemoci. Více člověk vnímá svůj zdravotní stav o víkendech a po práci. Informace o nemocech a jejich léčení z masových informačních zdrojů, z doslechu nebo od známých ovlivňuje „zájem“ o ně. Souvisí to také s tím, že už nepřevládají nad jinými infekční nemoci, ale mnohem složitější multifaktoriální nemoci

³⁴ Nad různými pojetími nemoci a aspekty bio-psycho-sociálního modelu se zamýšlí např. Baštecká, 2003 nebo Beran, 2010.

jako AIDS, kardiovaskulární a onkologické nemoci a poranění při nehodách. Více je přecitlivělý na příznak ten, který je na něj zaměřen vlivem častosti nemoci v rodině, v okolí, vlivem studia nemocí. To nepřispívá obvykle k dobrému zvládnání nemoci, ale k fixaci na problém a prožívání bolesti a nejistoty. (Křivohlavý, 2002)

Vnímání nemoci lékaři a laiky se významně liší, zvláště pokud jde o vnímání vlastní nemoci, vlastního zdravotního stavu. Subjektivní přesvědčení o své nemoci pomáhá jedinci orientovat se ve stavu, ve kterém se nachází a pomáhá mu získat tím určitý myšlenkový rámec, schéma, kterému rozumí. Je to důležité pro zvládnání svého zdravotního stavu a nemoci vůbec, pro jasnější perspektivu léčby a orientovanější očekávání dalších situací, které bude muset nemocný prožít. Vnímání své nemoci je pro pacienta mnohem důležitější než skutečnosti o jeho nemoci, to se projeví i v rovině léčby. (Křivohlavý, 2002) Představa o vlastní nemoci a zdravotním stavu se označuje termínem autoplastický obraz nemoci. Prvotním hodnotícím mechanismem člověka, který posuzuje svůj zdravotní stav, jsou pocit nepohody a identifikace vlastních příznaků nemoci, úvahy o příčinách a vytváření laické diagnózy různé závažnosti. Druhotným procesem hodnocení je posouzení závažnosti zdravotního stavu a domácí léčba nebo návštěva lékaře. (Baštecká, 2003)

Pacienti uvažují o své nemoci v několika rovinách, utváří si úsudky o svém zdravotním stavu tak, že hledají odpovědi na otázky v následujících oblastech informací o své nemoci.

- 1) identifikace (pojmenování nemoci a příznaků),
- 2) příčiny onemocnění,
- 3) možnost léčení (délka léčby),
- 4) následky,
- 5) časové dimenze (jak dlouhá bude nemoc).

Toto myšlení pacientů funguje u většiny jedinců, kteří se ocitnou v subjektivním stavu nemoci. (Křivohlavý, 2002, s.26) Záleží na tom, jak člověk vnímá svou nemoc, protože to rozhoduje o tom, jak vnímá pacient hospitalizaci jako vhodný způsob, jak se zbavit příčiny svých problémů, které se vyskytly. Jedinec činí to, že rozpoznává své příznaky a posuzuje je jako závažné nebo nepříliš vážné symptomy, mimo to si příznaky interpretuje a přisuzuje jim určité významy. (Křivohlavý, 2002)

Protože vnímání lidí je různé, liší se míra vnímání intenzity stejných podnětů, nelze uvažovat o všech jedincích stejně a jednotně posuzovat jejich schopnost vnímat vlastní nemoc. Značné rozdíly jsou např. ve vnímání bolesti. Zjednodušeně je možné lidi rozdělit na dva typy – ty, kteří jsou méně všímaví, mnohé věci jim nepřipadají důležité, a ty, kteří jsou velmi pozorní a věnují značnou pozornost i nepatrnostem. Je známo, že lidé prvního druhu jsou obvykle zaměřeni na práci, zapomínají na podmínky dobrého zdravotního stavu a nevnímají si příznaků nemoci, častěji také trpí kardiovaskulárními onemocněními. Druhý typ lidí se více zaměřuje na udržování dobrého zdravotního stavu, je pozorný na změny v organismu i v okolí. (Křivohlavý, 2002)

Obraz vlastního zdravotního stavu je ovlivňován nejen samotnými příznaky, ale také dalšími činiteli. Patří mezi ně:

- 1) charakter onemocnění (akutní nebo chronická nemoc, léčba nutná na lůžku s mnoha omezeními, bolestivé příznaky, stigmatizace apod.),
- 2) okolnosti průběhu nemoci (existenční problémy, prostředí, pocity viny),
- 3) osobnost pacienta před propuknutím onemocnění (věk, práh bolesti, osobnost, hodnoty, zdravotní uvědomění),
- 4) sociekonomické postavení nemocného. (Baštecká, 2003)

Posuzování nemoci jako vážné určuje jisté pacientovo kognitivní schéma příznaků nemoci.

- 1) zážitek s nemocí, kterou jedinec také trpí, u blízkého člověka,
- 2) vysoký výskyt nemoci, kterou pacient trpí,
- 3) oblast, kterou nemoc zasahuje (obličej, ruce),
- 4) snížení pohyblivosti, omezení v mobilitě nebo pohybu významně přispívají k posuzování nemoci jako vážné a k obavám o svůj zdravotní stav. Kognitivní schémata ovlivňuje také to, jak je nemoc posuzována z hlediska časového – zda považuje jedinec nemoc za akutní, chronickou nebo cyklickou. (Křivohlavý, 2002)

Zkreslení vnímání, jak již bylo zmíněno, způsobují také obranné mechanismy, ty se projevují různě. Nejčastěji zabraňují cele vnímat to, co se s námi děje. V obtížně zvládnutelných situacích zeslabují příznaky nemoci v naší percepci, abychom se mohli

soustředit na situaci jako celek a zaměřili svou pozornost na zvládnutí problému. (Křivohlavý, 2002) Jejich funkcí je tedy ochránit sebepojetí, aby se nezhroutilo pod tíhou obtížné situace. Nežádoucí ale je, pokud tak působí příliš dlouho nebo dokonce s trvalými tendencemi se objevovat vždy, když nastane náročná situace. Své opodstatnění mají pro organismus pouze jako aktuální systém obrany. (Nakonečný, 2009)

Existují lidé, kteří svou nemoc vnímají natolik zkresleně, že ji považují za vážnější než skutečně je. Lékařům nevěří, jejich práce jim připadá nedostatečná, popuzují je, často lékaře střídají a opakují některá vyšetření. Posuzovat ale jejich psychický stav, jejich úzkosti a obavy z nemoci je obtížné, fakt je ten, že lékaři jim nemohou pomoci léčbou ale pouze prací na jejich sebepojetí.

3.1.2 Prostředí nemocnice, režim léčby a jejich vliv na psychiku

Nemocnice je velmi odlišným prostorem od prostředí domácího, proto je adaptace na ni těžší než u jiných typů nových prostředí. Pojem nemocnice je opředen mnoha představami, nejčastěji negativními. Obvykle se člověk dostává do nemocnice z podnětu ošetřujícího lékaře, jen velmi málo lidí je hospitalizováno z vlastní vůle, jde tedy o prostředí, kde by jen málo jedinců pobývat chtělo. Hospitalizace je stresující situací, přináší riziko, že nemoc je vážná a pozici, ve které je jedinec odkázán na péči a vůli zdravotnického personálu. Nemocnice splňuje několik základních funkcí jako funkci vyšetření pacienta a diagnostiku nemoci, léčení a zdravotnickou péči, která se snaží soustředit na dobrý psychický stav pacienta a jeho aktivizaci v procesu uzdravení. (Křivohlavý, 2002)

Důvodem hospitalizace je snaha o dokonalejší a rychlejší dosažení likvidace nemoci a rychlého návratu zdraví. Prostředí nemocnice nesporně má své přednosti. Mimo odbornou lékařskou a ošetrovatelskou péči, stálý dohled, vyrovnané vystupování personálu a veškerých potřeb pro léčbu poskytuje nemocnice jakýsi oddych od domácího prostředí, není-li příliš uspokojujivé. Na druhou stranu existují rizika pobytu v nemocnici, která velmi působí především na dětské pacienty (hlavně starší kojence a batolata), ale ovlivňují i kteroukoli jinou věkovou skupinu. Pobyt v nemocnici představuje změnu prostředí spojenou se změnami návyků, denního režimu, změnou pravidel existence, snížením pestrosti smyslových podnětů, nečinností a zamezením běžným aktivitám (práce, škola, zájmy). Nedostává-li se člověku dost zajímavých podnětů z okolí, soustředí svou

pozornost na podněty z vlastního těla. (Matějček, 1992) Kromě rizik hospitalizace vznikajících z individuálního prožívání jedince existují také přímá rizika, kterými jedince ohrožuje přímo nemocnice. Mezi ně patří oblast iatropatogenie čili postup, při kterém dochází k přímému poškození zdraví jedince působením zdravotnického personálu nebo spolupacientů, také sem patří riziko nákazy v nemocnici a psychická poškození např. vlivem nešetrné komunikace zdravotníků. (Baštecká, 2003)

V nemocnicích je obvyklé, že jsou vyžadována poměrně přísná pravidla a pacient se jim musí přizpůsobit. Vyrovnat se s takovým tlakem na adaptaci na pobyt v nemocnici pacient může čtyřmi způsoby:

- 1) rezignací (prožíváním sebe sama jako bezmocného, závislého a užíváním regrese),
- 2) zdánlivým přizpůsobením, ale porušováním pravidel (např. tajným kouřením, nepravdělným užíváním nebo neužíváním léků apod.),
- 3) protestem (kritikou, stěžováním si, takoví pacienti jsou označováni jako „obtížní“),
- 4) přijímáním omezení jako přechodná a nutná, adaptace proběhne bez větších problémů (do této skupiny se řadí většina pacientů). (Vymětal, 2003, s. 197)

Pro udržení psychické pohody v prostředí nemocnice je nutné, aby byly respektovány potřeby pacientů v nemocnici. Primární jsou tělesné potřeby, které mají zajistit nejen bezprostřední přežití jedince, ale také určitou úroveň pobytu nemocného. Jedná se především o potřebu uspokojovat žízeň, potřebu čerstvého vzduchu, minimalizace problému s vyměšováním a osobní hygienou, potřebu dobrého spánku a redukce stálého dlouhého čekání. Dále má nemocný své psychické potřeby, týkají se obecně pocitu jistoty, pocitu akceptace a pozitivního hodnocení personálem, dále je důležité uspokojovat, jak jen to je možné, potřebu soukromí, ale nikoli vzbudit pocit osamělosti. Důležité jsou také potřeby podnětů a aktivizace pacienta vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a zásadními potřebami jsou také přehled a orientace v dění na oddělení, pochopení vlastní hospitalizace a procedur léčby. Třetí skupinou potřeb hospitalizovaného jsou sociální potřeby, které souvisí s psychologickými a jsou to hlavně potřeba komunikovat a mít pozitivní kontakt, který vzbudí pocit blízkosti a vzájemnosti. Důležité je zamezit izolaci od rodiny a přátel (podporují se návštěvy v nemocnici) a odbourávat konflikty mezi spolupacienty a pacienty a personálem. (Vymětal, 2003)

Pobyt adolescentů v nemocnici je ošetřen určitými standardy životní úrovně, kterou se nemocnice zavázaly dodržovat. Dokumentem, který zajišťuje relativní psychickou pohodu adolescentního pacienta, je tzv. Charta práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1998 a uvádíme ji v Příloze 1. Charta ošetřuje především právo na informace a právo na soukromí nezletilých pacientů, zavazuje, aby byli pacienti hospitalizováni pouze, je-li to nutné a měli možnost být po celou dobu hospitalizace se svými rodiči. Charta předepisuje, aby byla učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu pacientů a byly vytvořeny veškeré podmínky ke hrám, odpočinku a vyučování adekvátně podle věku a zdravotního stavu včetně stimulujícího prostředí, které má být vybaveno v souladu s potřebami adolescentů. (Vymětal, 2003) Vystává zde také otázka školní docházky, která je hospitalizací zcela zastavena. Žák základní školy, je-li dlouhodobě hospitalizován, má právo na vzdělávání přímo v nemocnici, což je také zajištěno. Student střední školy nebo středního odborného učiliště má situaci komplikovanou, protože si musí sám zajistit, jak se bude vzdělávat a škola se mu snaží být maximálně nápomocná. Pokud jsou adolescenti v nemocnici v dobrém stavu, je jejich aktivita maximálně soustředěna na vzdělávání, aby po návratu do školy netrpěli úzkostmi pod množstvím nové látky a situaci zvládli co nejnázem.

3.1.3 Proměny v psychice vlivem hospitalizace

Fakt, že se zdravý člověk stává nemocným pacientem v nemocnici v sobě skýtá nejen řadu fyzických, psychických, ale také sociálních změn. Proměňuje se vztah k rodině, přátelům, spolupracovníkům, nemocný zaujímá novou roli vůči zaměstnavateli, zdravotní pojišťovně a samozřejmě zdravotníkům. Nová role pacienta v sobě nese tři základní aspekty:

- 1) zavinění změněného stavu (obvykle nemocný není obviňován ze své nemoci),
 - 2) odpovědnost (z důvodů formálního uznání stavu nemoci je nemocný zbaven některých povinností, ale zároveň je odpovědný za jiné činnosti, které před tím nekonal),
 - 3) očekávání (od nemocného se očekává, že se bude snažit co nejdříve uzdravit).
- (Křivohlavý, 2002)

Role pacienta v nemocnici obnáší mnohé atributy, kterými je klasicky především podřízenost, což pramení ze samotného pojmu (*patientia* je schopnost něco snášet, trpělivost, vytrvalost a trpná pasivita). V současné době je snahou pohlížet na pacienty z opačného pohledu jako na aktivní jedince, kteří se podílí na uzdravení společně s lékaři a kteří nesou za průběh léčby také odpovědnost, protože rozhodují o volbě popř. změně lékaře, dodržování kontrolních prohlídek, přerušování léčby apod. Role pacienta dále předpokládá určitou pozitivní sociální odezvu, výhody a omezení dřívějších povinností, péči a pozornost okolí, což bývá nazýváno sekundárním ziskem z nemoci. K roli pacienta patří všeobecný názor, že za svou nemoc a projevy nemoci nenese vinu a jen těžko je může ovládnout. Od nemocného se neočekává, že se uzdraví pouze z vlastního přičinění, ale potřebuje léčbu, zároveň se ale očekává, že se nemocný uzdravit chce a bude na léčbě spolupracovat. (Vymětal, 2003)

Pobyt v nemocnici silně ovlivňuje psychiku člověka, mění se nejen prostředí, ale i mnoho konkrétních aspektů reality a odrazu v psychice. V těle, v mysli a sociálním kontextu osobnosti se objevují konkrétní změny, které přehledně popisuje následující tabulka.

2. PSYCHICKÝ STAV ZDRAVÉHO A NEMOCNÉHO ČLOVĚKA

Psychický stav zdravého a nemocného člověka	
Ve zdraví	V nemoci
Aktivita: Zdravý jedinec je aktivní, řídí svůj život a hraje v něm hlavní roli.	Pasivita: Nemocný v nemocnici je objektem péče a úsilí celého zdravotnického personálu, jiného odborného a pomocného personálu. Je jimi „režírován“, má menší míru svobody.
Relativní nezávislost: Zdravý člověk není na okolí a dalších lidech příliš závislý.	Závislost na druhých lidech: Nemocný v nemocnici je silně ovlivňován okolím, je závislý na péči a měl by ji umět přijímat dočasně na úkor své svobody.
Životní rytmus: Zdravý jedinec žije ve svém životním rytmu, který si v určité míře sám stanovil, zvyknul si na něj a považuje ho za normu, ve které mu nebývá nepříjemně.	V nemocnici je člověk omezován jiným životním rytmem, který musí respektovat, i když na něj není zvyklý nebo se v něm necítí dobře.
Sebedůvěra: Jedinec v plném zdraví má	Sebedůvěra nemocného bývá

obvykle kladné sebehodnocení, pozitivní sebedůvěru, protože, podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá a ke kterým má dispozice a znalosti.	devalvována, nemocný je nucen dělat činnosti, které neovládá a nemá s nimi zkušenost.
Sociální interakce: Zdravému je umožněno žít v sociálním prostředí své vlastní rodiny, přátel, známých, spolupracovníků, které dobře zná.	Nemocný bývá v relativní sociální izolaci v prostředí nemocnice. Je obklopen neznámými lidmi, kontakt se známými osobami má omezen.
Životní prostředí: Mobilita zdravého není nijak omezena, zdravý člověk se pohybuje ve známém prostředí domova, pracoviště nebo známých míst.	Pacient v nemocnici je izolován v poměrně neznámém prostředí cizích věcí a zvyků.
Zájmy: Zdravý člověk má velké možnosti vykonávání svých zájmů, které si zvykl vykonávat v průběhu života, zajímá se o práci, společenské dění nebo aktivity, které ho baví.	Okruh zájmů nemocného je v době nemoci velmi omezen, záleží na zdravotním stavu a charakteru svých zájmů, nakolik jsou aktuálně uskutečnitelné.
Zvládání problémů: Řešení problému zdravým člověkem je poměrně fungující, reakce na realitu bývá adekvátní.	Nemocný svému fyzickému ani psychickému stavu příliš nerozumí, protože nejsou jasné příčiny, okolnosti ani prognóza, podobně je komplikované řešení dalších problémů.
Emoce: Zdravý jedinec prožívá častěji pozitivní a neutrální emoce, hlavně smysluplnost života a pochopení, co se s námi děje. Zdravý má obvykle vyšší míru dobré perspektivy a životní jistoty.	V emocionálním stavu nemocného převládají negativní emoce (strach, obavy, bolest, nejistota), často chybí vyšší city a celkové ladění je pesimistické .
Časový prostor: Časová dimenze zdravého člověka není nijak omezována, člověk je schopen uvědomění minulosti, přítomnosti a perspektivní a zřetelné budoucnosti.	Časový horizont nemocného bývá omezen pouze na přítomný okamžik, budoucnost je nejistá a neznámá, kontakt s minulostí je omezený.

(Křivohlavý, 2002, s. 50)

Mezi nejzásadnější změny ve stavu nemoci, které se odráží v psychice nemocného, můžeme zařadit především pasivitu, závislost, omezení svých aktivit, kontaktů s lidmi a vůle a emocionální změny s převažujícím negativním laděním. (Křivohlavý, 2002)

3.2 Průběh nemoci a boj člověka s nemocí

Nemocí člověk získává roli nemocného, od které se očekává, že se bude maximálně snažit ze své nemoci vyléčit, že se jí nepoddá a bude s ní bojovat. Tak to skutečně většina pacientů svou roli nemocného nese, pojímá svou nemoc jako dočasný stav a předpokládá,

že se z ní v krátké době zcela a trvale vyléčí, tato představa často trvá i v případě, že to takto není možné. (Křivohlavý, 2002)

Jedinec vnímá svůj změněný zdravotní stav obecně v několika etapách, které vedou k řešení, jak danou situaci zvládnout.

Prvotně jde o:

- 1) Šok – vyskytuje se v okamžiku zjištění, že člověk trpí vážnou nemocí nebo se mu stal vážný úraz. Smyslem šoku je krátkodobě odpoutat mysl od problému a skutečnosti vůbec. Stav se projevuje ustrnutím nebo zděšením spojeným se zmateným chováním. Vyskytnout se mohou obě formy, které se v průběhu času proměňují.
- 2) Usebrání – Následuje po období šoku jako návrat do reality, která je ale zkreslená negativními emocemi a neorganizovaným myšlením. Obvykle je usebrání spojeno s mimořádnou aktivací, vzrušením a stresovou reakcí. Převažují zde obavy, strach, zármutek, žal, bezmoc a nedostatek pomoci.
- 3) Stažení se ze hry – je procesem úniku ze skutečnosti, ovšem zcela vědomě. Závažné onemocnění představuje velký psychický tlak a nápor úzkosti, tento stav je ulehčován popřením skutečnosti, které dává prostor kognitivní reorganizaci a změně pohledu na věc. Tato fáze je důležitá pro možnost vypracovat postup dalšího fungování a zvládnání problému.
- 4) Tvorba programu k řešení situace je fází samotného vyrovnávání se s vážnou nemocí. Změny v životě v takové nastalé krizi mohou být velké. (Křivohlavý, 2002)

Tento vývoj zpracování faktu vážné nemoci je v praxi v negativní podobě pozorovatelný ale především jako trojí možná nežádoucí psychická odezva.

- 1) Prožívání stavu bezmoci a beznaděje, který se projevuje rezignací, apatií, ztrátou nadějí. Obvyklé je to v případě izolovaného pacienta, který ztratil orientaci, vliv a kontrolu nad svým zdravotním stavem a léčbou. Největším rizikem v takové situaci je suicidální jednání. Stav bezmoci je ve velké míře naučeným mechanismem, vyvolaným zkušenostmi, který je proto ale také možné přeučit.

- 2) Sekundární tisk z nemoci je množina výhod, které pramení z chorobného zdravotního stavu, jedná se o účelovou reakci, kterou se jedinec naučil a může tak až zneužívat své nemoci na úkor jiných.
- 3) Regrese jako užívání dřívějších nezralých vzorců chování se projevuje infantilními požadavky, vzdorovitostí, emoční labilitou a nespolehlivou spoluprací na léčbě. Lékaři obvykle takové chování řeší s rodinou jako celkem a přenáší odpovědnost za léčbu na pacienta především informováním o všech krocích léčebných procedur, možných nežádoucích účincích léčby apod. (Vymětal, 2003)

Nemoc ovlivní nejen jedince samotného, ale celé společenství jeho rodiny, ta má silný vliv na psychiku nemocného a může výrazně pomoci v procesu uzdravování. Rodinná dynamika v rodinách s dlouhodobě nemocným dítětem nabývá obvykle dvou podob. Jednou z nich je silná dominance matky, která zaujímá k dítěti úzký až symbiotický vztah, otec je postupně přesouván na periferii dění okolo nemoci dítěte. Tento model často vede k narušení manželského vztahu, manželé žijí paralelně nebo se dokonce rozcházejí. Druhou a méně častou podobou je společná péče o dítě oběma rodiči, kdy se dítě stává centrem jejich života a někdy také jediným smyslem. (Vymětal, 2003)

3.2.1 Kognitivní model boje s nemocí

Otázka zvládnání nemoci je tématem velmi často diskutovaným mezi lékaři i laiky a jedním z modelů jejího zvládnání je kognitivní model, který zdůrazňuje kognitivní (myšlenkovou) stránku psychiky nemocného. Pro ilustraci modelování zvládnání nemoci uveďme model sebeřízení. Je založen na pacientově představě nemoci jako problému, který vnímá symptomy nemoci, vytváří si implicitní teorii o podobě nemoci a hledá adekvátní řešení situace pro návrat do stavu zdraví a neexistence symptomů. Normou v implicitní teorii (a také v kognitivní teorii boje s nemocí) je stav relativně úplného zdraví a každá odchylka od normy je možným zdrojem problému, který je nutné řešit a motivuje nemocného k řešení. Proces řešení nemoci jako problému vychází z klasického pojetí psychologické teorie řešení problému a strukturujeme ho na tři základní etapy:

- 1) Interpretace situace - primárně je pro nemocného důležité získat informace o svém zdravotním stavu, které budou konkrétní a budou snižovat neurčitost situace. Nezáleží přitom tolik na jejich zdroji, který je buď vlastní senzorickou percepcí symptomů nebo sociální komunikace. Cílem je získání smysluplného

obrazu situace, ve které se nemocný nachází. Hledání smyslu ve stávajícím stavu nalézá pacient někdy nezávisle na informacích od lékaře. Proces interpretace změněné situace je utvářen vlivem vlastních kognitivních schémat i kognitivních schémat blízkých osob, se kterými je nemocný v kontaktu. Prvotně se při tvorbě kognitivního schématu rozhoduje, jestli se jedná o skutečnou nemoc nebo jen hrozící nebezpečí, které není potvrzeno. Označení nemoci jako skutečné v sobě skrývá oznámkování a další představy ostatních dimenzí situace (příčina nemoci, závažnost, doba trvání léčby, následky a představa o zvládnání léčby). Celkový obraz o nemoci funguje jako motivace k následujícímu chování.

- 2) Vlastní proces zvládnání situace - předpokládá hlavně uvědomění si repertoáru postupů možných řešení situace nemocného. Strategie, cesty nebo programy, jak nemoc řešit jsou mnohé.
- 3) Vyhodnocení účinnosti použitých prostředků k navrácení do minulého stavu zdraví.

Řešení nemoci jako problému obvykle probíhá ve zmíněných etapách, ale méně často pouze jednokolově, naopak časté je opětovné řešení stejné situace různými postupy v již zmíněných etapách. (Křivohlavý, 2002)

3.2.2 Typy pacientů podle zvládnání léčby a compliance

Na pacienty z hlediska léčby, a tudíž z pohledu zdravotnického personálu, je možné pohlížet jako na spolupracující a nespolupracující, resp. neproblémové a problémové pacienty. Uvádí se, že podíl těchto pacientů je tři ku jedné ve prospěch neproblémových nemocných. (Křivohlavý, 2002) Psychologicky problematičtí pacienti nepopisují zdravotní obtíže příliš jasně, často bývají hypochondričtí nebo jejich skutečné obtíže neodpovídají jejich popisu, popř. se jedná o potíže, na které lékař není schopen nalézt racionální vysvětlení, a tak určit objektivní podobu diagnózy není snadné. (Vymětal, 2003) Problémoví pacienti jsou takoví, kteří obvykle kladou zdravotnickému personálu velké množství otázek, mají připomínky k dění kolem nich, problematizují, jsou zvědaví a tvrdě vyžadují na své otázky odpovědi. (Křivohlavý, 2002)

Nemocní, kteří se stávají neproblémovými pacienty, jsou lidé se zdravotními obtížemi, ze kterých je snadné sestavit diagnózu, pacienti tak umožňují vytvořit pro ně

klasickou a účinnou léčbu. Vztah neproblémového pacienta k lékaři je vztah k autoritě, pacienti považují lékaře za odborníka a očekávají od něj poměrně krátkou léčbu a uzdravení. Neproblémoví nemocní mají jasnou představu o uzdravení a jsou přesvědčeni, že nemoc zasahuje do jejich života jen na omezeně dlouhou dobu. (Vymětal, 2003) Neproblémoví pacienti jsou trpěliví, civilizovaní, konformní, poslušní, konají, co je jim nařízeno a dodržují léčebné předpisy, příliš se neptají. Takoví pacienti se neodchylují od očekávání zdravotnického personálu a nedělají žádné problémy. (Křivohlavý, 2002)

Problémový pacient se chová pro potřeby léčby nevhodně z toho důvodu, že je frustrován, zbaven možnosti řídit běh svého života. Projevy zlosti až agrese jsou dány tzv. reaktancí, jejíž podstatou je snaha vzít život do vlastních rukou. Jinou variantou této snahy jsou např. projevy intenzivního studia nemocí a způsobů léčby. (Křivohlavý, 2002)

3.3 Strategie zvládání nemoci a léčby

Pojem zvládání životních těžkostí a zvládání nemoci se v anglické literatuře označuje termínem coping (který je odvozen od řeckého slova kolaphos, které vyjadřuje ránu pěstí protivníkovi v boxu) a jeho obrazným obsahem je situace nemocného, který v boji s nemocí dává rány nemoci, která ho dostala do distresu. Proces zvládání těžkostí se obvykle označuje termínem moderování, tzn. řízení dění, které by mělo vést ke změně nepříjemného a nepříznivého stavu. (Křivohlavý, 2002) Definovat zvládání se pokusil R. S. Lazarus, jehož definice je v psychologii stále nejužívanější: „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.“ (Lazarus, 1966 podle Křivohlavý, 2002, s. 98) Zvládání životních těžkostí je dynamický proces, ve kterém dochází k interakcím mezi člověkem a těžkou situací. Ve vzájemné interakci jsou nemocný se svými zdroji, možnostmi, hodnotami, osobním zaměřením a motivací a nemoc, která na něj klade řadu požadavků a působí svými symptomy. (Křivohlavý, 2002)

Strategie zvládání nemoci jsou obecně rozdělovány na strategie zaměřené na řešení problému, který způsobila nemoc, a strategie zaměřené na vyrovnání se s emocionálním stavem spojeným s nemocí. Při strategiích zaměřených na řešení problému je snahou vyvinout vlastní aktivitu a konstruktivně řešit stav. V situacích, kdy to není tak snadné, převládají strategie zaměřené na vyrovnání se s emocionální stavem. Tyto druhé strategie se soustředí na řízení emocí, snižování obav, strachu a úzkosti, zlosti a vyvíjejí se

u člověka až v období adolescence, kdy je jedinec schopen vyrovnávat se s emocionálním vzrušením. (Křivohlavý, 2002)

Strategií zvládnání nemoci a náročné životní situace vůbec je mnoho, nejčastěji je možné je rozdělit na strategie aktivní a pasivní. Aktivní strategie zvládnání je taková, ve které je nemocný sám z vlastní iniciativy řešitelem nepříjemné situace, vytváří si vlastní představu o vhodném postupu, který jej také vnitřně motivuje. (Např. jedinec aktivně jedná při rozhodnutí vyhledat lékaře, rozhodnutí nechat se operovat apod.) Pasivní, úniková, vyhýbavá strategie zvládnání nemoci se vyznačuje útekem od řešení, vyhýbání se určitému terapeutickému zásahu. Vyhýbavý pacient je nedozíravý a nepřipouští si fakt, že by jeho nemoc mohla mít vážný charakter. Strategie aktivního a pasivního zvládnání jsou formální klasifikací reagování, neobsahují hodnotící složku. Za různých okolností se nejeví jako vždy prospěšné aktivní zvládnání problému (např. pacient podlehne snaze o léčení se alternativní formou medicíny, která ruší léčbu klasickou) a naopak někdy je pasivní forma vhodnějším řešením, které dočasně ochraňuje sebepojetí nemocného (příkladem je dočasné potlačení negativních bolestných obsahů do nevědomí). (Křivohlavý, 2002)

Klíčovým tématem bakalářské práce jsou obranné mechanismy (které byly podrobně shrnuty v předchozích kapitolách), které se řadí mezi možnosti zvládnání nemoci. Jejich identifikace je náročná a detekovat je je možné pouze velmi obezřetně, neboť jsou částečně nevědomé a svými projevy nestálé. V nemoci se objevují kromě již zmíněných mechanismů regrese, suprese, represe, popření, introjekce, racionalizace, intelektualizace, identifikace, projekce a sebeobviňování také mechanismy inverze a externalizace viny. Inverze se projevuje jako převrácené chování než se v dané situaci očekává (příkladem může být nevyjadřování vlastní intenzivní bolesti pro vyvolání dojmu hrdinství.) Externalizace viny spočívá ve snaze obviňovat za vlastní nemoc a okolnosti léčby druhé lidi, kteří za situaci nemohou (např. lékaře nebo zdravotní sestry). (Křivohlavý, 2002)

Copingové strategie jsou strategie zvládnání náročných životních situací ve spektru extrapsychických vztahů, tím se liší od ego-obranných mechanismů, které mají povahu intrapsychickou a často nevědomou. Copingové strategie pozměňují významy vztahů mezi člověkem a prostředím, upravují emoční reakce člověka. Zásadní pro člověka je tedy význam, který přisuzuje dané situaci a dění v ní. Vědomými copingovými strategiemi se dá náročná situace zvládat uvědomovaně a je pak snadnější analýza své reakce na situaci, což je v případě obranných mechanismů mnohem složitější. (Baštecká, 2003)

R. S. Lazarus v roce 1966 publikoval model procesu zvládání životních těžkostí, který má tři relativně samostatné fáze: primární a sekundární hodnocení situace a následná fáze znovuhodnocení. Ve fázi primárního hodnocení dochází ke zhodnocení všech negativních jevů situace, tj. možných rizik, symptomů, obav, předpokladů, představ atd. Druhá fáze sekundárního hodnocení spočívá ve zhodnocení všech pozitivních aspektů dané situace, tj. dostupná zdravotní péče, účinná léčba, efektivní lékařské postupy a výkony, zastavení rozvoje patologického procesu atd. Poslední fází, která se může objevit až po dostatečném pozitivním zhodnocení druhé fáze, je přehodnocení celé situace, která vede ke zjištění míry efektivity postupů v boji s nemocí. Toto přehodnocení, vede-li ke zjištění, že byly eliminovány negativní faktory silou pozitivních faktorů, směřuje k návratu do běžného stavu a pocitu zdraví. Pokud však negativní prvky situace v hodnocení převládly, následují další kola boje s nemocí a opětovné přehodnocování situace. (Lazarus, 1966 podle Křivohlavý, 2002)

3.3.1 Faktory posilující zvládání dlouhodobé nemoci

V období adolescence roste význam určitých osobnostních vlastností pro zvládání náročné životní situace, zátěž je možné zpracovat jako výzvu aktivizující úsilí zátěž zvládnout nebo jako ohrožení, s kterým je nutné se vyrovnat obrannými mechanismy. V průběhu adolescence vzrůstá schopnost zvládat zátěž, ovšem nerovnoměrně vzhledem k labilitě a citlivosti jedince. Přesto již adolescent dokáže lépe odhadovat náročnost problému, a tím i jeho zvládnutelnost, aby zvolil vhodnou strategii zvládání ať již spoléháním na svůj potenciál nebo vyhledáním sociální opory. (Vágnerová, 2003)

Zvládání zátěžových situací ovlivňují nejen okolnosti zátěže, ale také osobnostní charakteristiky jedince a sociální opora. Osobnostní atributy, které rozhodují o tom, nakolik jsme citliví na symptomy nemoci a jak nemoc obecně zvládáme, jsou neuroticismus, převládající nálada či sklony k pesimismu nebo optimismu, osobnostní zaměření na sebe nebo na druhé, aj. Lidé s vyšší mírou neuroticismu mají také zvýšenou citlivost na vlastní příznaky nemoci, zejména na množství negativních změn ve zdravotním stavu. Stabilnější povahy v oblasti míry neuroticismu nevěnují negativním změnám v organismu takovou pozornost. O prožívání nemoci rozhoduje také nálada. Depresivní stavy, stres a úzkost vždy zkreslují vnímání tak, že lidé považují věci za horší než skutečně jsou. Je to bludný kruh nepříjemných pocitů, které vyvolává sám stres a nepříjemných

pocitů vyvolaných nemocí, kde není jasný směr kauzality. Působí tak aktuální negativní nálady i obecná tendence k pesimismu. Bylo zjištěno, že lidé s převážně negativním laděním hodnotí více negativně své zážitky v aktuálním čase, ale také zážitky minulé. Dobrá nálada s převážně pozitivním laděním fakticky ovlivňuje naše vnímání, kdy věnujeme pozornost jen tomu, čemu aktuálně chceme, tudíž příznaky nemoci tolik neprožíváme. Citlivější na percepci a detekci příznaků vlastní nemoci jsou introverti, resp. lidé se zaměřením spíše na sebe než na okolní svět, extraverti, tj. lidé zaměřeni spíše na jevy v okolí než v sobě, negativní změny svého zdravotního stavu tolik nevnímají. (Křivohlavý, 2002)

Dalšími osobnostními vlastnostmi, které odolávají zátěži nebo pomáhají eliminovat nežádoucí dopady zátěže jsou pasivní volní vlastnosti (svědomitost, systematickosti, vnitřní disciplína), flexibilita a ochota přijímat nové zkušenosti, vysoká emoční stabilita, citlivá asertivita, pozitivní sebepojetí a sebedůvěra. S věkem roste tendence k potlačování negativních emocí, které je pasivní únikovou obranou, přetrvávající napětí pak krystalizuje buď do aktivního hledání řešení situace nebo do účinnější metody obrany. (Medvěďová, 1999 podle Vágnerová, 2003)

3.4 Statistiky dlouhodobých hospitalizací adolescentů

Pojem dlouhodobá hospitalizace může působit nejasně až vágně, proto bude dobré vymezit jej přesněji. Pokusme se především definovat, co je dlouhodobá hospitalizace a jaké nemoci k ní nejčastěji vedou. Úvahy o psychice hospitalizovaných mají pravý smysl v případě vážných nemocí nebo chronických nemocí. Sledování chronických onemocnění je ale složitá záležitost, dlouhodobá ambulantní léčba má omezené možnosti statistického zpracovávání – celé spektrum chorob není sledované, pouze některá vybraná onemocnění jsou dispenzarizována (pro zvolené věkové rozmezí praktickými lékaři pro děti a dorost). Informace o takových chronických onemocněních je možné získat pouze přesným definováním konkrétní nemoci např. na základě Ročního výkazu³⁵ nebo dalších výkazů pro

³⁵ Podobu ročních výkazů je možné sledovat na Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011 [online]. *Roční výkaz o činnosti ZZ, Druh ZZ (obor): praktický lékař pro děti a dorost, Za rok 2011*. Poslední změna 10.10.2011 10:36 [cit. 16.5.2012]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/a041_11.pdf.

ostatní odbornosti, kdy některé také sledují dispenzarizovaná onemocnění.³⁶ Na úrovni bakalářské práce by šlo o velmi zdlouhavou proceduru získávání dat, a vzhledem k vytyčenému cíli definovat pojem dlouhodobá hospitalizace to není nezbytné.

Získání dat o výskytu a četnosti nemocí, která jednoznačně mohou výrazně ovlivňovat psychiku nemocného je tedy ze statistického hlediska náročný proces. Posuzujme tedy zjednodušeně míru ovlivňování pacientovy psychiky podle délky hospitalizace a konkrétní diagnózy. Pokusíme se nemoci definovat co nejpřesněji, ale s ohledem na únosné množství dat. Nemoci lze sledovat na různých úrovních Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10³⁷. Kapitoly nebo podkapitoly MKN-10 definují jednotlivé skupiny onemocnění, ve kterých se ale mohou ztrácet specifika konkrétních diagnóz. Onemocnění na úrovni třímístného kódu MKN-10 specifikují diagnózy poměrně podrobně, bez tematického omezení se však může jednat o velké množství diagnóz. Onemocnění na úrovni čtyřmístného kódu MKN-10 určují diagnózy velmi podrobně, jde ovšem o téměř neúnosné množství diagnóz.³⁸

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR³⁹ zpracovává informace o nemocnicích a zdravotnických zařízeních v ČR, sleduje mimo jiné délky hospitalizací a četnost výskytu konkrétních diagnóz. Požádali jsme jej o některá data, která by přiblížila dlouhodobou hospitalizaci pro daný věk adolescenta se zvláštním zřetelem na typy diagnóz (do úrovně třímístného kódu podle MKN-10) a délku pobytu ve dnech za roky 2008 až 2010, která by definovala dlouhodobou hospitalizaci adolescentů v ČR aktuálně a velmi přesně. Vyloučili jsme nepravděpodobné diagnózy a také duševní poruchy a vrozené poruchy, abychom omezili výběrovou skupinu na primárně zdravé jedince, jejichž nemoc je získaná v čase, a tím zpřehlednili sdělení. Ve statistikách se bohužel ztrácejí údaje o možných opakovaných hospitalizacích jednoho pacienta, což je podstatným údajem, ale

³⁶ Téma: Statistické zpracování hospitalizací. Informace formou e-mailů poskytl MUDr. Miroslav Zvolský, Odbor analýz, publikací a externí spolupráce ÚZIS ČR, elektronicky 1.3.2012

³⁷ *MKN-10 Základní informace*, 2011 [online]. © WHO, © ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). Poslední změna 29. prosince 2011 12:51. [Cit. 10.1.2012]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

³⁸ Zvolský, pozn.37

³⁹ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, viz <http://www.uzis.cz/>.

jedná se o údaje na úrovni zdravotnické dokumentace konkrétních případů, které není možné kvantitativně zhodnocovat.

Následující tabulka⁴⁰ (data získána od ÚZIS, pro přehlednost barevně upravena) obecně popisuje počet hospitalizací za rok 2010 podle kapitol MKN-10 a průměrné délky hospitalizace. Předefinována byla věková kategorie 10 až 20 let (širší pojetí adolescence) a vyloučeny byly nepravděpodobné diagnózy pro věkovou skupinu, málo časté diagnózy, duševní poruchy a poruchy chování, vrozené poruchy a chromozomální abnormality. Data jsou získána z prostředí nemocnic.

3. POČTY HOSPITALIZACÍ PODLE KAPITOL MKN-10

Počty hospitalizací podle délky trvání a kapitol MKN-10 - věk 10-20 let, vybrané kapitoly											
		1	2-7	8-14	15-21	22-28	29-92	93-182	183-365	366+	Celkem
I.	Některé Infekční a parazitní nemoci	693	3 927	1 074	207	55	23	1	1	-	5 981
II.	Novotvary	613	2 157	376	92	35	50	3	-	-	3 326
III.	N.krve,krevních orgánů a n.por. mech.imunity	161	414	85	8	7	2	-	-	-	677
IV.	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	446	2 365	437	54	10	8	-	-	-	3 320
VI.	Nemoci nervové soustavy	898	2 534	678	161	49	43	5	-	-	4 368
VII.	Nemoci oka a očních orgánů	108	722	79	13	4	17	-	-	-	943
VIII.	Nemoci ucha a bradavkovitého výběžku	200	686	255	23	3	2	-	-	-	1 169
IX.	Nemoci oběhové soustavy	521	2 175	250	56	26	21	-	-	-	3 049

⁴⁰ ÚZIS ČR. 2011. *Hospitalizovaní v nemocnicích v ČR 2010*. Zdravotnická statistika ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR Praha 2, Palackého nám. 4. ISBN 978-80-7280-973-8 – úpravy v definování věkové kategorie a selekce diagnóz na požádání provedeny ÚZIS.

X.	Nemoci dýchací soustavy	1 355	7 896	1 207	80	25	38	4	2	-	10 607
XI.	Nemoci trávicí soustavy	1 835	10 352	1 182	164	38	40	2	-	-	13 613
XIII.	N.svalové a kosterní soustavy a poj.tkáně	811	5 824	737	157	34	24	-	-	-	7 587
XIV.	Nemoci močové a pohlavní soustavy	1 500	5 881	563	42	10	13	-	-	-	8 009
XVII.	Vrozené vady, deformity a chrom. abnormality	208	1 121	299	54	15	8	-	-	-	1 705
XVIII.	Příz., zn.a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezař. jinde	2 379	8 945	570	49	13	6	1	-	1	11 964
XIX.	Poranění a otravy a n.j. následky vnějších příčin	5 840	14 979	1 220	282	103	96	5	-	-	22 525
	Celkem	17 568	69 978	9 012	1 442	427	391	21	3	1	98 843

(ÚZIS ČR, 2011)

Z tabulky vyplývá, že nejčastějšími důvody hospitalizace dětí adolescentního věku delší než 14 dní jsou na prvním místě poranění, otravy a následky vnějších příčin. Dále se vyskytuje skupina některých infekčních a parazitních nemocí, nemoci nervové soustavy a nemoci trávicí soustavy. Poměrně častými důvody dlouhodobé hospitalizace jsou také nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, novotvary a nemoci dýchací soustavy. Celkem bylo v roce 2010 v nemocnicích v ČR déle než 14 dnů hospitalizováno 2285 dětí a dospívajících ve věku 10-20 let.

Skupiny diagnóz dobře neilustrují konkrétní důvody léčby a tím neodpovídají dostatečně na otázku, které nemoci vedou k dlouhodobým hospitalizacím u adolescentů. V následující tabulce jsou shrnuty konkrétnější diagnózy (třímístným kódem MKN-10) a počty hospitalizací v určeném rozmezí dnů, jejichž nejkratší možná průměrná délka hospitalizace činí 18 dní. Jedná se o data za roky 2008 až 2010 pro obě pohlaví dohromady z českých nemocnic a zdravotnických zařízení. Zvlášť jsou uvedeny diagnózy a délky hospitalizací pro tři věkové skupiny ve věku 10-13 let, 14-16 let a 17-20 let (podle uvedené Mackovy klasifikace rané, střední a pozdní adolescence). Tato věková diferenciac je odůvodněná, četnost nemocí se u různě starých adolescentů liší. Zařazeny jsou jen takové diagnózy, jejichž četnost za dobu tří let byla pro naše účely dostatečná, výplní jsou

označeny diagnózy s četností (za tři roky u daného rozmezí délky hospitalizace a věkové skupiny) vyšší než 20. (Národní registr hospitalizovaných pacientů, ÚZIS)

4. POČTY HOSPITALIZACÍ PODLE DIAGNÓZ Z MKN-10

Počty hospitalizací podle délky trvání a kapitol MKN-10 - období 2008-2010, vybrané diagnózy													
Diagnóza	Věk 10-13 let				Věk 14-16 let				Věk 17-20 let				
	18-21 dny	22-28 dny	29-92 dny	93-182 dny	18-21 dny	22-28 dny	29-92 dny	93-182 dny	18-21 dny	22-28 dny	29-92 dny	93-182 dny	
A15	0	0	4	0	0	0	9	0	2	4	25	6	
A16	0	0	6	0	0	0	4	0	0	2	6	0	
A37	0	2	9	0	2	0	0	0	6	0	4	0	
A39					2	4	4	0	28	30	28	0	
A41	26	32	4	0	24	28	10	0	28	8	2	0	
A51									12	0	0	0	
A53									48	16	4	0	
A69	80	40	14	0	98	26	6	0	14	2	0	0	
A84	6	8	0	0	10	6	0	0	8	2	0	0	
A87	16	0	0	0	12	6	0	0	24	10	12	0	
B15	32	10	6	0	34	4	6	0	2	4	2	0	
B17					2	2	0	0	6	4	2	0	
B27	2	4	0	0	28	4	2	0	44	18	0	0	
B58	4	6	0	0	0	2	0	0	2	4	0	0	
C40	4	6	0	0	6	4	0	0	20	10	12	0	
C41	0	2	2	0	2	0	2	0	5	6	2	0	
C49	2	0	0	0	2	0	0	0	5	4	6	0	
C71	6	18	17	0	16	6	10	0	8	4	10	0	
C81					6	2	2	0	2	6	2	0	
C83	2	0	2	0	4	10	0	0	4	0	0	0	
C91	4	15	44	2	12	4	20	4	14	32	38	2	
C92	2	4	6	0	2	12	10	0	4	18	26	0	
D16	6	4	5	0	16	4	0	0	8	2	0	0	
D33					2	2	6	0	6	9	2	0	
G00	6	6	0	0	6	4	2	2	2	2	2	0	
G03	28	14	2	0	12	2	2	0	10	2	0	0	
G04	12	2	4	0	10	2	4	0	8	10	3	0	
G35	0	2	0	0	12	8	2	0	4	4	4	0	
G40	18	16	13	2	29	8	3	2	24	18	2	0	
G51	46	32	10	0	62	37	8	0	18	18	4	0	
G54	0	9	2	0	0	7	0	0	4	1	0	0	
G61	10	6	2	0	0	5	5	0	6	0	8	0	
G80	37	84	71	3	30	80	85	0	23	57	58	1	
G81	4	4	2	0	3	2	2	0	4	6	19	0	
G82	0	2	4	1	6	13	33	6	24	20	137	29	
G91	10	11	16	0	18	4	12	4	10	8	4	0	
G93	0	3	8	0	6	2	20	4	4	7	14	5	
I26	2	0	0	0	2	0	2	0	10	4	4	0	
I33					2	0	2	0	2	16	10	0	
I42	2	0	8	0	6	0	6	0	6	8	8	0	
I60	0	0	4	0	0	4	2	0	10	8	2	1	
I61	0	4	1	0	2	4	6	0	4	10	2	4	
I80	2	0	0	0	14	2	0	0	16	6	8	0	
J03	4	3	6	0	3	0	3	0	6	4	0	0	
J04	3	6	16	0	1	2	3	0					
J06	99	12	53	0	13	2	12	0	1	0	3	0	
J15	6	2	2	0	6	7	1	0	4	4	6	0	
J18	16	18	15	0	17	12	11	0	20	15	17	0	
J20	8	30	56	0	3	9	15	0	0	7	2	0	

J30	75	21	66	0	21	4	31	0				
J31	7	11	35	0	4	4	10	0	0	1	0	0
J35	0	5	16	0	2	1	5	0	4	0	1	0
J37	7	2	12	0	0	1	5	0				
J39	11	47	148	0	2	11	54	0	1	2	4	0
J40	3	8	17	0	0	4	8	0	2	1	0	0
J41	1	10	50	0	0	2	14	0	0	2	0	0
J44	1	2	16	0	2	1	2	0	0	2	0	0
J45	720	91	340	1	212	27	101	0	2	2	12	0
J93					4	0	10	0	6	6	2	0
J96	10	8	18	4	18	10	22	10	18	20	40	10
K30	2	0	0	0	0	4	0	0	10	2	2	0
K35	10	12	2	0	14	10	2	0	18	6	4	0
K50	14	12	10	0	34	16	26	0	58	34	42	2
K51	4	14	4	0	26	8	4	0	22	22	14	0
K56					2	0	2	0	10	6	4	0
K65	6	10	4	0	2	0	2	0	6	2	2	0
K85	2	0	0	0	6	0	4	0	14	10	6	0
M23					1	1	4	0	11	5	12	0
M25	4	6	4	0	9	9	7	0	4	5	8	0
M32	4	2	0	2	4	2	2	0	6	4	10	0
M40	8	0	4	0	8	6	8	0	1	5	1	0
M41	69	40	90	0	75	67	92	0	11	21	26	0
M51	0	2	0	0	8	6	9	0	20	6	7	0
M54	9	0	8	0	13	17	9	0	23	23	24	1
M86	10	6	5	0	4	2	6	0	4	4	3	0
M91	4	4	10	0	0	2	7	0	2	1	0	0
M93	12	16	3	0	2	4	0	0				
S02	2	2	2	0	4	6	6	0	22	16	10	0
S06	22	9	14	0	24	28	33	0	86	81	94	14
S12	0	0	2	0	2	2	2	0	5	4	12	0
S22	30	12	7	0	6	12	3	0	9	20	14	0
S32	8	20	6	0	47	20	24	0	60	63	74	0
S36	28	4	0	0	34	20	6	0	20	6	8	2
S42	4	4	2	0	2	7	1	0	4	9	6	0
S72	36	18	21	0	18	29	22	1	35	25	34	0
S82	16	17	2	0	23	6	12	0	38	36	34	1
S83	0	0	1	0	4	1	2	0	14	4	6	0
T06	4	8	6	0	13	19	18	1	37	38	74	2
T07	2	0	2	0	8	4	3	0	26	7	22	12
T29	14	20	14	0	12	6	4	2	14	22	34	0
T90	0	3	4	0	0	9	7	1	1	0	13	2
T93	2	6	3	0	6	2	1	0	5	9	3	0
Celkem	1854	1059	1552	25	1446	886	1132	39	1562	1236	1444	101

(ÚZIS, 2012)

Data z ÚZIS ukazují, že nejčastěji jsou hospitalizovaní adolescenti po dobu 18 a více dnů s astmatem (J45), jedná se za rok 2008 - 2010 o 1508 hospitalizací dětí ve věku 10-16 let. Druhým nejčastějším důvodem dlouhodobé hospitalizace je mozková obrna (G80), se kterou byli dlouhodobě v daném období hospitalizováni pacienti 529krát. Další častou diagnózou s dlouhodobou hospitalizací je skolióza (M41) s počtem hospitalizací podle daných parametrů 491. Podle četnosti 405 hospitalizací následuje diagnóza nitrolební poranění (S06), dále jiné spirochétové infekce (A69, patří mezi ně např. gangréna v ústech, jiné Vincentovy infekce, Lymfská nemoc) zastoupené v 332 hospitalizacích. Jiné časté dlouhodobé hospitalizace jsou způsobeny zlomeninami bederní

páteře a pánve (S32) s frekvencí 322 hospitalizací za 3 roky nebo jinými nemocemi horních cest dýchacích (J39) v počtu 280 hospitalizací. Pozdní adolescenti ve věku 17-20 let jsou delší dobu hospitalizovaní s toxickou encefalopatií (G82) s častostí 275 pobytů, kterou dlouhodobě mladší pacienti netrpí. Závažnou nemocí, která se podle zmíněné statistiky dlouhodobých hospitalizací netýká pacientů ve věku 10-13 let, je Crohnova nemoc (K50), se kterou byli v daném období hospitalizovaní starší adolescenti 248krát. V četnosti následuje zlomenina kosti stehenní (S72) s počtem 239 hospitalizací a porucha lícního nervu (G51), se kterou byli pacienti hospitalizovaní dlouhodobě v 235 případech výskytu. Pro skupinu 17-20letých jsou specifická navíc jiná poranění postihující více částí těla (T06), se kterými byli více než 18 dní hospitalizovaní pacienti za tři roky 220krát.

Jinými nemocemi, které vedou k dlouhodobým hospitalizacím jsou vazomotorická a alergická rýma (J30), jiná sepse (A41), lymfoidní leukémie (C91), kdy můžeme zaznamenat 191 dlouhodobých hospitalizací za tři roky, zlomenina bérce včetně kotníku (S82), se kterou byli dlouhodobě hospitalizovaní jen pacienti ve věku 17-20 let. Dále jsou to popáleniny a poleptání více částí těla (T29) a akutní hepatitida A (B15). U všech výše zmiňovaných hospitalizací se jedná o dobu 18 a více dnů s uvedenou četností za období let 2008 – 2010. (Národní registr hospitalizovaných pacientů, ÚZIS a Mezinárodní klasifikace nemocí, 2012)

PRAKTICKÁ ČÁST

Druhá část bakalářské práce se bude zabývat praktičtějšími otázkami dané problematiky. Předně bude stanoven základní okruh problémů, ze kterého bude část vybrána k hlubšímu zkoumání. Obsahem praktické části bakalářské práce je průzkum složek osobnosti a především obranných mechanismů u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů adolescentů.

Motivace ke zpracování tohoto tématu vede přes pozorování nemocných adolescentů na oddělení dětské onkologie a hematologie a také je ovlivněna rozhovory s klinickými psychology v nemocnici, s herními terapeuty a zdravotním klaunem.

Jsme si vědomi toho, že rozpoznání a identifikace ego-obranných mechanismů je velmi komplikované, protože fungují převážně na nevědomé úrovni. Zkoumat obranné mechanismy je tedy možné zprostředkovaně z reakcí okolí nebo zpětného zkoumání vlastních prožitků a činů. (Balcar, 1991) Nalezení strategie obran u druhých je bezpečně možné jen u pevněji a výrazněji užívaných obranných mechanismů, které mohou hraničit s patologií nebo už patologické jsou. Jemnější výskyt obranných jevů proto budeme vyhodnocovat obezřetně.

Praktická část by mohla posloužit jako příspěvek k výzkumu vážně nemocného adolescenta, kterému stále nejsou věnovány české výzkumy v takové míře, jak by zasluhoval. Výzkum bakalářské práce si klade za cíl inspirovat případné čtenáře k hlubšímu a důkladnějšímu výzkumu zpracovávaného tématu, kterého je třeba na skutečně akademické úrovni a s většími ekonomickými možnostmi výzkumu.

4 VÝCHODISKA A CÍLE PRÁCE

Vladimír Smékal (2002) hypoteticky předpokládá možný vztah mezi typem temperamentu a preferujícími ego-obrannými mechanismy, což považujeme také za teoretické východisko praktické části práce. Statisticky významné, objektivní a empirické ověření nám zatím není známo, proto zde na vědecký problém poukážeme. Smékal teoreticky přisuzuje sangvinikům tzv. dynamismy akceptace (identifikace, introjekce, konformita), cholerikům strategie zkreslování a deformace reality (racionalizace, popření, idealizace, projekce, intelektualizace), melancholikům strategie přemístění (sublimace, kompenzace, reaktivní výtvar, konverze) a flegmatikům dynamismy blokády (vytěsnění, potlačení, odkládání akce). (Smékal, 2002) Alespoň rámcově bychom se pokusili zajímavý teoretický koncept uchovat a empiricky zkoumat. Předpokládejme, že k určitému temperamentovému typu se váží některé specifické vlastnosti osobnosti a typy jednání a chování, které se poté mohou projevovat v nevědomé volbě strategií obrany před náročnou situací a úzkostí ve formě konkrétních ego-obranných mechanismů. A předpokládejme také, že skupina dlouhodobě hospitalizovaných jedinců může vykazovat určité charakteristiky, které by mohly ovlivňovat také výběr ego-obrany.

Dalšími východisky praktické části bakalářské práce jsou rozhovory s klinickými psychology na nemocničních odděleních, kteří se každodenně setkávají s adolescenty dlouhodobě nemocnými a také dlouhodobě hospitalizovanými. Z takových rozhovorů nám vyplynulo, že to, jak adolescent svou těžkou situaci zvládá, souvisí (opomíjíme-li těžko hodnotitelné další intervenující proměnné) s délkou nemoci a jejím prvním výskytem, aktuálním vývojovým obdobím adolescenta a především s osobností nemocného, hlavně před propuknutím nemoci. U skupiny adolescentů je navíc specifickým faktorem zvládnání nemoci a léčby způsob zvládnání této situace rodinnými příslušníky, na kterých velmi záleží. Psychologové v rozhovorech popisují, že reakce pacientů na vážnou nemoc a dlouhodobou hospitalizaci jsou obvykle dvojí. Buď se jedná o „zlobivé“ pacienty, kteří užívají z obranných mechanismů často útok, nebo jde o tiché, nenápadné pacienty, kteří užívají z obran útěk, apatii nebo regresi. Druhá skupina nemocných adolescentů je riziková

především kvůli možným depresím, kterými mohou trpět a u nichž také hrozí riziko suicidia.⁴¹

Cíle praktické části práce

Cíle praktické části bakalářské práce korespondují s celkovými cíly práce. Obecným cílem je analyzovat osobnost dlouhodobě nebo vážně nemocného adolescenta v rovině dimenzí osobnosti a často užívaných ego-obranných mechanismů. Dále je cílem prakticky porovnat skupinu dlouhodobě hospitalizovaných a relativně zdravých respondentů v konkrétních možných ego-obranných mechanismech, které nabízí položky vlastního dotazníku. A v neposlední řadě je dalším cílem posoudit, zda může existovat vztah mezi konkrétními ego-obrannými mechanismy identifikovanými vlastním dotazníkem a mírou neuroticismu či extraverze změřenou pomocí Eysenckova osobnostního dotazníku EOD-A.

⁴¹ Téma: Dlouhodobě hospitalizovaní adolescenti na vašem oddělení a zkušenosti s nimi. Informace formou osobních rozhovorů poskytly Mgr. Iveta Týblová, Mgr. Lucie Nopová a také PhDr. Věra Reichlová červen 2011 - březen 2012.

5 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU A HYPOTÉZ

Z teoretické části vyplynuly otázky k možnému výzkumu, především na psychiku dlouhodobě hospitalizovaných nebo vážně nemocných adolescentů, otázky struktury osobnosti, resp. existence nebo neexistence specifických ego-obranných mechanismů zvládnání tíživých situací v životě u konkrétní skupiny dlouhodobě hospitalizovaných pacientů adolescentního věku. A v neposlední řadě také vyvstává otázka, zda existuje možný vztah mezi mírou extraverze nebo neuroticismu a preference určitých ego-obran.

Problematika psychiky dlouhodobě nebo vážně nemocného adolescenta je velmi širokým tématem, ze kterého, jak je patrné, vyvstává velké množství otázek, které si zasluhují empirických odpovědí: Je osobnost adolescenta, který trpí vážnou chorobou a je často hospitalizován, jiná než u zdravého jedince na úrovni extraverze a neuroticismu? Existují specifické obranné mechanismy, které hospitalizovaní užívají? Liší se tyto obranné mechanismy od obranných mechanismů zdravých adolescentů? Existuje vztah mezi užíváním určitých obranných mechanismů a mírou neuroticismu? Existuje podobný vztah mezi ego-obranami a extraverzí? Jedná o vztah patrný u celé populace nebo jen u skupiny dlouhodobě hospitalizovaných? Na podkladu takových otázek je sestaven hlavní výzkumný problém.

Výzkumný problém

Výzkumný problém je analýza psychiky dlouhodobě hospitalizovaných adolescentů a specializace na identifikaci některých obranných mechanismů, které používají. Dále je to porovnání některých složek osobnosti jedinců adolescentního věku, kteří jsou dlouhodobě hospitalizovaní a trpí vážnou nemocí a jedinců relativně zdravých. A dále také identifikace možného vztahu mezi mírou neuroticismu a popř. extraverze na jedné straně a charakteristickými obrannými mechanismy na straně druhé u skupiny dlouhodobě hospitalizovaných a vážně nemocných jedinců adolescentního věku.

Hypotézy

Podle vědeckého paradigmatu, že není možné objektivně a věrohodně ověřovat hypotézy jinak než metodou falsifikace, si v samotném testování hypotéz nejprve stanovíme nulové hypotézy, o jejichž zamítnutí se pokusíme a následně proto potvrdíme hypotézy alternativní. Alternativní hypotézy, totiž ty, jejichž potvrzení je cílem výzkumné práce, jsou sestaveny takto.

H₁: Existují rozdíly v míře neuroticismu, míře extraverte a odpovědích na položky vlastního dotazníku mezi adolescenty dlouhodobě hospitalizovanými a adolescenty relativně zdravými.

H₂: Existuje vztah mezi mírou neuroticismu a extraverte na jedné straně a odpověďmi na položky vlastního dotazníku na straně druhé u skupiny dlouhodobě hospitalizovaných adolescentů.

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Základním kritériem výběru respondentů pro experimentální skupinu byl jednoznačný vliv pobytu v nemocnici na jejich psychiku. Vzhledem ke komplikované statistické situaci sledování ambulantní léčby a tendence ke zkracování doby hospitalizace je významným kritériem především taková diagnóza, kterou můžeme považovat za vážnou. (Nelze oddělit působení nemoci a prostředí nemocnice spojené s procedurami léčby, souhrn všech determinantů na psychiku pacienta působí.) Specializace nějaké diagnózy pro účely bakalářské práce není nutná, proto pro zjednodušení byly osloveni pacienti oddělení, u kterých se předpokládá častost výskytu vážných diagnóz – dětská onkologie, hematologie a chirurgie, ortopedie, traumatologie, popř. pediatrie. Kvůli obtížnosti výzkumu na nemocničních odděleních a především obezřetnosti nemocnic byla vytřížena oddělení dětské onkologie a hematologie Fakultní nemocnice Motol, na kterých byl výzkum realizován.

Výzkumný soubor je tvořen dvěma skupinami respondentů – experimentální a kontrolní skupinou. Kontrolní skupina (N = 239, z toho 117 chlapců a 118 dívek, 4 respondenti pohlaví neuvedli) je sestavena ze žáků a studentů dvou základních a tří středních škol různého typu. Lokalita sběru je jediný okres, zastoupeny jsou školy menších měst i okresního města, různých typů - střední odborné učiliště, střední odborná škola i gymnázium. Věkově je soubor složen ze žáků osmé a deváté třídy (13-15let) a studentů prvního a druhého ročníku (15-17let). Věkový průměr kontrolní skupiny činí 15,6 roku.

Experimentální skupinu tvoří respondenti (N=30, z toho 19 chlapců a 11 dívek) ve věku 12 až 18 let toho času hospitalizovaní na některém z vybraných oddělení fakultní nemocnice v Motole. Vzhledem ke kritériu výskytu vážné nemoci jako nutnému vlivu na psychiku jedince byla zvolena oddělení dětské onkologie a dětské hematologie. Věkový průměr experimentální skupiny je 15,7 roku.

Účast ve výzkumu byla anonymní a dobrovolná, každý z žáků, studentů a pacientů podepsal informovaný souhlas s výzkumem a bylo mu přislíbeno zaslání jeho osobních výsledků v elektronické formě. Stejně tak byli osloveni všichni rodiče respondentů obou souborů a před realizací výzkumu požádáni o informovaný souhlas. V případě kontrolní

skupiny ale nebyly sebrány rodičovské souhlasy od všech dětí, v případě dětských pacientů byl souhlas rodiče nutnou podmínkou vstupu do kontaktu s nimi.

Návratnost dotazníků byla vysoká, v kontrolní skupině se odmítlo účastnit výzkumu pouze pět respondentů, v experimentální skupině čtyři, a to pouze ze zdravotních důvodů. Zřejmě z důvodu osobního kontaktu a individuálního oslovení respondenta byla vstřícnost respondentů tak vysoká. Vyřazeny z výzkumného souboru byly dotazníky zjevně vyplněné metodou náhody (n=6) nebo s vyplněnými pouze částečnými daty (n=5) a s překračujícím lži skóre v Eysenckově osobnostním dotazníku hranici relevantnosti (n=3).

7 POPIS METODY A POSTUP PRÁCE

Teoretická část bakalářské práce zahrnovala důkladné studium literatury a výzkumů na dané téma, které vedlo k vytvoření základního teoretického rámce práce, ze kterého budou vycházet výzkumné otázky a hypotézy. Praktická část bude uskutečněna formou ověření teoretických východisek v praxi na základě dotazníkových metod.

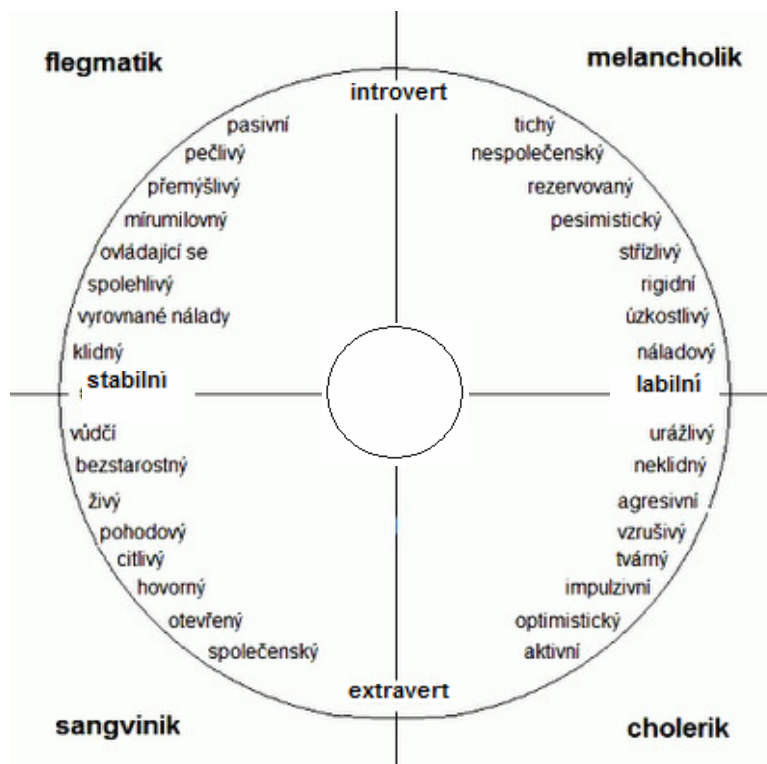
Při výzkumné činnosti pro bakalářskou práci je třeba dodržovat etiku výzkumu, která zahrnuje především anonymitu respondentů (ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů ve znění pozdějších předpisů), informovaný souhlas s výzkumem nezletilého respondenta a jeho zákonného zástupce, v případě nemocnic zákaz nahlížení do zdravotnické dokumentace a především nenarušení chodu pracovišť, kde výzkum probíhá.

Uskutečnění výzkumného šetření na dětských pacientech ve fakultních nemocnicích zahrnuje několik podmínek pobytu přímo na odděleních. Předpokladem je získání souhlasných stanovisek s výzkumem bakalářské práce vyslovených odborným vedením pracovišť nemocnice i kliniky samotné a managementem nemocnice, v některých případech i souhlas etické komise nemocnice. Nutně musí s šetřením souhlasit sám nezletilý respondent a také jeho zákonný zástupce před tím, než dojde k vyplňování dotazníku. Každý z nich je seznámen s cílem, metodami a předpokládaným přínosem výzkumu. Další z podmínek je osobní administrace dotazníků včetně osobní přítomnosti během celého průběhu vyplňování dotazníků respondenty a osobní sběr dotazníků, ovšem za dohledu odborného doprovodu (obvykle klinický psycholog pracoviště), který na pracovišti výzkumníka představí a kontroluje jeho činnost. Výzkum v nemocnicích nenarušuje chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic fakultních nemocnic, ochrany dat pacientů a dodržování hygienického řádu fakultních nemocnic. Jsou dodrženy všechny legislativní normy, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů a odpovídající prováděcí právní předpisy. Výsledky výzkumu jsou před odevzdáním bakalářské práce poskytnuty odborným pracovištím nemocnic, je zachována anonymita pacientů i nemocnic.

7.1 Eysenckův osobnostní dotazník EOD-A

Hans Jürgen Eysenck byl přesvědčen, že základní vlastnosti osobnosti jsou vrozené, další pak utvářené zkušenostmi. Osobnost se tak rozvíjí prostřednictvím interakcí mezi čtyřmi hlavními oblastmi. Těmi jsou kognitivní oblast (inteligence), konativní oblast (charakter), afektivní oblast (temperament) a somatická oblast (konstituce). Trvalé aspekty osobnosti lze podle Eysencka dělit z hlediska všeobecnosti na nejkonkrétnější aspekt - specifickou odpověď, dále habituální odpověď, na obecnější úrovni rys, který je souborem habituálních odpovědí, a konečně typ složený z rysů v nějakém vztahu. Typy autor chápe jako široké dimenze osobnosti a řadí mezi ně dimenze: introverze-extraverze, neuroticismus, psychoticismus a inteligenci. Osobnost jedince odráží charakteristickou kombinaci čtyř dimenzí a jejich mnohých poddimenzí. Základní dimenze Eysenck odvodil pomocí faktorové analýzy mnoha dat ze své dlouholeté klinické praxe. Na základě dvou stěžejních dimenzí autor do své teorie ukotvuje klasické čtyři temperamentové typy a přisuzuje jim i fyziologické koreláty. Charakteristiky těchto dimenzí jsou přiloženy v obrázku. (Hall, Lindzey, 1997)

5. DVOUDIMENZIONÁLNÍ KLASIFIKACE OSOBNOSTI



(Hall, Lindzey, 1997, s.356 – formálně upraveno)

Eysenckův osobnostní dotazník EOD je standardizovaný osobnostní dotazník, který hodnotí jedince na škále neuroticismu a extraverte-introverze. Pro výzkum k bakalářské práci byla použita varianta A (s úpravou otázky č. 32 – „Když se chcete něco dozvědět, vyhledáte si to raději na *internetu* (místo knize), než byste o tom s někým hovořil?“).

EOD je vhodný pro posuzování temperamentu dětí od 14 let. Ve výzkumném experimentálním souboru jsou děti od 12 let (celkem 3 probandi), ale výsledky se statisticky významně neliší (na hladině významnosti 5 %) pokud je posuzován soubor se skupinou dvanácti a třináctiletých a bez nich. Problém je ve stanovování stupně neuroticismu a extraverte jako stabilní vlastnosti osobnosti v tak nízkém věku, proto pro účely práce vnímáme tyto vlastnosti pouze jako aktuální hodnoty vlastností osobnosti mladších respondentů.

7.2 Vlastní dotazník

Měřit obranné mechanismy je velmi obtížné, mnoho z nich funguje na nevědomé úrovni, projevují se adaptivně i maladaptivně a v různé míře vyhocenosti obrany. Vzhledem k tomu, že na zahraniční standardizované metody měření obranných mechanismů se vztahují autorská práva a také s ohledem na náročnost překladu standardizovaných metod a přenesení jejich norem bylo přistoupeno k tvorbě nové metody. V českých krajích neexistuje specializovaná standardizovaná plošně užívaná metoda měření obranných mechanismů, kterou by bylo možné využít, proto byl vytvořen vlastní dotazník.⁴²

Je velmi náročné vytvářet takovou metodu a ještě náročnější posuzovat její validitu, proto bereme v úvahu všechna rizika výběru této metody a předem se soustředíme na slabiny dotazníku. Podoba dotazníku je uvedena v Příloze 3. Na základě studia odborné literatury bylo přistoupeno k tomu, aby byly obranné mechanismy identifikovány pomocí

⁴² Alternativy měření obranných mechanismů, které jsou v Česku užívány, jsou uvedeny v kapitole 1.5 Metody diagnostiky a měření obranných mechanismů. Jedná se o překlad cizích metod nebo využití TAT.

výroků⁴³, se kterými respondent bude nebo nebude do určité míry souhlasit. Míra souhlasu s výrokem je stanovena jako šestibodová škála. Pět položek dotazníku bylo přiřazeno navíc se smyslem posoudit pravdivost odpovědí respondenta, jedná se o otázky, na které předpokládáme vyhrocené odpovědi pouze v jednom směru. Metoda lži skóre se ale v praxi tohoto dotazníku neosvědčila.

Vhodnost podoby položek dotazníku z naší strany není možné dostatečně zhodnotit, validitu dotazníku tedy vysvětlujeme pouze užíváním definic obranných mechanismů z literatury. (Čerpáme z titulů: Nakonečný, 2009, Atkinson, 2003, Smékal, 2002 a Plháková, 2003.) Přisouzení konkrétního obranného mechanismu položce dotazníku je uvedeno v Příloze 4.

7.3 Postup práce

Data získaná z dotazníků nejsou svou povahou normální, jedná se o ordinální data, která se pouze vzdáleně přibližují datům normálním. Avšak operujeme s nimi jako s ordinálními, proto volíme neparametrické metody zpracování. Na prvotním stanovení nulových hypotéz se budeme pokoušet zamítnout nulové hypotézy na základě výsledků ze statistického zpracování dat. Pro testování hypotéz bude zvoleno statistických metod programu Microsoft Excel s doplňkovými funkcemi. Hypotéza H1 bude ověřována metodou dvouvýběrového t-testu pro nezávislé výběry, hypotézu H2 ověříme pomocí neparametrické korelační analýzy.

Předpokladem užití t-testu pro nezávislé výběry je samotná nezávislost výběrů, která je zajištěna, dále podobnost směrodatných odchylek, která je také potvrzena a normalita dat, kterou zajistit nemůžeme, ale z povahy situace přesto metodu zvolíme. Předpoklady užití korelační analýzy jsou také dostatečně naplněny, data nevykazují z náhledu zjevnou nelinearitu, extrémy ani nehomogenitu. Počet probandů experimentální skupiny je hraniční, přesto jsme se rozhodli pro korelační analýzu. Z povahy ordinálních dat jsme

⁴³ Metodu výroků a tvorby položek na základě definic z literatury jsme se inspirovali z jedné zajímavé ročníkové práce: BALÁŽOVÁ, Martina, KMECOVÁ, Zuzana. *Vztah jednotlivých temperamentových typů k využívání ego – obranných mechanismů*. Prešov, 2007. Ročníková práce. Prešovská Univerzita. Filozofická fakulta. Inštitút psychologie. Konzultantka Beáta RÁCZOVÁ.

zvolili neparametrický korelační Spearmanův test, který je také méně citlivý na extrémny, které by přes veškerá opatření mohly v menším vzorku experimentální skupiny ovlivnit korelace.

Výzkum bakalářské práce po celou dobu operuje pouze s předem stanovenými proměnnými, kterými jsou čisté výsledky v dotaznících. Přesto si je vědom mnoha možných intervenujících proměnných, které do dat zasahují. Intervenující proměnné se snažíme eliminovat dostatečně četným výběrem výzkumného vzorku a také snahou o stejnou administraci dotazníků všem respondentům.

Z etického hlediska jsme si vědomi, že se dopouštíme metodologického pochybení, když usuzujeme na parametry skupiny dlouhodobě hospitalizovaných adolescentů ze vzorku třiceti probandů, což se promítá i do statistické významnosti dat. Nicméně výběrová populace nás vedla k tomuto počínání, neboť bylo obtížné získat data od více respondentů, kteří jsou zkrátka nečetnou skupinou, i přesto, že jsme samotnému sběru věnovali pět měsíců soustavné práce. Přesto výsledky ukazují zajímavé korelace, které pokud se jednalo o početnější skupinu probandů, by mohly ve více případech vykazovat i dostatečnou statistickou významnost.

8 INTERPRETACE DAT VÝZKUMU

8.1 Ověřování hypotézy H1

Parametrickou variantou t-testu pro nezávislé výběry jsme ověřovali alternativní hypotézu H1: „Existují rozdíly v míře neuroticismu, míře extravertze a odpovědích na položky vlastního dotazníku mezi adolescenty dlouhodobě hospitalizovanými a adolescenty relativně zdravými.“ Hypotézu H1 lze jednoznačně potvrdit ale jen v několika bodech, významné hodnoty jsou výrazně označeny.

7. OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZY H1 – T-TEST PRO NEZÁVISLÉ VÝBĚRY

T- test pro nezávislé výběry					
	t	df	hodnota P	Rozdíl průměrů	Směrodatná odchylka
Když mi něco nejde, začnu dělat něco jiného, co ovládám lépe.	1,884	267	0,061	0,379	1,884
Když se cítím špatně, pomáhá mi, když se v myšlenkách přesunu někam, kde se cítím lépe	0,001	267	0,999	0,000	0,223
Překážky se nemají přeskakovat, ale ničit.	0,139	267	0,890	0,036	0,262
Není-li na řešení problému právě vhodná doba, odložím jej na jindy.	-0,372	267	0,710	-0,095	0,255
Když se mi něco nepovedlo, mohly za to většinou špatné okolnosti.	1,171	267	0,243	0,245	0,209
Když mě někdo nemá rád, není to moje chyba, ale jeho.	1,449	267	0,149	0,378	0,261
L_Všechno, co dělám, dělám rád/a.	1,824	267	0,069	0,460	0,252
Když mám „špatné“ svědomí, snažím se být hodný/á a pomáhat, abych se nepříjemného pocitu zbavil/a.	0,985	267	0,326	0,215	0,219
Často přemýšlím o složitých teoriích nebo abstraktních pojmech, snažím se tak uvažovat o svých problémech.	0,270	267	0,787	0,061	0,226
Řešení problémů často odkládám.	-1,312	266	0,191	-0,312	0,238

Mám pocit, že lidé jsou často zlí a nenávislní.	-0,105	267	0,917	-0,025	0,234
Než bych se bránil/a, vždycky radši ustoupím.	-1,344	267	0,180	-0,330	0,246
Když s někým mluvím o svých problémech, nechci dávat najevo svoje city.	0,713	267	0,476	0,176	0,247
L_Nikdy jsem ničeho, co jsem udělal/a, nelitoval/a.	2,366	267	0,019	0,579	0,245
V některých situacích se chovám jako malé dítě.	-0,766	267	0,444	-0,176	0,230
Málo kdy jsem vyvedený/á z míry, nepřipouštím si svoje pocity.	0,167	267	0,868	0,036	0,217
Pro spoustu důležitých věcí nemá smysl se trápit.	2,451	267	0,015	0,627	0,256
L_Mám rád/a všechny lidi na světě.	1,245	267	0,214	0,276	0,222
Když chci něco, co nemůžu dostat, najdu si jinou cestu, jak to získat. I když trochu jiným způsobem.	1,238	267	0,217	0,257	0,208
Když mám udělat něco, co se mi nechce, a musím, hledám rychle jinou činnost, kterou bych dělal/a.	1,200	267	0,231	0,306	0,255
Mám naučené způsoby chování, které neumím změnit, i když mi někdy komplikují život.	-0,474	267	0,636	-0,110	0,232
Přijal/a jsem od dospělých i některé vlastnosti, na které nejsem moc pyšný/á.	-0,311	267	0,756	-0,067	0,217
Za všechny svoje problémy si můžu sám/sama.	-0,848	267	0,397	-0,207	0,244
Nic mě nezajímá, nemám chuť se vůbec snažit.	-0,458	267	0,648	-0,096	0,209
L_Nikdo na světě mi nedokáže ublížit.	2,584	267	0,010	0,459	0,178
Někdy mám sny i přes den v bdělém stavu.	-2,065	267	0,040	-0,586	0,284
Když mě něco naštvě, někdy to odnesou i ti, kteří s tím neměli nic společného.	-0,629	267	0,530	-0,143	0,227
Když někoho obdivuji, snažím se napodobovat některé jeho chování nebo přijímat některé jeho názory.	-2,258	267	0,025	-0,550	0,243
Lidi jsou příliš nezodpovědní a nedůslední, pořád je musím upozorňovat, že to, co	1,409	267	0,160	0,290	0,206

dělají, není správné.					
Snažím se nemít žádné pocity, abych znovu neprožil/a bolest.	0,979	267	0,329	0,251	0,256
L_Ničeho se nebojím.	1,237	267	0,217	0,324	0,262
Eysenck_E	-0,631	267	0,529	-0,455	0,721
Eysenck_N	-0,631	267	0,529	-0,455	0,721

T-test dokládá, že statisticky významný rozdíl na hladině 5 % mezi skupinami experimentální a kontrolní je pouze v pěti položkách vlastního dotazníku. Jedná se o tyto položky: „L_Nikdy jsem ničeho, co jsem udělal/a, nelitoval/a.“,

„Pro spoustu důležitých věcí nemá smysl se trápit.“,

„L_Nikdo na světě mi nedokáže ublížit.“,

„Někdy mám sny i přes den v bdělém stavu.“,

„Když někoho obdivuji, snažím se napodobovat některé jeho chování nebo přijímat některé jeho názory.“

Vysvětlení rozdílu mezi kontrolní a experimentální skupinou ve zmíněných položkách nalezneme v následující tabulce popisných statistik souborů, zaměříme pozornost na rozdíly průměrů odpovědí na zmíněné položky.

8. OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZY H1 – POPISNÉ STATISTIKY SOUBORŮ

Výběrové popisné statistiky – srovnání experimentální a kontrolní skupiny				
	Výzkumný Soubor	počet (N)	Průměr	Statistická odchylka
Když mi něco nejde, začnu dělat něco jiného, co ovládám lépe.	zdraví	239	2,95	1,050
	nemocní	30	2,57	,935
Když se cítím špatně, pomáhá mi, když se v myšlenkách přesunu někam, kde se cítím lépe	zdraví	239	2,53	1,151
	nemocní	30	2,53	1,167
Překážky se nemají přeskakovat, ale ničit.	zdraví	239	2,87	1,349

	nemocní	30	2,83	1,392
Není-li na řešení problému právě vhodná doba, odložím jej na jindy.	zdraví	239	3,14	1,316
	nemocní	30	3,23	1,305
Když se mi něco nepovedlo, mohly za to většinou špatné okolnosti.	zdraví	239	3,74	1,056
	nemoc	30	3,50	1,253
Když mě někdo nemá rád, není to moje chyba, ale jeho.	zdraví	239	3,61	1,323
	nemocní	30	3,23	1,547
L_Všechno, co dělám, dělám rád/a.	zdraví	239	3,29	1,305
	nemocní	30	2,83	1,262
Když mám „špatné“ svědomí, snažím se být hodný/á a pomáhat, abych se nepříjemného pocitu zbavil/a.	zdraví	239	2,65	1,131
	nemocní	30	2,43	1,104
Často přemýšlím o složitých teoriích nebo abstraktních pojmech, snažím se tak uvažovat o svých problémech.	zdraví	239	2,83	1,156
	nemocní	30	2,77	1,251
Řešení problémů často odkládám.	zdraví	238	3,75	1,211
	nemocní	30	4,07	1,363
Mám pocit, že lidé jsou často zlí a nenávistní.	zdraví	239	3,38	1,212
	nemocní	30	3,40	1,163
Než bych se bránil/a, vždycky radši ustoupím.	zdraví	239	4,24	1,265
	nemocní	30	4,57	1,305
Když s někým mluvím o svých problémech, nechci dávat najevo svoje city.	zdraví	239	3,58	1,246
	nemocní	30	3,40	1,499
L_Nikdy jsem ničeho, co jsem udělal/a, nelitoval/a.	zdraví	239	4,65	1,240
	nemocní	30	4,07	1,437
V některých situacích se chovám jako malé dítě.	zdraví	239	2,89	1,158
	nemocní	30	3,07	1,413
Málo kdy jsem vyvedený/á z míry, nepřipouštím si svoje pocity.	zdraví	239	3,90	1,113
	nemocní	30	3,87	1,196
Pro spoustu důležitých věcí nemá smysl se tránit	zdraví	239	3,46	1,314

	nemocní	30	2,83	1,367
L_ Mám rád/a všechny lidi na světě.	zdraví	239	4,78	1,132
	nemocní	30	4,50	1,253
Když chci něco, co nemůžu dostat, najdu si jinou cestu, jak to získat. I když trochu jiným způsobem.	zdraví	239	2,92	1,050
	nemocní	30	2,67	1,241
Když mám udělat něco, co se mi nechce, a musím, hledám rychle jinou činnost, kterou bych dělal/a.	zdraví	239	3,34	1,317
	nemocní	30	3,03	1,299
Mám naučené způsoby chování, které neumím změnit, i když mi někdy komplikují život.	zdraví	239	2,86	1,201
	nemocní	30	2,97	1,189
Přijal/a jsem od dospělých i některé vlastnosti, na které nejsem moc pyšný/á.	zdraví	239	2,87	1,088
	nemocní	30	2,93	1,337
Za všechny svoje problémy si můžu sám/sama.	zdraví	239	3,29	1,201
	nemocní	30	3,50	1,676
Nic mě nezajímá, nemám chuť se vůbec snažit.	zdraví	239	5,04	1,120
	nemocní	30	5,13	,629
L_ Nikdo na světě mi nedokáže ublížit.	zdraví	239	5,13	,922
	nemocní	30	4,67	,884
Někdy mám sny i přes den v bdělém stavu.	zdraví	239	3,15	1,481
	nemocní	30	3,73	1,337
Když mě něco naštve, někdy to odnesou i ti, kteří s tím neměli nic společného.	zdraví	239	2,76	1,192
	nemocní	30	2,90	,995
Když někoho obdivuji, snažím se napodobovat některé jeho chování nebo přijímat některé jeho názory.	zdraví	239	3,12	1,235
	nemocní	30	3,67	1,422
Lidi jsou příliš nezodpovědní a nedůslední, pořád je musím upozorňovat, že to, co dělají, není správné.	zdraví	239	3,86	1,079
	nemocní	30	3,57	,935
Snažím se nemít žádné pocity, abych znovu neprožil/a bolest.	zdraví	239	4,22	1,307
	nemocní	30	3,97	1,450
L_ Ničeho se nebojím.	zdraví	239	4,79	1,334

	nemocní	30	4,47	1,502
Eysenck_E	zdraví	239	13,81	3,723
	nemocní	30	14,27	3,732
Eysenck_N	zdraví	239	13,39	4,299
	nemocní	30	11,00	3,474

Tři položky dotazníku vykazují u kontrolní a experimentální skupiny značné rozdíly průměrů. Položka „Pro spoustu důležitých věcí nemá smysl se trápit.“, která byla sestavena za účelem identifikace apatie, je o 0,053 směrodatné odchylky souhlasněji hodnocena nemocnými (resp. dlouhodobě hospitalizovanými) pacienty oproti zdravým adolescentům. Tento rozdíl je více patrný při faktickém rozdílu průměru v daných jednotkách škály. Obdobně položka „L_Nikdo na světě mi nedokáže ublížit.“ Je hospitalizovanými adolescenty hodnocena o 0,038 směrodatné odchylky souhlasněji oproti skupině zdravých, což se ukáže v bodovém rozdílu škály jako rozdíl průměrů o 0,46 bodu.

Oproti tomu položka „Když někoho obdivuji, snažím se napodobovat některé jeho chování nebo přijímat některé jeho názory.“ je souhlasněji hodnocena skupinou kontrolní, a to o 0,187 směrodatné odchylky.

Závěry lze interpretovat jako silnější míru apatie hospitalizovaných adolescentů oproti zdravým (hodnota $t = 2,45$). Pocit, že adolescentům nikdo nedokáže ublížit pociťují také častěji hospitalizovaní respondenti, předpokládejme, že to může souviset s předchozím bodem. Odpověď na položku „Když někoho obdivuji, snažím se napodobovat některé jeho chování nebo přijímat některé jeho názory.“, která směřuje k odhalení identifikace, interpretujme jako menší sklon k identifikaci hospitalizovaných oproti zdravým adolescentům.

Důležitým zjištěním je, že skupina dlouhodobě hospitalizovaných vykazuje výrazně nižší míru neuroticismu než skupina zdravých adolescentů, rozdíl průměrů je dokonce 0,825 směrodatné odchylky.

8.2 Ověřování hypotézy H2

Odpověď na otázku, zda existuje vztah mezi mírou neuroticismu a extraverze na jedné straně a odpověďmi na položky vlastního dotazníku na straně druhé u skupiny dlouhodobě hospitalizovaných adolescentů se pokusíme nalézt pomocí korelační analýzy.

Použijeme data experimentální skupiny dlouhodobě hospitalizovaných adolescentů a na hladině významnosti 5 % posoudíme korelaci jednotlivých položek dotazníku nejprve s neuroticismem a poté s extraverzí. Numerická hodnota u neuroticismu a extraverze je hodnotou Spearmanovy korelace, tzv. P hodnota značí statistickou významnost, v zahraniční literatuře označovanou jako signifikanci. Hodnota P nepřesahující stanovenou mez hladiny významnosti je zvýrazněna a pouze u těchto zvýrazněných dat posuzujeme míru korelace.

9. OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZY H2 – KORELAČNÍ ANALÝZA EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINY

Korelace položek vlastního dotazníku a míry neuroticismu / extroverze u skupiny nemocných adolescentů				
položka	neuroticismus	hodnota P	extraverze	hodnota P
1	-0,172	0,365	0,202	0,285
2	-0,182	0,335	-0,209	0,268
3	0,274	0,142	-0,110	0,564
4	0,063	0,741	-0,044	0,816
5	-0,398	0,029	0,251	0,181
6	-0,242	0,197	0,076	0,692
7	0,179	0,343	0,246	0,190
8	-0,146	0,442	0,403	0,027
9	-0,211	0,262	-0,161	0,394
10	-0,024	0,901	-0,282	0,131
11	0,187	0,321	-0,004	0,982
12	-0,244	0,195	0,429	0,018
13	-0,131	0,491	-0,164	0,388
14	0,384	0,036	0,020	0,914

15	-0,407	0,026	-0,355	0,054
16	0,320	0,085	0,019	0,922
17	0,252	0,179	-0,441	0,015
18	-0,101	0,595	0,320	0,085
19	0,247	0,189	-0,150	0,430
20	0,064	0,660	0,037	0,846
21	-0,361	0,050	-0,398	0,030
22	-0,381	0,038	-0,278	0,137
23	0,077	0,686	-0,033	0,864
24	-0,102	0,591	0,243	0,196
25	-0,084	0,659	-0,008	0,967
26	-0,460	0,011	-0,071	0,711
27	-0,106	0,579	-0,312	0,093
28	0,079	0,676	-0,092	0,628
29	-0,030	0,876	-0,108	0,571
30	0,003	0,988	-0,239	0,203
31	-0,190	0,314	-0,115	0,546

Podle zjištěných dat s vyšší mírou neuroticismu klesá tendence odpovídat na otázku číslo 5 „Když se mi něco nepovedlo, mohly za to většinou špatné okolnosti.“ souhlasněji. Jinak řečeno více neurotičtí dlouhodobě nemocní adolescenti méně souhlasí s výrokem, že za jejich nezdary mohou častěji špatné okolnosti. Korelace otázky číslo 14 a neuroticismu ilustruje vztah, že se zvyšující se mírou neuroticismu stoupá také tendence k souhlasné odpovědi na položku „Nikdy jsem ničeho, co jsem udělal/a, nelitoval/a.“ Tedy s trochou benevolence předpokládejme, že více neuroticismu značí méně litování svých skutků. Negativní korelace neuroticismu se objevuje s položkou číslo 15 „V některých situacích se chovám jako malé dítě.“. Tudíž se zvyšující se mírou neuroticismu klesá uvědomění si jevu, že se někdy adolescent chová jako malé dítě. V našem výzkumu se dále střední míra negativní korelace se vyskytuje u otázky číslo 21 „Mám naučené způsoby chování, které neumím změnit, i když mi někdy komplikují život.“ a 22 „Přijal jsem od dospělých

i některé vlastnosti, na které nejsem moc pyšný“. Méně neurotičtí pacienti jsou více souhlasní s těmito výroky a tedy se domníváme, že si zjevně uvědomují své introjekty a fixace. V únosné míře pravděpodobnosti je prokazatelná negativní korelace neuroticismu a odpovědi na položku „Někdy mám sny i přes den v bdělém stavu.“ Jedinci s vyšší mírou neuroticismu méně souhlasí s výrokem, že někdy prožívají snění i v bdělém stavu.

Korelace položek dotazníku s extravertí jsou znatelné u čtyř položek dotazníku (položka číslo 8, 12, 17 a 21). Souhlasné vyjádření k položce číslo 8 „Když mám „špatné“ svědomí, snažím se být hodný/á a pomáhat, abych se nepříjemného pocitu zbavil/a.“ pozitivně koreluje s mírou extraverte. Tudíž můžeme předpokládat, že tendence k odčinění souvisí s vyšší mírou extraverte. Nízká pozitivní korelace s mírou extraverte je u položky číslo 12 „Než bych se bránil, vždycky radši ustoupím.“, vysvětlujeme si ji jako mírnou tendenci ustupovat s vyšší mírou extroverze. Jedná se o překvapující závěr, patrně došlo k chybě měření. Položka číslo 17 „Pro spoustu důležitých věcí nemá smysl se trápit.“ naopak ukazuje nejvyšší míru negativní korelace s extravertí, a to na hladině významnosti 5 %. Tedy s pocitem, že pro spoustu důležitých věcí se není třeba trápit více souhlasí hospitalizovaní jedinci s nižší mírou extraverte. Také položka 21 „Mám naučené způsoby chování, které neumím změnit, i když mi někdy komplikují život.“ negativně koreluje s extravertí. Proto nás napadá závěr, že neefektivní fixace užívají častěji introvertní jedinci.

Pro posouzení specifčnosti či univerzálnosti dat skupiny dlouhodobě hospitalizovaných adolescentů (či adolescentů obecně) přikládáme také výsledky korelační analýzy stejných proměnných pro kontrolní výzkumnou skupinu.

10. OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZY H2 – KORELAČNÍ ANALÝZA KONTROLNÍ SKUPINY

Korelace položek vlastního dotazníku a míry neuroticismu / extraverte u skupiny zdravých adolescentů				
položka	neuroticismus	hodnota P	extraverze	hodnota P
1	- 0,213	0,001	0,004	0,945
2	- 0,051	0,431	0,035	0,586

3	0,065	0,314	- 0,081	0,215
4	- 0,103	0,114	0,078	0,227
5	- 0,116	0,010	- 0,023	0,726
6	0,114	0,078	- 0,128	0,047
7	0,189	0,003	0,018	0,788
8	- 0,056	0,392	0,012	0,855
9	- 0,184	0,004	0,068	0,296
10	- 0,211	0,001	0,052	0,424
11	- 0,217	0,001	0,091	0,160
12	- 0,186	0,004	0,387	0,000
13	- 0,045	0,488	0,109	0,092
14	0,163	0,012	0,005	0,933
15	-0,245	0,000	0,083	0,201
16	0,169	0,002	- 0,034	0,599
17	0,054	0,409	0,030	- 0,639
18	0,159	0,014	0,110	0,088
19	0,009	0,888	- 0,182	0,005
20	0,049	0,454	- 0,164	0,011
21	- 0,279	0,000	- 0,004	0,956
22	- 0,198	0,002	- 0,039	0,553
23	- 0,124	0,056	0,096	0,140
24	- 0,212	0,001	0,165	0,011
25	0,145	0,025	- 0,031	0,630
26	0,260	0,000	0,035	0,589
27	- 0,254	0,000	- 0,120	0,064
28	- 0,181	0,005	- 0,052	0,424
29	- 0,149	0,021	0,054	0,410
30	- 0,096	0,138	0,198	0,002
31	0,189	0,003	- 0,011	0,866

Kontrolní skupina vykazuje obecně menší míry korelace, ale s vyšší mírou statistické významnosti, operujeme s 1% hladinou významnosti. Důvodem je početnější vzorek kontrolní skupiny. Také se jisté mírné korelace s neuroticismem prokázaly u většího množství položek vlastního dotazníku.

Negativní korelace odpovědi na položku číslo 15 „V některých situacích se chovám jako malé dítě.“ s mírou neuroticismu se projevila u kontrolní skupiny stejně jako u experimentální. Obecně u adolescentů je tedy patrná se zvyšující se mírou neuroticismu tendence méně častého posuzování svého chování jako dětské. Opačná situace, kdy jsou výsledky korelační analýzy kontrolní a experimentální skupiny v rozporu, je korelace položky číslo 26 „Někdy mám sny i přes den v bdělém stavu.“ a neuroticismu. Experimentální skupina vykazuje negativní korelaci, tedy denní snění méně prožívají více stabilní jedinci. Ale kontrolní skupina značí zvýšenou míru snění ve stavu bdělosti se zvyšující se mírou neuroticismu. Vysvětlení tohoto rozporu je možné jedině v souvislosti s ostatními odpověďmi experimentální skupiny, které vykazují vyšší stabilitu a tendenci k apatii, možná proto ve zmíněné apatii dlouhodobě hospitalizovaní nepodléhají snění.

Navíc jsou v kontrolní skupině znatelné další korelace neuroticismu s položkami dotazníku, které u experimentální skupiny nenacházíme. Negativní korelaci vidíme u položky číslo 21 „Mám naučené způsoby chování, které neumím změnit, i když mi někdy komplikují život.“ Tedy naučené neefektivní fixace více přiznávají jedinci s menší mírou neuroticismu. Podobně položka číslo 27 „Když mě něco štve, někdy to odnesou i ti, kteří s tím neměli nic společného.“ je v negativní korelaci s mírou neuroticismu. Tedy výrok, že rozčilení někdy respondenti přenášejí na ostatní, více potvrzují ti zdraví adolescenti, kteří jsou podle Eysenckovy teorie stabilnější.

Pozitivní korelace extraverze a odpovědi na položku číslo 12 „Než bych se bránil/a, vždycky radši ustoupím.“ se prokázala u kontrolní skupiny stejně jako u experimentální. S vyšší mírou extroverze tedy stoupá souhlas s preferencí ústupu. Protože se jedná o opakované zjištění u experimentální i kontrolní skupiny, považujeme za nepravděpodobné, že se jedná o náhodu. V úvahu připadá přijmout překvapující závěr nebo uvažovat o konstantní chybě měření.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU A ZHODNOCENÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Výzkumná část bakalářské práce se zabývala psychikou dlouhodobě hospitalizovaného nebo vážně nemocného adolescenta, konkrétně ji zajímaly užívané obranné mechanismy. Po vhodném výběru respondentů do kontrolní a experimentální skupiny byl uskutečněn výzkum obranných mechanismů a některých složek osobnosti pomocí vlastního dotazníku vytvořeného pro účely výzkumu a Eysenkova osobnostního dotazníku.

Vytyčených cílů praktické části bakalářské práce bylo dosaženo v takové míře, kterou umožnila povaha měřících nástrojů. Cíl analyzovat osobnost dlouhodobě nebo vážně nemocného adolescenta se podařilo pomocí dimenzí extraverte a neuroticismu. Ukázalo se, že míra neuroticismu u hospitalizovaných adolescentů je výrazně nižší než je tomu u zdravé populace podobného věku.

Posouzení rozdílů mezi experimentální a kontrolní skupinou v oblasti odpovědí na položky vlastního dotazníku ukázalo, že psychika dlouhodobě nebo vážně nemocných adolescentů je zřejmě zasažena nemocí ve směru prožívání. Nemocní podle výsledků pravděpodobně více propadají apatii, méně trpí strachy z ublížení cizími lidmi a mají menší tendence k identifikaci. Ostatní oblasti prožívání nevykazují výrazné rozdíly mezi zdravými a nemocnými adolescenty.

Dlouhodobě nemocní s vyšší mírou neuroticismu také méně racionalizují, resp. méně svých neúspěchů přisuzují špatným okolnostem. Experimentální skupina s vyšší mírou neuroticismu více souhlasí s výrokem „Nikdy jsem ničeho, co jsem udělal/a, nelitoval/a.“, což může opět podporovat jejich tendenci k apatii na vzpomínky. S vyšší mírou neuroticismu proto přepokládáme méně litování svých skutků. Dlouhodobě hospitalizovaní adolescenti si více uvědomují své tendence užívat regresi, pokud mají nižší míru neuroticismu. Podobně souhlas s užíváním introjekce a fixace projevují více stabilnější jedinci skupiny dlouhodobě nemocných. Naopak vyšší míru neuroticismu vykazují ti nemocní adolescenti, kteří méně užívají únik do fantazie. Tento obranný mechanismus se v kontrolní skupině projevuje spíše u stabilnějších jedinců.

Míra extraverte u skupiny dlouhodobě hospitalizovaných adolescentů je ve vztahu s obranným mechanismem odčinění, který je výrazný u vyšší míry extraverte. Pocit, že pro

spoustu důležitých věcí se není třeba trápit, prožívají častěji hospitalizovaní jedinci s nižší mírou extraverte. K fixacím inklinují jedinci s vyšší mírou extroverze.

Obecně lze z dat obou výzkumných souborů sledovat trend užívání zralejších obran, za které považujeme racionalizaci, introjekci, identifikaci, u jedinců s nižší mírou neuroticismu. Užívání regrese zjevně nesouvisí s neuroticismem, ale souvisí s uvědomováním si užívání regrese, což je více patrné u stabilnějších jedinců.

Vlastní dotazník splnil účel, pro který byl vytvořen a prokázal některé rozdíly mezi výběrovými skupinami. Zdá se ale, že pro identifikaci obranných mechanismů není zcela vhodný a pro jeho další užívání jsou nutné úpravy a následná standardizace. Bohužel žádná z použitých statistických metod neodhaluje směr kauzality zjištěných vztahů, ty by bylo možné posoudit pouze experimentálně. Zde také apelujeme na možnosti zkoumání dané problematiky v dalších výzkumných projektech.

ZÁVĚR

Vážná a dlouhodobá nemoc spojená s dlouhodobou hospitalizací znamená hluboký zásah do života adolescenta a do jeho sociálního okolí a představuje nejen zátěž fyzickou, ekonomickou, ale hlavně psychickou. Nemoc a léčba ohrožuje ego nemocného a vyžaduje nutnou obranu. Smyslem bakalářské práce je upozornit na problém psychiky dlouhodobě hospitalizovaných jedinců adolescentního věku a zaměřit pozornost na podrobnější rozbor obranných mechanismů, jejich výskyt, četnost a možné spojitosti s neuroticismem nebo extravertizací. Toto téma nás takřka na rok a půl zcela pohltilo. Vděčně jsme teoreticky čerpali z Křivohlavým tak obsažně zpracované Psychologie nemoci, z Vymětalových poučných skript Lékařská psychologie a ze Smékalova Pozvání do psychologie osobnosti, ke kterým se hrdě hlásíme jako k hlavním zdrojům poznání.

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat psychiku dlouhodobě a vážně nemocného adolescenta. Tento cíl byl splněn jak z teoretického hlediska analýzou odborné literatury v teoretické části práce, tak z praktického pohledu na úrovni posuzování složek temperamentu. Zde byly zjištěny významné rozdíly v míře neuroticismu oproti zdravé populaci obdobného věku, v oblasti míry extravertize prokazatelné rozdíly nenacházíme, což se shoduje s předpokladem.

Definovat obranné mechanismy, které užívají dlouhodobě hospitalizovaní adolescenti a posoudit, zda existuje případný vztah preference určitých způsobů obran na jedné straně a míry extravertize a neuroticismu na straně druhé, bylo vzhledem k povaze výzkumných nástrojů úkolem náročným. Můžeme se pouze domnívat, že bylo stanoveného cíle dosaženo, neboť není možné na nově vytvořeném nástroji objektivně určit reliabilitu a validitu dotazníku. Výzkum bakalářské práce na definované experimentální skupině došel k závěrům, že dlouhodobě nemocní a hospitalizovaní adolescenti často propadají apatii, mají menší strach z ublížení cizími lidmi a také se méně identifikují se svými vzory. Mezi obrannými mechanismy u adolescentů s nižší mírou neuroticismu převládají racionalizace, regrese a únik do fantazie. Adolescenti s nižší mírou extravertize častěji volí obranu útekem nebo apatií.

Existují rozdíly mezi skupinami dlouhodobě hospitalizovaných a zdravých adolescentů jak v míře neuroticismu, tak v preferenci některých ego-obranných

mechanismů. Identifikace obranných mechanismů, které jedinci v náročných životních situacích užívají, je ztížena jejich částečně nevědomou podobou. Také se více než jinde projevují značné interindividuální rozdíly, které komplikují vyslovení obecných principů výběru ego-obranných mechanismů v závislosti na struktuře osobnostních dimenzí člověka.

Práce proto může sloužit jako podnět k dalšímu zkoumání této problematiky. V oblasti úvah je jistě v praxi toto téma velmi aktuální, v oblasti výzkumu by bylo zajímavé věnovat obranným mechanismům hodnotnější výzkumný prostor na vyšší akademické úrovni s vyšší odbornou i ekonomickou podporou.

RESUMÉ V ČESKÉM JAZYCE

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychiky dlouhodobě hospitalizovaných adolescentů se zvláštním zřetelem na jejich obranné mechanismy. Teoretická část je složena ze tří kapitol, první popisuje teorii obranných mechanismů, druhá psychický vývoj zdravého adolescenta a třetí psychiku dlouhodobě hospitalizovaných jedinců.

Praktická část se zaměřuje na zkoumání výskytu a četnosti různých typů obranných mechanismů. Pro výzkum je zvolena metoda vlastního dotazníku, jehož výsledky jsou porovnávány s výsledky Eysenckova osobnostního dotazníku. Výzkum ukazuje, že spektrum obranných mechanismů u dlouhodobě hospitalizovaných adolescentů je velké a proto také práce s obrannými mechanismy v praxi klinického psychologa je náročná. Přesto se dají nalézt určité společné prvky osobnostních charakteristik a preference obranných mechanismů, a tím částečně predikovat chování pacienta v nemocnici.

RESUMÉ V ANGLICKÉM JAZYCE

This thesis deals with the psyche of long-term hospitalized adolescents with special reference to their defense mechanisms. The theoretical part consists of three chapters, the first describes the theory of defense mechanisms, the second, psychological development of healthy adolescent psyche and the third, long-term hospitalized patients.

The practical part is focused on examining the occurrence and frequency of different types of defense mechanisms. The research method chosen is a self filled questionnaire, the results are compared with the results of the Eysenck Personality Inventory, which was compiled for the measurement of temperament. Research shows that the incidence of defense mechanisms for long-term hospitalized adolescents is high and therefore the defense mechanisms in practice is challenging to a clinical psychologist. Still we can find some common elements of personality characteristics and trends of defense mechanisms, and thus can partially predict the behavior of the patient in the hospital.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANGENENDT, Gabriele, SCHÜTZE-KREILKAMP, Ursula, TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie v praxi*. 2010. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.

ATKINSON, Rita a kol. 2003. *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.

BALCAR, Karel. 1991. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: Mach.

BAŠTECKÁ, Bohumila. 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-735-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila; GOLDMANN, Petr. *Základy klinické psychologie*. 2001. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-550-4.

BERAN, Jiří a kol. 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1125-6.

DVOŘÁK, Josef. 1985. *Člověk mezi životem a smrtí*. Praha: SPN. ISBN 80-7107-010-6.

FERJENČÍK, Ján. 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-367-6.

FREUD, Anna. 2006. *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag, 19. Auflage. ISBN 978-3-596-42001-8.

FREUDOVÁ, Anna. 2006. *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-084-4.

HALL, Calvin S., LINDZEY, Gardner. 1997. *Úvod do teorií osobnosti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatel'stvo. ISBN 80-08-00994-2.

HALL, G. Stanley. 1904. *Adolescence. Its Psychology and its relation to Physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York: Appleton.

JOHNSON, Stephen M. 2006. *Charakterová proměna člověka. Terapeutický přístup k raným poruchám*. Brno: Computer Press. ISBN 80-521-0923-2.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2001. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. 1998. *Vývojová psychologie*. 3.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.
- LANGMEIER, Josef; MATĚJČEK, Zdeněk. 1986. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama.
- MACEK, Petr. 2003. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.
- MAREŠ, Jiří. 1997. *Bolest a dítě*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-267-0.
- MATĚJČEK, Zdeněk. 1992. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 2. upr. rozš. vyd. Jinočany: H & H. ISBN 80-85467-42-9.
- MIKŠÍK, Oldřich. 2007. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1304-8.
- NAKONEČNÝ, Milan. 1995. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0525-0.
- PLHÁKOVÁ, Alena. 2003. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1387-3.
- PŘÍHODA, Václav. 1967. *Ontogeneze lidské psychiky I : Vývoj člověka do patnácti let*. 2. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství.
- PŘÍHODA, Václav. 1967. *Ontogeneze lidské psychiky. II: Vývoj člověka od patnácti do třiceti let*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- RYCROFT, Charles. 1993. *Kritický slovník psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakl. J. Kocourek. ISBN 80-901601-1-5.
- ŘÍČAN, Pavel. 2007. *Psychologie osobnosti (obor v pohybu)*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1174-4.
- ŘÍČAN, Pavel, KREJČÍŘOVÁ, Dana. 1995. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-169-2 29.

- SEYERSOVÁ, Janet. 1999. *Matky psychoanalýzy*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-035-1.
- SMÉKAL, Vladimír. 2002. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal.
- ŠVANCARA, Josef. 1973. *Kompendium vývojové psychologie*. 2. rozš. vyd. Praha : SPN.
- TSCHUSCHKE, Volker. 2004. *Psychoonkologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-826-0.
- URBÁNEK, Tomáš; DENGLEROVÁ, Denisa; ŠIRŮČEK, Jan. 2011. *Psychometrika: Měření v psychologii*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-836-4.
- ÚZIS ČR. 2011. *Hospitalizovaní v nemocnicích v ČR 2010*. Zdravotnická statistika ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR Praha 2, Palackého nám. 4. ISBN 978-80-7280-973-8.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2003. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
- VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. 2004. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozš. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-009-7.
- VONDRÁČEK, Vladimír, DOBIÁŠ, Jan a kol. 1969. *Lékařská psychologie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- VYMĚTAL, Jan. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.
- WEISS, Petr a kol. 2011. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-845-6.
- ÚJČ Akademie věd ČR. *Slovník spisovného jazyka českého*. 1989. 8 dílů. Praha: Academia. (21-060-88; 21-005-89; 21-013-89; 21-020-89; 21-022-89; 21-034-89; 21-036-89; 21-037-89.)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH ČLÁNKŮ A JINÝCH PRAMENŮ

ANDREWS G., SINGH M., BOND M. 1993. The Defense Style Questionnaire. *The Journal of nervous and mental disease*. **181**(4), 246-256. ISSN 0022-3018.

BALAŠTÍKOVÁ, Veronika, BLATNÝ, Marek, KOHOUTEK, Tomáš, 2004. Aspekty sebepojetí jako determinanty výběru strategií zvládnání u adolescentů. *Československá psychologie*, **48**(5), 410-415. ISSN 0009-062X.

BALÁŽOVÁ, Martina, KMECOVÁ, Zuzana. *Vzťah jednotlivých temperamentových typov k využívaniu ego – obranných mechanizmov*. Prešov, 2007. Ročníková práce. Prešovská Univerzita. Filozofická fakulta. Inštitút psychologie. Konzultantka Beáta RÁCZOVÁ.

BLATNÝ, Marek, KEPÁK, Tomáš, VLČKOVÁ, Irena, JELÍNEK, Martin, TÓTHOVÁ, Kristína, PILÁT, Milán, SLEZÁČKOVÁ, Alena, SOBOTKOVÁ, Veronika, BARTOŠOVÁ, Kateřina, HRSTKOVÁ, Hana, ŠTĚRBA, Jaroslav. 2011. Quality of life of childhood cancer survivors: handicaps and benefits. *Československá psychologie*, **55**(2), 112-125. ISSN 0009-062X.

BLATNÝ, Marek, KOHOUTEK, Tomáš, JANUŠOVÁ, Petra. 2002. Situačně kognitivní a osobnostní determinanty chování v zátěžové situaci. *Československá psychologie*, **46**(2), 97-108. ISSN 0009-062X.

BLATNÝ, Marek, OSECKÁ, Lída, HRDLIČKA, Michal. 1998. Zdroje sebehodnocení u temperamentových typů. *Československá psychologie*, **42**(4), 297-305. ISSN 0009-062X.

BLATNÝ, Marek, URBÁNEK, Tomáš. 2004. Stabilita a změny osobnosti v adolescenci: analýza na úrovni osobnostních typů. *Československá psychologie*, **48**(4), 289-297. ISSN 0009-062X.

CONTE, HOPE R., APTER, Alan. 1995. The Life Style Index: A self report measure of ego defenses. In: *Ego defenses: Theory and measurement*. Publication series of the Department of Psychiatry of Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva

University, No. 10. Oxford, England: John Wiley & Sons. s. 179-201. ISBN 978-0-471-05233-3.

EYSENCK H. J., EYSENCK B. G., Sybil. 1970. *Dotazník EOD-A*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n. p., Bratislava.

JUNI, Samuel. 1998. The defense mechanisms inventory: Theoretical and psychometric implications. *Current Psychology*, **17**(4), 313-332. ISSN 1046-1310.

KÁROVÁ, Šárka, BLATNÝ, Marek, BENDOVIÁ, Marcela. 2009. Psychosociální potřeby zdravých sourozenců onkologicky nemocných dětí aneb "zapomenuté děti". *Československá psychologie*, **53**(2), 149-157. ISSN 0009-062X.

KOUCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří. 2002. Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, **46**(2), 178-183. ISSN 0009-062X.

KOUTEK, Jiří, KOUCOURKOVÁ, Jana. 2007. Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, **51**(1), 72-79. ISSN 0009-062X.

MACEK, Petr, MAREŠ, Jan, JEŽEK, Stanislav, VALÁŠKOVÁ, Magdalena. 2002. Současný výzkum adolescentů: východiska, soubor, metody. In: *VI. Smékal, P. Macek (Eds.), Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister & Principál, edice psychologie, sv. 1, s. 129-146. ISBN 80-85947-83-8.

STEIN D., BRONSTEIN Y., WEIZMAN A. 2003. Defense mechanisms in a community-based sample of female adolescents with partial eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, **33**(4), 343-355. ISSN 0022-3018.

ŠIKL, Radovan, KOUŘILOVÁ, Jana. 1996. Obranné tendence v atribuci. *Československá psychologie*, **40**(4), 315-320. ISSN 0009-062X.

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

Interpersona Sweden AB. Defense Mechanism Test. In: *Interpersona* [online] 4.7.2007 [cit. 12.6.2012] Dostupné z: <http://www.interpersona.se/pdf/dmt.pdf>.

JAKAB, Zsuzsanna, 2011. *Designing the road to better health and well-being in Europe* [prezentace]. Poslední změna 6.10.2011 [cit. 27.4.2012]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf.

KULKA, Jiří. Ego a Self a jejich protekce, defenze či kompenzace (pozitivně psychodynamický přístup) In: *Arcana* [online] 16.11.2005 [cit. 3.2.2012] Dostupné z: <http://www.arcana.cz/texty/problemy-psychotherapie/ego-i-self-a-jejich-protekce-defenze-ci-kompenzace/>.

MKN-10 Základní informace, 2011 [online]. © WHO, © ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). Poslední změna 29. prosince 2011 12:51. [Cit. 10.1.2012]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

psychologies@quick.cz. *Obranné mechanismy ega* [online]. Poslední změna 9.8.2002 17:19 [cit. 11.3.2012]. Dostupné z: http://web.quick.cz/psychologies/obrana_ega.htm.

SOUKUPOVÁ, Tereza, GOLDMANN, Petr, 2008. Zjišťování obranných mechanismů pomocí TAT [online]. In: *Psychologické dny: "Já & my a oni"*. Českomoravská psychologická společnost [cit. 6.4.2012]. Dostupné z: <http://cmps.ecn.cz/pd/2008/pdf/soukupova-goldmann.pdf>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011 [online]. *Roční výkaz o činnosti ZZ, Druh ZZ (obor): praktický lékař pro děti a dorost, Za rok 2011*. Poslední změna 10.10.2011 10:36 [cit. 16.5.2012]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/a041_11.pdf.

World Health Organization, 2011 [online]. © 2007 World Health Organization. [cit. 11.5.2012]. Dostupné z: <http://www.who.cz>.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

1. OBRANNÉ MECHANISMY PODLE TEORIE GEORGIE VAILLANDA	18
2. PSYCHICKÝ STAV ZDRAVÉHO A NEMOCNÉHO ČLOVĚKA	49
3. POČTY HOSPITALIZACÍ PODLE KAPITOL MKN-10.....	59
4. POČTY HOSPITALIZACÍ PODLE DIAGNÓZ Z MKN-10.....	61
5. DVOUDIMENZIONÁLNÍ KLASIFIKACE OSOBNOSTI.....	72
6. OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZY H1 – T-TEST PRO NEZÁVISLÉ VÝBĚRY	76
7. OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZY H1 – POPISNÉ STATISTIKY SOUBORŮ	78
9. OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZY H2 – KORELAČNÍ ANALÝZA EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINY	82
10. OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZY H2 – KORELAČNÍ ANALÝZA KONTROLNÍ SKUPINY	84

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1: CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ.....	I
PŘÍLOHA 2: KLASIFIKACE NĚKTERÝCH NEMOCÍ.....	II
PŘÍLOHA 3: VLASTNÍ DOTAZNÍK.....	IV
PŘÍLOHA 4: VYSVĚTLENÍ POLOŽEK VLASTNÍHO DOTAZNÍKU.....	VII

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1: CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ

1. Děti mají být přijímány do nemocnice pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma, nebo při denní hospitalizaci.
2. Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce.
3. Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům a ti by měli být podporováni v tom, aby zůstali. Pro rodiče by to nemělo být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělků. Aby se mohli podílet na péči o své dítě, měli by být rodiče trvale informováni o chodu oddělení a měla by být podporována jejich aktivní účast.
4. Děti a rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu.
5. Děti a rodiče mají právo na informovanou účast ve všech rozhodnutích týkajících se péče o ně. Každé dítě má být chráněno před zbytečnou léčbou a výzkumem.
6. Děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové potřeby a nemají být přijímány na oddělení dospělých. Pro návštěvníky dětských oddělení by neměla platit žádná omezení, pokud se týká věku.
7. Děti mají mít veškeré podmínky ke hrám a odpočinku a vyučování vhodnému pro jejich věk a stav a mají být v účelném, nábytkem vybaveném a stimulačním prostředí, které má být vybaveno v souladu s jejich potřebami.
8. O děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenosti mu umožňují reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
9. Kontinuita péče by měla být zajišťována týmem pečujícím o děti.
10. S dětmi má být zacházeno s taktem a pochopením a jejich soukromí má být vždy respektováno.

Charta práv hospitalizovaných dětí byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1998.

(Vymětal, 2003, s.378)

PŘÍLOHA 2: KLASIFIKACE NĚKTERÝCH NEMOCÍ

Klasifikace některých nemocí podle MKN-10	
A15	Tuberkulóza dýchacího ústrojí bakteriologicky a histologicky ověřená
A16	Tuberkulóza dýchacího ústrojí, bakteriologicky a histologicky neověřená
A37	Dávivý kašel – pertussis
A39	Meningokokové infekce
A41	Jiná sepse
A51	Časná syfilis
A53	Jiná a nespecifikovaná syfilis
A69	Jiné spirochétové infekce
A84	Virová encefalitida přenášená klíšťaty
A87	Virová meningitida
B15	Akutní hepatitida A
B17	Jiná akutní virová hepatitida
B27	Infekční mononukleóza
B58	Toxoplazmóza – toxoplasmosis
C40	Zhoubný novotvar kosti a kloubní chrupavky končetin
C41	Zhoubný novotvar kosti a kloubní chrupavky jiných a neurčených lokalizací
C49	Zhoubný novotvar jiné pojivové a měkké tkáně
C71	Zhoubný novotvar mozku
C81	Hodgkinův lymfom
C83	Non-folikulární lymfom
C91	Lymfoidní leukemie
C92	Myeloidní leukemie
D16	Nezhoubný novotvar kosti a kloubní chrupavky
D33	Nezhoubný novotvar mozku a jiných částí centrální nervové soustavy
G00	Bakteriální zánět mozkových a míšních plen – bakteriální meningitida – nezařaditelný/á jinam
G03	Meningitida způsobená jinými a neurčenými příčinami
G04	Zánět mozku, míchy a mozku i míchy – encefalitida, myelitida a encefalomyelitida
G35	Roztroušená skleróza – sclerosis multiplex
G40	Epilepsie – padoucnice
G51	Poruchy lícního nervu – nervi facialis
G54	Nemoci nervových kořenů a pletení
G61	Zánětlivá polyneuropatie
G80	Mozková obrna
G81	Hemiplegie
G82	Paraplegie a tetraplegie
G91	Hydrocefalus
G93	Jiné poruchy mozku
I26	Plicní embolie
I33	Akutní a subakutní zánět srdeční nitroblány – endokarditida
I42	Kardiomyopatie
I60	Subarachnoidální krvácení
I61	Intracerebrální krvácení
I80	Zánět žil – flebitida a tromboflebitida
J03	Akutní zánět mandlí – akutní tonzilitida (tonsillitis acuta)
J04	Akutní zánět hrtanu a průdušnice – laryngitis et tracheitis acuta
J06	Akutní infekce horních dýchacích cest na více místech a neurčených lokalizací
J15	Bakteriální zánět plic, nezařazený jinde
J18	Pneumonie, původce NS
J20	Akutní zánět průdušek – bronchitis acuta
J30	Vazomotorická a alergická rýma – rhinitis
J31	Chronická rýma, chronický zánět nosohltanu a hltanu
J35	Chronické nemoci mandlí a adenoidní tkáně

J37	Chronický zánět hrtanu a hrtanu i průdušnice
J39	Jiné nemoci horních dýchacích cest
J40	Zánět průdušek – bronchitida – neurčený jako akutní nebo chronický
J41	Prostá a mukopurulentní chronická bronchitida
J44	Jiná chronická obstruktivní plicní nemoc
J45	Astma
J93	Pneumotorax
J96	Respirační selhání, nezařazené jinde
K30	Dyspepsie
K35	Akutní apendicitida – akutní zánět červovitého přívěsku
K50	Crohnova nemoc [regionální enteritida]
K51	Vředový zánět tračníku – colitis ulcerosa – idiopatická proktokolitida
K56	Paralytický ileus a střevní neprůchodnost bez kýly
K65	Zánět pobříšnice – peritonitida
K85	Akutní zánět slinivky břišní – pancreatitis acuta
M23	Vnitřní poruchy kolenního kloubu
M25	Jiné poruchy kloubů, nezařazené jinde
M32	Systémový lupus erythematodes
M40	Kyfóza a lordóza
M41	Skolióza
M51	Onemocnění jiných meziobratlových plotének
M54	Dorzalgie
M86	Osteomyelitida – zánět kostní dřevě
M91	Juvenilní osteochondróza kyčle a pánve
M93	Jiné osteochondropatie
S02	Zlomenina kostí lebky a obličeje
S06	Nitrolební poranění
S12	Zlomenina krku
S22	Zlomenina žebra (žeber), hrudní kosti a hrudní páteře
S32	Zlomenina bederní páteře a pánve
S36	Poranění nitrobřišních orgánů
S42	Zlomenina ramene a paže (nadloktí)
S72	Zlomenina kosti stehenní – fractura femoris
S82	Zlomenina bérce, včetně kotníku
S83	Vymknutí, podvrtnutí a natažení kloubů a vazů kolena
T06	Jiná poranění postihující více částí těla, nezařaditelná jinam
T07	Neurčená mnohočetná poranění
T29	Popáleniny a poleptání více částí těla
T90	Následky poranění hlavy
T93	Následky poranění dolní končetiny

PŘÍLOHA 3: VLASTNÍ DOTAZNÍK

Před Vámi je dotazník, který je složený z vět, které popisují prožívání v náročných životních situacích. Dotazník je zcela anonymní, nezjišťuje žádné diagnózy ani duševní stavy. Odpovězte prosím na každý výrok podle toho, jak na Vás hodí, jak s ním souhlasíte – zakroužkujte nejvhodnější odpověď pod otázkou. Neexistují tu správné ani špatné odpovědi, mohou se na Vás hodit některé, všechny nebo také žádná položka. Odpovídejte co nejrychleji, příliš nad větami nepřemýšlejte, většinou se na nás nejlépe hodí ta odpověď, která nás napadne jako první. Pokud se nemůžete rozhodnout, jak odpovědět, přikloňte se k jedné odpovědi, nenechávejte otázky prázdné.

Věk:

Pohlaví:

Délka posledního pobytu v nemocnici:

Kolikátá je to hospitalizace?

1. Když mi něco nejde, začnu dělat něco jiného, co ovládám lépe.

Naprostou souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
---------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	-----------------------

2. Když se cítím špatně, pomáhá mi, když se v myšlenkách přesunu někam, kde se cítím lépe.

Naprostou souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
---------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	-----------------------

3. Překážky se nemají přeskakovat, ale ničit.

Naprostou souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
---------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	-----------------------

4. Není-li na řešení problému právě vhodná doba, odložím jej na jindy.

Naprostou souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
---------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	-----------------------

5. Když se mi něco nepovedlo, mohly za to většinou špatné okolnosti.

Naprostou souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
---------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	-----------------------

6. Když mě někdo nemá rád, není to moje chyba, ale jeho.

Naprostou souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
---------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	-----------------------

7. Všechno, co dělám, dělám rád/a.

Naprostou souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
---------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	-----------------------

8. Když mám „špatné“ svědomí, snažím se být hodný/á a pomáhat, abych se nepříjemného pocitu zbavil/a.

Naprostou souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
---------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	-----------------------

9. Často přemýšlím o složitých teoriích nebo abstraktních pojmech, snažím se tak uvažovat o svých problémech.

Naprostou souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprostou nesouhlasím
---------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	-----------------------

10. Řešení problémů často odkládám.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

11. Mám pocit, že lidé jsou často zlí a nenávislní.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

12. Než bych se bránil, vždycky radši ustoupím.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

13. Když s někým mluvím o svých problémech, nechci dávat najevo svoje city.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

14. Nikdy jsem ničeho, co jsem udělal/a, nelitoval/a.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

15. V některých situacích se chovám jako malé dítě.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

16. Málo kdy jsem vyvedený z míry, nepřipouštím si svoje pocity.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

17. Pro spoustu důležitých věcí nemá smysl se trápit.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

18. Mám rád/a všechny lidi na světě.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

19. Když chci něco, co nemůžu dostat, najdu si jinou cestu, jak to získat. I když trochu jiným způsobem.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

20. Když mám udělat něco, co se mi nechce, a musím, hledám rychle jinou činnost, kterou bych dělal/a.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

21. Mám naučené způsoby chování, které neumím změnit, i když mi někdy komplikují život.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

22. Přijal jsem od dospělých i některé vlastnosti, na které nejsem moc pyšný.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

23. Za všechny svoje problémy si můžu sám.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

24. Nic mě nezajímá, nemám chuť se vůbec snažit.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

25. Nikdo na světě mi nedokáže ublížit.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

26. Někdy mám sny i přes den v bdělém stavu.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

27. Když mě něco naštve, někdy to odnesou i ti, kteří s tím neměli nic společného.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

28. Když někoho obdivuji, snažím se napodobovat některé jeho chování nebo přijímat některé jeho názory.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

29. Lidi jsou příliš nezodpovědní a nedůslední, pořád je musím upozorňovat, že to, co dělají, není správné.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

30. Snažím se nemít žádné pocity, abych znovu neprožil/a bolest.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

31. Ničeho se nebojím.

Naprosto souhlasím	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
--------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------	----------------------

Děkuji za Váš čas na vyplnění dotazníku.

Jestliže máte zájem znát výsledky výzkumu nebo i svůj vlastní výsledek v dotazníku, napište mi prosím svůj e-mail zde.

PŘÍLOHA 4: VYSVĚTLENÍ POLOŽEK VLASTNÍHO DOTAZNÍKU

1. Když mi něco nejde, začnu dělat něco jiného, co ovládám lépe. (**kompenzace**)
2. Když se cítím špatně, pomáhá mi, když se v myšlenkách přesunu někam, kde se cítím lépe. (**únik do fantazie**)
3. Překážky se nemají přeskakovat, ale ničit. (**útok**)
4. Není-li na řešení problému právě vhodná doba, odložím jej na jindy (**suprese**)
5. Když se mi něco nepovedlo, mohly za to většinou špatné okolnosti. (**racionalizace**)
6. Když mě někdo nemá rád, není to moje chyba, ale jeho. (**projekce**)
7. Když mám „špatné“ svědomí, snažím se být hodný a pomáhat, abych se nepříjemného pocitu zbavil. (**odčinění**)
8. Často přemýšlím o složitých teoriích nebo abstraktních pojmech, snažím se tak uvažovat o svých problémech. (**intelektualizace**)
9. Řešení problémů často odkládám. (**útek**)
10. Mám pocit, že lidé jsou často zlí a nenávistní. (**projekce**)
11. Než bych se bránil, vždycky radši ustoupím. (**útek**)
12. Když s někým mluvím o svých problémech, nechci dávat najevo svoje city. (**izolace**)
13. V některých situacích se chovám jako malé dítě. (**regrese**)
14. Málo kdy jsem vyvedený z míry, nepřipouštím si svoje pocity. (**izolace**)
15. Pro spoustu důležitých věcí nemá smysl se trápit. (**apatie**)
16. Když něco chci, co nemůžu dostat, najdu si jinou cestu jak to získat, i když trochu jiným způsobem. (**sublimace**)
17. Když mám udělat něco, co se mi nechce, a musím, hledám rychle jinou činnost, kterou bych dělal. (**únik**)
18. Mám naučené způsoby chování, které i když mi někdy komplikují život, neumím změnit. (**fixace**)
19. Přijal jsem od dospělých i některé vlastnosti, na které nejsem moc pyšný. (**introjekce**)
20. Za všechny svoje problémy si můžu sám. (**sebeobviňování**)
21. Nic mě nezajímá, nemám chuť se vůbec snažit. (**apatie, rezignace**)
22. Někdy mám sny i přes den v bdělém stavu. (**únik do fantazie**)
23. Když mě něco naštve, někdy to odnesou i ti, kteří s tím neměli nic společného. (**přemístění**)
24. Když někoho obdivuji, snažím se napodobovat některé jeho chování nebo přijímat některé jeho názory. (**identifikace**)
25. Lidí jsou příliš nezodpovědní a nedůslední, pořád je musím upozorňovat, že to, co dělají, není správné. (**záminková reakce**)
26. Snažím se nemít žádné pocity, abych znovu neprožil bolest. (**disociace**)

Lži skóre:

Všechno, co dělám, dělám rád.

Nikdy jsem ničeho, co jsem udělal, nelitoval.

Mám rád všechny lidi na světě.

Nikdo na světě mi nedokáže ublížit.

Ničeho se nebojím.

