

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

2018

IVANA KŘÍŽOVÁ

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

Attachment jako kognitivní konstrukt u lidí závislých na návykových látkách
a činnostech

Cognitive construct of attachment by addicted people

PhDr. Ivana Křížová

Vedoucí práce:	PhDr. Tereza Soukupová, PhD.
Studijní program:	Psychologie
Studijní obor:	Pedagogická psychologie

2018

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma *Attachment jako kognitivní konstrukt u lidí závislých na návykových látkách a činnostech* vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 11. 9. 2018

.....

Podpis

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce PhDr. Tereze Soukupové, Ph.D. za podnětné rady při vedení. Dále bych ráda poděkovala MUDr. Haně Karbanové, MUDr. Renatě Kovandové, MUDr. Martině Voráčkové, MUDr. Milanovi Šindlářovi, Mgr. Josefovi Krejčímu, Bc. Janě Mirkové a PhDr. Petrovi Goldmannovi za umožnění realizace výzkumu v jejich zařízeních. Zároveň patří mé poděkování i Mgr. Kateřině Lukavské, Ph.D. za pomoc se statistickým zpracováním dat, Mgr. Lucii Micháلكové za pomoc s hodnocením projektivní metody a Mgr. Janu Dobiášovskému za cenné připomínky v průběhu psaní práce. Ráda bych také poděkovala všem blízkým a známým za jejich podporu při psaní práce.

ABSTRAKT

Tato disertační práce se zabývá tématem citové vazby jako kognitivního konstruktů. Jejím cílem je zjistit, zda existuje u lidí se závislostí na návykových látkách a činnostech vztah mezi typem citové vazby a kognitivními konstrukty, které se k ní váží. Práce vychází z teorie o tvorbě osobnostních konstruktů a významů na události v životě jedince. Teoretická část se věnuje popisu citové vazby, kognitivních konstruktů a závislostní problematiky. Empirická část popisuje design výzkumu a analýzu dat. Výzkum byl realizován pomocí výzkumné baterie, která měřila typ citové vazby, raná maladaptivní schémata a kognitivní konstrukty vztahující se k citové vazbě. Výzkumná baterie se skládala z metod Adult Attachment Projective (AAP), Experiences in Close Relationships (ECR) , Young Schemas Questionnaire (YSQ) a nestandardizovaného Dotazníku kognitivních konstruktů (DKK). Výzkumný soubor se skládal z celkem 91 respondentů, výzkumné skupiny složené z respondentů s diagnostikovaným syndromem závislosti a dvou srovnávacích skupin, skupiny respondentů z neklinické populace a skupiny respondentů s psychiatrickým onemocněním. Zjištěné výsledky částečně potvrzují vztah mezi kognitivními konstrukty a typem citové vazby. Zároveň bylo potvrzeno, že shoda měření typů citové vazby dvěma odlišnými metodami je významně vyšší u bezpečného typu citové vazby. Skupina lidí se závislost se jak v typu citové vazby, tak v podobě kognitivních konstruktů, významně odlišuje od obou srovnávacích skupin, neklinická skupina dosahovala významně lepších výsledků, skupina psychiatrická naopak významně horších. Ukazuje se také vliv typu výzkumné skupiny na typ citové vazby i na podobu kognitivních konstruktů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Citová vazba; kognitivní konstrukty; raná maladaptivní schémata; osobnostní konstrukty; syndrom závislosti

ABSTRACT

This dissertation thesis aims to the theme of attachment as a cognitive construct. The purpose is to explore if is a relation between attachment style and the cognitive constructs that are associated with it by addicted people. The thesis is based on on the theory of personal constructs and personal meaning of events in the life of people. The theoretical part describes theory of attachment, cognitive constructs and addiction. The empirical part describes research design and data analysis. To the research was used a research battery that measured attachment style, early maladaptive schemas and cognitive constructs related to attachment. The research battery consisted of Adult Attachment Projective (AAP), Experiences in Close Relationships (ECR), Young Schemas Questionnaire (YSQ) and non-standardized Cognitive Construct Questionnaire (DKK). The research group consisted of 91 probands, probands with addicted disorder, probands with psychiatric disorder and non-clinical population. Results are partly confirmed relation between cognitive constructs and attachment style. It was confirmed that the consensus of measurement of the attachment styles is significantly higher in the safe style of attachment. Addicted probands had significantly differend results in attachment styles and cognitive constructs, the non-clinical group achieved better results, the psychiatric group, on the other hand, significantly worse. I also shows the influence of research group on the attachment style and the form of cognitive constructs.

KEYWORDS

Attachment; Cognitive Constructs; Early Maladaptive Schemas; Personality Constructs; Addiction Disorder

Obsah

I. Úvod	11
II. Teoretická část	13
1. Citová vazba	14
1.1 Definice citové vazby	14
1.2 Vznik teorie citové vazby	14
1.3 Vývoj teoretických konceptů citové vazby	17
1.4 Ontogeneze citové vazby	20
1.4.1 Vývojové fáze	21
1.4.2 Determinující vlivy	23
1.5 Citová vazba v dětství	25
1.5.1 Typy citové vazby	26
1.5.2 Vnitřní pracovní modely	29
1.5.3 Stabilita citové vazby	30
1.6 Citová vazba v dospělosti	30
1.6.1 Typy citové vazby	31
1.6.2 Primární a sekundární citová vazba	33
1.6.3 Aktivace citové vazby v dospělosti	35
1.7. Vliv citové vazby na psychický vývoj	36
1.7.1 Poruchy citové vazby	36
1.7.2 Typy poruch citové vazby	38
1.8 Metody zjišťování citové vazby	41
1.8.1 Metody používané u dětí	41
1.8.2 Metody používané u dospělých	52
2. Kognitivní konstrukt	63
2.1 Osobnost	63
2.2 Kognitivní procesy	64
2.2.1 Vědomí	64
2.2.2 Pozornost	65
2.2.3 Vnímání	66
2.2.4 Paměť	66

2.2.5 Myšlení	68
2.3 Kognitivní teorie související s teorií citové vazby	68
2.3.1 Piagetova kognitivní teorie	69
2.3.2 Bowlby a mentální reprezentace	70
2.3.3 Beck a teorie kognitivního hodnocení.....	71
2.4.4 Kellyho teorie osobních konstruktů	72
2.3.5 Youngova raná maladaptivní schémata	74
3. Závislost.....	76
3.1 Definice závislosti	76
3.2 Psychopatologie závislostí.....	77
3.2.1 DSM V.....	77
3.2.2 ICD-10.....	79
3.2.2.1 Poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek	81
3.2.2.1.1 Akutní intoxikace F1x.0	81
3.2.2.1.2 Škodlivé užívání F1x.1.....	82
3.2.2.1.3 Syndrom závislosti F1x.2	82
3.2.2.1.4 Odvykáací stav F1x.3	83
3.2.2.1.5 Psychotická porucha F1x.5	83
3.2.2.1.6 Amnestický syndrom F1x.6	84
3.2.2.1.7 Reziduální poruchy F1x.7	84
3.2.2.1.8 Duální diagnózy	85
3.3 Prevalence návykových potíží	85
3.4 Typy závislostí.....	88
3.4.1 Látkové závislosti.....	90
3.4.1.1 Charakteristika psychoaktivních látek.....	90
3.4.1.1.1 Alkohol.....	90
3.4.1.1.2 Opioidy	92
3.4.1.1.3 Kanabinoidy.....	94
3.4.1.1.4 Stimulancia	96
3.4.1.1.5 Halucinogeny.....	97
3.4.1.1.6 Tabák	98
3.4.1.1.7 Léky	99
3.4.1.1.8 Těkavé látky.....	100

3.4.2 Nelátkové závislosti.....	100
3.4.2.1 Patologické hráčství	102
3.4.2.2 Kleptománie, pyrománie, trichotylománie	103
3.4.2.3 Další behaviorální závislosti	104
3.5 Fáze vývoje závislosti.....	105
3.6 Vznik závislosti.....	107
4. Osobnostní a kognitivní charakteristiky u lidí se závislostí	112
4. 1 Osobnostní charakteristiky.....	112
4. 2 Citová vazba.....	113
4.3 Kognitivní konstrukt	117
III. Empirická část.....	124
1. Cíle výzkumu.....	124
2. Výzkumné otázky.....	126
3. Výzkumný soubor	130
3.1 Charakteristiky výzkumného souboru.....	132
4. Použité metody	138
4.1 AAP (Adult Attachment Projective).....	138
4.2 ECR (Experience in Close Relationships)	139
4.3 YSQ (Young Schemas Questionnaire).....	140
4.4 Dotazník kognitivních konstruktů citové vazby.....	140
5. Realizace výzkumu	142
5.1. Etické otázky.....	142
5.2 Zpracování dat.....	144
6. Výsledky výzkumu	148
6.1 Zpracování dat.....	148
6.2 Výsledky.....	148
6.2.1 Výzkumná otázka č. 1	148
IV. Diskuse	188
1. Diskuse výsledků	188
1.1 Limity práce	197
V. Závěr.....	199
VI. Seznam literatury	201
VII. Přílohy	Chyba! Záložka není definována.

1. Seznam zkratk	Chyba! Záložka není definována.
2. Seznam příloh.....	Chyba! Záložka není definována.
3. Metody sběru dat.....	Chyba! Záložka není definována.
1.1 Příloha č. 1 - Dotazník ECR.....	Chyba! Záložka není definována.
3.2 Příloha č. 2 - Dotazník YSQ	Chyba! Záložka není definována.
3.3 Příloha č. 3 - Demografický dotazník.....	Chyba! Záložka není definována.
3.4 Příloha č. 4 - Dotazník kognitivních konstruktů citové vazby.....	Chyba! Záložka není definována.
4. Etické aspekty výzkumu	Chyba! Záložka není definována.
4.1 Příloha č. 5 - Žádost o možnost realizace výzkumné studie.....	Chyba! Záložka není definována.
4.2 Příloha č. 6 - Souhlas etické komise s realizací výzkumu	Chyba! Záložka není definována.
4.3 Příloha č. 7 - Informovaný souhlas pro respondenty výzkumu	Chyba! Záložka není definována.
5. Ukázka sesbíraných dat.....	Chyba! Záložka není definována.
5.1 Příloha č. 8 - Protokol AAP.....	Chyba! Záložka není definována.
5.2 Příloha č. 9 - Protokol DKK.....	Chyba! Záložka není definována.
6. Příloha č. 10 - Evidenční list.....	Chyba! Záložka není definována.

I. Úvod

„Nežijeme z věcí, ale z jejich smyslu“

Antoine de Saint-Exupéry

První vztah, který člověk v životě navazuje, bývá vztah s matkou. **Kvalita navázaného vztahu má poté dominantní vliv na jeho další život.** Míra, s jakou dítěti matka naplňuje jeho základní psychické potřeby a jak mu dává najevo svou lásku a péči, mívá výrazný vliv na jeho další psychický vývoj. I na to, jakým způsobem bude v budoucnu navazovat **vztah k ostatním lidem, ale také k sobě a ke světu.** Zároveň ale nezáleží jen na tom, jakou člověk dostal do života výbavu nebo jak dobře mu rodiče v raném dětství naplnili jeho základní potřeby, ale **vliv má i to, jakým způsobem člověk začne o světě přemýšlet,** jaké postoje si k němu vytvoří, jaké hodnoty bude zastávat a jak se nakonec reálně bude chovat. Myšlenky, které si člověk vytvoří a podle kterých se následně chová, mohou mít na jeho život stejně tak výrazný vliv jako jsou prediktory, které dostal v dětství od svých rodičů a které nemohl ovlivnit. Svě myšlenky naopak již ovlivnit může a ty mohou být ve shodě s jeho reálnými zážitky nebo také mohou být od jeho reálných zážitků odlišné.

Právě **vztah mezi myšlenkami, které si člověk utváří o vztahu se svou attachmentovou figurou a kvalitou citové vazby k ní,** je tématem, které bych ráda prozkoumala. Cílem práce je zjistit, zda se **u lidí, kteří jsou závislí na návykových látkách či činnostech,** vyskytují odlišnosti v typu citové vazby a zároveň kognitivním zpracováním vztahu k attachmentové figuře. V teoretické části práce se věnuji popisu citové vazby, kognitivních konstruktů a závislosti. V empirické části uvádím design výzkumu, analýzu dat a zjištěné výsledky. Ty následně propracovávám s literaturou v diskusi.

Při výběru tématu této práce mě nejvíce ovlivnilo mé zaměstnání psychologa na psychoterapeutickém oddělení pro závislé v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Tam jsem si všimla časté tendence pacientů odpojovat se kognitivně od svých prožitků a výraznou tendenci popisovat situace a vztahy ze svého života neproblémově a idylicky, což bylo v přímém rozporu s interpretacemi, které u mě vznikaly při pozorování jejich chování a sledování popisu událostí z jejich života. Začala jsem proto v literatuře hledat vysvětlení raného vztahu závislých a kognitivních schémat a reprezentací, které z nich mohou být vzniklé a které zároveň poté mají výrazný vliv na jejich fungování v životě. Zjistila jsem, že toto téma není aktuálně příliš prozkoumáno a že existuje pouze několik málo výzkumů, které se snaží propojit kognitivní teorie s jinými oblastmi. Proto jsem se rozhodla toto téma hlouběji prozkoumat. Cílem je zjistit, **zda lidé se závislostí vykazují některá specifika v jejich kognitivním zpracování citové vazby k attachmentové figuře**. Zároveň doufám, že by případná zjištění mohla pomoci v psychoterapeutické práci se závislými a v budoucnu tak mohla být i prakticky využita ve prospěch pacientů či klientů.

II. Teoretická část

V teoretické části postupně představím tři teoretické okruhy, ze kterých tato disertační práce vychází. Budu se věnovat teorii citové vazby, ve které popíši její definici, vývoj teoretických konceptů, ontogenezi, podobu citové vazby v dětství a dospělosti, vlivy citové vazby na psychický vývoj a metody zjišťování citové vazby u dětí i dospělých. V části věnované kognitivním konstruktům nejdříve popíši obecné kognitivní procesy a jejich vztah k osobnosti člověka a následně se budu věnovat pěti kognitivním teoriím, které s teorií citové vazby souvisí nebo se kterými v této práci budu pracovat, konkrétně teorii Piagetově, Bowlbyho, Beckově, Kellyho a Youngově. Následně se budu věnovat popisu charakteristik, které se týkají závislosti, a to definici závislosti, psychopatologii konkrétních návykových nemocí, typům závislosti a charakteristikám jednotlivých návykových látek a činností, prevalenci návykových potíží, fázím vývoje závislosti a teoriím vzniku závislosti. V poslední části následně představím výzkumy, které budou propojovat všechny tři předchozí části a které se budou věnovat výzkumům citové vazby nebo kognitivních konstruktů u lidí se závislostí.

1. Citová vazba

1.1 Definice citové vazby

Jako **teorii attachmentu** označujeme **vývojový model**, který pracuje s konceptem potřeby dítěte **citově se vázat** na matku nebo jinou blízkou pečující osobu. Dle Bowlbyho (2010) se jedná o specifické pouto, které se vytváří mezi dítětem a jeho nejbližším pečovatelem, nejčastěji matkou. Toto pouto vzniká na **vrozeném programu** potřeby dítěte citově se navázat na matku, být v její blízkosti a zajistit si jejím prostřednictvím pocit bezpečí a zajistit si obstarání základních životních potřeb. Zároveň prostřednictvím pouta k matce dítě získává prostor, ve kterém se může vyvíjet i jeho **psychická organizace** a vztahování se k druhým lidem.

K termínu attachment existuje více pojmů. Je možné používat anglický termín **attachment**, nebo jej lze užívat v přeložené podobě jako citová vazba, vztahová vazba, attachmentová vazba, vazba, přilnutí, připoutání či přimknutí. Všechny tyto pojmy se používají **ve shodném významu**.

Vrtbovská (2010) dodává, že pojmově je teorie citové vazby výrazně emočně zabarvena. Píše, že s pojmem „citové“ pouto se v naší představě pojí přítomnost druhého člověka a tato přítomnost v nás může vyvolávat prožitek příjemných, ale i nepříjemných pocitů. Jedná se tedy o vazbu, která výrazně ovlivňuje náš emoční a prožitkový svět.

1.2 Vznik teorie citové vazby

Teorie citové vazby vznikla v roce 1969 a jejím zakladatelem je **John Bowlby**, který na ní pracoval společně s **Mary Ainsworth**.

John Bowlby se narodil 26. února 1907 v Londýně. Jeho otec byl válečný lékař, kterého Bowlby vnímal jako uzavřeného a nepřístupného, stejně tak jako svou matku, která se snažila držet tradiční anglické výchovy a děti příliš nerozmazlovávat. Velmi blízká byla Bowlbymu jeho chůva, která však v jeho čtyřech letech rodinu opustila, což Bowlby velmi

špatně nesl a její ztráta následně ovlivnila jeho odborný zájem. V sedmi letech zároveň začal Bowlby navštěvovat internátní školu, ve které opět špatně nesl odloučení od rodiny. V 21 letech začal pracovat jako dobrovolník v Priory Gate, které bylo zařízení pro delikventní mládež ve věku mezi čtyřmi a osmnácti lety. Bowlby si zde všiml, že mnoho dětí s problémovým chováním bylo silně psychicky deprivovaných nebo zažilo v raném věku ztrátu matky. O dva roky později začal studovat medicínu na Univerzitě v Londýně. Po dokončení studia nastoupil v roce 1933 jako lékař na psychiatrické oddělení pro dospělé v Maudsley Hospital. Byl přijat do psychoanalytických studií British Psychoanalytic Society, které dokončil v roce 1937. Během své praxe začal Bowlby vést organizaci evakuačních programů během války a zasazoval se o to, aby předškolní a mladší děti byly evakuovány společně se svými matkami. Později začal vést dětské oddělení v Tavistock Clinic a začal vést výcvikový program zaměřený na dětskou psychoterapii. Postupně se Bowlby více a více věnoval zkoumání vlivu raných ztrát na psychický stav dětí a začal vytvářet teorii attachmentu. Ta byla psychoanalytickou společností odmítnuta, protože soudobá psychoanalytická teorie předpokládala, že k vazbě dítěte na matku dochází z pudových vlivů, zejména vazby na prs jako na zdroj potravy. Bowlby zemřel 2. září 1990 a během svého života napsal více než 150 publikací. Z nejvýznamnějších je třeba zmínit *Maternal Care and Mental Health* (1951), *The Nature of the Child's Tie to his Mother* (1956), *Separation Anxiety* (1959), *Grief and Mourning in infancy and early childhood* (1960) a *Attachment and Loss* (1969) (Bretherton, 1992; John Bowlby in Famous Psychologist.org).

Mary Ainsworth se narodila 1. prosince 1913 v Ohio jako nejstarší ze tří dětí. V patnácti letech jí výrazně ovlivnila publikace Williama McDougala *Character and Conduct of Life* a rozhodla se, že se stane psycholožkou. V roce 1929 začala studovat psychologii na Univerzitě v Torontu. Studia zakončila v roce 1939 disertační prací, ve které se zabývala pojetím potřeby bezpečí ve vztahu. S Bowlbym se Ainsworth seznámila při svém pobytu v Londýně a začala společně s ním studovat vliv separace dítěte na jeho psychický vývoj, ve spolupráci pokračovali až do Bowlbyho smrti. V polovině 50. let odjela Ainsworth na svou první výzkumnou studii do Ugandy, kde 9 měsíců sledovala 26 rodin s dětmi ve věku 1 – 24 měsíců. V roce 1963 realizovala další výzkumnou studii v Baltimoru, na jejímž

základě vytvořila se svými spolupracovníky nástroj k měření typu attachmentu – Infant Strange Situation (ISS). Ainsworth (1962) přišla také s termínem mateřská deprivace, který v jejím pojetí neznamena pouze chybění mateřské péče, ale také interakce s matkou, která zahrnuje různé nežádoucí jevy, jako například odmítání, krutost, ale i přílišná shovívavost. V letech 1977 – 1979 vedla Society for Research in Child Development. V roce 1998 byla vyznamenána za významný vědecký přínos Americkou psychologickou asociací. Zemřela 21. března 1999. Mezi její nejvýznamnější publikace patří Deprivation of Maternal Care (1962), Infancy in Uganda (1967) a Patterns of Attachment (1978) (Bretherton, 1992; Mary Ainsworth in Famous Psychologist.org).

Teorie citové vazby **stojí na třech teoretických základech**. Prvním z nich jsou **psychoanalytické teorie**, ze kterých Bowlby vycházel a které mu ukazovaly význam raných zkušeností na pozdější psychický vývoj člověka. Druhým základem jsou **etologické experimenty** Lorenze a Harlowa, které představovaly vrozený program přimknutí se mláděte k matce, aby si zajistilo větší pravděpodobnost přežití. A třetím základem jsou **Piagetovy kognitivní teorie**, které předpokládají, že citová vazba se následně organizuje do mentálních reprezentací. Bowlbyho teorie citové vazby je tak výsledkem interakce psychoanalýzy, etologie a kognitivní psychologie.

Teorie attachmentu stojí na výzkumně ověřené skutečnosti, že **kvalita prvotních interakcí** mezi dítětem a matkou má podstatný vliv na formování citové vazby k ní a také na rámcovou podobu pozdějších vztahů dítěte k dalším blízkým osobám. K těmto osobám, které Bowlby nazývá jako attachmentové figury (Bowlby, 2010) si dítě vytváří specifickou vazbu pomocí vrozeného repertoáru **přimykavého chování**. Přimykavé chování (Fonagy, 2005) zahrnuje úsměv, broukání, pláč a natahování končetin a jeho cílem je přimět attachmentovou figuru k poskytnutí péče a blízkosti. Na základě této první zkušenosti se vztahem k matce si dítě vytváří **vzorce**, podle kterých se pak v citové oblasti orientuje a podle kterých volí strategie při nakládání s emocionálním stresem. Citové

navázání se dítěte na rodiče také dítěti umožňuje využívat rozvinutější psychiky rodiče a uspořádat podle toho i vlastní psychické procesy.

1.3 Vývoj teoretických konceptů citové vazby

Teorie citové vazby vzešla ze tří odborných disciplín, jak již bylo zmíněno dříve. Nicméně vztahem mezi dítětem a matkou se psychologie zabývala ještě před vznikem teorie attachmentu. Jednalo se zejména o některé psychoanalytické přístupy. Jeden z prvních, který se zabýval tím, jak ovlivňují rané zážitky dítěte s matkou jeho pozdější vývoj, byl **Sigmund Freud**. Ten vztah kojence k matce vnímal zejména z hlediska orální fixace na prs jako na zdroj potravy, která poskytuje libé pocity. V pozdějším věku dítěte se Freud zaměřil zejména na vztah rodiče a dítěte z pohledu psychosexuálního vývoje. Mezi další psychoanalytiky, kteří se zabývali vztahem dítěte a jeho pečovatele, byl **Erik Erikson**, který pojmenoval první fázi života dítěte jako období, kdy se na základě interakce s nejbližším okolím formuje základní důvěra ke světu. Dále **Margaret Mahlerová**, která se zaměřila na zmapování míry symbiózy a autonomie dítěte jako procesu vývoje osobnosti dítěte a procesu separace od matky a individuace dítěte. **René Spitz** ve shodě s attachmentovou teorií popsal stádia vývoje objektu, tedy stádia schopnosti rozlišovat druhé lidi jako odlišné a samostatné objekty. Určil, že zhruba do 3. měsíce mluvíme u dítěte o tzv. preobjektálním stádiu, do 7. měsíce o stádiu předběžného objektu a od 8. měsíce o stádiu objektálním, kdy v tomto stádiu je dítě navázáno na matku jako na specifickou osobu, vytváří si k ní specifický vztah a v tomto období má **největší strach z cizích lidí**. Jeho teorie se poměrně výrazně překrývá s fázemi vývoje attachmentu u Ainsworth.

Teorie citové vazby (Fonagy, 2003) byla jednou z formujících myšlenek nového psychoanalytického směru, teorie objektních vztahů. Tu založil **Donald Winnicott** společně s **Ronaldem Fairbairnem a Johnem Bowlbym**, když se odtrhli od kleinovské psychoanalytické tradice. Teorie objektních vztahů byla první z psychoanalytických teorií, která začala akcentovat význam vzájemného vztahu a vzájemné interakce pro další vývoj dítěte. Fonagy (2003) udává, že teorie objektních vztahů pracuje s představou, že těžké duševní potíže vznikají ještě v předoidipovském období na základě interakce mezi

dítětem a matkou, kdy poruchy raných vztahů mezi dítětem a matkou se poté projevují ve specifické duševní patologii. Zároveň se tyto rané vztahové zkušenosti, které se reprezentují v podobě vztahových vzorců, mají tendenci opakovat i v pozdějším životě dítěte. Pro teorii attachmentu byla přínosná teorie Donalda Winnicotta, který zkoumal rané vztahy mezi dítětem a matkou a vytvořil pojem **přechodový objekt**¹ a **koncept dosti dobré matky**. Winnicott si všiml, že aby dítě dobře prospívalo a dobře se psychicky vyvíjelo, tak nepotřebuje matku, která dokonale zvládá péči a je vždy dokonale naladěna na dítě, ale že dítě potřebuje, aby matka svou péči zvládala na „dosti dobré“ úrovni, tedy na jakémisi nepodkročitelném minimu, ale nikoliv nutně perfektně. Též Winnicottův pojem **držení**² se pojí k tomu, že pomocí fyzické manipulace a uspokojování jeho fyzických potřeb, jako je jídlo, spánek, teplo a sucho, se vytváří u dítěte pocit bezpečí. Pöethe (2013) dodává, že pokud dítě prožije pocit ztráty matky, tak zažívá tzv. **anihilační úzkost**, což je možné přeložit jako úzkost ze znicotnění, tedy z uvržení vlastní existence v nicotu.

Wilfred Bion navázal na teorii citové vazby v rámci teorie objektních vztahů a přinesl důležitý poznatek o procesu **kontejnování**, který probíhá mezi matkou a dítětem. Dítě vlastně prostřednictvím kontejnování využívá vyvrálejší psychiku rodiče, která mu slouží jako jakási nádoba, kontejner, kam může přemístit své vlastní psychické obsahy, většinou ty, které jsou dítěti nepříjemné a neví si s nimi rady. Osoba, která dítěti slouží jako kontejner, tyto jeho „surové“ obsahy zpracuje a vrací je dítěti již ve zpracované a snesitelné formě a dítě se prostřednictvím druhého učí nakládat se svými psychickými stavy. Pöethe (2013) dodává, že dítě předává matce své negativní „protoemoce“, které matka nejprve musí zaznamenat, rozpoznat je a také uložit do vnitřního psychického prostoru, kontejneru. Následně je dítěti vrací ve srozumitelné a neohrožující podobě.

Důležitá je rovněž teorie **Petera Fonagyho a Mary Targetové** ohledně **mentalizace**. Mentalizace je schopnost reflexe vlastních psychický stavů i stavů druhých lidí. Vytváří se

¹ Objekt, který je zároveň vevnitř i vně psychiky, symbolicky reprezentuje matku v době její nepřítomnosti. „Objevuje se v přechodovém prostoru mezi dítětem a matkou, kde vznikají fantazie, symbolické myšlení a hra. Podmínkou jeho existence je to, aby maminka vůbec byla. Když je daleko anebo je dítěti na blízku příliš zřídka, třetí prostor nevznikne. Podobně nevznikne, když je matka naopak natolik blízko, že se od dítěte nevzdaluje skoro vůbec anebo na tak krátkou dobu, že si ji dítě nemusí přibližovat ani ve svých představách, ani ve hře. V důsledku nemožnosti přehrávat svoje přání a obavy na symbolické úrovni se dítě nenaučí svým pocitům rozumět a ani je regulovat“ (Pöethe, 2013, s. 21)

² Holding

z interakce mezi rodičem a dítětem, kdy rodič zrcadlí dítěti jeho afekty, ale zrcadlí je v takové formě, aby dítě bylo schopno pochopit, že se nejedná o pravý afekt rodiče, ale jen o znázornění jeho vlastního afektu. Jedná se vlastně o schopnost rozpoznání vlastních psychických stavů, jejich porozumění a odlišení je od psychických stavů druhých lidí.

Teorie mentalizace poté společně s modelem Bowlbyho mentálních reprezentací dala vzniknout představě **pracovních modelů**, které jsou kognitivní a emoční mapou pro vnímání a orientaci v sociálních situacích a následnou reakci. Mikulincer (2016) pracovní modely odlišuje od mentálních reprezentací z důvodu, že pracovní modely vnímá jako obohacené i o vnitřní psychické procesy jedince, a ne tedy jako „pouhý“ výsledek kognitivního schématu na základě zkušeností s interakcemi v sociálním světě.

Mezi **další psychoanalytiky**, kteří nějakým způsobem navazovali na teorii citové vazby nebo se věnovali vztahům mezi dítětem a matkou je třeba zmínit také Michalea Balinta³, Heinze Kohuta⁴, Otto Kernberga⁵, Harryho Sullivana⁶, Ericha Fromma⁷ a Stephena Mitchella⁸. Fonagy (2003) dále zmiňuje několik dalších psychoanalytických autorů, kteří zkoumali teorii citové vazby. Karlen Lyons-Ruth vytvořila na základě zkoumání dezorganizované citové vazby **model vztahové diatézy**⁹. Morris Eagle se zabýval otázkou, zda totéž chování matek může být různými dětmi také různě interpretováno a následně vytvářet různé typy a kvality citové vazby. Jeremy Holmes přišel s terapeutickým přístupem BABI¹⁰, který má za cíl napravovat poruchy rané citové vazby. A Selma Fraiberg se zaměřila na práci s předpokladem, že aktuální vztahové potíže mezi matkou a dítětem jsou pokračováním vztahových potíží matky s některou z jejích

³ Práce ohledně roztříštění self na základě chybějícího milujícího objektu

⁴ Představitel a zakladatel psychoanalytického směru Selfpsychologie, přinesl teorii ohledně vlivu interakce matky s dítětem na vznik narcistních poruch

⁵ Práce ohledně štěpení (splittingu) sebe a druhých a zkušeností na dobré a špatné

⁶ Práce ohledně nadměrné úzkosti, která je dána nedostatečnou péčí matky a v pozdějším životě způsobuje psychické potíže

⁷ Práce ohledně vztahování se člověka k sociálnímu světu prostřednictvím asimilace a socializace

⁸ Představitel psychoanalytického směru interpersonální psychologie, práce na téma individuality člověka v rámci vztahů s druhými lidmi

⁹ V dezorganizovaném stylu citové vazby se zvyšuje pravděpodobnost opětovných vztahových traumat

¹⁰ Brief Attachment Based Intervention

attachmentových figur. Fraiberg tak pracovala s předpokladem **generačního přenosu** poruch citové vazby.

Důležitou roli pak hrála teorie attachmentu i **v rodinné terapii**, která stojí na východisku, že zkušenost člověka je ukotvena ve vztahu s dalším člověkem a interakce mezi dvěma lidmi vytváří mentální a behaviorální vzorce, podle kterých následně daní lidé dále fungují. V počátcích rodinné terapie stála Virginia Satirová a Gregory Bateson, kteří vycházeli z teorie attachmentu.

Mezi další teoretická východiska, ve kterých se pracovalo s teorií citové vazby, byla teorie **sociálně-kognitivního vlivu** citové vazby na schopnost učit se. Jejimi autory jsou Gergely a Csibra (in Cassidy, 2008) a pracují s východiskem, že dítě se váže na attachmentovou figuru proto, aby se od ní mohlo naučit, co je ve světě bezpečné, důvěryhodné a jak lze o vjemech přemýšlet a prožívat je.

1.4 Ontogeneze citové vazby

Vývoj citové vazby se vytváří podle typického scénáře a prochází **čtyřmi jednotlivými fázemi**.

Vývoj citové vazby je podle Vrtbovské (2010) procesem, ve kterém se vytváří pozitivní či negativní pocity ke konkrétním osobám. Vrtbovská zdůrazňuje, že to, zda si k určité osobě vytvoříme pocity náklonosti, blízkosti, lásky nebo naopak odporu a strachu, není „naší volbou“, ale jde o proces předchozích zkušeností a interakcí v životě dítěte. Pokud dítě zažívá a zapamatovává si jednotlivé interakce jako příjemné, má poté v budoucnosti tendenci je znovu vyhledávat a naopak. Rané interakce s rodiči a rané vztahové zkušenosti tedy ovlivňují naše budoucí chování v obdobných situacích a mezilidských vztazích.

Vrtbovská (2010) píše, že pro zdravý vývoj dítěte je důležitý pečovatel, který je schopen a ochoten se o dítě postarat a být mu nablízku. Píše, že „dítě potřebuje a intuitivně očekává dobrého rodiče“ (s. 12), podobně jako Winnicott píše o konceptu dosti dobré

matky¹¹. Základním předpokladem zdravého a funkčního vývoje attachmentu je tedy adekvátně reagující pečovatel. Poté je možné, aby se dítě dobře vyvíjelo. Vrtbovská tento princip ukazuje na Eriksonově kole důvěry, které se vytváří v prvním roce života dítěte. Na začátku je potřeba dítěte, která je naplněna rodičem, následně přichází pocit úlevy a vděčnosti dítěte, které posiluje důvěru dítěte v rodiče a ve svět obecně. Tento princip funguje, pokud rodiče přijímají dítě i pokud zlobí a jsou schopni mu v tuto chvíli vyjádřit své přijetí a pozitivní vztah. Pokud rodiče reagují odmítnutím na zlobení dítěte nebo na nějaký jeho afektivní stav, pak dítě cítí stud, úzkost a vinu, který vytváří další nevhodné chování dítěte, na které rodiče opět reagují odmítnutím. Tím se poté vzorce vztahování se fixují.

1.4.1 Vývojové fáze

Citová vazba se vytváří po narození dítěte na základě interakcí s primárně pečující osobou. Vývoj citového pouta k matce probíhá podle určitých vývojových fází.

Ainsworth (1962) vymezila **čtyři fáze vývoje** attachmentu. První týdny po narození lze hovořit o fázi před vznikem attachmentu, kdy se u dítěte i matky objevují především vrozené formy chování, které slouží k uspokojování potřeb dítěte. Ainsworth říká, že v tomto období dítě ještě nerozeznává jednotlivé lidi. První fáze, kterou Ainsworth popsala je nazývána jako fáze asociální¹² a tzv. **nekritické sociability**. Trvá od narození do přibližně 3. měsíce. V tomto období dítě nerozeznává matku jako specifickou osobu, ale reaguje nediferencovaně na všechny lidské figury, které se v jeho okolí vykytují. V tomto období je dítě přednastaveno k vyhledávání sociálního kontaktu a preferenci lidských tváří před jinými vizuálními podněty.

Zaměření na matku jako na konkrétní osobu a vytváření specifického citového pouta k ní, se děje ve druhé fázi, tzv. nerozlišeného, nebo **zárodečného, pouta**¹³. Toto období přichází zhruba ve věku 3. a 4. měsíce a jeho cílem je posilování pouta ke konkrétní osobě

¹¹ The good-enough Mother

¹² Asocial Stage

¹³ Stage of indiscriminate

a schopnost tuto osobu dostatečně odlišit od ostatních. V tomto období se objevuje sociální úsměv a dítě je schopno diferencovat různé objekty.

Kolem 6. a 7. měsíce přichází na řadu fáze, ve které se plně manifestuje citové pouto dítěte k matce. Ainsworth jej nazývá jako **vyhraněná fáze attachmentu**¹⁴. Dítě má silnou potřebu být v kontaktu s matkou a díky rozvíjející se motorice se jí snaží i následovat, například lezením. V tomto období se objevuje typický strach z cizích lidí, někdy také nazýván jako „**úzkost 8. měsíce**“. V případě déleodobější separace v tomto období se může objevit i tzv. Spitzova **anaklitická deprese** (Fonagy, 2005).

V poslední fázi, tzv. cílesměrného nebo **záměrného vztahu a partnerství**¹⁵ se dítě již začíná stávat na matce mnohem nezávislejší a začíná si budovat vlastní autonomii. Vývoj vlastní nezávislosti a autonomie pak následně pokračuje až do dospělosti a začíná touto fází, která se většinou objevuje okolo 4. roku života. Pöethe (2013) dodává, že vztah dítěte a matky je v tomto období již složitější, protože je charakterizován bojem dítěte o kontrolu a o moc, což se manifestuje zejména ve výuce dítěte k čistotě, jídelním návykům, oblékání, denní rutině apod. Pöethe píše, že „chování dítěte už není motivováno pouze strachem ze ztráty existence, čili ze ztráty rodiče, ale **strachem ze ztráty jeho lásky**. Prožívá tak konflikt mezi touhou být rodičem milováno a touhou ovládat a vlastnit jej (Poethe, 2013, s. 49).

V poslední fázi cílesměrného vztahu a partnerství se již dítě začíná stávat na matce mnohem nezávislejší a začíná si budovat vlastní autonomii. Podle Ainsworth se tak děje přibližně od 4. roku. Citová závislost dítěte se postupně v tomto období začíná projevovat k oboustrannému partnerskému vztahu, a ne pouze k syčení potřeb jednoho člověka druhým.

Dle Bowlbyho (2010) lze podobný vývojový sled formování přimknutí k pečovateli vidět i ve zvířecí říši, konkrétně u housat. Ta během prvního dne života většinou nerozlišují objekty a následují libovolný pohybující se předmět. Další den či několik dní již následují jen známý objekt, který při separaci sami aktivně hledají.

¹⁴ Clear Cut Attachment

¹⁵ Goal-corrected partnership

Vývoj citové vazby také probíhá i v oblasti **vnitřních modelů attachmentu**. Na základě těchto raných zkušeností s kvalitou péče a kvalitou interakce mezi matkou a dítětem se vytváří tzv. vnitřní modely fungování attachmentu¹⁶. **Vnitřní model fungování** je kognitivní a emoční struktura, která se vytváří na základě zvnitřnělé zkušenosti s reakcemi primárně pečující osoby. Tato organizace má poté vliv na další psychické struktury dítěte a jeho reagování v běžném životě. Často se také získané vzorce attachmentu předávají z generace na generaci (Brisch, 2011). Zvnitřňování získaných vztahových zkušeností a jejich transformování v model, o kterém lze přemýšlet a jazykově ho uchopit, je dalším důležitým bodem, který si dítě postupně utváří. Tento model se utváří na základě vývoje kognitivních schopností.¹⁷

1.4.2 Determinující vlivy

Determinující vlivy citové vazby můžeme v zásadě rozdělit na dvě. Prvním z nich je **chování dítěte**, které je motivováno zejména vrozeným programem, který jej nabádá k tomu, aby si zajistilo blízkost pečovatele a vytvořilo si k němu citovou vazbu. Druhým z nich jsou **reakce vazebné figury** a její vlastní předpoklady pro vytvoření citové vazby k dítěti.

Zásadním předpokladem vzniku citové vazby je, aby se u dítěte aktivoval program, který je nutí vyhledávat blízkost pečující osoby. Bowlby (2010) poznamenává, že tento program je možné hodnotit jako tzv. **instinktivní chování**. Mezi instinktivní rodičovské chování zvířat patří krmení, olizování a vracení do hnízda. Mezi instinktivní chování mláďat pak patří sání, vyhledávání blízkosti a zvukové projevy. Typické instinktivní chování, které se vztahuje k péči o děti, je možné najít i u člověka. Bowlby (2010) argumentuje, že určité formy chování je u člověka potřeba považovat za instinktivní z toho důvodu, že je možné u lidí všech kultur a ras pozorovat shodné vzorce chování. Podobně je tomu u dítěte. Dítě

¹⁶ Těž vnitřní pracovní modely (dle Clarka), vnitřní modely fungování (dle Bowlbyho)

¹⁷ Podrobněji v kapitole 2

instinktivně vyhledává blízkost pečovatele a vytváří interakce, které mu mají zajistit péči od matky, konkrétně se jedná o pláč, úsměv, natahování končetin, držení a tisknutí rukou. Oproti jiným živočišným druhům je dítě znevýhodněno tím, že po narození poměrně dlouhou dobu není schopno následovat svou matku a je tak na ni plně závislé.

Reakce matky a její schopnost pečovat o dítě je částečně dána také instinktivním chováním. Bowlby (2010) ukazuje na výzkumech myší, že pro objevení se mateřského chování musí být splněno několik kritérií: jednak je to nastavení samice na péči o mláďata, které je dáno vysokou hladinou hormonů po porodu, stimulací matky od mláďat prvních několik dní po porodu a věkem mláďat, neboť po určité době mateřské chování samic spontánně vyhasíná, i když jim jsou dána nová, mladší, mláďata. Je tedy zřejmé, že i u lidských matek je pečující chování aktivováno hormonálními změnami po porodu dítěte a časným nepřerušovaným kontaktem s dítětem, které stimuluje motivaci matky o péči o něj.

Zároveň se ukazuje jako důležitý vliv také **vlastních zkušeností matky s vazbou** na rodiče. Brisch (2011) píše o tom, že se tímto způsobem přenáší attachmentový vzorec z generace na generaci, a to tím, že matka předává dítěti své vlastní vzorce, které získala z kontaktu se svou attachmentovou figurou. Zde již nemluvíme o instinktivním chování, ale o osobnostních dispozicích (získaných i ranou citovou vazbou), podle kterých matka reaguje na potřeby dítěte.

Brisch (2011) mluví v případě citové vazby o interakci mezi „nature a nurture“, která ovlivňuje následnou podobu pouta. A to z toho důvodu, že množství kortizolu¹⁸ v mozku dítěte je výrazně ovlivňováno interakcí matky a dítěte. Tedy, že hormonální poruchy, které následně ovlivňují například různé psychické funkce mohou být způsobeny ranými zážitky, které jsou psychologické, a nikoli biologické, genetické, povahy.

¹⁸ Hydrokortizon, produkován kůrou nadledvin, odpovědný za zvládání zátěže organismu

1.5 Citová vazba v dětství

Citová vazba v dětství je zaměřena především na matku nebo jiného primárního pečovatele. Dítě si k této konkrétní osobě vytváří **velmi silné pouto**, které je důležité pro jeho další vývoj. Dítě vyžaduje přítomnost této osoby a tato **potřeba se aktivuje** zejména v situacích, kdy mu hrozí (domnělé) nebezpečí nebo je dítě od této osoby separováno. V tu chvíli se aktivuje attachmentový systém a dítě reaguje typickými **attachmentovými vzorci chování**, jako je smutek, pláč, vztek a hledání attachmentové figury (Bowlby, 2010). Toto chování slouží k tomu, aby dítě opět obnovilo blízkost primárního pečovatele. Vrtbovská (2010) poznamenává, že se dítě nachází v blízkosti matky, tak se může uvolnit a cítit se bezpečně a v tomto psychickém stavu také může uvolněně fungovat. Kromě fyzické separace matky od dítěte, spouští attachmentový systém také psychická separace, kdy se dítě může cítit být od matky **odstrkováno, nepříjato či odmítnuto**.

Kromě vazby na matku, která je biologicky determinována, si dítě vytváří **vazbu i na další osoby ve svém okolí**. Tuto vazbu poté označujeme jako sekundární citovou vazbu. **Primární citová vazba** je vazba, která se vytváří mezi dítětem a jeho nejbližším pečovatelem v raném dětství. Kvalita této primární vazby poté výrazně ovlivňuje další vazby, které dítě navazuje. **Sekundární citová vazba** se vytváří k dalším osobám, které pro dítě jsou důležité, například otec, prarodiče, sourozenci, vrstevníci, kamarádi a partneři. Brish (2011) udává, že dítě si v kojeneckém věku vytváří vazbu zejména na matku (nebo její náhradu), ale také na další osoby, ke kterým si vyvíjí také určité citové pouto. *„Kojenec si v průběhu prvního roku života vytváří hierarchii různých vztahových osob, které dítě v určitém pořadí vyhledává v souladu s jejich dostupností a mírou prožívaného strachu“* (Brisch, 2011, s. 35). U starších dětí, zejména ve středním dětství, poté potřeba blízkosti matky přestává být tak silná a u dítěte se aktivuje zejména v situacích psychické nepohody, ale dítě si také vytváří vazbu i na další osoby. Ve středním dětství začínají mít důležitou roli zejména **vrstevníci**, ke kterým se dítě také citově váže a vyhledává jejich blízkost (Cassidy, 2008). V adolescenci začínají mít důležitou roli pak zejména **intimní partneři**.

1.5.1 Typy citové vazby

Citovou vazbu v dětství je možné charakterizovat na základě její kvality k primární pečující osobě do několika typů. Typ citové vazby začala první zjišťovat Mary Ainsworth (2015) pomocí testu **Infant Strange Situation** (ISS). Test vytváří situaci, během které je dítě opuštěno matkou a setkává se s neznámou ženou¹⁹. Výzkumníkem je během této situace hodnoceno chování dítěte během separace od matky a po shledání s ní. Ainsworth vytvořila 3 typy citové vazby v dětství. Jedná se o citovou vazbu jistou²⁰ (označovanou také jako typ B), úzkostnou vyhýbavou²¹ (označovanou také jako typ A) a úzkostnou vzdorující²² (označovanou také jako typ C). Později byl Mary Main identifikován čtvrtý typ citové vazby, a to dezorganizovanou²³ nebo dezorientovanou (označována jako typ D).

Bezpečná nebo také **jistá citová vazba** představuje takovou podobu attachmentu, kdy má dítě navázané kvalitní a pevné citové pouto k matce. Toto kvalitní navázání vzniklo tím, že je matka schopna **reagovat na potřeby dítěte**. Dítě, které má vytvořenou bezpečnou citovou vazbu ke své matce má také k dispozici přiměřené strategie pro zvládání emocionálního stresu. *„Bezpečný attachment si vytvoří děti, jejichž rodiče byli emočně dostupní, schopní adekvátně reagovat na signály a potřeby dítěte, vnímaví. V ISS při návratu matky tyto děti okamžitě vyhledaly její blízkost, nechaly se snadno utišit a rychle se vrátily k předchozí činnosti.“* (Vavrda, 2005 str. 53) Vrtbovská (2010) dodává, že dítě s bezpečnou citovou vazbou oslovuje rodiče se svými potřebami a jeho rodiče jsou schopni jeho potřeby dobře uspokojit a jsou citliví k signálům, kterými dává dítě najevo své potřeby, pocity a rozpoložení. Pro zařazení reakcí dítěte k bezpečné vazbě, musí být splněno, že dítě si aktivně hraje v přítomnosti matky, při setkání s matkou po separaci ji radostně vítá, po jeho rozrušení se matkou nechá rychle a snadno utišit a v kontaktu s matkou není přítomen vztek, nevrlost nebo vyhýbání se kontaktu (Ainsworth, 2015).

¹⁹ Podrobněji je test představen v kapitole 1.8

²⁰ Secure

²¹ Insecure avoidant

²² Insecure resistant/ambivalent

²³ Desorganisation

Úzkostná vyhýbavá citová vazba patří mezi nejisté podoby citové vazby a je charakteristická tím, že dítě nezažívá pocit plného přijetí a dostupnosti rodiče a s tímto prožitkem nakládá tak, že své potřeby a pocity potlačuje. Děti s tímto typem attachmentu působí tak, že na přítomnost či nepřítomnost matky téměř nereagují. Jejich způsob nakládání se stresem a s potřebou citové vazby je potlačení těchto potřeb jako preventivní vyhnutí se zklamání z odmítnutí. *„S úzkostným vyhýbavým attachmentem se setkáváme u dětí, jejichž rodiče byli málo emočně dostupní, nedostatečně reagující, chladní, málo vnímaví či necitliví. V ISS jakoby na návrat matky vůbec nereagovaly, prakticky „nehnuly brvou“. I děti s touto formou attachmentu ale reagují na návrat rodiče, což prozrazují fyziologické změny organismu (je možné pozorovat změnu srdečního rytmu). Lze říci, že to, co zmizelo, je signální složka afektu, která je za normálních podmínek komunikována rodiči a naviguje jeho aktivitu ve vztahu k dítěti“* (Vavrda, 2005, str. 56). Vrtbovská (2010) vnímá rodiče dítěte s vyhýbavou vazbou jako „citově nepřítomné“ a **málo vnímavé a citlivé k jeho potřebám**.

Úzkostná vzdorující, nebo také rezistentní, rozporuplná či ambivalentní, citová vazba je charakterizována nejistým a úzkostným připoutáním, které se projevuje **ambivalencí v chování** dítěte vůči matce. U dětí se ve vztahu k matce střídá hněv a náklonnost, dítě často vyjadřuje potřebu blízkosti k matce, ale zároveň tuto blízkost odmítá. *„Úzkostný vzdorující attachment můžeme pozorovat u dětí, jejich rodiče sice byli dostupní, avšak nespolehlivě. V ISS děti intenzivně reagovaly na návrat matky, avšak nedaly se tak snadno utěšit, jakoby utěšení matce znemožňovaly. I proto trval poměrně dlouho návrat k původní aktivitě“* (Vavrda, 2005, str. 55). Vrtbovská (2010) píše, že v chování rodičů těchto dětí je častá **nekonzistentnost**, malé naladění se na potřeby dítěte a uspokojování jeho potřeb podle aktuálních potřeb a pocitů rodičů.

Dezorganizovaná, případně dezorientovaná citová vazba je posledním z typů citové vazby v dětství a rozvíjí se z některých z předešlých typů citové vazby. Typické pro ni je, že citová vazba je naprosto narušená, dítě má vytvořenou patologickou podobu citové

vazby k rodiči a **chybí mu tak strategie pro zvládnání emocionálního stresu**. Často se tento typ vyskytuje u dětí, které byly v dětství týrány, zneužívány, zanedbávány, nebo byly vystaveny nevhodnému výchovnému působení nebo nadměrnému střídání vychovatelů. Dle Vrtbovské (2010) se vlastně jedná o situaci, kdy je dítě vystrašeno rodičem, ke kterému je ovšem biologicky motivováno vytvořit si k němu citové pouto. Místo, aby dítě zažívalo s pečovatelem pocit bezpečí, tak je jím, na základě negativních zkušeností, znepokojeno a vystrašeno. *„V ISS se reakce těchto dětí jeví jako dezorganizovaná a dezorientovaná. Chování, které vykazují v reakci na návrat matky, je často vysloveně podivné. Tyto děti můžeme vidět, jak doslova ztuhnou, neschopné pohybu, vykazují disociační projevy, mohou se k rodiči blížit s odvrácenou tváří, chodit do kruhu, střídavě se blížit a vzdalovat. Je patrné, že jsou jakoby sevřeny v kleštích neřešitelného konfliktu. Toto dezorganizované chování časem vymizí – zhruba do věku čtyř až pěti let. Je nahrazeno organizovaným chováním, za kterým se však skrývají dezorganizované vnitřní pracovní modely“* (Vavrda, str. 57).

Děti starší kojeneckého a batolecího věku, na kterých byly pozorovány základní typy citové vazby, je možné také zařazovat do attachmentových typů na základě toho, jakou podobu má jejich citová vazba. U dětí všech věkových kategorií je možné odlišovat citovou vazbu jistou²⁴ a nejistou. Jednotlivé metody²⁵, které slouží k měření attachmentu u dětí v předškolním, školním či adolescentním věku, vycházejí z attachmentových typů Ainsworth a Main. Typy attachmentu jsou pak popsány například pod pojmy citová vazba bojácná, vyděšená a kontrolující, což odpovídá popsané podobě dezorganizované citové vazby. U ostatních typů vazby můžeme nalézt také odlišné názvy, které ale **odpovídají pojmům** Ainsworth.

²⁴ Též bezpečnou

²⁵ Podrobněji v kapitole 1.8

1.5.2 Vnitřní pracovní modely

Bowlby (in Cassidy, 2008) vnímal vnitřní pracovní modely²⁶ jako **model vnitřní reprezentace**, ve které jsou zhuštěné zkušenosti dítěte s vazbovými figurami a fungováním v sociálním světě. Pöethe (2013) píše, že se jedná o nahromaděnou zkušenost dítěte s osobami, které o něj v raném dětství pečovaly.

Tato nahromaděná zkušenost má poté významný vliv na budoucí fungování dítěte. Důležité je, zda se vnitřní pracovní modely dítěte vytvoří jako **organizované**, nebo naopak jako **dezorganizované**. K prvnímu případu dojde dle Pöetheho (2013) v případě, že chování pečujících osob vůči dítěti je konzistentní a bez výraznějších výkyvů, což umožní dítěti předpovídat další chování pečovatelů a tím také, podle určité organizace, předpokládat i konzistentní chování jiných lidí. To dítěti umožňuje zažívat pocit, že chování druhých lidí je možné předvídat a je možné na něj tedy také konzistentně reagovat a **předpokládat i obvyklou reakci** pečovatele na reakci dítěte.

Velmi důležitá je pro dítě **předpověditelnost různých situací**, které mohou být pro dítě ohrožující. Pokud si dítě vytvoří modely zvládání ohrožujících a stresujících situací, má v budoucnosti připravený algoritmus pro chování, které může emocionální stres snížit a zabránit ohrožení. Brisch (2011) to ukazuje na příkladu toho, že během kojeneckého období se dítě většinou učí, že pokud mu bude hrozit nebezpečí, tak začne plakat a vyhledá svého pečovatele jako svou „bezpečnou emocionální základnu“, která mu charakteristickým způsobem pomůže.

Dle Vrtbovské (2010) jsou vnitřní pracovní modely výsledkem vzájemné interakce dítěte s pečovalí a jejich reakcemi a interakcemi na dítě. Díky tomu si dítě ukládá vnitřní představu, jak znovu nalézt ztracenou vnitřní rovnováhu pomocí pečujících osob a interakcí, které s nimi zažilo. „Postupně se propojuje vnitřní obraz sebe s obrazy ostatních. Jamile se spárují dohromady a opakovanou zkušeností se upevní, vytvoří vnitřní mapu, která bude nadále sloužit jako „návod“ ke kontaktu s druhými“ (Vrtbovská, 2010, s. 33)

²⁶ Internal Working Models

Brisch (2011) dále upozorňuje, že stejně jako se vyvíjí citová vazba s odlišnou podobou a kvalitou pro různé osoby, se kterými dítě přichází do kontaktu, tak se také vyvíjí odlišné vnitřní pracovní modely, které má dítě k dispozici pro konkrétní osoby.

1.5.3 Stabilita citové vazby

Podoba citové vazby a její vnitřní reprezentace je **závislá na interakcích** mezi dítětem a hlavní pečující osobou v raném dětství. Tyto interakce a zkušenosti mají významný vliv, protože představují jakousi niku, ve které následně probíhá další psychický vývoj dítěte a v rámci níž se také organizují modely vztahových zkušeností. **Rané zkušenosti dítěte tak mají determinující vliv na pozdější život.**

Zároveň ale za určitých podmínek je možné měnit reprezentace citové vazby v pozdějším životě. A to zejména, pokud dítě získává i **jiné, pozitivní, zkušenosti s jinými vztahovými osobami**. Tedy, pokud má dítě zážitky pozitivní vazby s otcem, prarodiči nebo partnerem, může se reprezentace citové vazby změnit. Brisch (2011) k tomu dodává, že změna citové vazby se ale mění ve smyslu spíše nejisté nebo spíše jisté vztahové vazby. Markantní změny reprezentace vztahové vazby jsou méně pravděpodobné, nicméně i drobná pozitivní změna v reprezentaci citové vazby může mít pozitivní vliv na prožívání dotyčného jedince.

Zároveň samozřejmě platí, že změny citové vazby probíhají snáze v mladším věku. Čím mladší je jedinec, tím je větší pravděpodobnost, že reprezentace citové vazby nejsou ještě tak pevně zafixované a jsou labilnější s ohledem na nové zkušenosti jedince s interakcemi vztahových osob.

1.6 Citová vazba v dospělosti

Citová vazba dospělého člověka stojí na základech podoby a kvality jeho citové vazby, kterou si utvořil v dětském věku. Kvalita interakcí mezi dítětem a nejbližším pečovatelem výrazně organizuje vnitřní psychický svět dítěte a vytváří modely pro navazování,

vnímání, prožívání, interpretaci, očekávání a chování v dalších vztazích. Proto má citová vazba v dětském věku tak nezastupitelnou a determinující úlohu.

Nicméně v dospělosti attachmentové vazby k primárním pečujícím figurám stále přetrvávají a zároveň se objevují i nové vazbové figury, které nabývají v pozdějším věku stále důležitějšího významu, jako jsou například **přátelské vztahy, partnerský vztah a vztah k vlastním dětem**. Tyto vazby jsou charakteristické také tím, že oproti citové vazbě v raném dětství, kdy bylo dítě příjemcem péče ze strany matky, tak ve starším věku dochází k recipročnímu přijímání a poskytování péče (Mikulincer, 2016).

Citová vazba člověka je charakterizována zejména vnitřními pracovními modely, které reprezentují kvalitu attachmentové vazby a s věkem jedince se tyto vnitřní pracovní modely stávají mnohem komplexnější. U kojenců a batolat jsou obsahem vnitřních pracovních modelů zejména informace ohledně dostupnosti matky a kvality její péče. Jak dítě roste a jak se vyvíjejí i jeho kognitivní funkce, tak se také attachmentové pracovní modely vyvíjejí a zahrnují mnohem více kognitivních a osobnostních procesů. Vytváří se také **širší síť attachmentových vazeb**, která je určitým způsobem hierarchizovaná ve vnitřních pracovních modelech (Cassidy, 2008).

1.6.1 Typy citové vazby

V dospělém věku citovou vazbu posuzujeme a hodnotíme odlišným způsobem než v dětském věku. Vzniklo několik posuzovacích systémů k určení typu citové vazby v dospělém věku.

Jedním z nich je posuzování citové vazby z pohledu stavu mysli dospělého člověka vzhledem k jeho citové vazbě. Tento systém vytvořila Main v roce 1985 a stavy mysli začala měřit svou metodou **Adult Attachment Interview (AAI)**. Typy citové vazby v dospělosti, respektive jejich stavy mysli, stanovila jako bezpečný stav mysli (označovaný jako typ F), zaujatý stav mysli (označovaný jako typ E), opomíjející stav mysli (označovaný jako Ds) a dezorganizovaný stav mysli (označovaný jako U/d).

Bezpečný stav myslí je v Adult Attachment Interview charakterizován koherentní výpovědí a spoluprací probanda při rozhovoru. Proband během rozhovoru o svém dětství oceňuje citové vazby, které měl, cení si mnoha různých navázaných vztahů a situací, které zažil. A zároveň se jeho výpověď zdá jako objektivní a nezaujatá, dovede udat také konkrétní příklady ze svého dětství. Dokáže uvést ze svého dětství, jak pozitivní, tak negativní zážitky, ale zároveň své dětství hodnotí jako veskrze pozitivní. **Opomíjející stav** myslí je v AAI typický tím, že při rozhovoru proband přehlíží citové vztahy a vazby, udává, že pro něj nejsou důležité a odmítá je. Často různé situace zevšeobecňuje, má obtíže udat konkrétní příklady některých situací nebo si ve vyprávění často protirečí. Jeho odpovědi jsou stručné a formální. Proband se **zaujatým stavem** myslí v AAI většinou své vyprávění podává málo koherentně a málo srozumitelně. V jeho vyprávěních se objevuje často zlost, smutek, strach, sebelítost a jiné negativní pocity, kterými je zahlcen. Jeho odpovědi bývají až nadměru dlouhé. Podstatou je, že probandi své vztahy s matkou prožívají jako nešťastné a stále tyto dětské vztahy vnímají jako živé a nedokáží se od nich oddělit. Poslední **dezorganizovaný typ** stavu myslí se v AAI nejčastěji projevuje tak, že při vyprávění o určité ztrátě v dětství nebo jiné náročné situaci proband projevuje zvláštní chování, které bývá v podobě myšlenkových zárazů, přeskakování ve vyprávění, chybějícími informacemi ve vyprávění nebo jeho vyprávění má pseudologický charakter. (Vrtbovská, 2010).

Druhý způsob, jakým lze zkoumat citovou vazbu v dospělosti, vytvořili v roce 1987 **Hazan a Shaver** (Cassidy, 2008). Ti se zaměřili na posuzování citové vazby v kontextu partnerských vztahů a vytvořili sebesposuzovací dotazník **Experiences in Close Relationships**, kterým začali měřit podobu citové vazby k partnerovi. Cassidy (2008) píše, že přístup Hazan a Shavera pracuje s teorií, že vazba mezi partnerskou dvojicí je podobná vazbě mezi dítětem a matkou, jelikož v případě dostupnosti partnera a dostatečného poskytování jeho zájmu a péče, se cítí dotýčný bezpečně a naopak, pokud je partner nedostupný nebo nedostatečně poskytuje zájem a péči, tak to vede k pocitům ohrožení. Hazan (Mikulincer, 2016) stanovila tři typy citové vazby v dospělosti, které se orientují na partnerské vztahy. Jedná se o typ **jistý, vyhýbavý a ambivalentní**. Jistý typ snadno navazuje blízké vztahy. Intimita ve vztahu a blízkost k druhému ho neohrožuje a

zároveň ho neohrožuje ani představa, že by ho druhý opustil. Vyhýbavý typ má obtíže s nadměrnou blízkostí a intimitou ve vztahu a je-li pro něj příliš velká, tak ji vnímá jako ohrožující a omezující. Ambivalentní typ se bojí opuštění ze strany partnera a přál by si větší blízkost a intimitu, než jaké se mu dostává.

Na přístup Hazan a Shavera navázala **Bartholomew**, která vytvořila typologii citové vazby v partnerském vztahu na základě Bowlbyho modelu sebe a druhých. Tedy, zda člověk vnímá sebe jako hodného lásky či nikoliv a zda vnímá druhé jako spolehlivé a dostupné nebo naopak jako odmítavé a nespolehlivé (Mikulancer, 2016). Kombinací vysoké či nízké úzkostnosti ve vztazích a vysoké či nízké vyhýbavosti ve vztazích poté vytvořila Bartholomew čtyři typy citové vazby: **jistá, vyhýbavá, zapletená a ustrašená**. Jistá²⁷ citová vazba má nízkou úroveň vyhýbavosti a nízkou úzkostnost. Je zaměřena na vztahy s druhými lidmi, sama sebe vnímá jako hodné lásky a od druhých lidí očekává, že její potřeby naplní. Vyhýbavá²⁸ je charakterizovaná vysokou vyhýbavostí ve vztazích a nízkou úzkostností ve vztahu k sobě. Vyhýbaví jedinci mají nedůvěru k ostatním lidem a nevěří, že jim druzí lidé mohou naplnit jejich potřeby, sami sebe ale vnímají jako hodné lásky, což řeší tím, že si budují vlastní nezávislost na druhých lidech. Zapletená²⁹ citová vazba je charakteristická vysokou úzkostností ve vztahu k sobě a nízkou vyhýbavostí k druhým lidem. Ti naopak nadměrně vyhledávají vazby s druhými lidmi a stávají se na nich závislí, protože o sobě mají mínění, že nejsou hodni lásky, ale o druhých lidech mají pozitivní mínění a očekávají, že jedině druzí lidé mohou naplnit jejich potřeby. A poslední ustrašený typ³⁰ se vyznačuje vysokou vyhýbavostí ve vztazích a také vysokou úzkostností u sebe. Negativně vnímá sebe i druhé lidi a jeho strategie v oblasti partnerských vztahů bývají nekonzistentní a často narušené.

1.6.2 Primární a sekundární citová vazba

Stejně jako v dětství, tak i v dospělosti lze rozlišovat **primární a sekundární citovou vazbu**. **Primární citová vazba** je vazba, která se vytvořila mezi dítětem a primární

²⁷ Secure

²⁸ Dismissing avoidant

²⁹ Preoccupied

³⁰ Fearful avoidant

pečující osobou a tato vazba přetrvává až do dospělosti. Nejčastěji se jedná o vazbu na matku (a otce), která bývá přítomna v určité podobě i v dospělosti. **Sekundární citová vazba** se začíná vytvářet také v dětském věku a jedná se o vazbu na další osoby, které jsou pro dítě důležité, například na učitele, známé, kamarády, příbuzné a podobně. Způsob vztahování se k sekundárním attachmentovým figurám je často ovlivňován kvalitou vazby k primární attachmentové figuře, přesto může kvalitní sekundární citová vazba „dosytit“ i některé potřeby, které primární citová vazba nebyla schopna naplnit, pokud je sekundární citová vazba pro jedince dostatečně významná, intenzivní a pečující.

Sekundární citová vazba nabývá významu zejména v adolescenci, kdy pro děti začínají být důležití zejména vrstevníci a poté v dospělosti, kdy funkci attachmentové figury začínají plnit zejména sexuální a životní partneři.

Citovou vazbou ve vztahu k partnerským vztahům se začala zabývat zejména Hazan (Cassidy, 2008), která si všimla, že už v období adolescence výrazně vzrůstá preference dospívajících k vyhledávání blízkosti partnera a k obracení se na něj ve chvílích nepohody než k vyhledávání blízkosti rodičů. Jako první se tématu citové vazby v partnerských vztazích věnoval Weiss (Cassidy, 2008), který mluvil o tom, že aspekty dětského vztahu mezi dítětem a matkou lze nalézt i mezi dospělými partnery. Podle Hazan a Shavera (Mikulincer, 2016) lze ovšem nalézt určité podobnosti mezi citovou vazbou dítěte k matce a citovou vazbou mezi partnery, které přispěly ke zkoumání vazby mezi partnerskou dvojicí právě z pohledu teorie attachmentu. Jedná se modely **bezpečné základny**³¹, **bezpečného útočiště**³² a **vyhledávané blízkosti**³³. To znamená, že přítomnost partnera vyvolává u jedince **pocity bezpečí a jistoty**, stejně jako přítomnost matky u dítěte, partnerská dvojice vyhledává blízký, **tělesný, kontakt** mezi sebou, stejně jako jej vyhledává dítě s matkou a v případě pocitů ohrožení či nepohody vyhledává jeden z partnerů druhého, aby zde načerpal pocit jistoty a získal péči od partnera, stejně jako v případě ohrožení dítě vyhledává matku. Tyto modely poté Hazan rozpracovala do

³¹ Secure Base

³² Safe Haven

³³ Proximity seeking

dotazníku WHOTOM. Důležité ovšem je, že ve vztahu matka a dítě je dítě konzumentem péče a matka jeho poskytovatelem, kdežto mezi partnery si oba partneři péči poskytují vzájemně. Podobně jako dospělý člověk poskytuje své matce recipročně určitý druh péče a již jej od ní pouze nepřijímá. Význam partnerských vztahů potvrzuje i Lacinová (2008), která píše, že i krátkodobé partnerské vztahy v adolescenci byly probandy vnímány jako výrazně intenzivní a subjektivně významné.

1.6.3 Aktivace citové vazby v dospělosti

V dětském věku se citová vazba, respektive vazbové chování, aktivuje v situaci, ve kterých se dítě **cítí ohrožené nebo zraněné**. U kojenců a batolat se poté vazebné chování aktivuje ve chvílích, kdy je od primární attachmentové figury odloučeno a vazebné chování poté slouží k přivolání péče od attachmentové figury.

Cassidy (2008) popisuje, že model aktivace attachmentového systému popsal Mikulincer a Shaver a tento model se, podobně jako v dětství, aktivuje, když se **dotyčný člověk cítí nějakým způsobem ohrožený**. Mikulincer popisuje tři modely aktivace citové vazby v dospělosti. Prvním z nich je vyhledávání blízkosti attachmentové figury, pokud se objeví známky nějakého **ohrožení nebo nepohody**, které následně aktivuje systém citové vazby. Druhým je získaný **pocit jistoty a bezpečí** v případě, že je attachmentová figura dostupná a zda reaguje takovým způsobem, který dotyčného člověka dokáže zklidnit. A třetím modelem je stav, kdy je attachmentová figura v případě ohrožení nedostupná nebo nedostatečně pečující, což vytváří u dotyčného **strategii deaktivace nebo strategii hyperaktivace**. Deaktivační strategie poté má za následek vyhýbavé chování a hyperaktivační má za následek nadměrné sledování možných známek ohrožení. Hyperaktivační strategie se následně nejčastěji pojí se zapleteným typem citové vazby, kdežto deaktivační strategie s vyhýbavým typem.

Zároveň s aktivací systému citové vazby se **aktivují i vnitřní pracovní modely**, které má daný jedinec na základě své zkušenosti vytvořené. Tyto vnitřní modely citové vazby jsou zvnitřnělé představy a modely vztahování se k druhým lidem a toho, jak se k dotyčnému

vztahují druzí lidé. Obsahují také informace o tom, jak je možné nakládat s emocionálním stresem a zda je dotyčný člověk schopen tento stres unést a vyřešit situace, které k němu vedou. Stejně pracovní modely mohou přetrvávat z dětství do dospělosti, ale mohou se také měnit, v závislosti na zkušenostech, které jedinec během svého života ve vztazích získává, ale také **jak jednotlivé vazebné situace v pozdějším věku interpretuje** (Cassidy, 2008).

1.7. Vliv citové vazby na psychický vývoj

O důležitosti kvalitní citové vazby na zdravý vývoj psychiky dítěte mluví už Bowlby (2010). **Citová vazba je prototypem všech dalších vztahů, včetně vztahu k sobě.** V rámci systému citové vazby poté probíhá další vývoj psychických funkcí. Pokud je vazbový systém od začátku narušen a vyvíjí se dezorganizovaně, pak se i další psychické funkce vyvíjejí často na základě dezorganizovaných vzorců, což dítěti působí potíže v dalším životě.

Dítě tak potřebuje pro svůj zdravý vývoj, aby mělo jednu stálou osobu, která o něj pečuje a jejíž péče odpovídá potřebám dítěte. Aby se dítě mohlo cítit bezpečně, musí mu tento pocit bezpečí nejdříve někdo zprostředkovat. Jedná se o tedy o vazbu, která je u člověka důležitá nejen z hlediska zvýšení pravděpodobnosti přežití, ale především proto, že má výrazný vliv na psychické aspekty dětského vývoje.

1.7.1 Poruchy citové vazby

Poruchy citové vazby v raném věku vznikají zejména na podkladě **traumatických zkušeností se vztahem k attachmentovým figurám.** Tedy osobám, které mají poskytovat bezpečí a ke kterým je dítě biologicky puženo vytvořit si silnou citovou vazbu, ale které zároveň dítě nějakým způsobem děsí nebo nedostatečně reagují na jeho potřeby. Vrtbovská (2010) píše, že u dětí s raným traumatem dochází k nespecifickým změnám na mozku, které způsobují následně poruchy v kontrole impulsů, poruchy emocionality a poruchy schopnosti regulovat své afekty, což dítě v jeho životě výrazně znevýhodňuje. Problematické je, že děti, které se v důsledku poruch citové vazby chovají

odlišně od svých vrstevníků a které se chovají způsobem, který je náročný pro jeho okolí, poté vzbuzují reakce, převážně odmítavé a zlostné, pečovateli a okolí, které dítě často opět traumatizují. Vzniká poté **kruh, ve kterém se dítěti stále potvrzují jeho rané zkušenosti**.

Mimo problematického chování, které děti s poruchami citové vazby vykazují, mluví Vrtbovská (2010) také o tom, že tyto děti obtížně zpracovávají své vztahové zkušenosti do vnitřních pracovních modelů, které jsou jim často méně dostupné než lidem bez vztahových poruch, ale které výrazně ovlivňují jejich další způsob chování. Tyto děti tak odstřihávají od sebe vzpomínky a pocity, které jsou pro ně nepříjemné. *„Myšlenky a emoce postrádají souvislost, somatické vnímání je mimo uvědomované vědomí. Chování je bez vědomé volby, plánování nebo vědomí sebe sama se vyznačuje opakováním“* (Vrtbovská, 2010, s. 57).

Ruppert (2011) dodává, že to, co tvoří traumatickou zkušenost ve vztahu s pečující osobou, je to, že emocionální vzrušení, které vzniká při pocitu ohrožení, není dítě schopno ovládnout a zmírnit. Místo, aby úzkost a emocionální vzrušení ustupovalo a zklidňovalo se, například tím, že dítě cítí blízkost pečující osoby, tak naopak narůstá až ke smrtelné úzkosti.

Medalová (2014) popisuje tzv. **rané maladaptivní vzorce**, které vznikají v souvislosti se zkušeností s péčí attachmentových figur, které nejsou schopny naplnit potřeby dítěte. Jedná se o sebezničující emocionální a kognitivní vzorce, které mají tendenci k opakování. Tyto vzorce vznikají dle Younga (in Medalová, 2014) z důvodu nedostatečného naplnění základních potřeb, traumatizace, nadměrného uspokojování některých potřeb nebo identifikace s nevhodnými vzorci. Mezi tyto vzorce nebo schémata patří například pocity a myšlenky ohledně opuštění, nedůvěry, vlastní méněcennosti, sociálního vyloučení, zranitelnosti, nedostatečné sebedisciplíny apod. Problematické podle Medalové (2014) je, že pokud již tyto maladaptivní vzorce vzniknou, tak **fungují zároveň jako jakýsi filtr reality**, přes který jedinec vnímá události svého života tak, aby posilovaly jeho rané vzorce, a proto jsou také poměrně pevné.

Ne veškeré nestandardní vazebné chování je však nutné vnímat jako poruchu citové vazby. Brisch (2011) to popisuje na příkladu úzkostně vyhýbavého chování, které je vlastně **adekvátní strategií chování na postoje** rodičů. Toto chování naopak dítěti umožňuje zůstat v kontaktu s rodiči a navázat se na ně. Kdežto dezorganizovaný styl chování spíše než strategii chování dítěte v reakci na specifické chování rodičů, představuje stav, kdy si dítě neumí poradit se stresujícími situacemi a nevytvořilo si žádný adaptivní vzorec chování v takových situacích a zároveň mu jeho chování neumožňuje navázat se na rodiče.

Cassidy (2008) popisuje **vývoj vzniku psychopatologie** na základě čtyř charakteristik. Jedním z nich je nejistý attachment, neefektivní způsoby rodičovského chování, vysoká míra zátěžového rodinného prostředí a atypických charakteristik dítěte. Čím více těchto charakteristik se u konkrétního dítěte potká, tím je větší pravděpodobnost, že vznikne určitá psychická patologie dítěte.

1.7.2 Typy poruch citové vazby

Brisch (2011) popisuje několik konkrétních poruch citové vazby. Mluví o absenci vazebného chování, nediferencovaném vazebném chování, přehnaném vazebném chování, tlumeném vazebném chování, agresivním vazebném chování, vazebném chování s obrácením rolí, závislým chování a psychosomatické symptomatice.

Absence vazebného chování podle Brische (2011) vypadá tak, že dítě nevykazuje žádné známky vazebného chování vůči své attachmentové figuře. To znamená, že nevyhledává její blízkost, nijak se k ní nevztahuje, neprotestuje při odloučení od ní a následně pečovatele ani nevídá. Tuto poruchu je možné nejčastěji nalézt u dětí, které jsou vychovávány v ústavním prostředí. Brisch dovádá, že je potřeba tuto poruchu odlišovat od úzkostně vyhýbavé vazby, které však na svého pečovatele orientována je a kde došlo k navázání vazby. Oproti autistickým dětem se absence citové vazby odlišuje tím, že není přítomno poškození vývoje řeči a nejsou přítomny stereotypie v chování a odmítání tělesného kontaktu. Vrtbovská (2010) popisuje tento typ poruchy chování jako strategii

dítěte, které se náhodně a krátkodobě poutá ke zdrojům bezpečí a péče, kterou jsou aktuálně dostupné. V pozdějším věku je tato porucha častou predispozicí pro disociální typ osobnosti.

Nediferencované vazebné chování popisuje Brisch (2011) jako silné citové navázání se na více osob zároveň a nerozlišování mezi nimi. Těmto dětem chybí opatrnost při kontaktu s cizími osobami a nízká míra citového připoutání se k jedné osobě, kterou následně vnímá jako osobu, ke které se chodí ujišťovat. Brisch dodává, že děti s nediferencovanou citovou vazbou nejčastěji vyrůstají v ústavním prostředí nebo se u nich často střídají vychovatelé.

Děti s **přehnaným vazebným chováním** jsou dle Brische (2011) charakteristické tím, že vyžadují až příliš velkou míru připoutání ke své attachmentové figuře a cítí se bezpečně a jistě pouze, pokud jsou v absolutní blízkosti svého pečovatele. S tímto typem attachmentové poruchy se lze setkat například u dětí, jejichž matky trpí úzkostnou poruchou a které si své děti k sobě připoutávají, aby jim také tvořily bezpečnou citovou základnu.

Tlumivé vazebné chování popisuje Brisch (2011) jako vazebné chování, které je při odloučení výrazně ztlumeno a děti tak protestují při separaci od matky jen minimálně. Děje se to zejména tehdy, když se děti naučily vyjadřovat své potřeby vůči rodičům opatrně a příliš nevyžadovat, aby své rodiče neznepokojily.

Agresivní vazebné chování se dle Brische (2011) projevuje přítomností fyzické nebo verbální agrese, kterou si dítě vynucuje kontakt se svými pečovateli a jejich péčí. Brisch dodává, že motivem pro agresivní chování je strach dítěte ze ztráty vazby a nikoli čistě disociální jednání. Na strach ze ztráty vazby poté dítě reaguje vlastní frustrací, kterou uvolňuje pomocí agresivního chování.

Vazebné chování s obrácením rolí vypadá dle Brische (2011) tak, že došlo k otočení rolí mezi dítětem a jeho pečovatelem. V tomto případě dítě poskytuje nadměrnou péči rodiči a rodič se dítětem nechává emocionálně sytit.

Závislé chování v kontextu poruchy vztahové vazby popisuje Brisch (2011) tak, že pokud rodič na nepohodu dítěte reaguje nabídkou určité substituce, např. jídla, hračky, televize, namísto nabídkou tělesného kontaktu, pak se dítě naučí na svou vnitřní nepohodu reagovat hledáním jiné substituce. Což v pozdějším věku může vyvolat závislost na návykových látkách, workoholismus, vztahovou závislost nebo potřebu vyhledávat jakoukoli bezcílnou aktivitu. Ohledně závislosti jako výsledku poruchy citové vazby mluví Wolt (2017) jako o kompenzaci nepříjemných pocitů, které nemohou být zvládnuty v rámci vztahových vazeb k jiným osobám.³⁴

Psychosomatickou symptomatiku vysvětluje Brisch (2011) jako somatickou reakci dítěte na nedostatečnou míru připoutání k attachmentové figuře a nedostatek její kvalitní péče. Na tuto attachmentovou poruchu pak nereaguje dítě změnou vazebného chování, jak bylo zmíněno výše, ale různými psychosomatickými obtížemi.

Poruchy vztahové vazby v dětství přetrvávají často až do dospělosti. Pokud jedinec nezíská během svého pozdějšího vývoje jinou attachmentovou figuru, která je schopna dosytit jeho psychické potřeby, rozvíjí se porucha citové vazby do některé z duševních nemocí. Na nápravu poruch citové vazby cílí různé psychotherapeutické přístupy, např. Attachment-Based Family Therapy, Emotionally Focused Family Therapy (Cassidy, 2008), které se snaží zamezit rozvoji poruch attachmentu v některou z psychiatrických diagnóz.

Cassidy (2008) mluví o tom, že nejistě připoutané děti se nejčastěji potýkají v budoucím životě s různými **typy neurotických obtíží**. Kdežto děti, které mají narušenou citovou vazbu poté mívají často potíže zejména **z oblasti poruch osobnosti a chybějících copingových strategií**. Levy (2005) zmiňuje, že nejčastěji bývá s ranými attachmentovými traumaty spojována **hraniční porucha osobnosti, disociální porucha osobnosti a vyhubá porucha osobnosti**. U všech tří se jedná o poruchy osobnosti, které vznikají v raném věku. Ruppert (2011) dodává, že u hraniční poruchy osobnosti je typický chronický pocit vnitřní prázdnoty, který vznikl z narušených citových vazeb, u

³⁴ Podrobněji v kapitole 3

vyhýbavé poruchy osobnosti jsou přítomny trvalé a všepřonikající pocity úzkosti, kdy attachmentová figura nebyla schopna zpracovat dětské pocity úzkosti a naučit dítě se těchto pocitů zbavovat.

1.8 Metody zjišťování citové vazby

Teorie citové vazby vznikla z mnoha pozorování, která její autoři učinili a na základě kterých si všimli vazbového chování dítěte k pečovateli i jeho odchylek. Aby bylo možné hodnotit podobu citové vazby u dítěte, je nutné mít také nástroje, kterými to lze zachytit.

Tyto nástroje můžeme jednoduše dělit na ty, které jsou používány ke zjišťování citové vazby u dětí a na ty, které jsou používány u dospělých.

U dětí je nutné při měření citové vazby vycházet vždy z věku dítěte, který výrazně ovlivňuje výběr a podobu užívaných metod k měření citové vazby. U nejmenších dětí jsou k dispozici **observační metody**, u starších dětí je již možné využít i **narativní a sebesposuzovací metody**. U dospělých jsou k dispozici zejména metody narativní a sebesposuzovací.

Mimo metod, které byly vytvořeny přímo ke zjišťování podoby citové vazby, můžeme využít i **metod nespecifických**. Tedy takových, které nejsou určeny primárně pro zkoumání typu nebo reprezentace citové vazby, ale lze z nich nespecificky odhalit možnou podobu citové vazby. Jedná se o nestrukturované pozorování dítěte či dospělého v komunikaci s jeho rodiči či partnery, klinicky vedený rozhovor o současném i minulém vztahu s rodiči či partnery a projektivní metody. Míra zjištěných informací o podobě citové vazby³⁵ závisí zejména na zkušenosti výzkumného či klinického pracovníka.

1.8.1 Metody používané u dětí

Metody ke zjišťování podoby citové vazby byly jako první vytvářeny právě pro dětský věk. Prvním takovým testem byl **Infant Strange Situation Test** nebo také Strange Situation

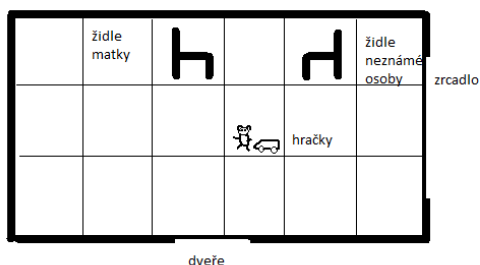
³⁵ Tzv. inkrementální validita

Test³⁶. Jedná se o metodu, která byla vytvořena psycholožkou Mary Ainsworth v roce 1970. Test byl vytvořen jako observační experimentální metoda a sloužil k posuzování blízkých citových vazeb mezi matkou a dítětem. V roce 1970 byly během jednoho roku provedeny čtyři výzkumné studie, které zjišťovaly podobu citové vazby mezi dítětem a matkou na podkladě odloučení od matky v neznámém prostředí a kontaktem dítěte s pro něj neznámou osobou. Tento výzkum je někdy nazýván jako Baltimorská studie (Ainsworth, 2015). Probandy výzkumu bylo celkem 106 dětí ve věku okolo 1 roku věku se svými matkami, které pocházely ze střední bílé vrstvy z okolí Baltimoru, a byli osloveni svými pediatry v soukromé praxi k zapojení se do výzkumu. Při testu se hodnotí reakce dítěte na kontakt s matkou v neznámém prostředí, reakce na separaci od matky, reakce na kontakt s neznámou osobou a reakce na znovuhledání s matkou. Na základě pozorování reakcí a chování dítěte na tyto situace Ainsworth vytvořila tři kategorie attachmentu, jistá, bezpečná vazba a dvě nejisté vazby – úzkostně vyhýbavá a úzkostně vzdorující. Později Mary Main společně s Erikem Hessem vytvořila ještě čtvrtou, dezorganizovanou, vazbu připoutání.

Jak píše Ainsworth (2015) všechny čtyři studie byly provedeny standardizovaným způsobem. ISS bylo realizováno v experimentální místnosti, která byla vybavena jednocestným zrcadlem, za kterým byla observační místnost. Experimentální místnost byla rozdělena do několika zón a každá zóna nesla své číselné označení. Naproti sobě stála židle matky a židle neznámé osoby a každá židle byla postavena v odlišné zóně. V jiné zóně, naproti oběma židlím, byla položena hromada hraček pro batolata, která obsahovala například různé hrací hračky, míče, panenky a plastové hračky. Celý proces byl zaznamenán na videokameru, která snímala dění z observační místnosti přes jednocestné zrcadlo. Personálně byl zajištěn chod studií dvěma pozorovateli, z nichž jeden nahrával videozáznam a zároveň diktoval druhému pozorovateli dění v experimentální místnosti, který jej ihned zaznamenával do písemné formy. Dále se experimentu účastnil hlavní výzkumník, který sledoval dění celého procesu a zajišťoval jeho správný chod, dával pokyny matce a neznámé osobě a v případě potřeby určoval

³⁶ ISS nebo také SST

nutnost zkrácení jednotlivých epizod výzkumu. Neznámou osobou v experimentu byla vždy žena.



Test Infant Strange Situation (Ainsworth, 2015) se skládal **ze čtyř situací**, u kterých se hodnotila podoba a dynamika chování dítěte a jeho vyrovnávání se s jednotlivými situacemi – kontakt dítěte s matkou v neznámém prostředí, separace od matky, kontakt s neznámou osobou v neznámém prostředí a znovushledání s matkou. K separaci s matkou dochází během testu dvakrát. Celý Test je složen z osmi standardizovaných epizod. Ainsworth popisuje epizody takto:

„Epizoda 1. Jedná se o krátkou a úvodní část. Matka a dítě jsou uvedeny do experimentální místnosti. Matce výzkumník ukáže, kam má položit své dítě a kam si poté má sednout. Zároveň je matka instruována, aby své dítě do místnosti vnesla v náručí. Výzkumníci mezitím sledují reakci dítěte na novou situaci a neznámou místnost z matčina náručí. Výzkumník odchází, jakmile dokončil svou instrukci pro matku.

Epizoda 2. Matka pokládá své dítě doprostřed mezi svou židli a židli neznámé osoby, čelem k hračkám. Poté jde ke své židli a čte si (nebo předstírá čtení) časopis. Očekává se, že dítě začne prozkoumávat místnost a začne manipulovat s hračkami nebo jinými objekty. Matka byla instruována, aby nezasahovala do toho, co dítě dělá. Pouze v případě, že by dítě vyžadovalo nějakou její reakci, může reagovat stejným způsobem, jako obvykle v podobné situaci reaguje. Pokud by dítě ani po 2 minutách trvání této části nezačalo prozkoumávat místnost a manipulovat s hračkami, dá výzkumník matce signál zaklepáním na zeď, aby dítě posadila k hračkám a pokusila se vyvolat jeho zájem o ně. Pro tuto stimulaci zájmu je povolena 1 minuta času. Tuto část začíná výzkumník měřit od chvíle, kdy matka položila své dítě na zem a těsně před vypršením 3 minut dá pokyn neznámé osobě, aby vešla do místnosti.

Epizoda 3. Neznámá osoba, kterou dítě nikdy předtím nevidělo, vstoupí do místnosti a řekne matce „ahoj, já jsem cizí (neznámá) žena“. Neznámá osoba si ihned sedá na svou židli a 1 minutu zůstává tiše sedět. Může sledovat dítě, ale neměla by na něj zírat, pokud se zdá, že je její přítomností dítě znepokojeno. Po uplynutí 1 minuty výzkumník zaklepe na zeď a dá tak znamení neznámé osobě, aby začala konverzovat s matkou. Matka byla instruována, aby nezačala mluvit, dokud nezačne konverzaci neznámá osoba. Na konci další minuty dostane neznámá osoba znamení, aby začala mluvit s dítětem. Po 3 minutách dá výzkumník znamení k ukončení epizod, po kterém se matka zvedne, pokusí se nenápadně opustit místnost a svou kabelku nechá na své židli. Je vhodné, aby se matka pokusila vybrat si k odchodu chvíli, kdy se dítě věnuje neznámé osobě nebo hračkám.

Epizoda 4. Výzkumník začíná odměřovat čas v momentě, kdy matka opustila místnost a matka mezitím přichází do observační místnosti. V tom okamžiku začne neznámá osoba zmenšovat intenzitu interakce s dítětem, aby si dítě mohlo všimnout, že je matka pryč, pokud si toho ještě nevšimlo. Pokud dítě pokračuje ve hře nebo prozkoumávání místnosti, neznámá osoba se vrátí na svou židli, klidně sedí a přirozeně reaguje, pokud od ní dítě vyžaduje nějakou reakci. Pokud by dítě brečelo, neznámá osoba může zasáhnout a snažit se odvést pozornost dítěte k hračkám. Pokud by se jej nedařilo zklidnit, může jej neznámá osoba zvednout a mluvit k němu, aby jej zklidnila. Pokud se mu podaří dítě zklidnit, položí ho zpět na zem k hračkám. Pro tuto epizodu jsou povoleny 3 minuty, ale pokud by bylo dítě příliš rozrušeno a nereagovalo na snahu o zklidnění, je možné ji zkrátit. Těsně před vypršením 3 minut dá výzkumník pokyn matce, aby se vrátila zpět do experimentální místnosti.

Epizoda 5. Matka přistupuje k uzavřeným dveřím a promluví dostatečně nahlas, aby ji dítě slyšelo přes dveře. Chvilku počká, otevře dveře, opět chvilku počká, aby umožnila dítěti vzpamatovat se a reagovat nějakým způsobem na její návrat. Matka je instruována, aby následně zklidnila své dítě a poté jej položila zpět k hračkám. Mezitím neznámá osoba tiše odejde. Po 3 minutách, nebo když se zdá, že je dítě již dostatečně zklidněno, dostane matka znamení, aby opustila místnost. Pokud to půjde, pokusí si vybrat okamžik, kdy je dítě zaujato hračkami, vstane, vezme svou kabelku ze židle a jde ke dveřím. Zde se na chvíli zastaví, řekne dítěti „pa pa“, opustí místnost a zavře za sebou dveře.

Epizoda 6. Výzkumník začíná odměřovat čas po matčině odchodu. Pro tuto část jsou povoleny 3 minuty nebo je možné její zkrácení v případě, že by dítě bylo příliš rozrušeno. Pokud dítě silně pláče déle než 1 minutu, je epizoda zkrácena.

Epizoda 7. Těsně před ukončením předchozí části dostane neznámá osoba znamení, aby se vrátila zpět do experimentální místnosti. Než vstoupí, přistoupí ke dveřím a dostatečně hlasitě, aby ji dítě mohlo slyšet, promluví. Poté chvíli počká, vstoupí do místnosti a opět chvíli počká, aby dítě mohlo reagovat. Výzkumník začíná odměřovat čas v momentě, kdy neznámá osoba vstoupí do místnosti. Pokud dítě pláče, může jej neznámá osoba vzít do náruče a pokusit se jej zklidnit. V případě, že je dítě klidné, může jej položit dolů a upoutat jeho pozornost hračkami. Pokud se dítě věnuje hračkám, sedá si neznámá osoba na svou židli. Pokud dítě bude vyžadovat reakci neznámé osoby, může neznámá osoba reagovat přirozeným způsobem. V případě příliš velkého rozrušení dítěte je možné tuto část zkrátit.

Epizoda 8. Těsně před ukončením předchozí části dá výzkumník matce znamení, aby se vrátila zpět do místnosti. Matka otevře dveře, chvilku počká a poté pozdraví své dítě tak, jak to běžně dělá. Poté mluví k dítěti a zvedá ho. Neznámá osoba mezitím tiše odchází.“ (Ainsworth, 2015, s. 36)

Před realizováním výzkumného sezení byla matka instruována o cílech a podobě metody a také o tom, jakým způsobem by měla během testu reagovat a chovat se. Pro výzkumníky vypracovala Ainsworth (2015) také podrobné instrukce, které mají sloužit zejména k zachycení průběhu vyšetření a ke zpracování výsledků. Všichni účastníci výzkumu (pozorovatelé i výzkumník, který provázel ostatní celým procesem) byli trénováni ve školícím kurzu. V první fázi se museli naučit jednotlivé označení částí experimentální místnosti a označení pro kódování jednotlivých reakcí dítěte a matky během procesu. Následně byli školeni v tom, aby se naučili podávat co nejvíce podrobný popis toho, co vidí a také, aby jej byli schopni dostatečně rychle zapisovat, když jim tento popis někdo diktoval. Bylo důležité, aby se pozorovatelé naučili rozpoznávat drobné

rozdíly v reakcích a chování dětí. Byli cvičeni v tom, aby si během pozorování všímali veškeré lokomoce dítěte, jeho držení těla a tělesné orientace, s jakými předměty dítě manipuluje a jakým způsobem, jakéhokoli dotýkání vlastního těla či oblečení, co nebo koho dítě sleduje, směje se a s kým či čím interaguje, veškerých vydávaných zvuků, pláče, vkládání objektů do úst, cucání a žvýkání, jakéhokoli vyhýbavého chování a iniciace chování.

Níže je zachycen způsob kódování jednotlivých projevů během testu (Ainsworth, 2015):

Kódování lokomoce

W = walk (chůze)

Cp = creep on hands and knees (lezení po čtyřech)

Cr = crawl on belly (plazení se)

M = mother (matka)

S = stranger (neznámý člověk)

T = toy (hračka)

D = door (dveře)

CHm = mother's chair (matčina židle)

BAm = mother's handbag (matčina kabelka)

Mi = moves to M at M's invitation (pohyby směrem k matce při jejím přivítání)

Si = moves to S at S's invitation (pohyby směrem k neznámé osobě při jejím přivítání)

Tm = moves to toy being manipulated by M (pohyby k hračce při manipulaci matkou)

Ts = moves to toy being manipulated by S (pohyby k hračce při manipulaci neznámou osobou)

(E) = moves in an exploratory way, even though not to a specific toy or other physical objective (pohyby sloužící k prozkoumávání, které nejsou směřované k hračce či jinému objektu)

W → M = walk to mother (chůze k matce)

Kódování tělesných pohybů

St = stands up (stoupne si)

Sq = squats or stoops (dřepne si nebo se sníží)

L = leans body forward (naklání tělo dopředu)

R = reaches with arms, with body leaning forward (natahuje ruce dopředu současně s tělem)

G = gross motor movement, such as bouncing, rocking, jiggling (hrubé motorické pohyby, jako například skákání, houpání se, kolíbání se)

T = twists (kroutí se)

K = kicks feet (kope nohou)

Si = sits down (sedá si)

Kn = kneels (klečí)

Th = throws self about, thrashes (hází sebou, mlátí sebou)

Cp = gets into a creeping position (jde do plazící pozice)

Rig = becomes rigid, stiffens (stává se netečným, tuhne)

Pi = pivots (otáčí se)

F = falls (padá)

Tělesné pozice

Si = sitting (sedí)

Cp = on hands and knees in a creeping position (na rukou a kolenou v plazící poloze)

P = prone, lying flat on back (leží)

St = standing (stojí)

Sq = squatting or stooping (sedí na bobku)

Kn = kneeling (klečí)

Pohyby rukou

T = touch, without taking hold of or grasping (dotýká se, bez pevného držení či sevření)

F = fingers, fingering while attending to something else (pohyby prstů, i ve chvíli, kdy věnuje pozornost něčemu jinému)

G = grasps or picks up (pevné sevření či sebrání)

FM = fine manipulation, exploring with the fingers, moving parts of an object with the fingers (drobná manipulace, prozkoumávání nějakého objektu prsty)

GM = gross hand movements, such as patting, squeezing, banging, pushing, pulling, throwing, shaking (hrubé pohyby rukou, jako je poplácání, zmáčknutí, bouchnutí, tlačení, táhnutí, házení, třesení)

R = reaching with hands (natahuje ruce)

GMa = an angry push, or angry throwing away (vztekle odltačuje nebo vztekle odhazuje)

Op = offers toy to a person (nabízí hračku osobě)

Ta = takes toy from person (bere si hračku od osoby)

Ge = a gesture with no obvious relationship to a toy or to person (gesto bez zjevného vztahu k hračce nebo k osobě)

Vizuální pozornost vůči

M = mother, either face or body or both (matka, její obličej, tělo nebo oboje)

S = stranger, either face or body or both (neznámá osoba, její obličej, tělo nebo oboje)

Ex = experimenter (výzkumník)

T = toy, or the pile of toys collectively (hračka nebo hromada hraček)

D = door (dveře)

CHm = mother's chair (matčina židle)

BAm = mother's handbag, left behind when she leaves (matčina kabelka, která je nechaná za ní, když matka odchází)

W = one-way-mirror windows (jednocestné zrcadlo)

Ca = camera or cameraman (kamera nebo kameraman)

E = some other aspect of the physical environment (jiný aspekt prostředí)

Det = detached; the baby either is so withdrawn or is crying so hard that he may be assumed not to have visual regard (oddělené, dítě se stáhlo nebo pláče tak silně, že nelze předpokládat žádnou vizuální odpověď)

Ts = toy manipulated, offered, or shown by the stranger (hračka, se kterou nakládá neznámá osoba nebo ji nabízí či ukazuje)

Tm = toy manipulated, offered, or shown by the mother (hračka, se kterou nakládá matka nebo ji nabízí či ukazuje)

Sr = stranger, while she manipulates, offers, or shows a toy (neznámá osoba, když nakládá s hračkou, nebo ji nabízí či ukazuje)

Mt = mother, while she manipulates, offers, or shows a toy (matka, když nakládá s hračkou, nebo ji nabízí či ukazuje)

Lokace

Hm = held by the mother (drženo matkou)

Hs = held by the stranger (drženo neznámou osobou)

Cm = in contact with the mother, but not being held (v kontaktu s matkou, ale nedochází k držení)

Cs = in contact with the stranger, but not being held (v kontaktu s neznámou osobou, ale nedochází k držení)

Kontakty dospělého

P/U = adult picks baby up (dospělý zvedá dítě)

P/D = adults puts baby down after holding him (dospělý pokládá dítě poté, kdy jej drží)

H = adult holds the baby (dospělý drží dítě)

M = adult moves the baby from one location to another without picking him up (dospělý přemísťuje dítě z jedné lokace do druhé bez jeho zvedání)

H/O = one adult hands the baby over to another adult (jeden dospělý předává dítě druhému dospělému)

C = adult maintains physical contact with the baby – for example, keeping an arm around him without actually picking him up or holding him (dospělý udržuje fyzický kontakt s dítětem – například držení ruky okolo něho bez zvedání či držení ho)

Kontakty dítěte

H = holds on or clings (držení se)

T = touches – that's with the hands, without grasping or clinging (doteky rukou bez svírání či držení se)

C = contact without holding on, for example, the baby steadies himself against the mother's knees, or has his back against her knees (kontakt bez držení se, například dítě se uklidňuje čelem o matčina kolena nebo se o její kolena opírá zády)

Cl = clammers, tries to climb up on adult's lap (šplhání, snaží se vylézt na klín dospělého)

P = protest or resists being held by the adult (protest nebo bránění se držení od dospělého)

Pláč

C1 = a hard cry, or screaming (silný pláč nebo křik)

C2 = crying; definite crying rather than fussing, but not as hard a cry as in C1 (pláč; jednoznačně pláč než vzlykání, ale ne tak silné jako pláč v C1)

C3 = fussing; a more muted and less violent kind of crying (vzlykání; více tlumeno a méně násilného druhu než pláč)

C4 = a single cry (or fuss); this is a definite cry (or fuss) but isolated and not repeated (samostatný pláč (nebo vzlyk); jedná se o pláč (nebo vzlyk), ale je samostatný a neopakuje se)

C5 = a cry-face; a facial expression characteristic of crying, without an accompanying vocal crying (plačící výraz tváře; výraz obličeje charakteristický pro pláč bez doprovázejícího zvukem pláče)

C6 = an unhappy noise, without an accompanying cry-face; a vocal protest (nešťastný zvuk bez doprovázejícího plačícího výrazu; hlasový protest)

Pohyby úst

F = chews or sucks finger(s) or thumb (žvýká nebo si cucá prst(y) či palec)

T = chews or sucks toy, or puts it into his mouth (žvýká nebo ocucává hračku, nebo ji pokládá do svých úst)

P = has pacifier in his mouth (má dudlík v ústech)

B = has nipple of bottle in his mouth (má hrdlo láhve v ústech)

M = mouth movements of a conspicuous sort, without having any object in the mouth to chew or suck on (výrazné pohyby úst, které ale nemají žádný objekt k žvýkání či cucání)

Úsměv

M = smiles at the mother (úsměvy na matku)

S = smiles at stranger (úsměvy na neznámou osobu)

E = smiles, but not at a person (úsměvy, které nepatří žádné osobě)

Jako další observační metoda byla vyvinuta **Infant Strange Situation pro děti v batolecím a předškolním věku**. Protože metoda Ainsworth je určena pro děti ve věku 12 – 20 měsíců, v roce 1977 přišel Marvin (in Cassidy, 2008) s instrukcemi, jak hodnotit v ISS chování dětí, které jsou starší než 18 měsíců. V roce 1990 navázal na Marvina Schneider-Rosen, který test pro děti starší 18 měsíců dále rozpracovával. Cassidy (2008) zmiňuje, že rozdíly oproti původnímu testu Ainsworthové se týkaly zejména časování jednotlivých epizod a míry zasahování neznámé osoby do dění. U starších dětí se pak hodnotil také způsob interakce mezi rodičem a dítětem a kvalita vyjednávání mezi rodičem a dítětem ve chvílích odchodu matky. Test hodnotí chování dětí ve třech kategoriích: jistá vazba (B), vyhýbavá vazba (A) a ambivalentní vazba (C). Main a Casidy v roce 1988 vytvořili test **Attachment Classification for Kindergarten-Age Children** (Cassidy, 2008). Tento test je opět alternativou ISS Ainsworthové a je sestaven tak, že test hodnotí chování dítěte během prvních 3 – 5 minut po návratu jednoho z rodičů po 1 hodinové separaci. Test poté řadí děti do pěti skupin: jistá vazba (B), vyhýbavá vazba (A), ambivalentní vazba (C), kontrolující vazba (D) a neklasifikovatelná vazba (U). Podobný test vytvořil v roce 1992 Crittenden s názvem **Preschool Assessment of Attachment**³⁷ (Cassidy, 2008). Ten pracuje opět na stejném principu původního ISS, ale v této verzi je dítě necháno během separace od pečovatele úplně samotné v místnosti a odchází i neznámá osoba. Metoda **Assesses the quality of a child's secure-base behavior in the home**³⁸ byla vytvořena Posadou v roce 1995 (Cassidy, 2008) a byla určena pro děti ve věku 1 – 5 let. Na základě vytvořených 90 položek hodnotila v chování dítěte doma znaky, které se spojují s bezpečnou vazbou.

³⁷ PAA

³⁸ AQS

Dalším způsobem zkoumání citové vazby u dětí je pomocí měření, která jsou založena na **symbolické reprezentaci**. U menších dětí pomocí hraček nebo obrázků, u starších dětí pomocí jejich vyprávění. V roce 1972 vytvořil Hansburg (Cassidy, 2008) **Separation Anxiety Test**³⁹, který byl určen pro adolescenty a postupně byl modifikován Klagsbrunem a Bowlbym i pro děti ve věku 4 - 7 let. Test zahrnoval sérii fotografií, na kterých byly vyobrazeny snímky, které zahrnovaly attachmentové scény od klidných až po stresující. Například obrázek s rodičem, který uspává dítě nebo obrázek s rodičem, který dítě opouští. Dítě má následně vyprávět o tom, jak se dítě na obrázku cítí a co by chtělo udělat. Podobný způsob měření, který zahrnoval proces předkládání dítěti obrázky s attachmentovou tematikou, vytvořil v roce 1987 Kaplan a v roce 1994 Jacobsen. Citové vazby dětí byly na základě těchto testů hodnoceny ve 4 kategoriích: vynalézavé⁴⁰ (B), nečinné⁴¹ (A), ambivalentní (C) a bojácné⁴² (D).

Pomocí symbolické reprezentace, kterou zahrnuje hra s panenkami nebo loutkami⁴³ či čtení příběhů vzniklo opět několik testů. Jedná se o metodu **Attachment Story Completion Test**⁴⁴ od Brethertona (1990), **Incomplete Stories with Doll Family** od Cassidy (1988) a **Attachment Doll Play Assessment**⁴⁵ autorů George a Solomona (1990) (Cassidy, 2008). Metoda ASCT je určena pro děti od 4 let a zahrnuje soubor pěti příběhů, které dospělý přečte dítěti a chce po něm, aby zopakovalo, co se v příběhu stalo a jak se bude příběh dále vyvíjet. Jednotlivé příběhy představují situace různých interakcí mezi rodičem a dítětem. Vypracovaný hodnotící systém následně děti zařazuje do čtyř kategorií: jistá vazba (B), vyhýbavá vazba (A), ambivalentní vazba (C) a dezorganizovaná (D). Cassidyho systém zahrnuje sadu šesti příběhů, které opět představují tematiku interakce mezi rodičem a dítětem a předkládají dítěti příběh, který má následně dokončit. Test odpovědi zařazuje následně do jisté vazby (B), vyhýbavé (A) a dezorganizované (D). ADPA od George a Solomona zahrnuje situaci, kdy dítě na hře s panenkami představuje

³⁹ SAT

⁴⁰ resourceful

⁴¹ inactive

⁴² fearful

⁴³ Doll play

⁴⁴ ASCT

⁴⁵ ADPA

odpovědi na příběhy testu ASCT. Autoři následně hru dítěte hodnotí ve čtyřech kategoriích: sebejistá⁴⁶ (B), neformální⁴⁷ (A), zaneprázdněná⁴⁸ (C) a vyděšená⁴⁹ (D).

Metodu **kresby rodiny** k zachycení podoby citové vazby vytvořil Kaplan a Main v roce 1986 (Cassidy, 2008). Ta byla určena pro děti v předškolním věku a hodnotila citovou vazbu na základě toho, jak dítě nakreslilo svou rodinu.

Z dotazníkových metod ke zkoumání podoby citové vazby v dětském věku známe test **Inventory of Parent and Peer Attachment**⁵⁰, který v roce 1987 vytvořili Armsden a Greenberg (Armsden, 1987). Test je určen pro děti ve věku 9 – 15 let a není zaměřen jen na rodiče, ale i na vrstevníky. Autoři pracují s tím, že ve středním dětství a v adolescenci je obtížné odlišit vztahy k rodičům od vztahů k vrstevníkům, protože vztahy je možné zachytit pouze v jejich komplexnosti v rámci vnitřních pracovních modelů. Dotazník zahrnuje 25 otázek, které jsou určeny vždy ve stejné podobě pro otce, matku a vrstevníky a hodnotí 3 dimenze: komunikaci, důvěru a odcizení.

Jako **nespecifické metody** ke zkoumání citové vazby můžeme u dětí použít **pozorování a klinický rozhovor**, dále některé z metod, které jsou zaměřeny na zmapování rodinných vztahů. Jako vhodný dotazník je možné v dětském věku použít test **Parental Acceptance-Rejection/Control Questionnaire**⁵¹ (Lacinová, 2014). Ten vytvořil v roce 1978 Ronald Rohner a jeho cílem je měřit u dětí mezi 9 – 15 lety míru přijetí a odmítnutí rodičem. Test zahrnuje 73 položek, které měří 5 dimenzí: citová vřelost a projevy lásky, hostilita/agrese, lhostejnost/zanedbávání, nediferencované odmítání a kontrolu. Dále pak například Matějčkův **Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescenty**⁵², **Test rodinných vztahů** Antony-Bene, Gehringův **Test rodinného systému**⁵³, Herbertův

⁴⁶ confident

⁴⁷ casual

⁴⁸ busy

⁴⁹ frightened

⁵⁰ IPPA

⁵¹ PARQ

⁵² ADOR

⁵³ FAST

Test rodinného zázemí, Hargašové **Škála rodinného prostředí**, Čápův **Dotazník pro zjišťování způsobu výchovy v rodině** nebo varianty **apercepčních testů** v dětském věku, např. CAT⁵⁴, CATO⁵⁵, TEMAS⁵⁶, RATC⁵⁷, AAC⁵⁸, případně i projektivních technik typu Test světa, Sandplay či Scénotest.

1.8.2 Metody používané u dospělých

U dospělých můžeme podobu citové vazby posuzovat **metodami narativními, sebeposuzovacími nebo observačními**. Zároveň je nutné u dospělých odlišit metody, které **měří retrospektivně** podobu a kvalitu jejich citové vazby s rodiči v dětství a metody, které **měří aktuální** podobu citové vazby, která se projevuje v situacích nepohody, nebo zda měří aktuální podobu citové vazby, která je ovšem vázána na jiné osoby než své rodiče, například na partnera nebo vrstevníky. Tento poslední zmiňovaný bod předpokládá, že blízké vztahy v dospělém věku jsou obdobné vztahům mezi dítětem a rodičem a že je tedy možné je podobně hodnotit a měřit. Edelstein (2004) píše, že lidé mívají často stejné vnitřní pracovní modely citové vazby u všech svých významných a blízkých vztahových osob a že tak mají stejná očekávání od všech svých vztahově vazebných vztahů, tedy od rodičů, partnerů i přátel.

Adult Attachment Interview⁵⁹ (Cassidy, 2008) je metoda, která zkoumá retrospektivně dětský vztah probandů s rodiči a z toho vyvozuje podobu citové vazby. Test vytvořila v roce 1985 Mary Main, Carol George a Nancy Caplan. Jedná se o 20 semi-strukturovaných otázek na vztahové prožitky z dětství, konkrétní příklady těchto prožitků, obvyklé zkušenosti s rodiči v dětství, na zážitky ztrát v dětství i na současné chování probanda jako rodiče. Oproti zjišťování podoby citové vazby v dětství je u tohoto testu posun od hodnocení pozorovaného chování k hodnocení mentálních reprezentací

⁵⁴ Children's Apperception Test

⁵⁵ Children's Apperception Test - Opařany

⁵⁶ Tell me a Story

⁵⁷ Robert's Apperception Test for Children

⁵⁸ Adolescent Apperception Cards

⁵⁹ AAI

probandů. Mentální reprezentace představují dle Bowlbyho (2010) **zvnitřnělé a operacionalizované myšlenkové procesy**, které vycházejí **ze skutečných vztahových zkušeností** a představují tak jakousi šablonu pro zpracovávání dalších vztahových zkušeností i očekávání a motivů. K AAI byly vytvořeny **3 skórovací systémy**. První byl vytvořen Main a Goldwinem a zahrnuje škály: chování probanda a jeho způsob přemýšlení a vztahování se k situacím z dětství, chování rodičů a celková kvalita rozhovoru. Main následně dělí citovou vazbu do 3 typů: jisté citové vazby, odmítavé a zapletené. Druhým systémem je systém Q-třídění od Kobaka. Ten třídí 100 položek na základě tří kategorií citové vazby. A poslední je skórovací systém Fonagyho jako analýza reflexe funkčních stavů self. Ten v něm hodnotí kvalitu pochopení vlastních i cizích mentálních stavů. Důležité je, aby odpovědi probanda byly zaznamenávány přesně, společně s neverbálními a paraverbálními projevy. Skórování odpovědí je následně obecně založeno na individuální zkušenosti s rodiči, jazykovém diskurzu, který proband používá a na individuální schopnosti jasně, komplexně a uvěřitelně mluvit o svých zkušenostech a jejich významu. Test má dobré vlastnosti reliability a validity, reliabilita testu se udává mezi 78-90% a koherence stability mezi jednotlivými hodnotitely se pohybuje na 96% (Cassidy, 2008).

Test Current Relationship Interview⁶⁰ (Lacinová, 2015) je semi-strukturovaný rozhovor, který je určen k hodnocení citové vazby v současných blízkých vztazích, zejména v partnerském vztahu. Rozhovor hodnotí aktuální stav myslí vzhledem k aktuální citové vazbě ke konkrétnímu blízkému člověku. Rozhovor obsahuje 15 hlavních otázek s několika případnými podotázkami, které se dotýkají charakteristik a příkladů z aktuálního blízkého vztahu. Tyto otázky se zaměřují na historii a vývoj partnerských vztahů probanda, historii a vývoji současného partnerského vztahu, osobnostní vlastnosti partnera a chování probanda i jeho partnera ve vztahu, zejména pak ohledně poskytování a přijímání péče a opory od partnera. Jak již bylo zmíněno výše, CRI vzniklo na teoretickém podkladě, že *„blízké vztahy dospělých jsou ve své podstatě a organizaci stejné jako vazbové vztahy mezi rodičem a dítětem“* (Crowel, 2008 in Lacinová, 2015).

⁶⁰ CRI

Systém hodnocení CRI byl vytvořen na základě hodnocení v AAI. V rámci rozhovoru se dle Lacinové (2015) hodnotí způsob přemýšlení a chování probanda v testové situaci, chování partnera a tzv. diskurz rozhovoru a z toho **lze hodnotit 3 škály**: kvalita probandových minulých vztahů, kvalita probandova současného vztahu a mentální reprezentace minulých i současných vztahů. Z těchto kritérií poté lze data z rozhovoru zařadit do typů: jistý (podtypy: poněkud odmítavý nebo omezující ve vztahu k citové vazbě; jistý ve vztahu k citové vazbě, mírně zapletený ve vztahu k citové vazbě), odmítavý (podtypy: lhostejnost vůči citové vazbě, devalvace partnera/citové vazby, omezení v prožívání vztahu s partnerem nebo citové vazby, strach ze ztráty partnera) a zapletený (podtypy: pasivní, rozzlobený, zapletený a ovládající).

Adult Attachment Projective⁶¹ (George, 2012) je metoda, která navazuje na podobný princip jako dětský Attachment Story Completion Test a jejím cílem je pomocí podnětového materiálu ve formě tabulí, které zobrazují attachmentové situace, posuzovat podobu citové vazby, respektive její mentální reprezentace. Test vytvořila v roce 1999 Carol George. Jejím obsahem je 8 projektivních tabulí, jejichž motivem jsou různé situace zobrazující dítě a které jsou předkládány v takovém sledu, aby **aktivovaly systém vztahové vazby**. Úkolem probanda je prohlédnout si obrázky a vytvořit na každý z nich souvislý příběh. Metoda pracuje se stejnými kategoriemi jako test AAI, tedy odpovědi zařazuje do stavu mysli bezpečného (F), zaujatého (E), opomíjejícího (Ds) a dezorganizovaného (U/d). Výhodou AAP a AAI, kterým se metoda částečně inspirovala, je **přístup k nevědomým obraným mechanismům a mentálním reprezentacím citové vazby**, které umožňují objektivněji hodnotit podobu citové vazby, na rozdíl od sebeposuzujících dotazníků a škál. Zároveň mentální reprezentace vnitřních modelů citové vazby jsou získávány ze způsobu, jakým proband popisuje vlastní i cizí attachmentové situace.

⁶¹ AAP

Samotná administrace AAP je jednoduchá a je možné AAP zadávat společně i s jinými testovými či klinickými metodami, např. AAI, nebo samostatně a též nezáleží na tom, zda je AAP zadáváno jako první, prostřední či poslední test. Jediná podmínka je, aby bylo vždy v jednom testovém úseku zadáno všech 8 podnětových tabulí ve správném pořadí a aby snímání testu proběhlo individuálně. Tabule jsou seřazeny tak, aby aktivovaly attachmentový systém. Názvy tabulí jsou: 1. neutrální (zahřívací), 2. dítě u okna, 3. odchod, 4. lavička, 5. postel, 6. sanitka, 7. hřbitov a 8. dítě v rohu. Zadání testu zní takto: „*Popište, co se na obrázku děje, co vedlo k těmto událostem, o jakých věcech je přemýšleno nebo jaké emoce jsou pocítovány, a co se bude dít dále.*“ V případě potřeby je možné se probanda doptávat a podněcovat ho k odpovědím. Tabule jsou předkládány postupně a odpovědi by měly být nahrávány na zvukový záznam a následně doslovně (i s neverbálními a paraverbálními projevy) přepisovány.

Kódování odpovědí následně **podle tří dimenzí**: Vědomí sebe sama⁶², Spojitost a Synchronie⁶³ a Osobní zkušenosti⁶⁴. Tyto tři dimenze se následně dělí do dalších podtypů, do kterých je možné jednotlivé odpovědi zařadit. Dimenze vědomí sebe sama se dělí do typů: Zvnitřnělá bezpečná základna⁶⁵, Bezpečné útočiště⁶⁶ a Kapacita k jednání⁶⁷. Dimenze Spojitosti a Synchronie se dělí do typů: Spojitosti⁶⁸ a Synchronie⁶⁹. A dimenze Osobní zkušenosti je bez jednotlivých podtypů. Dále jsou v AAP hodnoceny obranné mechanismy, které je možné z příběhů rozpoznat. Jedná se o obranné mechanismy: Deaktivace⁷⁰, Rozumového odpojení⁷¹ a Oddělených systémů⁷². Vyhodnocení typu citové vazby se stanovuje podle tohoto algoritmu:

⁶² Agency of self

⁶³ Connectedness and synchrony

⁶⁴ Personal experience

⁶⁵ Internalized Secure Base

⁶⁶ Haven of Safety

⁶⁷ Capacity to Act

⁶⁸ Connectedness

⁶⁹ Synchrony

⁷⁰ Deactivation

⁷¹ Cognitive Disconnection

⁷² Segregated Systems

Alespoň jeden příběh obsahuje dysregulované prožitky v rámci Oddělených systémů.

Příběhy neobsahují zvnitřněnou bezpečnou základnu, útočiště, kapacitu k jednání, funkční chování vedoucí k řešení problému či pomoc neattachmentové figury.

↓ NE

ANO → Dezorganizovaný

Příběhy potvrzují zvnitřnělé bezpečí – bezpečnou základnu či útočiště v situacích osamocení i citlivosti či sdílení umožňující vztahovat se k druhým.

Většina příběhů obsahuje integrovanou činnost, Propojení, Synchronii v dyadických interakcích zaměřených na cíl. Obranné procesy jen pro zvládnání napětí či nepohody. Osobní zkušenost je sdělena zřídka.

↓ NE

ANO → Bezpečný

Dominující obranný mechanismus Deaktivace (ve 3 a více příbězích). Oddělené systémy se objevují zřídka a jsou integrované či potlačené.

Vynechávání vztahových témat z příběhů, nespokojenost se vztahy není vědomě zpracována.

↓ NE

ANO → Vyhýbavý

Objevuje se Odpojení kognitivních funkcí.

Oddělené systémy jsou integrované či potlačené.

Evidence Odpojení kognitivních funkcí.

ANO → Zaujatý

(George, 2012, s. 94)

George (2012) popisuje typické projevy jednotlivých typů citové vazby v projektivní metodě. Probandi s **jistou citovou vazbou** vytvářejí příběhy, ve kterých užívají širokou škálu výrazů nepohody a jejich odpovědi jsou realistické, a ne pouze pozitivní či bez jakýchkoliv známek nepohody. Probandi s **vyhýbavou citovou vazbou** vytvářejí v AAP většinou příběhy, ve kterých jsou sami pohotví k řešení situace nebo hledání vztahu s attachmentovou figurou, či k získávání účelné péče pro jinou, většinou ne tak blízkou, osobu. Probandi se **zaujatou citovou vazbou** mají tendenci vytvářet příběhy, ve kterých mají snížené vědomí sebe sama a mají sníženou schopnost řešit situaci nepohody. A konečně **dezorganizovaná citová vazba** se v příbězích většinou projevuje různými selháními, chybami a neschopnosti podat smysluplný příběh.

Mezi další narativní metody patří test **The Narrative Attachment Assessment**⁷³ (Cassidy, 2008), který vytvořil Waters, Rodrigues a Ridgeway v roce 1998. Je založen na principu krátkých příběhů, např. dítě leze s rodičem po skalách a zraní si koleno, u kterých má proband říct, jak by příběhy mohly dopadnout. Metoda je použitelná u dospělých i u adolescentů. Hodnocení příběhů je poté odvozeno z hodnocení AAI a ISS. Cílem metody je získat přístup k dospělé představě „bezpečné základny“ prostřednictvím situací, ve kterých pečovatel pomáhá vyřešit stresující situaci.

K sebesuzovacím metodám jsou používány dotazníky a škály zaměřené na attachment. Zmínit můžeme například **Adult Attachment Questionnaire**, **Adult Attachment Scale** a **Attachment Style Questionnaire** (Cassidy, 2008). Všechny tyto dotazníky vytvořil Hazanov a Shaver a mapují dvě dimenze attachmentové vazby současných, zejména partnerských, vztahů. A to **dimenze úzkostnosti a vyhýbavosti**. Bartholomew (Cassidy, 2008) vnímá dimenzi úzkostnosti jako reprezentaci vnímání sebe (model of self) a dimenzi vyhýbavosti jako reprezentaci vnímání druhých (model of others). Na základě modelů úzkostnosti a vyhýbavosti v aktuální citové vazbě určila

⁷³ NAA

Bartholomew čtyři typy citové vazby: bezpečnou⁷⁴, zaujatou⁷⁵, odmítavě vyhýbavou⁷⁶ a bázlivě vyhýbavou⁷⁷. Jistá citová vazba má pozitivní náhled na sebe sama i na druhé osoby, zaujatá vazba má pozitivní náhled na druhé, ale negativní na sebe, odmítavě vyhýbavá má pozitivní náhled na sebe, ale negativní na ostatní a bázlivě vyhýbavá má negativní náhled na sebe i na ostatní.

Mezi další dotazníky patří **Attachment History Questionnaire**⁷⁸, **Parental Bonding Instrument**⁷⁹ a **Parental Attachment Questionnaire**⁸⁰ (Cassidy, 2008). Tyto dotazníky měří retrospektivně podobu citové vazby k rodičům či jiným blízkým vztahům v dospělosti. Konkrétně měří to, jak se člověk cítí jistý či nejistý ve vztahu s rodiči či jinými blízkými.

Dále známe také dotazníky **Dotazník škály vztahů**⁸¹ a **Dotazník vztahů**⁸² (Wolt, 2017). Dotazník RSQ je zaměřen na sebeuposouzení způsobů vazbového chování za pomoci označení 5 bodové škály, jak výstižně probanda charakterizuje 30 výroků o vazbovém chování. Na základě tohoto sebeuposouzení poté zařazuje jedince do čtyř stylů vazbového chování – bezpečného, bázlivého, odmítajícího a zaobírajícího se. Dotazník RSQ obsahuje dva modely – sebe a druhých. Úkolem probanda je přečíst si čtyři krátké odstavce o typech vztahové vazby a označit, který typ u sebe vnímá jako nejtypičtější a následně na Lickertově škále ohodnotit jednotlivé typy vztahové vazby podle toho, jak se mu projevují ve vztazích.

V současné době je poměrně hodně využíván dotazník **Experience in Close Relationships**⁸³ (Lečbych, 2012). Ten vznikl v roce 1990 jako dotazník hodnotící úzkostnost a vyhýbavost v citové vazbě. Jeho autorem jsou Brennan, Clark a Shaver a dotazník vytvořili faktorovou analýzou všech položek ze sebeuposuzovacích dotazníků zaměřených na zkoumání citové vazby do 90. let 20. století. V roce 2000 pak vznikla revidovaná verze ECR-R autorů Fraleyho, Wallera a Brennana. V roce 2011 poté autoři

⁷⁴ Secure

⁷⁵ Preoccupied

⁷⁶ Dismissing avoidant

⁷⁷ Fearful avoidant.

⁷⁸ AHQ

⁷⁹ PBI

⁸⁰ PAQ

⁸¹ RSQ – Relationship Scale Questionnaire

⁸² RQ – Relationship Questionnaire

⁸³ ECR – Dotazník zkušenosti v blízkých vztazích

Fraley, Heffernan a Vicary vytvořili další revizi metody ECR-RS (Cvrčková, 2017). ECR se skládá z 36 tvrzení, která proband hodnotí na 7 bodové Lickertově škále a která zahrnují škálu vztahové úzkostnosti z obav z odmítnutí a opuštění a škálu vztahové vyhýbavosti z obav ze vzájemné závislosti a intimity.

K posuzování hierarchie citové vazby je možné využít **škála WHOTO** od autorů Hazan a Zeifman (Cvrčková, 2017). Metoda předkládá několik funkcí citové vazby, například udržování blízkosti, bezpečný přístav, jistá základna, separační protest a úkolem probanda je ke každé funkci přiřadit konkrétní osoby, které tuto funkci citové vazby naplňují.

Mezi **observační nástroje citové vazby** u dospělých řadíme **The Secure Base Scoring System**⁸⁴ (Cassidy, 2008). Test vytvořil v roce 2002 Alexandrov. Jedná se o nástroj, který slouží k pozorování **attachmentového chování mezi partnerskou dvojicí**. Každý z dvojice dostává během sezení několik úkolů, které jsou založeny na spolupráci a komunikaci. Pozorované chování je poté hodnoceno podle vypracovaného systému a hodnoceno na škále od „vysoké kvality“ po „nízkou kvalitu“. Jednotlivé škály systému jsou: jasnost signálu nebo výrazu nepohody, udržování signálu podle potřeby, přístup partnerské pomoci a schopnost ukonejšení. Zaznamenané chování je následně hodnoceno **do čtyř kategorií**: zájem o partnera, rozpoznání nepohody či znepokojení, interpretace nepohody a reakce na úzkost a tíseň.

Z **nespecifických metod** je u dospělých možno využít, vyjma **klinického rozhovoru a pozorování** dospělého v komunikaci s rodiči či partnery, také projektivních metod. Konkrétně je možno podobu citové vazby odvozovat z metod **Tématického apercepčního testu a Rorschachovy metody**. Tématický apercepční test⁸⁵ vytvořil v roce 1943 Henry Murray a Christiana Morgan (1995) a cílem bylo zjišťování

⁸⁴ SBSS

⁸⁵ TAT – Thematic Aperception Test

apercepce⁸⁶. Vzhledem k tomu, že test je založen na reprezentaci, aperpenci a interpretaci různých sociálních situací, je možné z něj získat informace o tom, jak jedinec vnímá různé sociální situace a jaký význam a podobu dává vztahům, které jsou na tabulích zobrazeny. Hlouběji se této problematice věnoval Westen, který začal protokoly získané v TAT hodnotit podle **Škály objektivních vztahů**⁸⁷. Škála objektivních vztahů vznikla v roce 1985 a jejím cílem bylo hodnocení mentální reprezentace sociálních vztahů, na základě teorie objektivních vztahů Kleinové. Kleinová (in Soukupová, 2007) vnímá objekty jako vnitřní obrazy sebe a druhých, které následně vytvářejí subjektivní reprezentaci vztahování se k druhým lidem na základě své minulé zkušenosti ze vztahu k druhým. SCORS je tvořena osmi škálami, které jsou hodnoceny sedmibodovou stupnicí. Nižší skóre značí nezralé způsoby reagování, vyšší skóre naopak ty zralé. Jednotlivé škály jsou Komplexnost reprezentace druhých, což značí schopnost více či méně vnímat druhé lidi odděleně a diferencovaně. Dále Afektivní kvalita reprezentací, což značí očekávání jedince od vztahů s druhými lidmi, Kapacita k emočnímu vkladu do vztahů, což značí míru schopnosti soustředit se i na potřeby druhých lidí. Dále Emoční vklad do hodnot a morálních norem, který značí míru rigidity a kvality morálních hodnot, Porozumění sociální kauzality, což znamená míru schopnosti rozumět následkům jednání v sociálních situacích. A jako poslední tři jsou škály Prožívání a zvládání agresivních impulzů, Sebedůvěra a Identita a soudržnost self. Goldmann a Soukupová (2008) vytvořili další škálu ke zjišťování sociálních vztahů v testu TAT, a to **Škálu sociální orientace**⁸⁸. Ta zahrnuje šest škál, které se skórují na dvoubodové stupnici – přítomno x nepřítomno. Jednotlivé škály se zaměřují na Sociální percepci, tedy schopnost vnímat sociální podnět, dále Sociální zaměření, tedy zájem o sociální objekty, Sociální porozumění, což znamená schopnost správně rozpoznat sociální význam zobrazené situace, Vcítění, což znamená schopnost prožívat podobné emoce s druhými, Spolucítění, kdy lze od vlastního prožitku podstoupit a Sociální akt, což znamená, zda je jedinec schopen využívat sociálních zkušeností.

⁸⁶ Dodání významu vnímanému jevu

⁸⁷ SCORS – Social Cognition and Object Relations Scale

⁸⁸ SOS – Škála sociální orientace

Rorschachova metoda byla vytvořena v roce 1921 Hermannem Rorschachem jako metoda ke zjišťování schopnosti percepce a kognice. Postupně se metoda stala jednou z nejpoužívanějších psychologických technik a začala se požívat ke komplexnějšímu posuzování osobnosti vyšetřovaného. V průběhu let vzniklo několik skórovacích a interpretačních systémů, v současnosti se v České republice používá Exnerův komprehensivní systém, který vychází ze statistického zpracování protokolů a má dobré vlastnosti validity a reliability. Z pomoci Rorschachovy metody lze hodnotit také vztahové charakteristiky, a to **vztah k druhým osobám i vztah k sobě**. Hodnocení citové vazby v Rorschachově testu vychází opět z teorie objektních vztahů Kleinové a Bowlbyho vnitřních pracovních modelů. Vzniklo také několik interpretačních škál pro hodnocení vztahových charakteristik z rorschachovských odpovědí. Lečbych (2016) uvádí Blattovu **škálu koncepce objektu**⁸⁹, ve které se objektní vztah popisuje z hlediska kognitivně-operacionalizovatelných **dimenzí Artikulace, Integrace a Diferenciace**. Dimenze artikulace hodnotí množství percepčních a funkčních charakteristik odpovědí, dimenze Integrace hodnotí způsob integrace lidského objektu v interakci s druhým objektem a dimenze Diferenciace hodnotí míru realistických a nerealistických reprezentací lidských odpovědí. Dále Lečbych zmiňuje Kwawerovu **Škálu borderline fenoménů**, která slouží k nalezení znaků, které souvisí s ranými a primitivními vzorci objektních vztahů, které jsou následně typické pro hraniční úroveň fungování. Kwaker (in Lečbych, 2016) hraniční fenomény hodnotí na škále, která zahrnuje tyto znaky: pohlčení, symbiotické splynutí, násilná symbióza nebo separace, škodlivé vnitřní procesy včetně primitivní inkorporace, zrození a znovuzrození, metamorfóza a transformace, narcistické zrcadlení, separace-dělení, narušení hranic a představa dělohy. Dále je možné vztahové fenomény v Rorschachově testu hodnotit pomocí Uristovy (in Lečbych, 2016) **Škály vzájemné autonomie**⁹⁰, která hodnotí vývojovou zralost vnitřních reprezentací mezi self a druhými lidmi a hodnotí stupeň dosažené separace-individuace. Jednotlivé škály jsou: separovaná a autonomní interakce, separovaná paralelní aktivita, závislá aktivita, odražená reflektovaná aktivita, zahanbující aktivita či zlověstná kontrola, destruktivní nerovnováha a pohlcující síla. A jako poslední je třeba zmínit Maslingovu (in Lečbych, 2016) **Škálu**

⁸⁹ COR – Concept of the Object on the Rorschach scale

⁹⁰ MOA – Mutuality of Autonomy Scale

orální závislosti⁹¹. Ta měří tzv. orálně závislé rysy osobnosti na základě předpokladu fixace osobnosti v orálním stádiu. Tato škála je složena ze 16 kategorií, které zahrnují obsahové odpovědi jídla, kuchyňského náradí, poskytovatelů i příjemců jídla, pasivity a bezmoci, dárců či těhotenské orgány.

Lečbych (2016) píše, že základní charakteristiky, které jsou spojené se vztahem k sobě i vztahem k druhým osobám, lze z rorschachových protokolů vyčíst i **z Exnerovského systému**. Udává, že na negativní sebeobraz mohou ukazovat neobvyklá množství skóru MOR, Sum V, Fr+rF, [3r+(2)]/R, FD a H : (H)⁹². Na vztah k druhým lidem mohou pak ukazovat neobvyklá množství skóru SumH, SumT, isol, H:Hd + (H) + (Hd), GHR:PHR, COP:AG⁹³. Ety Berant (2005) zkoumala pomocí statistické analýzy, zda lze na základě komprehensivního systému najít souvislosti mezi citovou vazbou⁹⁴ a protokolem v Rorschachově metodě. Zjistila, že attachmentová úzkostnost silně koreluje s úzkostností v Rorschachově testu, konkrétně s kódy AFR, CF, ColShIBd, Y, m, MOR a Food⁹⁵. Také se objevila korelace mezi attachmentovou vyhýbavostí a vyhýbavostí v Rorschachově testu, konkrétně s kódy LowFMa, L, Fr+rF a Cg⁹⁶.

⁹¹ ROD – Rorschach Oral Dependency Scale

⁹² MOR – morbidní obsah, Sum V – suma odstínových determinant, Fr+rF – zrcadlové determinanty, [3r+(2)]/R – Ego index, FD – tvarově-dimenzionální determinanty, H : (H) – poměr reálných a nereálných lidských obsahů

⁹³ SumH – suma lidských obsahů, SumT – suma texturových determinant, isol – index izolace, H:Hd + (H) + (Hd) – poměr lidských celků a ostatních lidských obsahů, GHR:PHR – poměr adaptivních a neadaptivních lidských odpovědí, COP:AG – poměr kooperujících a agresivních pohybových odpovědí

⁹⁴ Pomocí škály měření úzkostnosti a vyhýbavosti v blízkých vztazích

⁹⁵ Afr – afektivní poměr; CF – barvově-tvarová determinanta; ColShIBd – barvově-odstínové vícenásobné odpovědi; Y – difúzně odstínová determinanta; m – pohyb neživého objektu; MOR – morbidní obsah; Food – obsahová determinanta jídla

⁹⁶ LowFMa – nízký počet aktivního zvířecího pohybu, L – lambda; Fr+ rF – zrcadlové determinanty; Cg – obsahová determinanta oblečení

2. Kognitivní konstrukt

2.1 Osobnost

Osobnost člověka je možné chápat jako určitý **celek psychického života**, který je uspořádán podle určité struktury, jeho jednotlivé části jsou spolu ve vzájemné interakci a osobnost každého člověka je jedinečná (Kern, 2006). Tento celek psychického života se také v průběhu života vyvíjí a utváří se na základě vrozené výbavy, ale také na základě vlivů z okolního světa. Proces vývoje a utváření osobnosti se nejbouřlivěji odehrává v dětství a pokračuje po celý život. Praško (2009) rozlišuje v rámci osobnosti dvě základní dimenze, které utvářejí celkovou podobu osobnosti, **temperament a charakter**. Za temperament považujeme vrozené části osobnosti, které jsou charakteristické zejména mírou a rychlostí emocionální reakce na podněty. Temperamentové typy odlišil Hippokrates jako sangvinika, melancholika, cholera a flegmatika. Později se temperamentovými typy zabýval I. P. Pavlov, který je dále dělil na základě jejich míry podráždění a útlumu nervové činnosti. Cloninger (in Praško, 2009) vnímá temperament jako míru reakce na čtyři dimenze: vyhledávání nového, vyhýbání se ohrožení, závislost na odměně a odolnost.

Za charakter považujeme takové složky osobnosti, které se vytvářejí během života jedince na základě jeho interakcí s druhými lidmi a vlivů z vnějšího světa. Jedná se tedy o složku osobnosti, která je tzv. získaná. Mezi charakterové složky osobnosti patří několik složek a procesů, např. osobnostní rysy, morálka, vůle, sebepojetí, sebeobraz, sebehodnocení, motivace, zájmy, postoje a hodnoty, schopnosti, dovednosti, znalosti a kognitivní schémata. Poslední čtyři jmenované složky spadají pod kognitivní procesy, které jsou také součástí osobnosti.

Kognitivní procesy mají vliv na výkon člověka ve výkonových⁹⁷ situacích, ale také na výše zmíněné osobnostní složky, emoční zpracování podnětů a následné chování. Procesy zpracování informací, vysuzování a řešení problémů ovlivňují například i reálnou podobu osobnostních rysů či postojů k nějakému problému, protože předchází jeho

⁹⁷ V tomto významu mentálních, inteligenčních

konečné podobě. Aby si člověk mohl vytvořit postoj k určité problematice (nebo ho například změnit) musí tuto problematiku určitým způsobem chápat a rozumět ji a z toho vyvodit určité závěry, na které zareaguje konkrétním chováním. Kvalita kognitivních procesů má proto důležitý vztah k osobnosti jako takové i k chování, které osobnost nakonec realizuje.

2.2 Kognitivní procesy

Preiss (2009) uvádí, že **slovo kognitivní** pochází z latinského „cognosco či conoscere“ a znamená poznávání. Od tohoto slova poté pochází sloveso „cogito, cogitare“, které znamená zamýšlení, přemýšlení, uvažování, rozpoznání a směřování. Podstatné jméno „cogitatio“ poté znamená představování, obrazotvornost, myšlení, mínění, úmysl a záměr. (Preiss, 2009, s. 41)

Kognitivní procesy jsou **procesy pro zpracování informací**. Sternberg (2009) píše, že kognitivními procesy se zabývá kognitivní psychologie a zkoumá konkrétně, jaké informace lidé upřednostňují před jinými, jak a proč si některé z nich zapamatují, jak o nich přemýšlejí a jaké závěry z nich následně vyvozují a jaký to má dopad na jejich život. Eysenck (2008) dodává, že všechny kognitivní procesy začínají percepčními procesy, které jsou v případě přítomné pozornosti přesměrovávány do krátkodobé paměti, odkud se přesouvají do dlouhodobé paměti. V obecnější rovině mezi kognitivní procesy řadíme vědomí, vnímání, rozpoznávání, pozornost, paměť, myšlení a učení.

2.2.1 Vědomí

Vědomí je stav, při kterém dotyčný člověk vnímá sebe i své prostředí. Pojí se s ním dva pojmy: vigilance jako bdělost, tedy stav, kdy je dotyčný při vědomí a lucidita jako jasnost vědomí, tedy schopnost kvalitně vnímat sebe i své okolí (Plháková, 2007). Vědomí je tedy základní stav, ve kterém jsou následně možné další kognitivní procesy. Existuje několik teorií vědomí, Plháková (2007) zmiňuje například **teorii vědomí** Francise Cricka, který vnímá vědomí jako aktuálně reprezentovanou aktivitu, která je reprezentována několika seskupeními neuronů, nebo teorii Stuarta Hameroff, který vědomí vnímá jako reprezentaci

tzv. mikrotubul, buněčný cytoskelet neuronů. Z kognitivních teorií zmiňuje Plháková Baarsovu teorii, která vědomí vnímá jako model jediného jeviště, ve kterém se odehrávají vědomé mentální operace a Dennettovu teorii, která vědomí vnímá jako několik vedle sebe paralelních jevišť.

Vedle vědomí patří k základním kognitivním procesům i **nevědomí**. „Nevědomí lze definovat jako souhrn psychických obsahů a procesů, které probíhají mimo vědomí, ale přesto mohou ovlivňovat chování a prožívání“ (Plháková, 2007, s. 71). Většina psychologických směrů s existencí nevědomí souhlasí, ne všechny s ním však pracují.

2.2.2 Pozornost

Pozornost je dle Plhákové (2007) proces, který zaměřuje vědomí pouze na některé podněty a vpouští do vědomí pouze omezený počet informací. Dle Eysencka (2008) je obtížné od sebe vědomí a pozornost oddělit, protože jsou to procesy, které se často překrývají a zároveň část aktivního zpracování informací probíhá bez vědomé pozornosti. Vědomá pozornost pak má funkci, že detekuje signály, selektivně rozhoduje, kterým podnětům se chce věnovat a umožňuje rozdělovat pozornost mezi více podnětů.

Pozornost rozdělujeme na dva základní typy. Jedná se o **bezděčnou pozornost**, která je na bázi odezvy na změny okolního prostředí, tzv. orientačně-pátracího reflexu a **pozornost záměrnou**, která aktivně zaměřuje pozornost na podněty, které vyhodnotíme jako důležité či zajímavé.

Donald Broadbent (Plháková, 2007) vytvořil **model filtru pozornosti**, kdy bezprostředně poté, kdy zaznamenáme informaci na senzorické úrovni, začneme tuto informaci filtrovat a tím přiřazovat svým počitkům smysl. Na něj navázal se svou teorií selektivního filtru Neville Moray, který řekl, že pouze významné a důležité počitky mohou prolomit filtr selektivní pozornosti. Podle Ulricha Neissera je ovšem filtrace informací možná jak na rané, tak na pozdní úrovni.

2.2.3 Vnímání

Vnímání, nebo-li percepce, je proces snímání informací z podnětového pole, který je zároveň současně organizován a interpretován. Cílem tedy je získání komplexního a smysluplného vjemu z okolního světa či ze sebe samotného (Plháková, 2007). Zjednodušeně řečeno se jedná o procesy, pomocí kterých rozpoznáme jednotlivé počítky a v mysli nám vzniká určitá mentální reprezentace vnímaného podnětu. Rozlišujeme dva základní percepční procesy, **čítí a vnímání**. Čítí je snímání a zaznamenávání jednotlivých počítků a vnímání je rozpoznání a interpretování vjemu jako celku, který je smysluplný a koherentní.

Vnímání je možné rozlišovat **podle jednotlivých smyslů** a po narození vnímání dozrává podle toho, jak dozrávají jednotlivé smyslové orgány a smyslové nervy. V případě člověka je nejdůležitější zejména vizuální a auditivní vnímání. Vývoj vizuálního vnímání také odráží diferenciaci mateřské postavy u kojence. Dítě začíná sociálně reagovat na druhé lidi v době, kdy dozrává jeho vizuální vnímání a dítě je schopno druhé lidi lépe zaostřit a začíná diferencovat matku od druhých osob. Podobně je tomu u sluchového vnímání, které je důležité zejména pro vývoj řeči, komunikačních a sociálních dovedností.

Vnímáním z hlediska smysluplného celku se zabývala zejména **gestaltistická větev**, konkrétně zejména Kurt Koffka a Max Weertheimer. Ti vytvořili několik základních tvarových zákonů, podle kterých lidé vnímají podněty tak, aby pro ně byly smysluplné a přišli s tím, že celek je kvalitativně odlišný od částí, které jej tvoří. S tímto souvisí dvě **základní teorie percepce**. První se nazývá teorie odspodu vzhůru, což jsou teorie, které předpokládají, že vnímání začíná u jednotlivého podnětu a následně se vjem propracovává k vyšším úrovním. Teorie shora dolů předpokládají, že nejprve se aktivují při vnímání vyšší kognitivní procesy, např. dosavadní znalosti, motivace, očekávání a teprve následně se propracovávají dolů k jednotlivým vjemům a počítkům.

2.2.4 Paměť

Paměť je proces, který umožňuje minulým zkušenostem, aby ovlivnily budoucí fungování jedince. Plháková (2007) píše, že paměť se skládá ze tří základních procesů. Prvním

z nich je **vštípení informace**, tedy převedení sensorických počitků do mentální reprezentace, druhým je **uchování informace** a následně její **vybavení**. Vybavení může být buď v aktivní formě, tedy vyvolání informace z paměti nebo pasivní ve formě rozpoznání⁹⁸.

Paměť rozlišujeme dle délky trvání na paměť sensorickou, krátkodobou, pracovní a dlouhodobou. **Senzorická paměť** má nejkratší trvání a jedná se pouze o počátek neurální aktivity, v případě zrakové informace mluvíme o ikonické paměti, v případě sluchu poté o echoické paměti. **Krátkodobá paměť** slouží k několikasekundovému podržení informací, které aktuálně potřebujeme. Funguje ve formě tzv. fonologické smyčky nebo konceptuální paměti. **Pracovní paměť**⁹⁹ je součástí krátkodobé paměti, která je schopna dočasně podržet informace, které používáme pro jiné myšlenkové operace. A **dlouhodobá paměť** se vyznačuje tím, že uchovává informace, které nebyly z krátkodobé paměti vymazány a jsou s ní spojeny morfologické změny na synapsích neuronů. Dále paměť rozlišujeme z hlediska tzv. přístupu k vědomí, jedná se o paměť implicitní a explicitní. **Implicitní paměť**¹⁰⁰ je druh paměti, který je aktivní od narození (pravděpodobně však i před narozením) a není spojen s pocitem vzpomínání. K aktivaci implicitní paměti, respektive ke vštípení, ani vybavení, informací z implicitní paměti není potřeba vědomého zpracování. Patří sem reflexivní, neasociativní učení, motorické dovednosti, procedurální návyky a emocionální reakce. **Explicitní paměť**¹⁰¹ se vyznačuje tím, že se objevuje až okolo 2. roku života, při vybavování vzpomínek z ní je typicky přítomen pocit „já si vzpomínám“ a k její aktivaci je potřeba vědomá pozornost. Její součástí je paměť sémantická, tedy zaměřená na informace a údaje, které nejsou vztaženy k osobnosti a paměť epizodická, což jsou vzpomínky na konkrétní události, které jsou vztaženy k osobnosti (Plháková, 2007).

Paměť je základním předpokladem učení, což je proces, který umožňuje čerpat ze zkušenosti a měnit své psychické obsahy i konkrétní chování. To rozdělujeme (Plháková, 2007) na učení vrozené a záměrné. K **vrozeným typům učení** patří habituace¹⁰²,

⁹⁸ Rekognice

⁹⁹ Též operační paměť

¹⁰⁰ Též raná, nedeklarativní, procedurální

¹⁰¹ Též pozdní, deklarativní

¹⁰² Přivýkání, vyhasínání reakce

senzibilizace¹⁰³, imprinting¹⁰⁴, učení pokusem a klasické podmiňování¹⁰⁵. Mezi **záměrné učení** patří operantní podmiňování¹⁰⁶, učení vhladem¹⁰⁷ a sociální učení.

2.2.5 Myšlení

Myšlení je dle Plhákové (2007) vnitřní psychický proces, ve kterém probíhá zpracování informací a řešení problémů. Myšlení můžeme rozlišovat podle několika způsobů. Bud' je můžeme dělit na **konkrétní**, tedy takové které používá konkrétní vjemy, názorné, takové, které s konkrétními vjemy manipuluje ve své představě nebo **abstraktní**, což je myšlení, které operuje s nekonkrétními znaky a symboly. Případně je možné myšlení rozdělit na **algoritmické**¹⁰⁸, což je myšlení, které se řídí předem stanovenými kroky a pravidly, podle kterých toto myšlení při řešení problémů postupuje. Nebo myšlení **heuristické**¹⁰⁹, které postupují spíše na základě náhodného a emočního rozhodování. Při myšlení následně používáme dvou typů usuzování: indukce a dedukce. **Indukce** vyvozuje obecné závěry z jednotlivostí a **dedukce** vyvozuje jednotlivosti z obecných závěrů.

Plháková (2007) dále popisuje, že kvalitu a způsob myšlení ovlivňuje několik faktorů na straně jedince. Jedná se v první řadě zejména o porozumění danému problému, tedy jakou konkrétní mentální reprezentaci si dotyčný jedinec vytvořil. Zároveň má vliv i to, jaké konkrétní znalosti, dovednosti a zkušenosti s podobným problémem jedinec již získal, zda je schopen problém vnímat v jeho komplexitě nebo vnímá jen některé jeho rysy a zda je schopen svá řešení inovovat a hledat nová, vhodnější.

2.3 Kognitivní teorie související s teorií citové vazby

Teorií z oblasti kognitivní psychologie nebo teorií ohledně vývoje kognitivních funkcí je celá řada. Vzhledem k tomu, že tato práce je primárně zaměřena na citovou vazbu, tak

¹⁰³ Zcitlivění, narůstání reakce

¹⁰⁴ Vtiskování, učení při jednom vystavení podnětu

¹⁰⁵ Vznik vztahu mezi podnětem, který reakci nevyvolává a tím, který vyvolává

¹⁰⁶ Pozitivní či negativní účinky určitého chování zvyšují či snižují pravděpodobnost jeho dalšího opakování

¹⁰⁷ Práce s mentálními reprezentacemi

¹⁰⁸ Logické

¹⁰⁹ Intuitivní

se bude věnovat těm kognitivním teoriím, které s ní souvisejí a které souvisejí s realizovaným výzkumem této práce.

2.3.1 Piagetova kognitivní teorie

Teorie Jeana Piageta je jedním z pilířů, na kterém stojí Bowlbyho teorie attachmentu. Piaget v první polovině 20. století přišel s teorií vývoje kognitivních schopností, kterou vytvořil na základě pozorování svých vlastních dětí. Podle (Piaget, 1996) něj kognitivní vývoj člověka probíhá v jednotlivých stádiích, které se od sebe kvalitativně výrazně odlišují a proces vývoje kognitivních funkcí je podle něj dán zráním nervové soustavy. Za základní kognitivní procesy považuje asimilaci a akomodaci. **Asimilace** je přijímání a získávání nových znalostí a dovedností, tyto informace poté člověk uchovává v tzv. asimilačních schématech, což jsou schémata dostupných informací k danému problému. **Akomodace** je naopak adaptace se na novou situaci, na kterou již stará asimilační schémata nestačí. Právě tento rozpor mezi potřebami aktuální situace a asimilačními schématy nazývá Piaget jako kognitivní rozpor a ten je podle něj hnací silou kognitivního vývoje. Piaget (1996) vnímá učení jako individuální proces, který probíhá na základě biologického pozadí a který probíhá na základě subjektivních zkušeností dítěte, proto vzniká **asimilační schémata vnímá jako subjektivní**. O vlivu sociálních činitelů na proces kognitivního vývoje Piaget nemluví, ale zdůrazňuje, že učení je vždy spojeno s emočními prožitky.

V rámci kognitivního vývoje Piaget rozlišil **čtyři vývojová stádia**. Prvním z nich je stádium senzomotorické inteligence, která trvá od narození do cca 2 let. Jejím projevem je praktické (senzomotorické) poznávání objektů v čase a prostoru a orientace v okolí. V tomto období se také utváří pojetí stálosti objektu. Druhým stádiem je předoperační myšlení, které trvá od cca 2 do 7 let. V tomto období se dítě učí zejména používat jazyk jako symbol a jednoduché myšlení. Rozvíjí se představivost, tvořivost, dítě zvládá třídít předměty podle jedné kategorie, ale myšlení dítěte se ne vždy řídí logikou, je výrazně egocentrické a je vázáno převážně na konkrétní vjemy z okolního světa. Toto stádium se dělí na stádium symbolického a předpojmového myšlení, které bývá okolo 4 let nahrazeno stádiem názorového myšlení. Třetí stádium nazýváme fází konkrétních logických operací

a trvá od cca 7 do 12 let. V tomto stádiu již dítě zvládá systematicky uvažovat o objektech, číslech, času, prostoru a příčinnosti a zvládá třídit předměty i podle více kategorií. Dokáže se již odprostit od potřeby vnímat předměty, o kterých přemýšlí, ale obsahem myšlení jsou stále konkrétní kategorie. Poslední stádium formálních operací se objevuje od cca 12 let. V tomto stádiu dokáže dítě přemýšlet ve složitějších logických operacích a je schopno domýšlet důsledky, testovat hypotézy a logicky uvažovat i o nekonkrétních, abstraktních pojmech. Podstatným znakem kognitivního vývoje je, že vývoj poznávacích schopností probíhá od praktické manipulace s předměty a pojmy a postupně se vytvářejí kognitivní reprezentace pojmů, které se internalizují¹¹⁰. Postupná internalizace umožňuje vzniknout procesu myšlení, tedy operace s pojmy a představami bez jejich přímého vnímání.

2.3.2 Bowlby a mentální reprezentace

Bowlby z Piagetovy teorie vycházel a dodává, že dítě si vždy vytváří určitý **pracovní model světa**, ve kterém jsou zahrnuty jeho vazebné postavy a informace, kde se dají nalézt a jaké chování je možné od nich očekávat (Bowlby, 2012). Píše, že *„každá situace, s níž se v životě setkáváme, je koncipována prostřednictvím reprezentačních modelů, které máme o světě kolem a o sobě samotných. Informace, které k nám přicházejí skrze smyslové orgány, jsou pomocí těchto modelů prosívány a interpretovány, pomocí nich je vyhodnocován jejich význam pro nás a pro naše blízké a s ohledem na ně jsou navrhovány a prováděny plány činnosti. Jak interpretujeme a vyhodnocujeme každou situaci, navíc záleží na tom, jak se cítíme“* (Bowlby, 2013, s. 202). Každý člověk tedy sám aktivně tvoří na základě svých zkušeností vlastní vnitřní model světa. Kromě svých zkušeností má na konkrétní podobu vnitřního modelu světa, respektive jeho mentální reprezentace vliv to, jak konkrétně své zkušenosti vyhodnocuje a jaký jim dává význam. Tedy jak **o svých zkušenostech přemýšlí**.

Mimo to, že dítě konstruuje svůj pracovní model světa na základě porozumění svým vazebným postavám a informacím o jejich dostupnosti, tak si také vytváří porozumění tomu, jestli je ono samo pro své vazebné postavy přijatelné nebo není. Vytváří si koncepci

¹¹⁰ Zvnitřňují

toho, jak jej vnímají jeho vazebné postavy a z toho odvozuje předpoklad, zda by byl dotyčný přijatelný i pro ostatní lidi nebo nikoliv. **Model dostupnosti vztahových osob a model vlastní přijatelnosti** pro něj je poté ústředním pro další chování, které si v jeho souvislosti člověk vytváří, konkrétně jak moc jeho další chování bude motivováno úzkostí a strachem ze ztráty svých vazbových osob nebo jejich nedostupností v případě, kdy by se dotyčný ocitl v nepříjemné situaci. Bowlby (2012) píše, že model toho, zda bude vazebná postava dostupná a ochotná citlivě reagovat na potřeby dítěte závisí na dvou proměnných. Jednak, zda je vazebná postava typem člověka, který je obecně schopen a ochoten reagovat na žádost o pomoc a ochranu a za druhé, zda je dítě typem člověka, na které by druzí lidé, zejména pak vazebná postava, reagovala poskytnutím pomoci. Dle Bowlbyho jsou tyto proměnné na sebe vzájemně provázané. Podle Bowlbyho (2013) výsledné mentální reprezentace záleží i na kognitivních dispozicích člověka, konkrétně mluví o tom, jak sám hodnotí sebe, jak vnímá, že jej hodnotí druzí, jak si myslí, že druzí lidé se k němu budou chovat, jak moc si je vědom svých minulých interpretací a jejich vlivu na svůj současný život a do jaké míry je schopen své kognitivní zhodnocení změnit. Bowlby (2012) zároveň zdůrazňuje, že mentální reprezentace vazebných postav nejsou neměnné a jednotvárné, ale že každý člověk většinou **pracuje se dvěma (nebo i více) různými pracovními modely ke každé ze svých vazebných postav i ke svému vlastnímu já.**

2.3.3 Beck a teorie kognitivního hodnocení

Aaron Beck vytvořil v roce 1976 vlastní teoretický přístup k léčbě duševních obtíží, zejména deprese. Navazoval na Ellisovu racionálně-emoční terapii, která zdůrazňovala vliv myšlenek, přesvědčení a tvorby hypotéz při vzniku a udržování neurotických onemocnění. Beck tyto myšlenky, přesvědčení a hypotézy nazývá pojmem **schéma** a podle něj jsou někteří lidé více náchylní ke vzniku depresivních a úzkostných onemocnění, protože své zkušenosti z raného věku organizují do specifických schémat. U depresivních osob jsou jejich schémata typicky více negativní, sami sebe i své okolí vnímají na základě **negativních přesvědčení**. Naproti tomu úzkostní pacienti častěji percipují ve svém okolí určitou míru ohrožení a sami sebe vnímají jako zvýšeně zranitelné.

Praško (2013) dodává, že vzniklá schémata následně ovlivňují většinu kognitivních procesů (jako je pozornost, vnímání, učení, vyhledávání informací) a tak vedou k upřednostňování a následném zpracování informací tak, aby potvrzovaly konkrétní schéma. Pešek (2013) píše, že jádrová schémata, společně s dalšími postoji, fungují jako automatické vzorce, pomocí nichž si vysvětlujeme a hodnotíme události okolo nás. Jedná se o tzv. šablony myšlení a prožívání.

Beck (2005) se v terapii začal orientovat na myšlenky, které jsou **maladaptivní** a pomocí kterých si člověk vytváří své porozumění pro situace a která jej následně negativně ovlivňují. Ke **kognitivním omylům** dochází zejména na základě těchto způsobů myšlení: zhodnocení na základě nepodložených závěrů, zkresleného výběru informací, černobílého myšlení, přehánění, generalizace, bagatelizace, nepodložených soudech o druhých lidech, nepodložených katastrofických scénářů a hodnocení na základě emočního stavu.

Eysenck (2008) dodává, že lidé mají tendenci aktivně si vytvářet svá pojetí o světě. Dle Lazaruse (in Eysenck, 2008) se kognitivní hodnocení dělí na tři typy: **primární**, **sekundární**, které závisí na zdrojích dané osoby a **přehodnocení**, tedy změna daného hodnocení. Preiss (2009) říká, že základním východiskem kognitivní psychologie je pojem **kognitivní mapa**, což je způsob organizace našeho vnímání a našich zkušeností do určitého celku. Pojem kognitivní mapa tak odpovídá Beckovu pojmu schéma.

2.4.4 Kellyho teorie osobních konstruktů

George Kelly přišel roku 1955 s teorií **osobních konstruktů**. Vnímá každého člověka jako vědce, který si aktivně vytváří vlastní **hypotézy o realitě**. Tyto jeho hypotézy, který si každý člověk vytváří slouží zejména k tomu, že pomocí nich se snaží předvídat další události a zařídí se podle této své předpovědi. Kelly (1991) zdůrazňoval, že i obyčejní lidé mají potřebu rozumět událostem okolo sebe a předvídat jejich další vývoj. Jedinec tedy není pasivním příjemcem informací z okolí, na které by pasivně odpovídal, ale sám aktivně vytváří porozumění tomu, co se děje. Toto se podle Kellyho děje pomocí osobních konstruktů, tedy jakýchsi šablon pro vnímání a zpracování reality.

Všechny konstrukty jsou dle Kellyho **protichůdné**, svět rozdělují podle jasného principu na dobrý-zlý, užitečný-neužitečný, černý-bílý. Konkrétní konstrukt je vždy vytvořen na základě událostí, které osoba zažila a za podmínky, že byly přítomné minimálně 3 události či myšlenky, z toho minimálně jedna musí být něčím odlišná od dalších, aby vznikla potřeba vytvořit si vlastní konstrukt nebo-li myšlenku. Daný konstrukt má sloužit k predikci budoucnosti a pokud se osvědčí a budoucí události dobře predikuje, pak si člověk konkrétní konstrukt ponechá, pokud se neosvědčí, pak jej změní nebo zanechá. Všechny konstrukty se vyznačují tím, že jsou aplikovatelné na konkrétní situace a vznikají z konkrétních událostí. Některé konstrukty jsou více rigidní, některé méně a některé konstrukty jsou nadřazené jiným. Kelly ve své teorii popsal také vzorec **C-P-C**¹¹¹. Ten ukazuje způsob, jakým jsou konstrukty používány. Při setkání s konkrétní událostí jsou nejdříve zvažovány konstrukty, které by pro ni byly nejvhodnější, na základě nich se člověk rozhoduje pro hypotézu, která mu situaci nejvíce vysvětlí a podle ní pak zvolí konkrétní chování. Zjednodušeně lze tedy říci, že teorie osobních konstruktů vysvětluje, že každý člověk stejné události může interpretovat jinak, protože má odlišné osobní konstrukty, které dávají smysl situacím okolo něj. Kovářová (2012) popisuje, že hlavními znaky Kellyho teorie jsou dilatace – konstriktce, volnost – vázanost a jádrové konstrukty. Při **dilataci** člověk rozšiřuje své konstrukty na více situací, při **konstriktci** je naopak zužuje. **Volné konstrukty** vedou k měnícím se předpovědím, vázané vedou k neměním se předpovědím. A jádrové konstrukty jsou takové, které určují identitu jedince, jsou pevné a pro něj typické. Kovářová zmiňuje vedle jádrových konstruktů i konstrukty závislosti, což jsou konstrukty vzniklé v dětství pomocí níž si dítě konstruuje své blízké osoby ve vztahu ke svému vlastnímu přežití.

K nalezení významných konstruktů osoby vytvořil Kelly tzv. **REP Test**¹¹². Ten má sloužit k porozumění tomu, jak daná osoba percipuje realitu a jednotlivé osoby, které v testu mezi sebou porovnává. Porovnávání probíhá vždy mezi třemi konkrétními osobami, u kterých má proband říci v čem se dvě osoby podobají a zároveň se odlišují od třetí.

¹¹¹ Circumspection – preemption - control

¹¹² Role Construct Repertory Test

2.3.5 Youngova raná maladaptivní schémata

Autorem raných maladaptivních schémat¹¹³ je Jeffrey Young. Ten vytvořil na základě Beckovy teorie tzv. **schematerapie** (Šlepecký, 2018). Schéma vnímá jako **organizovaný vzorec myšlenek a chování**. Na konkrétní schémata poté reaguje jedinec určitým chováním, které v sobě zahrnuje strategie řešení problémů, emocionální potřeby a módy. Módem myslí Young emocionální stavy a způsoby reakcí, které mohou být měnlivější. Stejně jako schémata, i módy mohou být adaptivní nebo maladaptivní. Schémata se poté dělí na podmíněná a nepodmíněná. Ta schémata, která vnímáme jako **nepodmíněná** se většinou vytvořila v raném dětství a bývají více jádrová, oproti těm **podmíněným**, která se vytvořila až na základě těchto raných v pozdějším věku. Šlepecký (2018) píše, že ta schémata, která se vytvořila v raném dětství, bývají silnější a vznikají zpravidla v rodině.

Medalová (2014) píše, že raná maladaptivní schémata vznikají na základě **neuspokojených potřeb dítěte**. Základních oblastí emočních potřeb dítěte popisuje Young pět. Jedná se o potřebu cítit se bezpečně a navazovat tady hluboké vztahy s druhými lidmi, kteří jim dodají pocit bezpečí. Dále je to potřeba autonomie a pocitu vlastní zdatnosti, potřeba vytvořit si hranice vlastní osobnosti, potřeba vyjadřovat vlastní potřeby, přání a emoce bez nutnosti uspokojovat pouze potřeby druhých a potřeba nemuset se obávat vlastního selhání. Šlepecký (2018) popisuje 18 základních **maladaptivních schémat**:

I. porucha navázání vztahů a odvržení (disconnection and rejection)

- Opuštění/nestabilita (abandonment/instability)
- Zneužívání/nedůvěra (abuse/mistrust)
- Emoční deprivace (emotional deprivation)
- Vadnost/stud (defectiveness/shame)
- Sociální izolace/odcizení (social isolation/alienation)

II. narušená autonomie a výkon (impaired autonomy)

- Funkční závislost/neschopnost (functional dependence/incompetence)

¹¹³ EMS – early maladaptive schmemas

- Zranitelnost vůči nebezpečí (vulnerability to danger)
- Propojení/nevyvinuté já (enmeshment/undeveloped self)
- Selhání(failure)

III. narušení hranic (impaired limits)

- Nadřazenost/velikášství (entitlement/grandiosity)
- Nedostatečná sebekontrola/sebekázeň (insufficient self-control/self-discipline)

IV. zaměření na druhé (other-directedness)

- Podřízení (subjugation)
- Sebeobětování/přehnaná zodpovědnost (self-sacrifice/overresponsibility)
- Vyhledávání souhlasu a uznání (approval-seeking/recognition-seeking)
- V nadměrná ostražitost a inhibice (overvigilance and inhibition)
- Negativismus/obava z chyb (negativity/vulnerability to error)
- Nadměrná sebekontrola/emoční inhibice (overcontrol/emotional inhibition)
- Perfekcionismus/hyperkritičnost (unrelenting standards/hypercriticalness)
- Trestání (punitiveness)

Šlepecký (2018) dodává, že raná maladaptivní schémata vznikají na základě **negativních zkušeností v dětství** a na základě **neuspokojených potřeb dítěte jeho rodiči**. Čemuž se následně dítě přizpůsobuje, vytvoří si kognitivní vysvětlení ohledně této situace a toto vysvětlení si **internalizuje**. Součástí tohoto internalizovaného maladaptivního schématu bývají specifické vzpomínky, emoce, tělesné pocity a myšlenky. Chování jako takové nebývá součástí schématu, ale bývá odpovědí na schéma.

3. Závislost

3.1 Definice závislosti

Za závislost, nebo také **syndrom závislosti** považujeme takový soubor příznaků, kdy látka nebo činnost, na které se u člověka vytvořila závislost, má pro něj mnohem větší hodnotu, než mají činnosti a hodnoty, které pro dotyčného byly důležité před vznikem závislosti. Jedná se o takový stav, kdy se závislý nadměrně a většinu doby zabývá látkou nebo činností, na které je závislý a jeho psychické, a někdy i fyzické, fungování je zcela závislé na pravidelném přísunu psychoaktivní látky nebo závislé činnosti. U lidí, u kterých se rozvinul syndrom závislosti, se objevují také různé fyzické, psychické i sociální obtíže. Vlivem rozvoje syndromu závislosti a nadměrného užívání návykové látky nebo nadměrného zabývání se návykovou činností často dochází k různému stupni a různé podobě **fyzického poškození organismu, poruchám chování, poruchám vnímání, poruchám myšlení a také k narušení osobnosti závislého.**

Závislost může vzniknout na určité **psychoaktivní látce** nebo určité **třídě psychoaktivních látek**. Za psychoaktivní látku označujeme tu, která mění stavy vědomí. Za návykovou látku poté označujeme tu, která má farmakodynamický¹¹⁴ potenciál k vyvolání závislosti. Oba pojmy se v klinické praxi často překrývají. Zároveň se také může vyskytnout závislost i na látkách, které nemají závislostní potenciál, poté mluvíme o abúzu látek nevyvolávajících závislost. Syndrom závislosti se dále může rozvinout i na určité **činnosti**.

S ohledem na přijímání psychoaktivních látek do organismu poté užíváme pojmy úzus, misúzus a abúzus. Skála (1987) udává, že pojem **úzus** překládáme jako mírnou konzumaci psychoaktivní látky. Tedy takovou konzumaci, která například alkohol užívá jako pochutinu, a nikoli pro její psychoaktivní účinek, hladina alkoholu v krvi by neměla přestoupit 0,6 g/litr a je užíván zdravým člověkem bez rizika závislosti. Slovo **misúzus**

¹¹⁴ Farmakodynamika se zabývá působením drogy (látky) v organismu

překládá Skála jako zneužívání návykových látek, tedy takovou konzumaci, která poškozují fyzické či psychické zdraví dotyčného, ale nemusí se ještě jednat o nadměrnou konzumaci. Často se misúzus objevuje například v situaci, kdy pacient, který má předepsána určitá farmaka nedodrží zákaz konzumace alkoholu v době užívání. A pojem **abúzus** se poté užívá ve významu nadužívání psychoaktivní látky, které v důsledku také poškozují fyzické či psychické zdraví.

Urban (1973) popisuje, že slovo **toxikománie** je složeno z řeckých slov „toxikos“, což znamená náležející k luku, a označoval se tím jed na hroty šípů, a slova „mánie“, což znamená šílenost, zuřivost nebo nadšení. Pojem tedy znamená chorobnou touhu po jedech. Slovo **alkohol** pochází z arabského „al-kahal“, což znamená jemný prášek, jemnou substanci nebo význam „něco nejlepšího“. Pojem **droga** se dodnes užívá ve farmakologii v původním významu, kdy znamená léčivo či účinnou složku usušených léčiv.

3.2 Psychopatologie závislostí

Za závislosti označujeme návykové a impulzivní nemoci, které jsou řazeny mezi duševní poruchy a poruchy chování. V současné době existují dva klasifikační systémy, podle kterých můžeme jednotlivé návykové a impulzivní nemoci diagnostikovat a následně léčit. Jedná se o klasifikační systémy DSM V a ICD-10.

3.2.1 DSM V¹¹⁵

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch vytvořila Americká psychiatrická asociace (APA) k základní klasifikaci a diagnostice duševních poruch. DSM V je užívaným klasifikačním systémem v USA a 5. revize vznikla v roce 2013. Oproti ICD-10 jsou v DSM V (2015) všechny závislosti zařazeny v jednom oddíle, a to jako Poruchy spojené s užíváním látek a poruchy se závislostí. Zahrnují jednak závislosti na návykových látkách, závislosti na jiných nebo neznámých látkách, patologické hráčství a další

¹¹⁵ Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize

behaviorální závislosti. Manuál (2015) rozděluje návykové nemoci do dvou skupiny, na **poruchy užívání látek a poruchy vyvolané užíváním látek**.

Poruchy vyvolané užíváním látek jsou takové poruchy, které běžně nazýváme jako syndrom závislosti. Ty jsou v manuálu nazývány jako lehká, středně těžká a těžká porucha užívání konkrétní látky, např. těžká porucha užívání heroinu.

Mezi **poruchy vyvolané užíváním látek** zařazujeme akutní intoxikaci, odvykací stav, akutní psychotickou poruchu, bipolárně-afektivní poruchu, depresivní poruchy, úzkostné poruchy, poruchy spánku, sexuální dysfunkce, delirium a neurokognitivní poruchy.

Znakem závislosti, respektive **poruchy užívání látky**, je dle klasifikace těchto 11 kritérií:

1. Užívání větších dávek nebo delší dobu, než měl uživatel v úmyslu
2. Opakované neúspěšné pokusy o snížení či vysazení látky
3. Vysoká míra snahy o získání látek, jejich užívání nebo zotavení se z účinků
4. Silná touha či nutkání po užití
5. Selhávání v povinnostech v práci, škole či doma v důsledku užívání
6. Pokračování v užívání i přes přetrvávající sociální a interpersonální potíže, které jsou způsobeny užíváním
7. Z důvodu preference užívání látky jsou omezeny sociální, profesní nebo rekreační aktivity
8. Opakované užívání látek v situacích, kde hrozí fyzické nebezpečí
9. Pokračování v užívání i přes somatické nebo psychické problémy, které jsou způsobeny návykovou látkou
10. Zvyšování tolerance k látce
11. Odvykací stav

Těchto 11 kritérií je řazeno do 4 skupin, které se týkají narušení kontroly, sociálního narušení, rizikového užívání a farmakologických kritérií. Pokud uživatel z těchto 11 kritérií splní dva až tři příznaky, můžeme mluvit o mírné poruše užívání. Pokud splní čtyři až pět příznaků, pak mluvíme o středně těžké a pokud splní šest a více příznaků, pak o těžké poruše užívání.

V DSM-V (2015) jsou jednotlivé poruchy řazené podle návykových látek a v rámci třídy návykových látek se rozlišuje Porucha užívání alkoholu, Intoxikace, Odvykací stav, Jiné poruchy vyvolané látkou a Nespecifikované poruchy spojené s látkou. Jedná se o látky alkohol, kofein, kanabis, halucinogeny (kdy je zvlášť odlišena látka fencyklidin¹¹⁶), organická rozpouštědla, opioidy, sedativa, hypnotika a anxiolytika, stimulancia, tabák a jiné (nebo neznámé) látky. Dále je zde řazeno i patologické hráčství.

Impulzivní a nutkavé poruchy jako je pyrománie a kleptománie jsou zařazeny v oddíle Poruchy ovládání impulzů a poruchy chování.

3.2.2 ICD-10

ICD-10¹¹⁷ byla vytvořena Světovou zdravotnickou organizací a je užívána zejména v Evropě, 10. revize vznikla v roce 1994. V České republice se k diagnostice somatických a psychických nemocí používá právě klasifikace ICD-10. V ICD-10 (2000) jsou návykové nemoci řazeny ve třech oddílech. V prvním oddíle, který je označován pod kódem F10-19 jsou řazeny **Duševní poruchy a poruchy chování, které jsou vyvolané užíváním nebo užitím psychoaktivních látek**. Jedná se o oddíl, ve kterém jsou zařazeny psychoaktivní látky, které mají potenciál k vyvolání fyzické závislosti. Tyto psychoaktivní látky jsou v ICD-10 (2000) označovány pod svými konkrétními kódy:

F10 – alkohol

¹¹⁶ PCP – syntetická droga se stimulačními, hypnotickými a halucinogenními účinky

¹¹⁷ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Též pod českým názvem MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

F11 – opioidy

F12 – kanabinoidy

F13 – sedativa nebo hypnotika

F14 – kokain

F15 – jiná stimulancia

F16 – halucinogeny

F17 – tabák

F18 – organická rozpouštědla

Konkrétní porucha, která je způsobena těmito psychoaktivními látkami se poté skládá z kódu dané návykové látky a dané poruchy, například F12.0 – akutní intoxikace marihuanou.

Duševní poruchy, které jsou způsobeny užitím látek, které nemají potenciál k vyvolání fyzické závislosti, jsou zařazeny v oddíle F50-59 - Poruchy chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Konkrétně se jedná o kód F55 Abúzus látek nevyvolávajících závislost. Jedná se například o abúzus vitamínů, antidepresiv, hormonů a steroidních přípravků, bylinných preparátů a laxativ.

Poslední oddíl ICD-10, který se zabývá návykovými nemocemi je oddíl F60-69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých. Zde jsou zařazeny tzv. **behaviorální závislosti**, které se vyznačují závislostí na určité činnosti či procesu. Jedná se patologické hráčství, kleptomanií¹¹⁸, pyromanií¹¹⁹ a trichotylomanií¹²⁰. Šířeji sem může spadat také závislost na internetu, mobilních telefonech, sociálních sítích, jídle, sexu apod.

¹¹⁸ Chorobná touha po krádežích

¹¹⁹ Chorobná touha po zakládání požárů

¹²⁰ Chorobná touha po vytrhávání si vlasů

3.2.2.1 Poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek

ICD-10 (2000) od sebe odlišuje různé stavy, které jsou způsobeny užitím nebo užíváním psychoaktivních látek. Tyto stavy se od sebe odlišují svým průběhem, podobou konkrétních symptomů, nároky na léčbu i okolnostmi vzniku. Každá tato porucha může být vyvolána jakoukoli psychoaktivní látkou, ovšem s tím, že některé poruchy jsou s větší pravděpodobností způsobeny určitou konkrétní látkou, např. amnestický syndrom alkoholem, psychotická porucha metamfetaminem či kanabinoidy apod.

Höschl (2004) zároveň dodává, že **přechody mezi jednotlivými návykovými látkami** jsou poměrně časté. K tomu dochází jednak z důvodu nedostupnosti látky, na které je uživatel závislý a nahradí jí tak látkou, která je pro něj aktuálně dostupnější, například přechod od užívání heroinu k metamfetaminu. A zároveň k přechodu mezi jednotlivými látkami dochází také z toho důvodu, že uživatel začne užívat tzv. **průchozí drogu**, kterou je v českých podmínkách nejčastěji alkohol, tabák a marihuana a postupně od nich přechází ke škodlivějším látkám, jako je například pervitin, kokain či heroin.

3.2.2.1.1 Akutní intoxikace F1x.0

Dle ICD-10 (2000) je **akutní intoxikace** dočasný a většinou krátkodobý stav, který následuje po požití psychoaktivní látky. Užití psychoaktivní látky poté vyvolává typické změny v chování, prožívání a fyziologických funkcích, které jsou typické pro konkrétní látku, která byla užitá.

Smolík (1996) dodává, že účinek užití látky se může u jednotlivých uživatelů měnit v závislosti na užití dávce, okolnostech požití a na premorbidní osobnosti.

Z hlediska diferenciální diagnostiky¹²¹ je nutné vyloučit, zda změny v chování, prožívání či fyziologických funkcích nejsou způsobeny jinou somatickou nebo psychickou poruchou.

¹²¹ Diferenciální diagnostika – proces rozhodování se mezi dvěma či více možnými poruchami či nemocemi

Změny, které se u dotyčného objevily, tak musí být přímo vyvolány užitím určité psychoaktivní látky.

3.2.2.1.2 Škodlivé užívání F1x.1

ICD-10 (2000) definuje **škodlivé užívání psychoaktivní látky** jako takovou podobu užívání, které prokazatelně poškozuje zdraví svého uživatele, a to svou délkou, množstvím užívané, způsobem užívání nebo dalšími sociálními okolnostmi. Psychoaktivní látka může uživatele poškozovat po fyzické stránce, psychické, ale také po stránce sociální.

Z diagnostického hlediska by toto poškození mělo trvat kontinuálně alespoň měsíc, případně i kratší dobu, ale mělo by se opakovat během celého roku.

3.2.2.1.3 Syndrom závislosti F1x.2

Dle ICD-10 (2000) je **syndrom závislosti** sdružení příznaků, při kterém dochází k somatickému, psychickému nebo sociálnímu poškození uživatele a zároveň pro něj má ale užívání této látky mnohem větší přednost před jinými aktivitami, které pro něj byly do doby vzniku závislosti také důležité. **Základní kritéria** syndromu závislosti stanovuje ICD-10 tyto:

1. Silná touha a nutkání užívat látku
2. Potíže v kontrole užívání látky
3. Odvykací stav, který uživatel zmírňuje dalším užitím návykové látky
4. Zvyšující se míra tolerance dané látky
5. Zanedbávání jiných zájmů a dávání přednosti užívání návykové látky
6. Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání

Pro pozitivní diagnózu syndromu závislosti musí být splněno 3 a více kritérii. Höschl (2004) udává, že základním rysem syndromu závislosti je silné puzení k užívání látky,

kteřé se projevuje tím, že uživatel má opakované a neúspěšné pokusy o zastavení nebo kontrolování užívání.

3.2.2.1.4 *Odvykací stav F1x.3*

Za **odvykací stav** v ICD-10 (2000) označujeme specifický soubor somatických a psychických příznaků, ke kterým dochází při úplném vysazení látky nebo při jejím snížení u uživatelů, kteří byli zvyklí látku užívat dlouhodobě nebo ji užívali ve vysokých dávkách.

Z diferenciálně diagnostického hlediska je důležité, zda symptomy odpovídají známým projevům odvykacího stavu u konkrétní návykové látky a zároveň zda je nelze přičítat jiné fyzické nebo psychické poruše.

Odvykací stav může být také komplikován **deliriem** (Fx.4). K odvykacímu stavu s deliriem dochází po úplném nebo částečném vysazení alkoholu u silně závislých. Delirium je život ohrožující stav a vyznačuje se zastřeným vědomím a zmateností. Mohou se u něj vyskytovat halucinace a iluze, častý je výrazný třes, agitovanost, nespavost a bludné zpracování reality.

3.2.2.1.5 *Psychotická porucha F1x.5*

Psychotická porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek je dle ICD-10 (2000) akutní a dočasný psychotický stav, který vznikl následkem užívání psychoaktivních látek. Mohou se při něm objevovat halucinace, bludy, vztahovačnost a různé psychomotorické poruchy ve smyslu stuporu, nástav nebo agitovanosti a abnormálních emocí.

Porucha by měla trvat od 48 hodin do cca 1 měsíce a nejdéle by měla spontánně vymizet do 6 měsíců od začátku, pokud není udržována dalším užíváním návykových látek.

Smolík (1996) dodává, že vědomí je u psychotické poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek většinou jasné, i když se může objevit určitý stupeň zastřeného vědomí. Porucha zároveň zahrnuje alkoholovou halucinózu, alkoholovou žárlivost,

alkoholovou paranoiou a také trvalý psychotický stav, který je způsoben alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou.

3.2.2.1.6 Amnestický syndrom F1x.6

ICD-10 (2000) zařazuje **amnestický syndrom** jako poruchu, která se projevuje výrazným a dlouhotrvajícím zhoršením krátkodobé paměti. Toto zhoršování krátkodobé paměti se netýká paměti bezprostřední, která bývá v normě (například při testu Opakování číselné řady) a zároveň intelekt, ani pozornost nebývá narušen. Porucha se naopak může projevovat, vedle zhoršené krátkodobé paměti, také sníženou schopností správně si vybavovat a časově zařazovat minulé zážitky, což ovšem často bývá zamaskováno **konfabulacemi**¹²².

3.2.2.1.7 Reziduální poruchy F1x.7

Mezi **reziduální poruchy** řadíme v ICD-10 (2000) takové poruchy, které jsou vyvolané užíváním návykových látek, ale přetrvávají a nedochází k jejich úzdravě nebo které se objevují oddáleně po ukončení užívání. Patří sem Psychotické reminiscence (F1x.70), což jsou krátkodobé psychotické stavy, Porucha osobnosti nebo chování (F1x.71), která je způsobena užíváním návykových látek, Reziduální porucha nálady (F1x.72), Demence (F1x.73), která je způsobena užíváním návykových látek, Jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí (F1x.74) a Psychotická porucha s pozdním začátkem (F1x.75).

Smolík popisuje reziduální poruchy jako: „*změny poznávání, emotivity, osobnosti nebo chování, které přetrvávají v době, kdy již není opodstatněné předpokládat, že by se mohlo jednat o přímý účinek psychoaktivní látky*“. (Smolík, 1995, s. 124)

¹²² Vymyšlená vzpomínka, která má zakrýt poruchu paměti

3.2.2.1.8 Duální diagnózy

Duální diagnózy nejsou v ICD-10 samostatně označeny, ale v klinické praxi jimi označujeme takový psychický stav, kdy se vyskytuje konkrétní návyková nemoc, která je komorbidní s jinou duševní nemocí. S tím, že primární porucha může být jak závislost, tak také jiná duševní nemoc. Dle Höschla (2004) může návyková nemoc jinou duševní nemoc napodobovat (např. v případě schizofrenie nebo deprese), případně může jinou duševní nemoc zhoršovat nebo ji i vyvolávat, měnit obraz jiné duševní poruchy, zastírat ji, dekompenzovat nebo se navzájem potencovat.

Diferenciální diagnostika duálních diagnóz je proto velice obtížná. V současné době se lidé s duální diagnózou vyskytují v mnohem větší míře, než tomu bylo dříve a nejčastěji se návyková nemoc vyskytuje ve spojení se schizofrenním onemocněním, akutními a přechodnými psychotickými poruchami, mentální retardací, hyperkinetickými poruchami, poruchami osobnosti, bipolárně-afektivní poruchou, úzkostnými poruchami a afektivními poruchami.

3.3 Prevalence¹²³ návykových potíží

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti vydává každoročně zprávu o stavu drogové situace v České republice.

Z údajů Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v roce 2016 (2017) vyplývá, že ve věkové skupině 15-24 let užívá **tabák** denně 22,3 % populace a alespoň jednou tabák užilo 57,8 %. Ve věkové skupině 25-34 let denně užívá tabák 28,8 %, ve věkové skupině 35-55 let denně užívá 25,7%, ve věkové skupině 45-54 let pak 30,8% a ve věkové skupině 55-64 let 24,4%.

Alespoň jednou týdně užívá **alkohol** ve věkové skupině 15-24 let 7,4%, ve věkové skupině 25-34 let pak 15,9%, ve věkové skupině 35-44 let 12,4%, ve věkové skupině 45-54 let

¹²³ Množství aktuálně existujících nemocí či poruch ve vybrané populaci

15,8% a ve věkové skupině 55-64 let 11,8%. Denně užívá alkohol ve všech věkových skupinách okolo 1% populace.

Nealkoholové psychoaktivní látky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika a stimulační látky) užilo v posledních 12 měsících 10,2 % populace z věkové skupiny 15-24 let, 14,0% z věkové skupiny 25-34 let, 16,4% z věkové skupiny 35-44 let, 22,4% z věkové skupiny 45-54 a 22,3% z věkové skupiny 55-64 let. V posledních třiceti dnech užilo ze všech věkových kategorií nealkoholové psychoaktivní látky cca 10% populace.

Alespoň jednou v životě užilo nelegální drogu 30,5% populace ve věku 15-64 let. Nejčastěji užitou nelegální drogu byly konopné látky (26,6%), extáze (7,1%), halucinogenní houby (5,4%), pervitin (3,0%) a LSD (2,10). Léky bez předpisu (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika) užilo někdy v životě 23,4% populace, v posledních 30 dnech je užilo 3,5% populace.

V roce 2016 bylo odhadnuto¹²⁴, že **problémových uživatelů** psychoaktivních látek je v České republice okolo 46,8 tisíc. Odhaduje se, že problémových uživatelů pervitinu je 34,3 tisíc, problémových uživatelů heroinu 3,4 tisíc a problémových uživatelů buprenorfinu 7,3 tisíc. Odhad injekčních uživatelů drog v roce 2016 je okolo 42,8 tisíc. V Národním registru léčby uživatelů drog, který eviduje problémové uživatele, kteří podstoupí léčbu závislosti ambulantního nebo ústavního typu, se ukazuje, že v roce 2016 se s alkoholem jako primární diagnózou léčilo 1,9 tisíc osob, v roce 2015 1,5 tisíc osob. S tabákem se v roce 2016 léčilo 41 osob, v roce 2015 188 osob. Se závislostí na stimulantcích se v roce 2016 léčilo 2,6 tisíc osob, v roce 2015 1,4 tisíc osob. Se závislostí na opioidech se léčilo 2,5 tisíc osob v roce 2016, v roce 2015 to bylo také 2,4 tisíc osob. Se závislostí na kanabinoidech se v roce 2016 léčilo 723 osob a v roce 2016 562 osob. S patologickým **hráčstvím** se v roce 2016 léčilo 198 osob a v roce 2015 157 osob.

¹²⁴ Multiplikační metodou za použití dat o počtu klientů nízkoprahových programů

V roce 2015 byly **náklady ze zdravotního pojištění** na léčbu spojených s návykovými problémy ve výši 1707 mil. Kč, v roce 2014 to bylo 1538 mil Kč a v roce 2013 1467 mil. Kč. Na léčbu potíží spojených s alkoholem bylo ze zdravotního pojištění vydáno v roce 2015 1145 mil. Kč, v roce 2014 1062 mil. Kč a v roce 2013 977 mil. Kč. Na léčbu potíží spojených s nealkoholovými drogami bylo ze zdravotního pojištění vydáno v roce 2015 562 mil. Kč, v roce 2014 520 mil. Kč a v r roce 2013 490 mil. Kč.

Výdaje na protidrogovou politiku činily v roce 2016 1536,2 mil. Kč, v roce 2015 to bylo 1442,4 mil. Kč. V roce 2016 došlo zejména k nárůstu výdajů na prevenci a harm reduction.

Z hlediska **zdravotních důsledků** bylo v roce 2016 diagnostikováno 7 nových případů HIV u injekčních uživatelů drog, 73 případů virové hepatitidy B, 1104 případů virové hepatitidy C, 722 případů výskytu syfilis, 1497 případů výskytu kapavky a 517 případů výskytu tuberkulózy u uživatelů alkoholových i nealkoholových drog. V obecném registru mortality za rok 2016 bylo hlášeno 48 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a 415 úmrtí předávkováním alkoholem. V důsledku jiných příčin než předávkování bylo identifikováno 97 úmrtí pod vlivem drog.

V roce 2016 bylo **zadrženo za primárně drogově trestné činy**¹²⁵ celkem 3657 osob, trestně stíháno bylo mezi 3325-4499 osob, obžalováno 3058 osob a odsouzeno 2876 osob. Recidivisté tvořili 46 % všech stíhaných osob. V roce 2016 bylo odhaleno celkem 299 indoor pěstíren konopí a 261 varen pervitinu. Pod vlivem alkoholu se v roce 2016 stalo 273 nehod a pod vlivem nealkoholových drog bylo evidováno 215 dopravních nehod.

Nezaměstnaných uživatelů návykových látek tvořilo v roce 2016 53% uživatelů pervitinu, 48% uživatelů opioidů a 43% uživatelů konopných látek.

¹²⁵ Výroba a distribuce omamných a psychotropních látek, přechovávání OPL pro vlastní potřebu, pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, výroba držení předmětů určených k výrobě OPL, podněcování k užívání jiné návykové látky než alkoholu

Podrobné informace ohledně prevalence uživatelů psychoaktivních látek a přidružených zdravotních a socioekonomických důsledků jsou rozepsány ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v roce 2016 (2017). I z těchto údajů, které jsem ze Zprávy uvedla, je ovšem patrné, že množství uživatelů psychoaktivních látek stále narůstá a že se jedná o problematiku, která rozhodně není okrajovou a jejíž důsledky mají vliv na výskyt většího množství dalších zdravotních, sociálních a trestních aspektů.

3.4 Typy závislostí

Závislosti na návykových látkách můžeme dělit podle různých kritérií.

Z hlediska původu psychoaktivních látek rozlišujeme **přírodní a syntetické látky**. Mezi přírodní řadíme zejména konopí a rostlinné či živočišné halucinogeny, které se pro psychoaktivní účinek nemusí příliš upravovat a psychoaktivní látka se z nich nemusí nijak extrahovat. Mezi syntetické látky poté řadíme jednak současné nové syntetické drogy, které vznikají chemickou syntézou, ale také látky přírodního původu, ze kterých se musí psychoaktivní složka extrahovat, například alkohol.

Na základě toho, jak daná látka působí na centrální nervový systém, a jaké jsou její účinky, je můžeme dělit na **třídy stimulancií, tlumivých látek, asociativních anestetik, opiátů, kanabinoidů, halucinogenů a těkavých látek**. V tomto dělení by mezi stimulantia patřily amfetaminy, metamfetaminy, nikotin, kofein a extáze a tyto látky způsobují nabuzení organismu a euforii. Mezi tlumivé látky by pak patřil alkohol, benzodiazepiny a bariburáty, které mají zklidňující a uvolňující efekt na centrální nervový systém. Mezi asociativní anestetika by patřil ketamin, který tlumí vědomí a vnímání. Mezi opiáty by patřil morfin, heroin, metadon a kodein, který tlumí bolest a navozují zklidnění. Mezi kanabinoidy by pak patřila marihuana a hašiš a přinášejí většinou euforii, uvolnění a zklidnění, mezi halucinogeny pak psilocybin, bufetonin, LSD, mezkalin, který přináší změny vnímání a mezi těkavé látky, které přinášejí euforii a zklidnění poté ředidla, éter a toluen.

ICD-10 má vlastní dělení návykových látek, které ale z většiny kopíruje jejich dělení podle reakce na centrální nervový systém. A to návykové látky jako je alkohol, opioidy,

kanabinoidy, sedativy a hypnotika, kokain, jiná stimulantia, halucinogeny, tabák a organická rozpouštědla.

DSM V rozlišuje návykové látky na alkohol, kofein, kanabinoidy, halucinogeny, fencykldin, organická rozpouštědla, opioidy, sedativa, hypnotika a anxiolytika, stimulantia, tabák a zvláště uvádí i hru.

Návykové látky můžeme dělit také s ohledem na **míru jejich psychotropního efektu**, tedy toho, jak silně modifikují naše prožívání a vnímání. Ale protože řada návykových látek může mít velice subjektivní míru a podobu akutní intoxikace, tak nelze vytvořit obecný seznam.

Z hlediska **potenciálu závislosti** rozlišujeme látky, které vyvolávají **fyzickou závislost** a látky, které vyvolávají „pouze“ **psychickou závislost**. Fyzická závislost je stav, kdy je tělesné fungování závislé na pravidelném přísunu dané látky. Psychická závislost je spojena zejména s osobnostními a situačními faktory. Silnou psychickou závislost vyvolávají zejména stimulantia a všechny tlumivé látky, naopak halucinogeny vyvolávají obecně pouze lehkou psychickou závislost. Silná fyzická závislost vzniká opět na všech tlumivých látkách, tedy na benzodiazepinech, barbiturátech, alkoholu, opiátech a těkavých látkách. Mírná fyzická závislost vzniká na stimulantcích. Naopak na halucinogenech většinou fyzická závislost nevzniká.

Podle **míry zdravotního rizika**, ať již psychického nebo fyzického, odlišujeme drogy tzv. **tvrdé a měkké**. Mezi tvrdé drogy, tedy drogy s vysokým rizikem poškození zdraví patří toluen, heroin, morfin, durman, crack, kokain, pervitin, LSD, alkohol, lysohlávky, extáze, efedrin a kodein. A mezi látky měkké, které mají „relativně malý“ potenciál k poškození zdraví patří marihuana, hašiš, kokový čaj, nikotin, káva a čaj.

Základní rozdělení závislostí, kterého se budu držet i v této práci, je dělení závislostí na **látkové a nelátkové**. Toto rozdělení odlišuje i další druhy závislosti, které jsou například na určité činnosti, chování či procesu.

3.4.1 Látkové závislosti

Látkové závislosti jsou takové, kde vzniká závislost na určité psychoaktivní látce nebo určité třídě psychoaktivních látek. Tato závislost může být jak fyzická, tak také psychická. Podstatné je, že závislost je spojena s určitou látkou, která tělu přináší konkrétní účinky a změnu vědomí, pro kterou je užívána.

3.4.1.1 Charakteristika psychoaktivních látek

Vzhledem k tomu, že v současné době se v České republice látkové závislostní nemoci diagnostikují podle ICD-10, budu se držet také dělení návykových látek dle této klasifikace nemocí. Zároveň tato klasifikace rozlišuje jednotlivé třídy návykových látek podle jejich obecných účinků. V této charakteristice ponechám kokain ve skupině stimulantů a sedativa, hypnotika a další léky, na kterých často vzniká závislost, ponechám v jedné kategorii.

3.4.1.1.1 Alkohol

Alkohol¹²⁶ je látka, která vzniká procesem kvašení ze sacharidů. Nejčastěji se získává kvašením jednoduchých cukrů v ovoci nebo polysacharidů z obilí či brambor, nebo destilací. Alkohol se v těle váže na dopaminové, noradrenalinové receptory a ovlivňuje neuromediátor GABA. Jedná se o přírodní látku se značnou toxicitou, při nedokonalých procesech destilace a kvašení vzniká vedle etylalkoholu také metylalkohol, který má také vysokou míru toxicity a často postihuje oční nervy a způsobuje metabolický rozvrat. Skála (1986) píše, že fermenty, které společně s cukry kvasí, je poté přeměňují na kyselinu pyrohroznovou, acetaldehyd a etylalkohol. První zmínky o alkoholu nacházíme již z období cca 10000 let př. n.l. Alkohol se užívá perorálně.

Účinky alkoholu jsou závislé na množství dávky i na jiných osobnostních, sociálních i situačních okolnostech. Menší dávky působí stimulačně a vyšší tlumivě. Účinky akutní

¹²⁶ ethylalkohol

intoxikace jsou většinou provázeny zlepšením nálady, zvýšeným sebevědomím, přívalem nové energie a hovorností. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek. Dle množství alkoholu v krvi rozlišujeme **4 stádia intoxikace**. Jedná se o stádium lehké opilosti (alkoholémie do 1,5 promile), střední opilosti (alkoholémie od 1,6 do 2,0 promile) těžké opilosti (alkoholémie nad 2 promile) a stádium těžké intoxikace (alkoholémie nad 3 promile), kdy hrozí zástava dechu, oběhu a ztráty vědomí.

Nežádoucí účinky alkoholu bývají v podobě setřelé řeči, změn nálad, snížené sebekritičnosti, hádavosti, agresivity, nezvládnutí impulsů, poruch koordinace, svalového napětí, nevolnosti, zvracení, poruch vědomí a psychotických fenoménů. Rozlišujeme opilost prostou¹²⁷ a opilost komplikovanou¹²⁸. U komplikované opilosti dochází po malých dávkách alkoholu k poruchám vědomí, vnímání, chování a amnézii. Skála (1986) také popisuje jako typické dlouhodobé důsledky konzumace alkoholu alkoholické myokardipatie, alkoholické myopatie, sekundární hypertenze, ischemickou chorobu, akutní gastritidu, vředovou nemoc, hepatitidu, Zieveho syndrom, rakovinu jater, akutní pankreatitidu, chronickou pankreatitidu, sexuální poruchy, alkoholickou polyneuropatii, alkoholickou atrofii mozku, epileptické záchvaty, alkoholické atrofie mozečku, alkoholický odvykací syndrom, delirium tremens, jiné alkoholické psychózy, choroby krve, choroby krvetvorných orgánů a infekční choroby.

Odvykací stav na alkoholu zahrnuje neklid, třes, pocení, úzkosti, nevolnost, zvracení, tachykardii, hypertenzi, poruchy spánku, poruchy vnímání, křeče, epileptické paroxysmy, průjem, bolesti hlavy, depresivní stavy, zhoršené soustředění a silný craving.

Skála (1986) popisuje tzv. Jellínekovu typologii abúzu či závislosti. Jedná se o **typy alfa, beta, gama, delta a epsilon**. Typ alfa užívá alkohol zejména proto, aby se lépe vypořádával se svými potížemi a vnitřními konflikty, tedy zejména pro jeho anxiolytický a antidepressivní účinek. Tento typ často užívá alkohol, protože mu to pomáhá lépe zvládat sociální situace a ulehčuje mu sblížení se s druhými lidmi. U typu alfa se aktuálně ještě

¹²⁷ ebrietas simplex

¹²⁸ ebrietas pathica

nerozvinula fyzická, ani psychická závislost a uživatel je schopen kontrolovat své pití. Typ beta užívá alkohol zejména z toho důvodu, aby se neodlišoval od ostatních a aby byl s ostatními v kontaktu. Jedná se o tzv. víkendového abúzera, který je schopen své užívání kontrolovat. Typ gama již má potíže kontrolovaně užívat a u něj se již rozvinula fyzická závislost. Je ovšem schopen po intoxikaci kratší či delší dobu abstinovat, ale ta se mu daří zejména v případě, kdy je vynucená, sám není schopen řídit své užívání alkoholu. Typ delta je v téměř permanentní subintoxikaci, kdy se u něj dlouhodobě vyskytuje stálá (většinou nízká) hladina alkoholu v krvi. Typ epsilon představuje epizodický abúzus, který má ale často dramatický a protraňovaný průběh, často doprovázený psychotickými poruchami, když uživatel není schopen zastavit či kontrolovat své užívání.

Nejběžnějšími zástupci alkoholických drog jsou pivo, které obsahuje 2-4 % ethanolu, víno, které obsahuje 10-12 % ethanolu a destiláty, které obsahují 30-40 % ethanolu. Jako maximální doporučenou dávku alkoholu, která by ještě neměla poškozovat zdraví, stanovila WHO 24 g alkoholu na den pro muže a 16 g alkoholu na den pro ženu, což odpovídá cca 2 dcl vína, 0,6 l piva nebo 0,05 dcl destilátu. Za vysoce rizikové se považuje užívání více než 60 g ethanolu denně u muže a 40 g ethanolu denně u ženy.

3.4.1.1.2 Opioidy

Opioidy a opiáty jsou skupina drog, které mají sedativní a euforický účinek. Bečková (1999) poznamenává, že pojem **opiáty** je užíván pro látky, které jsou získávané z opia¹²⁹, konkrétně pro morfin, heroin a kodein. A pojem **opioidy** je užíván pro všechny přírodní i syntetické látky, které mají podobné účinky jako morfin. Opioidy se v těle váží na opioidní receptory a podle jejich síly aktivace receptoru je dělíme na opioidní agonisty, kteří se váží na receptor a plně jej aktivují, kam patří morfin, heroin a metadon. Poté na částečné antagonisty, kteří se váží na receptor a aktivují jej částečně, například buprenorfin. Dále

¹²⁹ sušená šťáva z nezralých makovic

na antagonisty, kteří receptor blokují, což by byl například naloxon a částečné agonisty, kteří částečně receptor aktivují a částečně blokují, kam patří pentazocin.

Účinky **akutní intoxikace** jsou zklidnění, sedace, uvolnění, příjemná euforie, pocit tepla, snížené vnímání tělesných pocitů a snížené vnímání bolesti. Negativními účinky bývá útlum nervového systému a útlum dechového centra, cyanotické zabarvení kůže, nevolnost a zvracení, svědění, pokles tělesné teploty, zúžené zornice, zpomalení srdečního rytmu, zácpa a potíže s vyprazdňováním močového měchýře. Poměrně rychle také dochází k rozvoji silné psychické i fyzické závislosti a rozvoji tolerance.

Odvýkací stav se projevuje neklidem, průjmem, slzením, pocením, bolestmi břicha, hlavy a svalů, nespavostí, nechutenstvím, třesem a dehydratací.

Opioidní drogy se nejčastěji užívají intravenózně, případně intranazálně, perorálně, sublingválně či inhalací. Často se vyskytuje také zneužívání opioidních analgetik na lékařský předpis. Nejznámějšími zástupci opioidů jsou heroin¹³⁰, který byl syntetizován v roce 1874 jako derivát morfinu a v roce 1808 začal být prodáván jako lék na dýchací obtíže. Braun¹³¹ patří mezi polosynteické opioidy, který se vyrábí z léčiv obsahujících kodein. Jedná se o specificky českou drogu, která v současné době není příliš rozšířena. Opium je šťáva z nezralých makovic, která obsahuje směs alkaloidů opia a její hlavní účinnou látkou je morfin. Metadon je syntetický opioid, který se využívá jako substituční léčba pro závislé na opioidech a je odvozen od morfinu. A buprenorfin¹³² je také syntetický opioid, který je odvozen od nalorfinu a užívá se k substituční léčbě pro závislé na opioidech. Oba **substituční preparáty** mohou být zneužívány také jako droga.

¹³⁰ diacetylmorfin

¹³¹ hydrocodon

¹³² pod obchodním názvem Subutex

3.4.1.1.3 Kanabinoidy

Kanabinoidy jsou drogy, které se získávají z konopí. Konopí je jednoletá rostlina, jejíž samičí druhy se užívají pro její psychotropní účinky. Existují 3 základní druhy, a to konopí **indické**¹³³, **seté**¹³⁴ a **plevelné**¹³⁵. První zmínky o užívání konopí pocházejí z roku 6000 př. n. l. z Číny, do Evropy bylo konopí pravděpodobně zavlečeno okolo roku 500 př. n. l. Účinnými složkami konopí jsou kanabinoidy, kterých je v konopí okolo 60, nejznámější z nich jsou THC¹³⁶, CBD¹³⁷, CBL¹³⁸, CBC¹³⁹, THCV¹⁴⁰, CBG¹⁴¹ a CBN¹⁴². Dále konopí obsahuje různé aromatické oleje, tempeny a alkaloidy.

Kanabinoidy se v mozku i v jiných částech těla vážou na specifické kanabinoidní receptory¹⁴³. Z hlediska účinků je důležité složení konkrétní drogy, a to zejména dle poměru a množství kanabinoidů THC a CBD. Kanabinoid THC je rozpustný v tucích a alkoholu, zvyšuje chuť k jídlu, působí proti nevolnosti a svalovým křečím a má psychoaktivní účinek. Naopak kanabinoid CBD nemá psychoaktivní účinek, ale moduluje účinek právě THC, má neuroprotektivní vlivy, sedativní efekt a zmírňuje křeče, záněty, úzkosti a psychotické symptomy. Právě poměr THC a CBD v droze má výrazný vliv na podobu akutní intoxikace. Čím vyšší je poměr THC, tím má látka výraznější psychotropní účinky, které jsou často ale spojeny s úzkostí, depresivními stavy a psychotickými fenomény a naopak čím je vyšší poměr CBD v látce, tím se pravděpodobněji dostávají v rámci intoxikace stavy sedace a euforie. V 60. letech 20. století měla marihuana podíl THC okolo 2-3 %, v současné době má „běžná“ marihuana podíl THC okolo 5 %, ale některé šlechtěné varianty současné marihuany se vyskytují i v podílu THC až k 20 %. Bečková (1999) píše, že za minimální obsah THC je z hlediska psychotropních účinků považován obsah 1 %.

¹³³ Cannabis Indica

¹³⁴ Cannabis Sativa

¹³⁵ Cannabis Ruderalis

¹³⁶ Tetrahydrocannabinol

¹³⁷ Cannabidiol

¹³⁸ Cannabicyklol

¹³⁹ Cannabichromen

¹⁴⁰ Tetrahydrocannabivarin

¹⁴¹ Cannabigerol

¹⁴² Cannabinol

¹⁴³ CBR1, CBR2, CPR55

Droga se nejčastěji užívá perorálně nebo inhalačně. Konopné drogy se vyskytují v podobě marihuany, což jsou dle Miovského (2008) sušené okvětní lístky a květy samičí rostliny konopí, které jsou případně smíchány s většími listy a platí, že čím větší je podíl květů, tím větší je potence¹⁴⁴ marihuany a se vzrůstajícím podílem velkých listů se potence snižuje. A dále v podobě hašiše, což je pryskyřice ze samičích rostlin konopí nebo lisovaný pyl nebo hašišového oleje, který vzniká destilací konopných listů. Obsah THC u hašiše a hašišového oleje se pohybuje v rozmezí 2 – 20 % a užívá se zejména inhalací nebo perorálně. Miovský (2008) udává, že při užívání drogy inhalací se nástup účinků objevuje do 5 minut od počátku inhalace, během 30 – 60 minut působí droga nejintenzivněji a následně začíná intenzita účinků kanabinoidů klesat a vymizí zhruba 2 hodiny po intoxikaci.

Akutní intoxikace kanabinoidy se projevuje nejčastěji lehkou euforií, iluzemi, pseudohalucinacemi, pocity depersonalizace a derealizace, distorzí vnímání času, hovorností, smíchem, ale také podezíravostí či paranoiou, anxiétou či panickými reakcemi. **Nežádoucími účinky** bývá nejčastěji akutně zhoršená krátkodobá paměť, pozornost, reakční čas a motorické dovednosti, sucho v ústech, pocit hladu, nastříknuté spojivky, tachykardie, zmatenost, únava a apatie. Pravidelní uživatelé marihuany, jak píše Miovský (2008) jsou charakterističtí zejména rozvíjející se pasivitou, stažením se do vnitřního světa a ztrátou motivace, tedy tzv. apaticko-abulickým syndromem. **Odvykací stav** se projevuje zejména cravingem, úzkostí, iritabilitou, třesem rukou, pocením a bolestí svalů. Engeland (2010) zmiňuje, že u uživatelů marihuany je typický silný craving, což je silná fyzická a psychická touha dále užívat marihuanu a mimo výše zmíněných symptomů se projevuje také vyvoláváním konfliktů s druhými lidmi, podrážděností a napětím a potřebou být na určitém místě, které je spojené s užíváním.

¹⁴⁴ obsah psychoaktivních látek

3.4.1.1.4 Stimulancia

Stimulancia nebo také stimulační drogy jsou skupinou látek, které způsobují celkové povzbuzení organismu a zvýšení psychického i fyzického výkonu. V mozku se vážou na dopaminové a noradrenalinové receptory. Bečková (1999) rozděluje stimulační drogy na **přírodní**, kam řadí kokain nebo syntetické, kam řadí například pervitin, extázi, fenmetrazin a benzedrin. **Syntetické** stimulanty se vyrábějí zejména z efedrinu a z fenyl-2-propanonu. Za amfetaminové deriváty udává amfetamin, metamfetamin, efedrin, fenmetrazin, metylfenidát, fetermin, chlofrentermin, MDMA, MDA, MDE, MMDA, MBDB, PMA, DMA, TMA, DOB, DOM a DOET. Jedná se o látky, které jsou v současné době velice rozšířeny a které se užívají k odstranění únavy a k všeobecnému nabuzení.

Akutní intoxikace se projevuje euforií, ústupem únavy, velkou mírou energie, sníženou potřebou spánku, sníženou chutí k jídlu, zrychleným psychomotorickým tempem a zvýšeným sebehodnocením. Ve vyšších dávkách mohou mít i halucinogenní efekt.

Nežádoucí účinky se objevují ve formě sucha v ústech, zvýšeného pocení, tachykardie, bolestí na hrudi, pohybovými stereotypy, strachu a anxiety, paranoidními pocity, poruch myšlení, výrazného zhubnutí, halucinacemi a bludy persekujícího charakteru a rozvoje závislosti.

Odvyskací stav se projevuje ve formě únavy, neklidu, cravingu, depresivních stavů, podrážděnosti, poruch spánku a úzkostných stavů.

Stimulancia se nejčastěji užívají intranazálně, perorálně, inhalací nebo intravenózně. Nejznámějšími zástupci je pervitin, kokain, crack a extáze¹⁴⁵. Kokain je alkaloid, který se získává z Koky pravé. První syntetický amfetamin byl vyroben v roce 1887, metamfetamin (pervitin) byl syntetizován v roce 1888, k jeho velkému rozšíření došlo v 70. letech 20. století v Čechách. Ještě v 50. a 60. letech 20. století byl pervitin ovšem předepisován jako lék na obezitu a na depresi, na seznam zdraví nebezpečných látek se dostává až později.

¹⁴⁵ MDMA

3.4.1.1.5 Halucinogeny

Halucinogeny jsou přírodní nebo syntetické látky, které vyvolávají změny vnímání, a to nejčastěji ve formě halucinací. Miovský (1996) udává, že halucinogeny můžeme rozlišovat na přírodní halucinogeny, které jsou živočišného původu, např. bufotenin¹⁴⁶, přírodní halucinogeny rostlinného původu, např. psilocybin¹⁴⁷, durman, rulík zlomocný, muskarin¹⁴⁸ a mezkalin¹⁴⁹ a syntetické halucinogeny, mezi něž patří především LSD-25¹⁵⁰, DOM¹⁵¹, MDMA nebo extáze.

Bečková (1999) poté halucinogeny dělí na deriváty indolových alkaloidů, kam řadí LSD, chanoklavin, psilocin, psilocybin, harmin, DMT, DPT, AMT, DET, bufotenin a ibogain. Dále na deriváty piperidinu a tropanové alkaloidy, kam patří atropin, skopolamin, hyoscyamin, fencyklidin, ketamin, QB, benactyzin a ditran. A také na deriváty fenyletylaminu, což je například mezkalin. Podle Páleníčka (2004) do skupiny fenyletaminů patří mimo halucinogenů také klasické amfetaminy, které mají stimulační i halucinogenní účinky a fencyklidin¹⁵².

Mezi halucinogeny se v současné době často objevují **nové syntetické drogy**, což je třeba podle Páleníčka (2004) chápat jako širokou skupinu látek, která se teprve nedávno objevila na ilegálním trhu a jejíž účinky a rizika nejsou zatím přesně zmapována.

Halucinogeny se nejčastěji užívají perorálně, sublingválně nebo inhalací, výjimečně intravenózně či intramuskulárně. Účinky halucinogenů jsou velmi individuální a jejich účinek se odvíjí jednak od užití látky a její dávky, tak také od premorbidní osobnosti uživatele a jeho aktuálním psychickým rozpoložením, tak také od okolností užití. Nejčastěji se ale **akutní intoxikace** projevuje sluchovými a vizuálními halucinacemi a iluzemi, synestézií¹⁵³, zrychleným a paralogickým myšlením a euforií. Mezi **nežádoucí účinky**

¹⁴⁶ ropuší jed

¹⁴⁷ látka získávána z lysohlávek

¹⁴⁸ látka získávána z muchomůrky červené

¹⁴⁹ látka získávána z kaktusu Lophora Williamsi

¹⁵⁰ diethylamid kyseliny d-lysergové

¹⁵¹ dimethoxymethylamfetamin

¹⁵² známý jako PCP nebo Angel Dust

¹⁵³ Vnímání neadekvátními smysly, např. slyšení barev

patří převážně tzv. bad trip, tedy nepříjemně prožívaný účinek intoxikace, panika, úzkost, flashbacky, tachykardie, hypertenze, pocení, bolesti hlavy, zvracení a nevolnost, přetrvávající psychotické a depresivní stavy a poškození jater a ledvin. Na většině halucinogenů se nevytváří fyzická závislost, a tedy nejsou známy typické symptomy odvykacího stavu. Rizikem je ovšem také nebezpečí smrtelného předávkování, které hrozí zejména v případě PCP, durmanu a ketaminu. Halucinogeny se v mozku vážou zejména na serotoninové, dopaminové a noradrenalinové receptory.

3.4.1.1.6 Tabák

Tabák¹⁵⁴ je jednoletá rostlina, která byla do Evropy přivezena již roku 1492, nicméně zdraví škodlivé účinky tabáku na lidský organismus byly uznány až v roce 1950. Psychoaktivní složkou tabáku je alkaloid nikotin, který je již v dávce okolo 80 mg smrtelně jedovatým. Zároveň se na nikotinu velmi rychle rozvíjí závislost a zvyšuje se jeho tolerance. Tabák se užívá buď ve formě inhalace, konkrétně pomocí kouření dýmky nebo doutníku, kdy se nikotin vstřebává v ústní dutině, nebo pomocí kouření cigaret, kdy se nikotin vstřebává do organismu v plicích. Nebo se užívá intranazálně, kdy se šňupe, nebo perorálně ve formě tzv. žvýkacího tabáku.

Účinky **akutní intoxikace** nikotinem se projevuje zvýšením bdělosti, aktuálním zlepšením soustředění a paměti, zklidněním a snížením chuti k jídlu. K těm **nežádoucím účinkům** patří poškození dýchacích cest, poškození trávicího traktu, sexuální poruchy, poruchy soustředění a spánku a bolesti hlavy. **Odvykací stavy** zahrnují často podrážděnost, craving, netrpělivost, poruchy soustředění a zvýšená chuť k jídlu. Na nikotinu se velmi rychle rozvíjí psychická i fyzická závislost.

¹⁵⁴ Nicotiana

3.4.1.1.7 Léky

Do skupiny léků, které mohou vyvolat závislost, řadíme zejména **sedativa, hypnotika**, ale také některá **analgetika, anxiolytika a léky se stimulačním efektem**. Z hlediska rizika rozvoje závislosti poté u těchto léků odlišujeme zejména léky opioidní¹⁵⁵ a neopiodní a benzodiazepinové¹⁵⁶ a nebenzodiazepinové. **Opioidní** léky se užívají k tlumení střední či silné bolesti a mají závislostní potenciál. Bečková (1999) mezi ně řadí například Morfin, Kodein, Diolan, Subutex, Beforal. **Neopiodní** léky většinou nemívají závislostní potenciál a patří mezi ně zejména antipyretika jako je Coldrex, Paralen, Panadol apod. U těch mohou závislost způsobit přídavné složky jako například kofein, kodein nebo efedrin. **Benzodiazepinové** léky, které jsou hojně zneužívány, slouží zejména k mírnění anxiety a tenze a patří mezi ně například Neurol, Lexaurin, Diazepam a hypnotika jako jsou Nitrazepam a Rohypnol. Mezi **nebenzodiazepinové** léky patří některá anxiolytika (např. Atarax) a hypnotika (Hypnogen, Stilnox) nebo také léky jako jsou antidepressiva, antipsychotika a další léky, které neovlivňují mediátor aminomáselné kyseliny GABA.

Jak píše Bečková (1999) sedativa a hypnotika **navozují** v nízké dávce zklidnění, sedaci a zlepšení spánku, ve vyšších dávkách poté mohou navodit celkovou anestezii. **Negativním účinkem** může být ve vysokých dávkách utlumení respiračních a vazomotorických center v prodloužené míše, což může vyústit v bezvědomí a smrt. U opioidních a benzodiazepinových léků dochází k vytvoření fyzické závislosti, kdy se při chybějící dávce objevují symptomy **odvykacího stavu**. Ty se projevují zejména neklidem, nespavostí, tenzí, cravingem, bolestí svalů, průjmu, třesu a epileptickým záchvatům. Na ostatních lécích se většinou nevytváří fyzická závislost, ale může se rozvinout závislost psychická.

¹⁵⁵ Léky, které se vážou na opioidní receptory v mozku

¹⁵⁶ Léky, které ovlivňují neuromediátor GABA

3.4.1.1.8 Těkavé látky

Těkavé látky, nebo také solvencia, jsou látky, které se užívají pro své psychoaktivní účinky nejčastěji inhalací. Jedná se o rozpouštědla, ředidla, lepidla, ale i plynné látky jako je éter a rajský plyn. Bečková (1999) řadí mezi solvencia alifatické uhlovodíky jako je acetylen, n-butan, isobutan, n-hexan a propan. Mezi **alicyklické uhlovodíky** řadí cyklopropan, toluen a xylen. Mezi **směsi uhlovodíků** řadí benzín a naftu a mezi **halogenové sloučeniny** pak bromochlorodifluoremethan, tetrachlormetan, chlordinfluoremethan, chloroform, dichlorodifluoromethan a dichloromethan. Jedná se v případě těkavých látek o látky uhlíkové povahy, které mají schopnost uvolňovat své molekuly do okolí už při pokojové teplotě, v případě rozpouštědel pak o schopnost destruovat molekuly látek bez organického původu a v také o hnací plyny aerosolů.

Těkavé látky se užívají formou inhalace. **Bezprostředně po vdechnutí** se dostavují bolesti hlavy, nevolnost a zvracení, které je následováno pocity euforie, pocity stavu beztlíže, halucinacemi a chybným zpracováním reality. **Negativní účinky** drogy se dostavují ve formě krvácení z nosu, kašle, nevolnosti, poruch srdečního rytmu, obtížného dýchání, křečí, zmatenosti, podráždění sliznice. Při dlouhodobém užívání dochází k rychlému rozvoji psychické závislosti a rozvoji tolerance. Může se objevit také poleptání dýchacích cest, poškození jater, ledvin a mozku, poruchám vědomí a delirantnímu stavu a smrtelnému předávkování. Fyzické **odvykací příznaky** se u těkavých látek nevyskytují.

3.4.2 Nelátkové závislosti

Nelátkové závislosti jsou také nazývány jako **závislosti behaviorální nebo závislosti na procesech**. Jedná se o takovou podobu návykové nemoci, kdy se závislost nevytvořila na konkrétní látce či třídě látek, ale na určité činnosti a dalších faktorech, které jsou s touto činností spojeny. V ICD-10 jsou nelátkové závislosti kódovány v oddíle Poruch osobnosti a chování u dospělých, v tomto oddíle jsou řazeny také další nelátkové závislosti, jako je **pyromanie, kleptomanie, trichotilománie** a další. V DSM V je patologické hráčství řazeno v oddíle Poruchy spojené s užíváním návykových látek a poruchy spojené se

závislostí, pyromanie a kleptomanie je zařazena v oddíle Poruch ovládnání impulzů a poruch chování.

ICD-10 (2000) zařazuje patologické hráčství pod kódem F63.0, patologické zakládání požárů pod kódem F63.1, patologické kradení pod kódem F63.2, trichotilománii pod kódem F63.3 a jiné návykové a impulzivní poruchy, kam by patřilo například kompulzivní nakupování, tuláctví nebo závislost na internetu, kóduje jako F63.8.

Podstatou všech těchto poruch je chorobná **touha** oddávat se určité činnosti, její **návykovost** a v určité míře i **impulzivnost a kompulzivnost**, která je ovšem vědomá a žádaná. Smolík (1996) vymezuje **tři základní charakteristiky** behaviorálních závislostí. V prvním případě se jedná o neschopnost či neochotu odolat pokušení udělat něco, co může aktéra nějakým způsobem potenciálně poškozovat nebo co není přijímáno společností. Ve druhém kritériu se jedná o narůstající napětí, tlak a určitou podobu cravingu, které narůstá před věnováním se návykové činnosti a která se sníží během provádění činnosti. A zároveň, za třetí, dotyčný člověk během věnování se návykové činnosti, pociťuje jako stav vzrušení. Na rozdíl od obsedantně-kompulzivních činů je návykový čin **ego-syntonní** a dotyčný člověk jej chce vědomě provést, protože se při něm cítí dobře. Výčitky svědomí, vztek nebo lítost, které přicházejí po činu, souvisejí ve větší míře se sociálními dopady návykové činnosti.

Behaviorální závislosti mají podobnou dynamiku jako závislosti látkové. Dochází zejména k poškozování psychického zdraví a k sociálním dopadům. Nepoškozují závislého sice fyzicky jako návykové látky a nevzniká na nich fyzická závislost, ale naléhavost a nutkavost psychické závislosti je zde velká. Protože psychická závislost na procesu probíhá podobným způsobem jako psychická závislost na psychoaktivních látkách, přistupuje se v léčbě k oběma typům závislosti podobně.

3.4.2.1 Patologické hráčství

Patologické hráčství nebo také gambling je chorobná závislost na hazardní hře, která se projevuje nutkavou potřebou hraní hazardních her. Konkrétně se může jednat o hraní loterie ve formě číselného tipování, stíracích losů, tomboly, nebo kurzových sázek, hraní v kasíně, hraní na hracích automatech nebo hraní on-line her a sázek. Podobně jako u jiných závislostí dochází k tomu, že hráčská aktivita začne mít prioritní hodnotu v životě jedince a dotyčný jedinec přestává mít zájem o činnosti a hodnoty, které pro něj byly důležité dříve. Zároveň dochází k poškozování sociálních vztahů, psychického zdraví, potíží v práci, finančním potížím a zadlužení. Vacek (2014) zdůrazňuje, že negativní dopady patologické hry, oproti jiným závislostem, poté pociťuje také rodina hráče, jeho blízké okolí i širší komunita, a to zejména kvůli finančním potížím, které patologický hráč svým jednáním často způsobuje.

Dle ICD-10 (2000) by se patologické hráčství mělo diagnostikovat, pokud se v průběhu jednoho roku vyskytnou alespoň 2 epizody hráčství, jedinec ve hře pokračuje i přes její negativní důsledky na svůj život, má potíže kontrolovat impulzy ke hraní, je plně zaujat myšlenkami na hru, omezuje dřívější aktivity, které mu přinášely potěšení a pociťuje neklid či podrážděnost při pokusech přestat hrát. Podobně jako u látkových závislostí se u patologického hráče následně objevuje potřeba hrát se stále vyššími částkami, trestná činnost, pasivita v řešení svých finančních potíží a vztahové obtíže. Dle Vacka (2014) je možné vysvětlit současný vysoký zájem o hazardní hry také tím, že v soudobé konzumní společnosti jsou jako nejvyšší hodnoty akcentovány zejména bohatství a úspěch, ale zároveň cesty k dosažení úspěchu a bohatství jsou omezené a hraní hazardních her tak může zdánlivě nabízet možnost, jak bohatství rychlou a jednoduchou cestou dosáhnout. Nešpor (2007) poznamenává, že s patologickým hráčstvím se pojí řada typických bludů, například o rychlém zbohatnutí, o vlastní genialitě, o štěstěně, o luxusní společnosti, o pocitu vlastní kontroly, o úniku a odreagování apod.

Stejně jako u konzumace návykových látek je nutné odlišovat **prostý úzus** určité látky od závislosti, tak také každá hazardní činnost není poruchou ve smyslu patologického hráčství. Höschl (2002) udává, že od patologického hráčství je potřeba odlišovat prosté hraní a sázkařství (kódováno jako Z72.6), které se děje pro vzrušení nebo pokus vyhrát peníze, ale dotyčný je schopen svou činnost kontrolovat a nedochází k nepříznivým sociálním, psychickým a materiálním důsledkům. Poté je třeba odlišovat patologické hráčství u manických pacientů, kdy je hra jen součástí nadnesené nálady pacienta a od hráčství u sociopatických osobností, u kterých je hraní hazardních her součástí jejich životního stylu.

3.4.2.2 Kleptománie, pyrománie, trichotylománie

Patologické zakládání požárů¹⁵⁷ jsou dle Smolíka (1996) opakované pokusy o zakládání požárů, případně dokonané pokusy o zapálení, určitých objektů. Tyto pokusy o zakládání požárů nejsou motivovány snahou po zisku nebo po pomstě, ale jsou motivovány fascinací ohněm a hořením. Před činem je dotyčný jedinec často napjatý a tohoto napětí se zbavuje založením požáru, který sleduje.

Patologické kradení¹⁵⁸ definuje Smolík (1996) jako opakované pokusy o ukradení cizích věcí nebo dokonané pokusy u krádeže různého charakteru. Důležité opět je, že motivem ke krádežím není osobní zisk, msta a dotyčný tyto potřeby nijak nepotřebuje a naopak se jich po získání zbavuje. Před činem se opět typicky objevuje zvýšené napětí, kterého se člověk zbavuje realizací činu.

O patologickém vyškubávání vlasů¹⁵⁹ píše Smolík (1996) jako o poruše, která se vyznačuje impulzivním vyškubáváním vlasů. Toto chování nesmí být zaviněno

¹⁵⁷ pyrománie

¹⁵⁸ kleptománie

¹⁵⁹ trichotilománii

psychotickými prožitky, ale je vyvoláno vzrůstajícím napětím před činem, po kterém následuje uvolnění.

3.4.2.3 Další behaviorální závislosti

Kromě výše zmíněných závislostí se můžeme setkat i se závislostí na jídle, sexu, práci, internetu, počítači, mobilním telefonu, sociálních sítích, nakupování, potulování se a podobně. V ICD-10 by se tyto závislosti kódovaly jako F63.8.

Kuklová (2000) zmiňuje, že je možné odlišovat více typů lidí, kteří trpí **workoholismem**¹⁶⁰. V prvním případě se jedná o tzv. urputného dřiče, který neustále pracuje, což vede k jeho vyčerpání, chybám z únavy a zdravotním problémům. Ve druhém případě se jedná o tzv. záchvatovitý typ, který nadměrně pracuje v nárazových vlnách a mezitím se u něj objevují spíše stavy apatie a nezájmu. Tzv. hyperaktivní typ mívá potíže soustředit se dostatečně na jednotlivé úkoly a dokončovat je. Tzv. pracovní labužník je popisován jako perfekcionista, který se nadměrně zabývá detaily a přetěžuje se tím, že práci věnuje až příliš velké množství času a úsilí. A poslední, tzv. opečovávač, je pracovník, který přebírá úkoly ostatních lidí a přetěžuje se na jejich úkor.

Kuklová (2000) také podrobněji popisuje, že o **závislosti na sexu** můžeme mluvit v případě, kdy dotyčný člověk není schopen kontrolovat své sexuální chování a ztrácí nad ním chování. Zároveň funkce sexuálního chování a prožívání se zde mění na jakousi drogu, s jejíž pomocí si dotyčný mění stavy prožívání. Podobným způsobem také fungují i další behaviorální závislosti, jako je například závislost **na jídle, na sociálních sítích a počítači**. Ve chvíli, kdy určitá činnost nemůže být dotyčným dostatečně kontrolována a dochází k ní proto, aby dotyčný unikl svým potížím nebo aby se díky nim na chvíli cítil dobře, je možné poté mluvit o závislostním chování. V současné době se setkáváme zejména se závislostmi na mobilních telefonech, internetu a sociálních sítích.

¹⁶⁰ závislost na práci

3.5 Fáze vývoje závislosti

Závislost svým vznikem a průběhem odpovídá spíše pojmu porucha než pojmu nemoc. Jedná se o stav, ke kterému dochází na základě dlouhodobého působení mnoha faktorů, které se vzájemně doplňují. A zároveň na konečný stav má vliv způsob chování nebo myšlení dotyčného člověka, respektive určitý návyk, který poté vede k objevení dané poruchy, která se projevuje sdružením typických symptomů. Na rozdíl od nemoci, která vzniká náhle a často na podkladě převážně biologického vlivu, který nelze příliš ovlivnit svým chováním a myšlením.

Závislým se také žádný člověk nerodí (s výjimkou novorozenců s odvykacím syndromem a novorozenců s FAS a FAE¹⁶¹), ale stává se jím až v průběhu života tím, že se z užívání návykových látek začne stávat **zvyk, který přeroste ve fyzickou nebo psychickou závislost**. Proto je také možné rozeznávat jednotlivé fáze, které vedou až k samotnému syndromu závislosti.

Skála (1987) rozlišuje primární a sekundární typ abúzu. **Primární typ** již od začátku vyhledává a zneužívá psychoaktivní látku pro její psychotropní účinky. **Sekundární typ** nejdříve užívá psychoaktivní látku jako lék a je přesvědčený, že mu daná látka pomáhá řešit jeho potíže nebo zdravotní či psychický stav, a teprve později se na psychoaktivní látce stává závislým.

Skála (1986) také popisuje stádia vývoje závislosti na alkoholu. Mluví o čtyřech stádiích: **počáteční, varovné, rozhodné a terminální**. V počátečním stádiu se začínají zvyšovat dávky a frekvence pití. Ve varovném stádiu se začíná objevovat craving a abúzer již pravidelně užívá alkohol ve větších dávkách a také se se svým návykem tají, aby nemusel být konfrontován s pocity viny. Ve stádiu rozhodném je již plně rozvinut syndrom závislosti, uživatel naprosto ztratil kontrolu nad alkoholem a plně gradují sociální konflikty

¹⁶¹ Fetální alkoholový syndrom a fetální alkoholový efekt

i psychické potíže. V posledním, terminálním, stádiu, dochází k debaklu, kdy je dotyčný naprosto bezmocný vůči alkoholu.

Nešpor (2007) popisuje čtyři stádia vývoje závislosti. Jedná se o **stádium experimentu**, kdy dotyčný občas zkouší účinky návykové látky. Dále o **stádium pravidelného užívání**, kdy je látka konzumována zejména s dalšími uživateli a její užívání se stává pravidelnější. Třetí stádium je **stádium návyku**, kdy se jedná již téměř o denní užívání a ve čtvrtém stádiu, **plně vyjádřené závislosti**, je nutné drogu užívat k běžnému fungování a při odnětí drogy dochází k abstinenčnímu syndromu.

Ohledně gamblerství Nešpor (2007) udává tři stádia vývoje závislosti, a to **fázi výher, fázi proher a fázi zoufalství**. Nejčastěji dochází k rozvoji gamblerství právě tím, že jedinec v prvních fázích vyhrává a jsou tak posilovány pozitivní pocity a kladné postoje ke hře. Ve fázi, kdy jedinec začne prohrávat, však stále věří ve změnu a v činnosti pokračuje až do chvíle, kdy dochází k naprostému sociálnímu debaklu a je konfrontován se svou situací, kterou si způsobil patologickým hráčstvím.

Vedle toho, že k rozvoji závislosti dochází postupně a že rozvoj probíhá několika fázemi, tak je také možné mluvit o určitých faktorech, které ovlivňují to, že jedinec bude v návyku pokračovat až do dalších fází a neskončí například u pouhého experimentování. Protože ne každý, kdo experimentuje s drogami, se poté stane problémovým uživatelem nebo závislým, ale faktorů, které to ovlivňují je více. Urban (1973) mluví o **faktorech farmakologických**, což znamená, že některé druhy látek či činností mají větší potenciál k vytvoření závislosti, tedy tzv. závislostní potenciál. Dále se jedná o **faktory somatické a psychické**, tedy danou osobnost jedince, který užívá. Poté o **faktory environmentální**, tedy prostředí, ve kterém se dotyčný pohybuje a které jej ovlivňuje a faktory precipitující, tedy konkrétní podnět, který často spouští problémové chování a problémové užívání, může se jednat například o vnitřní konflikty, trauma nebo reakce okolí. Kalina (2003) mluví v podobném duchu o dispozicích dotyčného člověka, o jeho zranitelnosti v určitých oblastech, na kterou nasedá konkrétní spouštěč nebo spouštěče, které následně vyúsťují ve zvládnutí konkrétní krize pomocí návykové látky nebo návykového chování, což

následně může vést k tomu, že návykové chování je dále udržováno a chronifikuje se až do vyjádření syndromu závislosti.

3.6 Vznik závislosti

Ohledně vzniku závislosti existuje několik různorodých teorií. Tyto teorie je možné zařadit do několika modelů závislosti. Do modelu biologického, psychologického, sociálního a spirituálního.

Biologický, nebo také biomedicínský, model předpokládá, že vznik závislosti je dán především biologickými vlivy, kterým je jedinec vystaven. Jedná se například o soubor genů, vlivy na dítě během prenatálního vývoje, vlivy v perinatálním a časně postnatálním období, ale také různé nemoci, které daného jedince během života postihnou. Millerová (2011) píše, že tento model nahlíží na závislost jako na nemoc, která je dána zejména endokrinními dysfunkcemi a genetickými predispozicemi.

V této souvislosti se zdůrazňuje zejména **vliv systému odměny**, který funguje na do dopaminovém principu. Miovský (2008) jej vysvětluje jako systém, který je anatomicky reprezentován oblastí nukleus accumbens¹⁶². Nukleus accumbens má význam v tom, že reaguje na chování, které má životně důležitý význam, jako je například jídlo, spánek, reprodukce, a tím, že při těchto činnostech vyplavuje dopamin, tak způsobuje v organismu příjemné pocity a tím zvyšuje pravděpodobnost opakování tohoto chování. Bohužel i užití psychoaktivní látky aktivuje **nukleus accumbens**, který ovšem u některých psychoaktivních látek vyplavuje větší množství dopaminu, než je tomu při běžných, nenávykových, činnostech. Tím, že uživatel zažívá při příjmu psychoaktivních látek velmi silné pocity slasti, tak je také motivován k tomu, aby tělu dále dodával psychoaktivní látky. A zároveň je deformováno vnímání slasti z toho důvodu, že aby se dotyčný cítil dobře, tak musí jeho nukleus accumbens vyplavit takové množství dopaminu, na které si již zvykl a běžné činnosti, které ho dříve činily šťastným, vyplaví menší množství dopaminu a

¹⁶² NAcc; místo odměny nebo slasti; součást limbického systému v koncovém mozku

uživatel je tak již necítí jako dostatečně odměňující. „*Dopaminové neurony systému odměny se uplatňují obecně v přidělování apetitivní hodnoty podnětům prostředí, predikují a detekují odměnu a podílí se na signalizování varujících a motivujících změn chování.*“ Miovský, 2008, s. 274. Kalina (2003) k tomu dodává, že zároveň působí psychoaktivní látky na nervový systém podle svých vazebných schopností, kdy se různé druhy látek vážou na konkrétní receptory. Například opiáty se vážou na opioidní receptory, kanabinoidy na kanabinoidní receptory, stimulancia působí zejména na neuromediátory apod.

Ohledně vrozených sklonů k patologickému hráčství mluví Vacek (2014) jako o **vrozených složkách osobnosti**, zejména temperamentu, které jsou poté rizikovým faktorem pro vznik gamblerství. Uvádí, že jako rizikové charakteristiky temperamentu závislých na hře se uvádí impulzivita, sklon k vyhledávání nového, vyšší dráždivost a tendence k uvolněnosti a ztrátě sociálních zábran.

Psychologický model předpokládá vlivy konkrétní struktury a dynamiky osobnosti závislého a pracuje s vlivy různých psychických zážitků z období dětství i dospělosti na vznik závislosti. V zásadě se jedná o přístupy, které hledají vliv závislosti ve vnitřních konfliktech, v osobnostních rysech a v teorii učení.

Z hlediska psychoanalytických teorií bývá závislost spojována s **fixací osobnostní struktury na orální stádium vývoje**. Kalina (2003) vysvětluje, že se jedná o fixaci na období, kdy jsou libé pocity dítěte orientovány zejména na oblast úst, dítě prozkoumává svět pomocí svých úst a je také závislé na péči od ostatních lidí. Podle Kaliny se toto poté může projevat v dospělém životě jako tendence vyžadovat, aby o člověka pečovali druzí, nízká tolerance k psychické nepohodě a bolesti a vnitřní zklidnění pomocí příjmu určité látky, jídla či pití.

Velký význam můžou mít dle Kaliny (2003) **nezvládnuté vývojové úkoly jedince**. Jako například nízká nebo narušená schopnost vztahů s druhými lidmi, narušený vztah k sobě, nízká schopnost zvládnout a unést nepříjemné pocity a užívání návykových látek jako prostředek separace od rodičů. Kalina zmiňuje také **význam traumatu** pro vznik a

udržování závislosti, kdy většina závislých během života projde určitou mírou traumatizace. Ať již se jedná o traumatizaci během užívání, která může být způsobena stylem života i tělesnou traumatizací podáváním návykových látek, tak také o traumatizaci v období před začátkem užívání, například sexuální traumata, týrání, zanedbávání, vztahové obtíže nebo separace od blízkých osob. *„Alkohol, ilegální drogy a hráčství a také stres (který je často znovuuštěvením traumatu) pomáhají potlačit posttraumatické symptomy a pomáhají „zapomenout“ na trauma a na vztah mezi symptomy a původním traumatem.“* (Kalina, 2003, s. 132.)

Behaviorální teorie předpokládají u závislého jedince vliv zejména pozitivního posilování a návyku, který vznikl učením. Millerová (2011) poznamenává, že návyková látka je u závislých prvkem, který je opakovaně pozitivně zpevňován a posilován a na závislost tak lze nahlížet jako na naučený návyk.

Z hlediska osobnostních charakteristik, které mohou mít větší dispozice k návykovému jednání, se jedná o **vrozené temperamentové dispozice**, kdy zejména vyšší míra impulzivity a potřeby vyhledávat vzrušení může být z hlediska užívání návykových látek rizikovější. Kalina (2003) zmiňuje mezi charakterovými vlastnostmi, které mohou vést k návykovému jednání potřebu užívat psychoaktivní látku k tomu, aby přinesla pocit kontroly nad sebou, například alkohol dodává odhodlání a sebevědomí. Poté také potřeba navozovat si příjemné stavy rychlým a nenamáhavým způsobem, potřeba zbavovat se nepříjemných stavů opět jednoduchým a rychlým řešením, potřebu zintenzivňovat si zážitky a potřebu usnadnit si přijetí druhými lidmi. Zároveň také může být užívání psychoaktivních látek součástí asociálního životního stylu. Důležitý je také **osobní význam**, který pro jedince daná látka nebo činnost má. Vacek (2014) píše o dvou motivech, které vedou ke hraní hazardních her, a to potřeba vyhledávat pozitivní podněty a představa výhry peněžní částky, tzv. požitkářské. A tzv. únikové, kdy je hra, nebo užívání návykové látky, snahou, jak uniknout nepříjemným pocitům.

Sociální model pracuje s vlivem, jaký má na jedince jeho okolí a jeho vztahy s okolím. Jedná se jednak o demografické aspekty, tedy například zda se jedná o muže či ženu, ke

keré společenské třídě náleží, jakého je věku, jakého je vyznání, jaké je rasy apod. A dále také o dostupnost drog, jejich významem v sociálním světě, reklamami a podobně. Jedná se vlastně o kontext, ve kterém se vznik a vývoj závislosti odehrává. Zde stojí za zmínku zejména současný důraz na práci s rodinným systémem.

Kalina (2003) píše, že za rizikové rodinné faktory pro vznik závislosti, se považuje nízká míra pozornosti pečujících osob vůči dítěti, nestálé, těžce předvídatelné a nesrozumitelné reakce pečujících osob na chování dítěte, špatně vymezené vztahy mezi generacemi, nekvalitní a málo vřelé vztahy mezi dítětem a pečující osobou a nadměrné či nedostatečné vyjadřování negativních pocitů v rodině. Zvláštní význam poté má tzv. hypotéza **kodepedence**¹⁶³, což je patologický vztah mezi uživatelem a členy jeho rodiny, kdy závislost jedince je nemocí systému, který udržuje v rodině rovnováhu. Kalina (2003) dovysvětluje, že se jedná o hypotézu, kdy můžeme určitý vzorec osobnostních rysů, který je typický pro závislého, předpokládat i u dalších členů jeho rodiny, kde se ovšem neprojevuje jejich závislostí, ale tím, že svým chováním závislost jednoho člena umožňují nebo ji potencují.

Spirituální model poté pracuje s představou, že závislý jedinec má deficit ve schopnosti sebezpřesahu a přesahu k vyšší moci. Snahou závislého je, pomocí psychoaktivní látky, řešit svou existenciální prázdnotu, pocity ztráty smyslu života, spirituální krize, touhu po skupinové transcendenci a stavech rozšířeného vědomí a potřebu poznat sám sebe. Tento model je akcentován zejména v hnutí **Anonymních alkoholiků**.

Všechny výše zmíněné modely jsou v současné době transformovány do tzv. bio-psycho-sociálního modelu, případně **bio-psycho-socio-spirituálního modelu**. Tento model shrnuje přístupy a poznatky ze všech samostatných modelů a přistupuje k léčbě závislosti ze všech těchto úhlů pohledu. Vacek (2014) píše, že tento model slučuje faktory individuální i sociální. Kalina (2003) pak vnímá bio-psycho-sociální model jako původně

¹⁶³ spoluzávislost

biologický či biomedicínský model, kde jsou akcentovány i vlivy psychických funkcí a struktur a mezilidských vztahů. A všechny tyto vlivy se navzájem doplňují a potencují až dojde k rozvoji závislosti. Ale samostatně nelze mluvit o tom, že by jeden vliv byl důležitější než jiný, ale právě ono vzájemné potencování jednotlivých vlivů poté má dominantní vliv na tom, zda se dotyčný stane závislým či nikoliv.

4. Osobnostní a kognitivní charakteristiky u lidí se závislostí

Závislost na návykové látce nebo činnosti je duševní porucha, která má vliv na další život dotyčného jedince a která ovlivňuje některé jeho další **psychické stavy, procesy a fungování**. Zároveň se ukazuje, že skupina závislých¹⁶⁴ je skupinou, která si je ve svých osobnostních charakteristikách často podobná a u které se závislost rozvíjí na základě již určité premorbidní¹⁶⁵ osobnostní dispozice. Z hlediska rysů specifických poruch osobnosti je v manuálu ICD-10 uvedeno, že užívání návykových látek je symptom, který se pojí s rysy disociálními, emočně-nestabilními, histriónskými a závislými. V této kapitole se zaměřím na shrnutí nejdůležitějších osobnostních a kognitivních charakteristik u závislých, které byly zjištěny.

4. 1 Osobnostní charakteristiky

V americkém prostředí se kromě **disociální poruchy osobnosti** rozlišuje i **psychopatická osobnost** a obě se od sebe odlišují. V evropském prostředí se pojem psychopatická osobnost nepoužívá, ale jedná se o starší a negativně zabarvený výraz pro poruchy osobnosti obecně, nebo v užším pojetí pro disociální poruchu osobnosti. Nicméně američtí výzkumníci vnímají antisociální¹⁶⁶ a psychopatickou osobnost jako dva odlišné konstrukty, které se odlišují zejména tím, že psychopatická osobnost nemívá přítomny úzkostné prožitky a mívá naopak zvýšenou potřebu vyhledávat vzrušení, impulzivitu, manipulativnost a nízkou míru empatie. Gori (2014) zkoumal pomocí dvou metod (Psychopathic Personality Inventory-Revised a Psychological Treatment Inventory) skupiny závislých a zjistil, že disociální osobnosti se vyskytovaly zejména mezi uživateli heroínu, kokainu a alkoholu. A psychopatické osobnosti nejvíce mezi uživateli halucinogenů a THC.

¹⁶⁴ Podrobněji v kapitole 3

¹⁶⁵ Pre morbus – před vznikem onemocnění

¹⁶⁶ Též disociální

Weekind (2013) zjistil ve své studii, ve které používal dotazníky Relations-style Questionnaire (RSQ), State-Trait-Anxiety Inventory (STAI), Anxiety-coping Inventory (ACI), Temperament and character Inventory (TCI) a Personality System Interaction Inventory (PSI) a Traumatic experience in Adolescence Questionnaire, že u osob se závislostí na alkoholu se ve zvýšené míře vyskytují poruchy osobnosti typu paranoidní, schizoidní a úzkostná.

4. 2 Citová vazba

Ohledně **citové vazby** u závislých bylo realizováno poměrně mnoho výzkumů, které přinesly zajímavé poznatky.

Rozdíly v attachmentu mezi vzorkem závislých na alkoholu a lidmi bez závislosti zkoumala Wyrzykowska (2014). Studii měřila pomocí Mieczylsaw Plopa's Attachment Style Questionnaire a Nancy Collins and Stephen Read's Adult Attachment Scale. Zjistila, že lidé se závislostí na alkoholu vykazují častěji nejistý typ citové vazby, konkrétně zapletenou a vyhýbavou než lidé bez závislosti.

Pomocí metod RSQ, STAI¹⁶⁷ a dalších¹⁶⁸ zkoumal Wedekind (2013) jaký **typ citové vazby se nejčastěji vyskytuje u závislých na alkoholu** a zjistil, že 33 % jeho vzorku vykazovalo jistý typ vazby a 67 % nejistý typ. Zároveň nejistý typ vazby se ukazoval jako pojící se s nefunkčním personálním stylem a nefunkčními copingovými strategiemi, zejména s neschopností zvládat adaptivním způsobem úzkost a tendencí k vyhýbavosti vůči úzkosti.

Zeid (2017) zkoumala pomocí ACIQ¹⁶⁹, zda existuje **rozdíl mezi typem attachmentu u závislých na alkoholu a opioidech**. Rozdíly v typech attachmentové vazby mezi jednotlivými druhy závislosti nezjistila.

¹⁶⁷ State Trait Anxiety Inventory

¹⁶⁸ Anxiety Coping Inventory, Temperament and character Inventory, Personality System Interaction Inventory a Traumatic experience in adolescence Questionnaire.

¹⁶⁹ Attachment and Clinical Issues Questionnaire

Unterrainer (2017) vnímá závislost jako attachmentovou poruchu a zjišťoval **spojení mezi integritou bílé hmoty a attachmentovým stylem**. Popisuje závislost jako poruchu mozku, s narušením bílé hmoty, která vede k nekontrolovanému užívání drog. Zkoumal attachment na základě 6 základních emocionálních okruhů a pomocí výzkumných metod¹⁷⁰ zjistil, že s poškozením bílé hmoty nejvíce korelují emoční okruhy smutek a strach.

Schindler (2009) se zaměřil na **zkoumání vazby typu návykové látky na konkrétní typ citové vazby**, který zkoumal pomocí Family Attachment Interview podle teorie sebemedikace¹⁷¹. Zjistil, že každý typ návykové látky se pojí s jiným typem potíží. Schindler popisuje, že heroin se nejčastěji používá jako emocionální substitute při chybějících copingových strategiích, marihuana se užívá jako strategie vyhýbání se emočním podnětům a extáze se nejčastěji pojí s nejistým typem attachmentu, ale bez konkrétní strategie chování.

Wolt (2017) zkoumal **změnu citové vazby u závislých v průběhu léčby** a zjistil, že jakákoliv léčba závislosti, ať již ambulantní nebo ústavní, vede k redukci míry nejisté vztahové vazby. Pomocí dotazníků Relationship Scale Questionnaire, Relationship Questionnaire a CORE-OM popsal, že psychotherapeutický proces redukuje nejistý styl vztahového chování. Podle něj u pacientů narůstal pocit subjektivní pohody společně s poklesem míry nejisté a zaobírající se vztahové vazby, pro kterou byl typický negativní obraz sama sebe, který se v průběhu léčby měnil v pozitivnější.

Delvencchio (2016) zkoumala **vliv attachmentu na sociální nastavení a well-being** u drogově závislých. Pomocí metody AAP, dotazníku SAS-SR¹⁷² a GHQ-28¹⁷³ zjistila, že pacienti s nejistým typem citové vazby vykazovali pocity nedostatku zájmu a podpory od

¹⁷⁰ Magnetická rezonance, Adult Attachment Scale, The Brief Affective Neuroscience Personality Scale, Wonderlic Personal Test a Multidimensional Inventory for Religious/Spiritual Well-Being

¹⁷¹ Užívání návykové látky k řešení některých svých fyzických, psychických či sociálních obtíží

¹⁷² Social Adjustment Scale Self-Report

¹⁷³ 28 Item General Health Questionnaire

svého blízkého okolí a pocit, že neplní očekávání ostatních. Objevovalo se u nich také celkové sociální stažení, sociální odcizení a slabá vazba na rodinu.

De Rick (2009) naopak zkoumal u lidí závislých na alkoholu **vztah typu citové vazby a alexithymie**. Pomocí AAQ a BVAQ¹⁷⁴, který zkoumá 5 dimenzí alexithymie, zjistil, že vyšší skóry alexithymie skórovali pacienti s nejistým attachmentem.

U závislých na alkoholu, kteří vykazují nejistý typ attachmentu zkoumal Levitt (2015) **vztah jejich užívání alkoholu a řešení interpersonálních obtíží**. To zjišťoval pomocí Attachment Styles among young adults. Zjistil, že k užívání alkoholu jako způsobu řešení partnerských obtíží mají tendenci závislí s vyšší mírou attachmentové úzkosti.

Ohledně **citové vazby u drogově závislých matek** a interakcí s jejich dětmi vznikla studie, ve které Porreca (2016) zkoumala 4 matky závislé na drogách a jejich děti ve věku od 9 do 14 měsíců. Porreca vycházela z toho, že závislí pacienti často uvádějí negativní nebo traumatické vzpomínky z jejich vlastního dětství a lze tak předpokládat nejistý attachment, který má následně vliv i na interakce rodiče s nejistou vazbou na jeho vlastní děti. Porreca proto zkoumala, jak reprezentace citové vazby u matky ovlivňují vývoj dyadických interakcí mezi nimi a jejich dětmi. Pomocí Adult Attachment Interview a pravidelného nahrávání jejich interakce s dětmi, ve kterých byla hodnocena citlivost dospělých k potřebám dětí, pružnost a vhodné načasování, tvořivost během hry, přijetí dítěte, množství interakcí a vhodnost řešení konfliktů. Autorka zjistila, že matky, které samy měly nevyřešený nebo nejistý typ citové vazby (stavu mysli), tak vykazovaly menší míru citlivosti k dítěti a zároveň matky, které vykazovaly vyšší míru citlivosti k dítěti na základě svého vyřešeného stavu mysli vzhledem k citové vazbě také s dítětem zažívaly během interakcí lepší emocionální výměnu, která zároveň byla v čase stabilnější než u matek s nevyřešeným stavem mysli.

Parolin (2016) také zkoumala matky, které jsou závislé na návykové látce. Ukazuje se, že každoročně otěhotní 6,5-11 % závislých žen a závislost významně narušuje schopnost

¹⁷⁴ Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire

péče o dítě. Parolin zjistila, že **rodičovský styl závislých matek** bývá charakterizován rigiditou, autoritářstvím, nízkou mírou tolerance a užíváním fyzického a psychického trestání, nebo naopak vysokou mírou pasivity a emočního napojení na dítě. U dětí závislých matek se pak podle Parolin objevuje nejčastěji nejistý a dezorganizovaný attachment.

Co se týče nelátkových závislostí, Eroglu (2015) měřil **vztah mezi stylem attachmentu a závislostí na Facebooku**. Tento vztah měřil pomocí metod Bergen Facebook Addiction Scale a RSQ a překvapivě se jako největší prediktor závislosti na Facebooku ukázal jistý styl attachmentu. Eroglu to vysvětluje tak, že jedinci s jistým typem attachmentu mají dobrý vztah k sobě i k ostatním a když pocítují nějaké potíže, tak aktivně vyhledávají pomoc od ostatních, což se v současnosti děje prostřednictvím sociálních sítí. Facebook tak Eroglu vnímá jako nástroj sociální komunikace a jako adaptivní způsob vyrovnávání se se zátěží pomocí kontaktování se s druhými lidmi.

EunYoun (2016) hledala **souvislost mezi osamělostí, depresivitou, typem attachmentu v dospělosti a závislostí na chytrých telefonech**. Použila ke zkoumání metody ECR, CES-D¹⁷⁵ a RULS¹⁷⁶. Ve výsledcích se ukazuje, že attachmentová úzkost a vyhýbavost má přímý vliv na osamělost a prostřednictvím osamělosti i nepřímý vliv na depresivitu. Vysoké skóry attachmentové vyhýbavosti také korelují se závislostí na chytrých telefonech, což autorka vysvětluje tím, že lidé s nejistým attachmentem dovedou méně regulovat své emoce, což u nich vede k pocitům osamělosti.

Senormanci (2013) zkoumal **styl citové vazby u závislých na internetu**. Pomocí sociodemografických dat, IAT¹⁷⁷, BDI¹⁷⁸, FAD¹⁷⁹ a ECR zjistil, že závislí na internetu častěji vykazují znaky depresivity a vyšší attachmentové úzkostnosti. Zároveň skupina závislých na internetu vnímala své rodinné prostředí jako problematičtější než skupina

¹⁷⁵ Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

¹⁷⁶ The Revised UCLA Loneliness Scale

¹⁷⁷ Internet Addiction Test

¹⁷⁸ Beck Depression Inventory

¹⁷⁹ Family Assessment Device

nezávislých. Senomarci tak navrhuje vnímat závislost na internetu jako behaviorální syndrom s nefunkčním rodinným prostředím a rodičovsko-adolescentním konfliktem.

Lichtenstein (2013) se věnoval **zkoumání attachmentového stylu a závislosti na cvičení**. Závislost na cvičení popisuje jako obsesivní a vyčerpávající cvičení, které je nadměrné, překonává fyzická zranění a narušuje fungování v práci a v rodině. Pomocí metod Excercise Addiction Inventory (EAI), The generic self-report short-form 36 (SF36), NEO Personality Inventory Revised (Neopir) a Revised Adult Attachment Scale. Ukázalo se, že závislí na cvičení vykazovali zvýšené skóry v perfekcionismu, introceptivním uvědoměním, asketismu a regulaci impulzivity. Dále měli zvýšené skóry extraverze a nízké skóry spokojenosti, altruismu, vyhovění, skromnosti a upřímnosti. V testu attachmentu ukázal pozitivní model sebe a negativní model ostatních, což odráží nejistý typ attachmentu.

Ohledně předložených výsledků jednotlivých výzkumů, které se zabývaly zkoumáním vztahu citové vazby a závislosti, není třeba dlouhého komentáře. Všechny výsledky, s výjimkou Eroglouva výzkumu, předkládají jednoznačné závěry o **spojení závislosti na návykové látce i na sociálních médiích a nejistém typu citové vazby**. Což jsou závěry, které bylo možné očekávat. Je tedy zřejmé, že efekt kvalitní citové vazby na další fungování dotyčných osob je markantní.

4.3 Kognitivní konstrukt

Mezi kognitivní konstrukty zde řadím studie, které se zabývaly zkoumáním některých **kognitivních konceptů** u lidí se závislostí. Způsob poznávání a myšlení opět odráží některé charakteristiky, které můžeme nalézt u lidí s podobným typem obtíží.

Pawa (2016) zjistila, že **self-efficacy**¹⁸⁰ je významný prediktor úspěšné léčby **závislých** a pozitivně podporuje udržení abstinence a prevence relapsu. Na základě toho vytvořila program Triple-S behavior Change Intervention Program, který obsahuje tři části: Start, Smart a Strong. Všechny části jsou vytvořeny tak, aby se zaměřovaly přímo na změnu chování. Část Start je zaměřena na pozorování svého chování, Smart na nastavené cílového chování a Strong posiluje cílené chování pomocí hledání vlastní motivace. Na základě tohoto programu zjistila Pawa, že posilování self-efficacy výrazně napomáhá v prevenci relapsu.

Podobně specifický program pro léčbu závislosti vytvořil Thomson (2011), který předpokládá, že je třeba léčit závislost na základě kognitivního přístupu, konkrétně terapii zaměřenou na význam, protože **závislost vnímá jako reakci na život, který má malý osobní význam**. Píše zejména o potřebě porozumět intoxikaci z hlediska návyku a tvorby osobního významu jako organizačního konstruktů.

Feng-Ying (2016) se zabýval vztahem **týrání v dětství jako důležitého prediktoru pro pozdější závislost**, zejména ve spojitosti se sebepojetím a self-efficacy. Popisuje, že s týráním v dětství se pojí nižší self-efficacy, tedy nižší vnímání vlastních schopností ve zvládání denních a stresujících situací. Pomocí několika metod¹⁸¹ zjišťoval vztah mezi self-efficacy a závislostí. Feng-Ying ve své studii nenalezl korelace mezi motivací k abstinenci a self-efficacy.

Rozdíly v self-efficacy pomocí dotazníku SQC¹⁸² u **závislých na heroinu a na alkoholu** zkoumal Salah (2014). Ten spojuje self-efficacy s pocitem sebevědomí ke zvládnutí rizikového chování, které může vést k relapsu. Zjistil, že pro závislé na heroinu je obtížné odolat pokušení, pokud jsou konfrontováni se sociálním tlakem a mají tak nízké self-

¹⁸⁰ Teorie Alberta Bandury, podle níž mají lidé různou míru vnímání vlastních možností, jak ovlivňovat svůj život a mít kontrolu nad určitými událostmi

¹⁸¹ The Tennessee Self-concept Scale a The General Self-efficacy Scale a The Drug Absinence Motivation Questionnaire

¹⁸² The Situation Confidence Questionnaire

efficacy, kdežto závislí na alkoholu sami sebe vnímají jako dostatečně schopné odolat sociálnímu tlaku, ale nedostatečně vnímají nebezpečnost situace.

Reilly (1995) zkoumal **self-efficacy u relapsujících v rámci metadonové léčby**. Self-efficacy měřil pomocí Drug-Taking Confidence Questionnaire a zjistil, že během 180 denní metadonové léčby se změny v self-efficacy shodovaly se změnami v užití návykové látky a že tedy vliv na zvyšování self-efficacy mělo to, když pacienti dokázali zvýšit svou sebekontrolu ohledně abstinence na opioidech.

Bavojan (2011) se zabýval **zkoumáním vztahu mezi duševním zdravím, self-efficacy, copingovými strategiemi a locus of control¹⁸³ u drogově závislých mužů**. Zkoumal vztah mezi duševním zdravím, obecným self-efficacy, copingovými strategiemi a locus of control u mužů závislých na drogách. K výzkumu použil nástroje GHQ-28, GSE-10, CSI a I-E. Zjistil, že vyšší míra self-efficacy, interní locus of control a copingové strategie orientované na řešení problémů zlepšují pocit duševního zdraví. U lidí, kteří mají nižší self-efficacy se častěji objevují negativní psychické pocity, proti kterým se uvolňují prostřednictvím užívání alkoholu a drog.

Vztah mezi sebevědomím, self-efficacy a vírou u čínských závislých na heroinu zkoumal Geng (2011). K měření použil dotazníky Self-Esteem Scale, The Self-efficacy Questionnaire for Chinese Drug Users a Faith in People Scale. Ukázala se výrazná korelace mezi vlastní sebeúctou, self-efficacy a vírou v druhé lidi. Míra self-efficacy zároveň předpovídala úroveň sebeúcty. Geng to vysvětluje tak, že víra ve vlastní schopnost odmítnout návykovou látku má vliv na chování a na sebeúctu závislých.

Jeong (2011) zkoumal **vztah mezi sociální aktivitou, self-efficacy, postoji ke hře a závislostí na hře**. To zjišťoval na vzorku 600 lidí pomocí (SEQ-C¹⁸⁴) a DSM IV. Zjistil, že lidé, kteří tráví dostatek času se svými rodiči nějakou sociální aktivitou, mívají lepší míru self-efficacy a bývají méně ohroženi závislostí na hře.

¹⁸³ Teorie, kterou v roce 1966 představil Julian Rotter. Rozlišuje, jak člověk vnímá vlivy, které vedou k událostem. V závislosti na tom, jestli lidé přisuzují příčinu událostí vnějším okolnostem nebo sami sobě, jsou podle této koncepce označeni jako externalisté a internalisté.

¹⁸⁴ Self-Efficacy Questionnaire for Children

Vztah Locus of control a stydlivosti jako prediktoru závislosti na internetu zkoumal Chak (2004). Ten vychází z modelu, že časté pobývání na internetu je spojeno s osamělostí, plachostí, úzkostí, depresí a nízkou sebedůvěrou. Chak použil metody The Internality, Powerful Others, and Chance Scales, The revised Cheek and Buss Shyness Scale a Internet Addiction Test. Ukázalo se, že vyšší úroveň stydlivosti a vnější locus of control se pojí s častějším užíváním internetu a že tito lidé jsou náchylnější k závislosti na internetu.

Donovan (1977) zkoumal **u závislých na alkoholu vnímaný locus of control a vnímanou úroveň deprese**. K měření použil Rotterovu stupnici I-E¹⁸⁵ a Beckův inventář depres. Donovan zjistil, že vyšší výskyt externího locus of control se pojil s častějším pociťováním deprese a že u závislých na alkoholu se častěji vyskytoval interní locus of control než u lidí bez závislosti.

Berzins (1973) naopak zkoumal **locus of control u závislých na opiátech** a předpokládal, že závislí na opiátech budou více vykazovat vnitřní locus of control. Toto zkoumal pomocí metody I-E a potvrdil svou původní hypotézu. Interní locus of control však podle něj závislým znesnadňuje léčbu závislosti, protože závislí internalisté poté mají tendenci rozhodovat se podle svých vlastních předpokladů a méně využívají možnosti sociálního učení v léčbě.

Amram (2014) zkoumal **vliv terapeutických faktorů na locus of control** v terapeutické komunitě pro závislé. Zjistil, že pro lidi se závislostí na návykových látkách se za důležité v léčbě ukazuje altruismus, zástupné učení, katarze, vhléd a přijetí. Podle Amrama se změny v locus of control, z externího k internímu, pozitivně podepisovaly na vnímání všech částí léčby vyjma zástupného učení, u kterého se již plná výše vnímané důležitosti objevovala na počátku výzkumu.

¹⁸⁵ Internal-External Locus of Control Scale

Calicchia (1972) zkoumal **locus of control u lidí závislých na narkotikách**. Zjistil opět, že závislí byli více orientováni na vnitřní locus of control, než kontrolní skupina nezávislých.

Vztah mezi relapsem a copingovými strategiemi u lidí závislých na drogách zkoumal pomocí metody Adolescent Relapse Coping Questionnaire Shafiei (2016). Ukázalo se, že většina zúčastněných (71,2 %) nebyla schopna použít v hypotetické situaci adekvátních copingových strategií, což by pro ně v reálné situaci znamenalo relaps. Většina z nich vnímala svou schopnost zvládat obtížné situace jako výrazně lepší, než tomu bylo ve skutečnosti.

Vztah mezi ranými maladaptivními schémata, atributivním stylem a učením se beznadějí u závislých zkoumal Shaghaghy (2011). Vycházel z toho, že kognitivní pohled určuje organizaci zkušenosti a predisponuje způsoby, jak se chovat. V rámci studie použil dotazník EMS Questionnaire a Attributional Style Questionnaire. Zjistil, že lidé se závislostí mají více raných maladaptivních schémat, ve všech 18 typech. Ohledně **atributivních stylů** se ukázal rozdíl mezi optimistickými a pesimistickými styly, kdy závislí mají větší tendenci k pesimistickému atributivnímu stylu a více inklinují k rozvoji bezmocnosti a beznaděje.

Medalová (2014) zkoumala **vztah raných maladaptivních schémat, attachmentu a strategie zvládnání stresu u závislých pacientů na alkoholu**. Použila dotazník Young Schema Questionnaire, ECR a SVF 78¹⁸⁶. Ukázalo se, že závislí pacienti vykazují ve větší míře raná maladaptivní schémata, která pozitivně korelují s vyšší attachmentovou úzkostností a vyhýbavostí, nižší mírou partnerské spokojenosti a negativními strategiemi zvládnání zátěže.

¹⁸⁶ Strategie zvládnání stresu.

Závislost na poli u závislých na heroinu zkoumal Ross (1979), který k tomu použil test Hidden Figure Test cf-1. Zjistil, že lidé se závislostí bývají extrémně závislí na poli. Ross toto vysvětluje tak, že se může jednat o jejich osobnostní charakteristiku, která byla přítomna již před vznikem závislosti nebo, že se jedná o důsledek chování závislých, respektive jejich závislost. Toto zdůvodňuje tím, že heroin jako tlumící prostředek centrální nervové soustavy, snižuje vnímavost vůči realitě a závislí tak místo o pokus změnit vnější podmínky mění svůj vnitřní stav. Ross také zmiňuje, že závislí mají více obtíží učit se ze své zkušenosti, než je tomu u lidí bez závislosti.

King (2011) zkoumal **kognitivní fungování u závislých v metadonové léčbě**. Měřil kognitivní funkce uživatelů Wechslerovým inteligenčním testem pro dospělé, Barrat Impulsivity Scale, Criminal Thinking Scale a Severity of dependence Scale. Zjistil, že průměrný inteligenční kvocient závislých byl o 15,6 IQ bodu nižší, než je průměr Spojeného království. Závislí také dosahovali nižšího verbálního výkonu než výkonu performačního. King tak vysoudil závěr, že existuje významná negativní korelace mezi předepsanou dávkou metadonu a výší inteligenčního kvocientu. Zároveň King zjistil, že korelace mezi inteligenčním kvocientem a kriminálním chováním či impulzivitou se nepotvrdila.

Ljungholm (2015) zkoumala **kognitivní konstrukty u workoholiků** a navazoval na zjištění Bacalu (2014), že lidé trpící workoholismem bývají více neurotiční a vyhýbaví ve vztazích. Ljungholm zjistila, že je rozdíl mezi lidmi s workoholismem a lidmi se silnou chutí k práci a dodává, že motivace workoholiků bývá vnější a je utvářena tlakem na výsledek činnosti a tlakem na výkon. Workoholici také pracují dlouze a namáhavě proto, aby předcházeli negativním psychickým pocitům. Kdežto lidé, kteří pracují rádi (a netrpí workoholismem) mívají vnitřní a autonomní motivaci a pracují proto, že se cítí dobře a spolehlivě, když vykonávají dobrou práci. U workoholiků také Ljungholm popsala jako jejich základní znak vnitřní obsedantní složku.

Podobně jako u předchozí části, která byla věnována shrnutí výzkumů z oblasti citové vazby závislých, ani tuto část není třeba dlouze komentovat, jelikož většina závěrů

předložených výzkumů se shoduje. Ukazuje se tak, že se závislostí se často pojí nižší míra self-efficacy, vnitřní locus of control a nižší míra adaptivních copingových strategií a dovedností zvládat stres.

III. Empirická část

1. Cíle výzkumu

Výzkumná práce a její cíle vycházejí ze dvou teoretických konceptů. **Konceptu citové vazby**, kterou jako první popsal John Bowlby a **konceptu kognitivních konstruktů**¹⁸⁷ jehož původním autorem byl Jean Piaget. Na práci obou autorů následně navazovalo velké množství prací dalších autorů. V této práci vycházím v oblasti konceptu kognitivních konstruktů zejména z teorie George Kellyho. John Bowlby mluví o důležitosti prvních citových vazeb dítěte a jejich podstatnému vlivu na další život dítěte. George Kelly přišel s teorií, podle které si každý jedinec vytváří vlastní **vysvětlení událostí** okolo něj a tvoří hypotézy a predikce událostí následujících. Jeho učení je blízká teorie Aarona Becka, který mluví o **negativních kognitivních přesvědčeních** a postojích¹⁸⁸, které si člověk vytváří od dětství a která pak ovlivňují jeho chování a prožívání, na což navazuje Jeffrey Young ve své teorii o **raných maladaptivních schématech**, která dle něj vznikají v raném věku, jsou nepodmíněná¹⁸⁹ a mohou mít negativní vliv na budoucí život dítěte. Ke své teorii Young následně vytvořil i dotazník ke zjišťování raných maladaptivních schémat (EMS).

Cílem práce je **propojit teoretické koncepty** citové vazby a kognitivních konstruktů. Tedy zjistit, jak spolu souvisí myšlenky, které si lidé vytvářejí o svém vztahu s attachmentovou figurou a podoba jejich citové vazby s attachmentovou figurou.

Jako výzkumná skupina, u které je zkoumán vztah mezi kognitivními konstrukty a citovou vazbou, byla zvolena **skupina lidí se syndromem závislosti na návykových látkách nebo hazardní hře**. Tato skupina byla zvolena z důvodu, že ve většině realizovaných výzkumných studií bylo zjištěno (např. Wolt, 2017; Wyrzykowska, 2014), že u lidí se

¹⁸⁷ Též kognitivních schémat, mentálních reprezentací

¹⁸⁸ Automatické negativní myšlenky nebo také kognitivní omyly

¹⁸⁹ Automatické, reflexní reakce, bez vlivu učení v pozdějších fázích života

závislostí bývá nejčastějším typem nejistá citová vazba. V klinické a psychoterapeutické praxi se však často setkáváme s tím, že motivem pro léčbu závislosti bývají narušené rodinné vztahy a tlak rodinných příslušníků na léčbu, zároveň se v psychoterapeutickém procesu navzdory předchozímu často setkáváme s proklamacemi závislých o velmi pozitivních a funkčních partnerských a rodinných vztazích. Motivaci zachovat rodinné vztahy jako vstup do léčby závislostí potvrzuje například i výzkum Pavelové (2014). U lidí se závislostí se tak ukazuje na jedné straně nejistý typ attachmentu, který vychází z ne plně uspokojujících rodinných vazeb, a kognitivní zpracování rodinných vazeb do pozitivního vnímání na straně druhé. Nabízí se tak otázka, jestli existuje **disproporce mezi reálnou podobou vztahů s druhými lidmi a kognitivním zpracováním těchto vztahů u lidí se závislostí**. Cílem této práce je tak zjistit, zda se u lidí se závislostí vyskytuje tato disproporce mezi kognitivním zpracováním podoby svých vztahů a jejich reálnou podobou.

V rámci této práce si kladu ke zodpovězení **tři výzkumné cíle**:

- **Prvním** cílem výzkumu je zjistit, zda existují rozdíly v typu citové vazby v případě, kdy je podoba citové vazby dotazována přes vědomý kognitivní proces (formou dotazníkové metody) a při snížené možnosti kognitivně ovlivňovat sdělované informace (formou projektivní metody) u lidí se závislostí.
- **Druhým** výzkumným cílem je zjistit podobu a četnost kognitivních konstruktů u lidí se závislostí, které souvisí s tématem rané citové vazby.
- A **třetím** výzkumným cílem je zjistit, jestli existuje vztah mezi kognitivními konstrukty a zjištěnou citovou vazbou u lidí se závislostí.

Tato výzkumná studie navrhuje zkoumání dvou konceptů, které byly prozatím zkoumány ojedinele (např. McLean, 2014) a spíše v komparaci citové vazby a raných maladaptivních schémat (např. Stanojevic, 2012; Hosseinifard, 2014). Tato práce má blíže **pilotní formě** výzkumu než přesnému opakování již dříve realizovaných studií pro ověření jejich platnosti. Cílem práce je prozkoumat vztah mezi kognitivním porozuměním vztahu

s attachmentovou figurou a jejím reálným vztahem k ní. **Širším cílem výzkumu** je proto připravit podmínky pro další výzkumnou činnost v této oblasti, navázat na něj dalšími podrobnějšími výzkumnými studii a přinést nová zjištění v oblasti kognitivních procesů a kognitivních výsledků a jejich provázanosti s procesy emočními, sociálními a behaviorálními.

2. Výzkumné otázky

Na základě výzkumného cíle byly stanoveny **tři výzkumné otázky**, které jsou rozpracovány do několika **dílčích výzkumných otázek**. Hlavní výzkumné otázky byly stanoveny na základě studia realizovaných výzkumných studií, pro přehlednost jsou pod hlavní výzkumné otázky zařazeny dílčí výzkumné otázky, které se k nim pojí. V průběhu analýzy dat vznikly i některé další dílčí otázky, které byly do práce zahrnuty, aby byla dostatečně využita získaná data.

Výzkumná otázka č. 1

Jak velká **shoda v typu citové vazby** existuje při měření metodami s odlišnou mírou možnosti kognitivní kontroly odpovědí?

Both a Best (2017) měřili citovou vazbu dvěma metodami, dotazníky RQ¹⁹⁰ a RSQ¹⁹¹. Korelace mezi metodami byla 0,55 pro jistý typ, 0,59 pro ustrašený, 0,55 pro zaujatý a 0,56 pro vyhýbavý typ citové vazby. Zajímavou studií, ze které také vycházím při formulaci této výzkumné otázky, je studie Rena a Wanga (2011). Ti měřili typ citové vazby pomocí explicitní a implicitní metody. Jako explicitní metodu měření citové vazby použily dotazník RQ a jako implicitní metodu použili IAT¹⁹². Zjistili, že jistý typ citové vazby koreluje (0,41 Self-IAT a 0,47 Other-IAT) s implicitní metodou, u ostatních typů citové vazby se korelace neukázala. Vzhledem k tomu, že Wyrzykowska (2014) zjistila, že lidé se závislostí

¹⁹⁰ Relationship Questionnaire

¹⁹¹ Relationship Scale Questionnaire

¹⁹² Implicit Association Test

vykazují častěji nejistý typ citové vazby, konkrétně zapletený a vyhýbavý než lidé bez závislosti, lze očekávat, že shoda mezi měřeními citové vazby odlišnými metodami, bude největší u lidí s jistým typem citové vazby. U lidí se závislostí, u kterých předpokládám nejistý typ citové vazby, tak mohu zároveň předpokládat nižší shodu v měření citové vazby odlišnými metodami.

Dílčí otázky vztahující se k výzkumné otázce č. 1

- a) Liší se významně velikost shody mezi metodami u 4 typů citové vazby?
- b) Liší se významně velikost shody mezi metodami u 2 typů citové vazby?
- c) Liší se velikost shody v typu citové vazby mezi metodami u skupin N, P a Z?
- d) Liší se velikost shody v typu citové vazby mezi metodami u skupin P a Z?
- e) Je rozložení četností typů citové vazby dle ECR stejné u všech skupin?
- f) Je rozložení četností typů citové vazby dle AAP stejné u všech skupin?
- g) Rozložení četnosti typů citové vazby u výzkumných skupin Z a P dle ECR
- h) Rozložení četnosti typů citové vazby u výzkumných skupin Z a P dle AAP
- i) Existuje shoda metod v případě konkrétního typu citové vazby?
- j) Má na shodu mezi metodami vliv typ použité metody nebo typ výzkumné skupiny?

Výzkumná otázka č. 2

Jaké jsou **charakteristiky kognitivních konstruktů** v souvislosti s citovou vazbou?

Shaghaghy (2011) zjistil, že lidé se závislostí mají více raných maladaptivních schémat. Copingové strategie u lidí se závislostí zkoumal Shafiei (2016) a zjistil, že probandi vnímají své copingové strategie jako výrazně lepší, než tomu bylo reálně, přičemž jejich copingové strategie byly maladaptivní. Na základě výše zmíněných výzkumů předpokládám, že lidé se závislostí, kteří mají ve vyšší míře nejistou citovou vazbu, budou mít vyšší počet raných maladaptivních schémat. Na základě výzkumu Pavelové (2014) a Cevika (2017) ovšem předpokládám, že kognitivní konstrukty citové vazby, kterými budou

lidé se závislostí popisovat a zdůvodňovat podobu svého vztahu s attachmentovou figurou, budou zejména pozitivní.

Dílčí otázky vztahující se k výzkumné otázce č. 2

- a) Jaká je podoba kognitivních konstruktů ve vztahu k citové vazbě?
- b) Existuje významný rozdíl v počtu kognitivních konstruktů mezi jednotlivými skupinami?
- c) Vyskytuje se u skupiny Z významně vyšší počet negativních kognitivních konstruktů?
- d) Vyskytuje se u lidí se závislostí významně nižší počet pozitivních kognitivních konstruktů?
- e) Vyskytuje se u skupiny Z významně vyšší množství zvýšených skóre raných maladaptivních schémat?
- f) Existuje významný vztah mezi ranými maladaptivními schématy a množstvím negativních kognitivních konstruktů?
- g) Vyskytuje se u skupiny Z významně odlišný vztah mezi EMS a množstvím negativních KK než v ostatních skupinách?
- h) Existuje významná shoda mezi počtem negativních kognitivních konstruktů z metod AAP a Dotazníku kognitivních konstruktů?
- i) Liší se korelace mezi počtem negativních konstruktů z metod AAP a Dotazníku kognitivních konstruktů mezi jednotlivými výzkumnými skupinami?
- j) Vyskytují se u některých kognitivních konstruktů významnější rozdíly mezi výzkumnými skupinami?
- k) Vyskytuje se u skupiny Z významně vyšší množství nekonkrétních vysvětlení vzniku vazebné situace?
- l) Vyskytuje se u skupiny Z významně vyšší množství nelogických vysvětlení vzniku vazebné situace?
- m) Vyskytuje se u lidí se závislostí významně více pasivních řešení vazebných situací?
- n) Vyskytuje se u skupiny Z významně více popisů emocí, které nejsou adekvátní popisované situaci?

- o) Vyskytuje se u skupiny Z významně častěji horší vnímání minulého vztahu s attachmentovou figurou?
- p) Vyskytuje se u lidí se závislostí významněji častěji predikce lepšího vztahu s attachmentovou figurou v budoucnosti?
- q) Vyskytuje se u lidí se závislostí významně častěji užívání zdrobněliny pro označení své attachmentové figury?

Výzkumná otázka č. 3

Jaký je **vztah** mezi citovou vazbou a kognitivními konstrukty?

Simons (2018) zjistil, že u lidí závislých na alkoholu se nejčastěji objevují maladaptivní schémata opuštění, zahanbení a vlastní nedostačivosti, které následně snižují toleranci zvládat stres. Zamirinejad (2018) zjistil, že existence raných maladaptivních schémat je významným prediktorem závislosti na opiátech. Hosseinifard (2014) porovnával raná maladaptivní schémata s citovou vazbou a copingovými styly u drogově závislých. Zjistil, že vztah mezi EMS a citovou vazbou nebyl významný, ale jako významný se ukazoval na citovou vazbu vliv užívané látky, uživatelé stimulancí měli vyšší skór vyhýbavosti. Stanojevic (2012) porovnávala vztah mezi citovou vazbou a ranými maladaptivními konstrukty a potvrdila pozitivní korelaci mezi ranými maladaptivními schématy a nejistým typem citové vazby. Medalová (2014) zjistila, že lidé se závislostí na alkoholu vykazují ve větší míře raná maladaptivní schémata, která korelují s vyšší attachmentovou úzkostností a vyhýbavostí. Taktéž McLean (2014) zjistil, že raná maladaptivní schémata se častěji pojí s nejistým typem attachmentu. Na základě výše zmíněných výzkumů proto předpokládám, že nejistý typ citové vazby, který je častější u lidí se závislostí, se bude častěji vyskytovat společně s negativními a maladaptivními kognitivními konstrukty.

Díličí otázky vztahující se k výzkumné otázce č. 3

- a) Souvisí významně nejistý typ citové vazby s vyšším počtem negativních kognitivních konstruktů?

- b) Existuje významný vztah mezi ranými maladaptivními schémata a typem citové vazby?
- c) Existuje významný rozdíl mezi vztahem raných maladaptivních schémat a typem citové vazby?
- d) Existuje významný vztah mezi typem citové vazby a množstvím podpůrných osob?

3. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je tvořen **třemi skupinami**. První skupina je tvořena respondenty s diagnózou **závislosti**, druhá skupina je tvořena respondenty **s psychickými poruchami a nemocemi** bez přítomnosti návykové problematiky a třetí skupina je tvořena respondenty z **neklinické populace**, která netrpí ani psychickými, ani závislostními poruchami a nemocemi.

Výzkumná práce je zaměřena na zmapování kognitivních konstruktů citové vazby u lidí se závislostí, **první skupina je proto skupinou výzkumnou, následující dvě tvoří skupiny srovnávací**. Pro výzkum byly vybrány dvě srovnávací skupiny z důvodu, aby bylo možné lépe zkoumat vliv závislosti na danou problematiku. Ve výzkumech (viz výše) se ukazuje, že lidé se závislostí mívají častěji nejistý typ citové vazby, podobně jako lidé, kteří mají jiný druh duševních obtíží (např. Dadashzadeh, 2018). Proto byla jako první srovnávací skupina vybrána skupina lidí s duševními obtížemi, u kterých není přítomna komorbidita návykové problematiky. A jako druhá srovnávací skupina byla vybrána skupina lidí z neklinické populace. Tímto způsobem je možné zvýšit pravděpodobnost odlišení **znaků, které jsou spojeny s návykovou problematikou**, a nikoli pouze s širším polem duševních obtíží.

Skupina respondentů se závislostí je označována zkratkou Z. Skupina respondentů s psychiatrickou diagnózou zkratkou P a skupina respondentů z neklinické populace zkratkou N.

Výzkumný soubor se skládá celkem z 91 osob. Skupina závislých (Z) je tvořena 32 osobami, skupina psychiatrických (P) 29 osobami a skupina neklinických (N) pak 30 osobami.

Pro **zařazení do výzkumného souboru** byla použita tato kritéria:

a) pro zařazení do **skupiny Z** bylo podmínkou:

- minimální věk 18 let
- diagnostikovaný syndrom závislosti na alkoholu, drogách, hazardní hře nebo jejich kombinaci
- odeznělé abstinenční symptomy
- nepřítomnost jiné závažné duševní nemoci
- stabilizovaný psychický stav
- souhlas s účastí ve výzkumu.

b) pro zařazení do **skupiny P** bylo podmínkou:

- minimální věk 18 let
- nepřítomnost syndromu závislosti na alkoholu, drogách, hře nebo jejich kombinaci
- diagnostikovaná jiná duševní porucha či nemoc (s výjimkou psychotických onemocnění, mentální retardace a organicky podmíněného duševního onemocnění)
- stabilizovaný psychický stav
- souhlas účastí ve výzkumu.

c) pro zařazení do **skupiny N** bylo podmínkou:

- minimální věk 18 let
- nepřítomnost syndromu závislosti na alkoholu, drogách, hře nebo jejich kombinaci
- nepřítomnost jiné závažné duševní nemoci
- nepřítomnost závažných duševních obtíží v minulosti
- souhlas s účastí ve výzkumu.

Respondenti byli následně osloveni v Psychiatrické nemocnici Bohnice, konkrétně na oddělení 35 (oddělení následné péče léčby závislostí) a oddělení 3 (oddělení příjmové, následné a stacionární péče všeobecné psychiatrie). Dále byly respondenti osloveni v Terapeutické komunitě pro závislé Dubí. Neklinická populace byla oslovena mezi studenty Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy a Vysoké školy obchodní. Všichni respondenti byli osloveni po předchozí domluvě s vedoucími pracovníky daných zařízení.¹⁹³

3.1 Charakteristiky výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal z celkem 91 osob, z nichž 42 bylo tvořeno muži a 49 ženami (viz tabulka č. 1). Nejvíce mužů se nacházelo ve skupině Z, nejméně pak ve skupině N.

Pohlaví	Mužů (n)	Žen (n)	Mužů (%)	Žen (%)
Z	29	3	90,625	9,375
P	9	20	31,034	68,965
N	4	26	13,333	96,666
Celkem	42	49	46,153	53,846

Tabulka č. 1 – Pohlaví

Věkové rozpětí výzkumného souboru bylo mezi 19 a 63 lety, věkový průměr byl 32,362 let. Nejmladší skupinou byla v průměru skupina N, nejstarší poté v průměru skupina P (viz tabulka č.2). Věkové intervaly jednotlivých skupin (viz tabulka č. 3) ukazuje, že ve skupině Z se nachází nejvíce lidí v rozmezí 26 – 49 let, ve skupině P je nejvíce osob starších 50 let a ve skupině N tvoří největší část souboru respondenti ve věku do 25 let.

¹⁹³ Podrobněji v podkapitole Etické otázky

Věk	Z	P	N	Celkem
Průměr	35,468	37,344	24,266	32,362
Medián	38	24	24	37
Modus	19	24	24	38
SD	12,951	3,522	3,582	9,178
Minimum	22	19	19	19
Maximum	63	62	37	63

Tabulka č. 2 – Věkové rozložení

Věkové intervaly	Z (n)	Z (%)	P (n)	P (%)	N (n)	N (%)	Celkem (n)	Celkem (%)
Do 25 let	6	19,354	8	27,586	24	80,000	38	41,758
26-49 let	25	80,645	5	17,241	6	20,000	36	39,560
Nad 50 let	1	3,225	15	51,724	0	0,000	16	17,582

Tabulka č. 3 – Věkové intervaly

Ve skupině Z byly zařazeni respondenti, kteří splňovali kritéria diagnostikovaného syndromu závislosti na alkoholu, drogách nebo hazardní hře nebo jejich kombinaci. Syndrom závislosti byl diagnostikován ve zdravotnickém zařízení. Do vzorku nebyli zařazeni respondenti se syndromem závislosti na nikotinu. Respondenti, kteří měli diagnostikován syndrom závislosti na lécích, byli zařazeni mezi závislé na drogách. Ve skupině Z bylo 50 % lidí se závislostí na alkoholu (A), 34,375 % se závislostí na drogách (T), 9,375 % se závislostí na hazardní hře (G) a 6,25 % s kombinovanou závislostí (viz tabulka č. 4).

Diagnóza	A (n)	A (%)	T (n)	T (%)	G (n)	G (%)	Více (n)	Více (%)
Z	16	50,00	11	34,375	3	9,375	2	6,25

Tabulka č. 4 – návyková problematika

Ve skupině P byli zařazeni respondenti bez diagnostikované syndromu závislosti na alkoholu, drogách či hře (v současnosti i v minulosti) a s diagnózou jiné duševní poruchy či nemoci. Diagnóza jiné duševní poruchy či nemoci musela být provedena ve zdravotnickém zařízení a z výzkumného souboru byli vyloučeni respondenti s diagnózou psychotického onemocnění, organicky podmíněného duševního onemocnění či s mentální retardací. Ve výzkumném vzorku se tak objevili respondenti z diagnostického okruhu ICD-10 F30-39¹⁹⁴, F40-49¹⁹⁵ a F60-69¹⁹⁶. Z okruhu F30-39 bylo ve výzkumném vzorku přítomno 34,482 % osob, z okruhu F40-49 pak 51,724 % osob a z okruhu F60-69 bylo přítomno 13,793 % osob. Konkrétní diagnózy daných diagnostických okruhů jsou zobrazeny v tabulce č. 5¹⁹⁷.

Diagnóza	F3	F4	F6	F3 17	F3 20	F32 1	F3 22	F3 31	F4 09	F4 10	F4 11	F4 12	F4 13	F43 2	F6 01	F60 3
(n)	10	15	4	2	2	3	1	2	1	1	1	2	1	9	1	3
(%)	34,4 82	51,7 24	13,7 931	6,8 96	6,8 96	10,3 44	3,4 48	6,8 96	3,4 48	3,4 48	3,4 48	6,8 96	3,4 48	31,0 34	3,4 48	10,3 44

Tabulka č. 5 – psychiatrická diagnóza

V demografickém dotazníku označilo 46,875 % závislých respondentů, že mají v současné době vážný a dlouhodobý vztah, 58,620 % psychiatrických respondentů a 63,333 % neklinických respondentů. Respondentům bylo sděleno, že rozhodnutí ohledně toho, zda je jejich současný vztah dlouhodobý a vážný, je závislé na jejich subjektivním vnímání „vážnosti a dlouhodobosti“ jejich vztahu.

Současný vztah:

Z – ano 15 (46,875 %), ne 17 (53,125 %)

P – ano 17 (58,620 %), ne 12 (41,379 %)

N – ano 19 (63,333 %), ne 11 (36,666 %)

¹⁹⁴ Poruchy nálad

¹⁹⁵ Neurotické poruchy

¹⁹⁶ Poruchy osobnosti a chování u dospělých

¹⁹⁷ Přesný kód diagnózy byl získán ze zdravotnické dokumentace respondentů

Ze skupiny závislých respondentů byli tři během jejich života po určitou dobu umístěni v ústavní péči, ze skupiny psychiatrických to byl jeden respondent a ze skupiny neklinických respondentů žádný. Respondenti v dotazníku doplňovali důvod jejich ústavní výchovy, ve skupině Z se jednalo o umístění do ústavní péče z výchovných důvodů, u skupiny P se jednalo o umístění do ústavní péče z důvodu dlouhodobé nemoci hlavního pečovatele. Délka umístění v ústavní péči byla u obou respondentů několik měsíců.

Ústavní péče

Z – 3 (9,375 %)

P – 1 (3,448 %)

N – 0 (0,000 %)

Výzkumný soubor byl složen z 30,769 % ženatými/vdanými respondenty, z 58,241 % svobodnými respondenty a z 10,989 % rozvedenými respondenty. Podrobněji viz tabulka č. 6.

Stav	Ženatí/vdané	Svobodní	Rozvedení
Z	7 (21,875 %)	21 (65,625 %)	4 (12,5 %)
P	17 (58,620 %)	6 (20,680 %)	6 (20,680 %)
N	4 (13,333 %)	26 (86,666 %)	0 (0,000 %)
Celkem	28 (30,769 %)	53 (58,241 %)	10 (10,989 %)

Tabulka č. 6 – společenský stav

Tabulka č. 7 ukazuje složení původních rodin respondentů. 46,153 % respondentů pochází z kompletní rodiny, 35,164 % respondentů pochází z rozvedené rodiny a bylo svěřeno do péče matky, 3,296 % respondentů bylo po rozvodu svěřeno do péče otce, 1,098 % respondentů bylo po rozvodu v péči jiného člena rodiny a 4,395 % respondentů pocházelo z osiřelé rodiny. Podrobněji viz tabulka.

Původní rodina	Kompletní	Rozvedená – péče matky	Rozvedená – péče otce	Rozvedená – péče jiného člena	Osiřelá
Z	17 (53,125 %)	14 (43,75 %)	1 (3,125 %)	0 (0,000 %)	0 (0,000 %)
P	17 (58,620 %)	7 (24,137 %)	1 (3,846 %)	1 (3,846 %)	3 (10,344 %)
N	8 (26,66 %)	9 (30,00 %)	1 (3,333 %)	0 (0,000 %)	1 (3,333 %)
Celkem	42 (46,153 %)	30 (35,164 %)	3 (3,296 %)	1 (1,098 %)	4 (4,395 %)

Tabulka č. 7 – původní rodina

Následující tabulky ukazují popisy četností u dalších údajů získaných z demografického dotazníku. Jedná se o počet sourozenců, počet vlastních dětí, počet vážných vztahů v minulosti, počet přátel a počet domácích mazlíčků. Smyslem těchto položek v dotazníku bylo získat představu o struktuře sociální sítě a osobách (s domácími mazlíčky), na které se mohou respondenti citově vázat. Ukazuje se, že většina respondentů má 1 sourozence, 0 – 1 dítě (nejvíce dětí ve skupině Z), 1 - 2 vážné vztahy v minulosti (nejvíce ve skupině P), 1 – 5 přátel (nejvíce ve skupině N) a 0 – 1 domácího mazlíčka (nejvíce ve skupině Z). V dotazníku byla zahrnuta i otázka na počet nevlastních dětí, které respondenti vychovávají, ve všech 91 případech byla odpověď 0, a proto tato data nejsou podrobněji rozpracována. Z domácích mazlíčků se nejčastěji objevovala zvířata jako kočka a pes. Podrobněji viz tabulky č. 8 – 12.

Počet sourozenců	Průměr	Medián	Modus	SD	Minimum - maximum
Z	1,406	1	1	1,003	0 - 3
P	1,310	1	1	0,967	0 - 4
N	1,166	1	1	0,804	0 - 3
Celkem	1,318	1	1	0,769	0 - 4

Tabulka č. 8 – počty sourozenců

Počet dětí	Průměr	Medián	Modus	SD	Minimum - maximum
Z	0,875	2,5	1	2,061	0 - 4
P	0,758	0	0	1,414	0 - 3
N	0,066	0	0	0,371	0 - 2
Celkem	0,582	1	0	0,957	0 - 4

Tabulka č. 9 – počty dětí

Počet vážných vztahů	Průměr	Medián	Modus	SD	Minimum - maximum
Z	2,375	2	1	1,403	1 - 5
P	1,931	2	2	1,387	0 - 6
N	1,666	1	1	1,009	0 - 5
Celkem	1,989	2	1	1,403	0 - 6

Tabulka č. 10 – počty vážných vztahů¹⁹⁸

Počet přátel	Průměr	Medián	Modus	SD	Minimum - maximum
Z	5,434	1	1	1,732	0 - 25
P	4,379	4	3	2,829	0 - 13
N	6,344	5	5	4,568	2 - 25
Celkem	5,355	5	5	1,000	0 - 25

Tabulka č. 11 – počty přátel¹⁹⁹

Počet mazlíčků	Průměr	Medián	Modus	SD	Minimum - maximum
Z	0,906	1	1	1,949	0 - 9
P	1,724	1	0	1,224	0 - 6
N	0,800	1	0	1,00	0 - 5
Celkem	1,131	1	0	1,00	0 - 9

Tabulka č. 12 – počty mazlíčků

V demografickém dotazníku byly sbírány také údaje o nejvyšším dosaženém vzdělání, celkovém počtu let vzdělávání, zaměstnání, délce abstinence, délce docházení do psychotherapeutické péče, formě a typu psychotherapie. Bohužel získaná data k těmto položkám byla v mnoha případech nekompletní a nedostatečně specifická, proto tyto údaje v práci neuvádím. Pro vyhodnocení dat by byly zajímavé zejména údaje o **délce abstinence a délce docházení do psychotherapeutické péče**, ale tyto položky dotazníku byly ve velkém množství případů respondenty vynechány.

¹⁹⁸ Respondenti byli instruováni tak, že rozhodnutí o zařazení vztahu do vážného a dlouhodobého je na jejich subjektivních úsudku.

¹⁹⁹ Respondenti byli instruováni tak, že rozhodnutí o zařazení přátelského vztahu do výčtu je na jejich subjektivních úsudku dle toho, zda se jedná o blízký vztah a zda se jedná o osoby, na které se mohou spolehnout v náročných situacích

4. Použité metody

Ve studii byla použita **výzkumná baterie**, která byla sestavena pro účely této práce. Jednalo se o kombinaci projektivní a dotazníkových metod. Jako projektivní test byl použit **Adult Attachment Projective (AAP)**, který měří typ citové vazby u dospělých osob. Jako dotazníkové metody byly použity dotazníky **Experineces in Close Relationships (ECR)**, **Young Schemas Questionnaire (YSQ)** a otevřený nestandardizovaný dotazník zaměřený na **kognitivní konstrukty citové vazby (DKK)**. Metody AAP, ECR a YSQ patří mezi standardizované metody. Součástí byl i krátký **demografický dotazník**, který sloužil ke sběru demografických charakteristik respondentů. Všechny dotazníky jsou uvedeny v přílohách.

Sestavená baterie výzkumných metod byla ve stejné podobě administrována všem respondentům.

4.1 AAP (Adult Attachment Projective)

Adult Attachment Projective je projektivní metoda, která slouží k posouzení typu **mentálních reprezentací citové vazby u dospělých**. Metoda vznikla v roce 1999 a podobně jako AAI pracuje s předpokladem, že mentální reprezentace citové vazby se u člověka vytvářejí na základě jeho reálných zážitků s attachmentovou figurou. Autorem testu je Carol George a test obsahuje 8 podnětových tabulí, které zobrazují situace, které **aktivují systém citové vazby**. Metoda má svůj systém kódování odpovědí²⁰⁰, podle kterých je možné určit typ attachmentu jako bezpečný, zaujatý, opomíjející nebo dezorganizovaný.

Pro účely této práce byly protokoly AAP použity ke třem výsledkům. Jedním z nich bylo **určení typu attachmentu** podle způsobu kódování, které je popsáno v příručce k metodě (George, 2012). Typ attachmentu z protokolů AAP byl určován dvěma hodnotiteli

²⁰⁰ Podrobněji v kapitole 1

z důvodu zvýšení validity hodnocení. Druhý výsledek, který byl z protokolů získán byly **kognitivní konstrukty**, které se vztahují k citové vazbě. Tyto konstrukty byly získány stejným způsobem jako z Dotazníku kognitivních konstruktů, a to metodou otevřeného kódování 3. stupně. Posledním výsledkem, který jsem v protokolech AAP sledovala bylo hodnocení **kognitivní koherence jednotlivých příběhů**. Sledovala jsem, zda respondenti podávají konkrétní, logicky posloupné příběhy, zda vazebné situace řeší aktivně či pasivně a zda budou popisovat situaci adekvátní prožitky emocí zobrazených postav.

Podle George (2012) je realibilita metody 0,82 Cronbachova α . Shoda posuzovatelů se dle George (2012) pohybovala v intervalu 0,66 – 0,85 kappa. Při posuzování shody mezi AAP a AAI (George, 2012) se shoda v případě měření čtyř typů attachmentu pohybovala na 92 % a v případě dvou typů attachmentu (jistý x nejistý) 97 %.

4.2 ECR (Experience in Close Relationships)

Dotazník Experience in Close Relationships vznikl v roce 1990. Jeho autorem je Kelly Brennan, Catherine Clark a Phillip Shaver. Dotazník měří dvě dimenze citové vazby v dospělosti. Dimenzi **vyhýbavosti a úzkostnosti**. Z poměru těchto dvou dimenzí lze určit typ citové vazby jako jistý, vyhýbavý, zapletený nebo ustrašený. Metoda se skládá z 36 výroků (18 výroků pro každou dimenzi), ve kterých respondent na 7 bodové škále sám sebe ohodnotí. V roce 2012 vznikla česká verze dotazníku (Lečbych, 2012).

Pro účely této práce byl dotazník ECR použit **pro zjištění typu citové vazby**. Pro určení typu citové vazby z hrubých dat škál vyhýbavosti a úzkostnosti byly použity normy Martina Lečbycha z roku 2012. Metoda má dobré vlastnosti validity a reliability. Dle studií Lopeze, Gormela, Simka (2001) a Vogela, Weie (2005) dosahuje škála úzkostnosti Cronbachovo α 0,93 a u škály vyhýbavosti 0,95²⁰¹. Česká verze dotazníku dosahuje u škály úzkostnosti Cronbachova α 0,842 a u škály vyhýbavosti 0,838 (Lečbych, 2012).

²⁰¹ Experiences in Close Relationships (ECR). *Statistics Solutions* [online]. [cit. 2018-09-03]. Dostupné z: <http://www.statisticssolutions.com/experiences-in-close-relationships-ecr/>

4.3 YSQ (Young Schemas Questionnaire)

Young Schemas Questionnaire je dotazník, který v roce 1990 vytvořil Jeffrey Young. Young vycházel **z teorie kognitivních schémat jako organizovaných vzorců myšlenek, emocí a chování**. Podle něj si člověk na základě **raných vztahů a raných zkušeností** vytváří určitá schémata a módy, podle kterých se následně vztahuje ke světu a která předurčují jeho způsoby chování. Schémata, která si člověk vytvoří, mohou být **adaptivní nebo maladaptivní**. Young sestavil dotazník, jehož cílem bylo postihnout míru maladaptivních kognitivních schémat. Young vytvořil 18 schémat, která shrnul do 5 kognitivních domén: odmítnutí, narušená autonomie a pocity kompetence, nedostatečné hranice, zaměření na druhé, ostražitost a inhibice. V roce 2013 vznikla česká verze dotazníku (Medalová, Procházka, 2014), která původních 18 schémat zredukovala na 13. Schémata v české verzi dotazníku jsou: opuštění, nedůvěra/zneužití, emocionální deprivace, méněcennost, sociální vyloučení, závislost, zranitelnost, podmanění, výjimečnost, nedostatek sebedisciplíny, emocionální inhibice, perfekcionismus.

Pro účely této práce byl dotazník použit pro zjištění, zda se u respondentů vyskytují maladaptivní kognitivní schémata. Reliabilita české verze dosahovala 0,963 Cronbachova α .

4.4 Dotazník kognitivních konstruktů citové vazby

Dotazník kognitivních konstruktů citové vazby je nestandardizovaný dotazník, který byl vytvořen pro účely této práce. Dotazník obsahuje 15 otevřených otázek. Jeho cílem je zmapovat, jakým způsobem respondenti **popisují podobu svého vztahu** se svou attachmentovou figurou a **jaká pro tuto podobu jejich vzájemného vztahu mají vysvětlení**. Dotazník mapuje vztah s attachmentovou figurou v dětství, v současnosti a jeho percepci do budoucnosti. Dále mapuje situace a chování, které by jejich vztah mohly hypoteticky zhoršit či zlepšit. A poslední okruh, který dotazník sleduje, je konkretizování myšlenek, které mají s attachmentovou figurou spojené. Dvě otázky se zabývaly také tím,

zda se v průběhu života vztah probandů s attachmentovou figurou změnil a jaká je jejich percepce případné změny vztahu do budoucna.

Vyhodnocování dotazníku probíhalo metodou otevřeného kódování 3. stupně. U prvních tří modulů (hodnocení a zdůvodnění podoby vztahu; chování, které může vztah zhoršit či zlepšit; konkrétní myšlenky spojené s attachmentovou figurou) pomocí otevřeného kódování vznikla stejná data, proto byla při statistické analýze data zpracovávána společně. Samostatně byla z dotazníku zpracovávána data o **percepti změny** vztahu s attachmentovou figurou v minulosti (v kategoriích vztah je v současnosti: horší, lepší, stejný) a s **predikci změny** vztahu v budoucnosti (v kategoriích vztahu v budoucnosti: horší, lepší, stejný).

Použité metody byly vybrány tak, aby pomocí nich bylo možné zodpovědět výzkumné otázky a naplnit výzkumné cíle studie. Metody ECR a AAP byly použity **k určení typu citové vazby** jednotlivých respondentů a zároveň k porovnání rozdílů mezi určenými typy citové vazby metodou projektivní a dotazníkovou. Metody AAP a nestandardizovaný dotazník kognitivních konstruktů byly použity ke zjištění a popsání **kognitivních konstruktů citové vazby** a dotazník YSQ byl použit k vyhodnocení **raných maladaptivních kognitivních schémat**.

Demografický dotazník sloužil k zaznamenání věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, celkového počtu let vzdělávání, zaměstnání, společenského stavu, kompletnosti původní rodiny, počtu sourozenců, ústavní výchovy v dětství a jejího důvodu, přítomnosti dlouhodobého partnerského vztahu v současnosti a jeho délce, počtu dlouhodobých partnerských vztahů v minulosti, počtu přátel, počtu vlastních i nevlastních dětí, počtu domácích mazlíčků, diagnózy, délky závislosti, délky abstinence, formy léčby, délky docházení do psychoterapeutické péče, formy a typu psychoterapie. Dotazník byl tvořen kombinací otevřených otázek a otázek s nucenou volbou.

5. Realizace výzkumu

Realizace výzkumu probíhala od jara do léta 2018 v zařízeních v Psychiatrické nemocnici Bohnice, Terapeutické komunitě Dubí, Pedagogické fakultě UK a Vysoké škole obchodní. Po předchozí domluvě a schválení výzkumu Etickou komisí v PN Bohnice jsem tato zařízení navštívila a požádala přítomné pacienty a studenty o **zapojení do výzkumné studie**. Pacientům a studentům, kteří s účastí ve výzkumu souhlasili, byl následně vysvětlen cíl studie, způsob sběru dat i související etické otázky. Následně jim bylo podrobně vysvětleno, jakým způsobem mají vyplňovat jednotlivé dotazníky a některé položky. Všem respondentům byl dán prostor na dotazy, jak k podobě a cílům výzkumu, tak také k vyplňování jednotlivých dotazníků a jejich položek. Po vyplnění dotazníků vstupovali respondenti jednotlivě do samostatné místnosti, ve které probíhal sběr dat metody AAP. Po ukončení sběru dat jsem sdělila všem respondentům můj e-mail, na který mne mohou kontaktovat s dalšími případnými dotazy a se žádostí o zaslání jejich výsledků z metod ECR a YSQ.

Po ukončeném sběru dat byly všechny údaje z dotazníků přepsány do elektronické formy a vyhodnoceny. Audiozáznamy byly neprodleně přepsány do elektronické formy a z diktafonu smazány.

Pilotní studie proběhla několik týdnů před započítím sběru dat. Zúčastnilo se jí několik mých kolegů a známých, kteří prošli jednotlivé položky dotazníků a zejména u demografického dotazníku a dotazníku kognitivních konstruktů sdělili, které položky pro ně byly málo srozumitelné. Pilotní studie metody AAP neproběhla z důvodu etické problematiky vystavování známých lidí projektivní metodě.

5.1. Etické otázky

S ohledem na etické otázky výzkumu je třeba zmínit, že všichni respondenti byli do výzkumu zařazeni po jejich **předchozím souhlasu**. Ve spolupráci s vedoucím psychologem PN Bohnice PhDr. Petrem Goldmannem, primářkou primariátu léčby

závislostí MUDr. Hanou Karbanovou, vedoucí lékařkou oddělení 3 MUDr. Martinou Voráčkovou a vedoucí Terapeutické komunity Dubí Bc. Janou Mirkovou byli osloveni pacienti z výše zmíněných zařízení a oddělení. Pro možnost realizace výzkumu v PN Bohnice byla zaslána **Etické komisi** Žádost o možnost realizace výzkumné studie (viz příloha č. 2.1), následně bylo Etickou komisí v PN Bohnice umožněno realizovat výzkum na předem domluvených odděleních (viz příloha č. 2.2). V Terapeutické komunitě Dubí byla umožněno realizovat výzkum po předchozí e-mailové komunikaci. Studenti pedagogické fakulty UK a Vysoké školy obchodní byli osloveni s nabídkou účasti ve výzkumu během přednášek, které jsem s nimi vedla. Následně byly se studenty domluveny termíny realizace výzkumu mimo čas přednášek.

Všem respondentům byl před realizací sběru dat výzkum představen, byly jim představeny metody sběru dat, způsob získávání a uchovávání dat i plánovaný způsob jejich zpracování. Data byla sbírána u dotazníkových metod formou tužka-papír a u projektivní metody byla záznam nahráván na diktafon, který byl po jeho záznamu neprodleně přepsán do písemné podoby a zvukový záznam byl smazán. Všichni respondenti před započítím sběru dat vyplnili **Souhlas s využitím získaných dat** (viz příloha č. 2.3), ve kterém bylo zdůrazněno, že veškerá data budou zpracována v **anonymizované podobě**.

Za účast ve výzkumu bylo respondentům nabídnuto zaslání výsledků z dotazníkových forem sběru dat (ECR a YSQ) na e-mail. Identifikace respondentů proběhla pomocí **přezdívek**, které si respondenti zapsali na jejich záznamové archy a v e-mailu, ve kterém žádali o zaslání výsledků tuto svou přezdívku uvedli. Většina respondentů využila možnosti o zaslání výsledků z metod ECR a YSQ. Součástí zaslání výsledků metod bylo i stručné představení typů attachmentu a typů raných maladaptivních schémat.

Dotazník kognitivních konstruktů a demografický dotazník byly vytvořeny pro účely této studie a vycházel z předem formulovaných **výzkumných cílů**. Dotazník ECR byl získán z elektronického časopisu E-psychologie, ve kterém byl uveden v celé podobě s detailním postupem vyhodnocování (Lečbych, 2012). Dotazník YSQ byl získán od Mgr. Kristýny

Medalové, která vytvořila českou verzi dotazníku a která byla se žádostí o poskytnutí plné verze dotazníku oslovena. Tabule AAP byly získány z knihy *The Adult Attachment Projective Picture System* (George, C., 2012).

Administraci, přepis, vyhodnocování a interpretaci dotazníkových i projektivních metod jsem prováděla samostatně. Pro administraci a vyhodnocování dotazníkových metod jsem se zaškolila prostřednictvím studia vydaných článků k jednotlivým metodám. Zaškolení v metodě AAP jsem bohužel neabsolvovala z důvodu aktuální nedostupnosti kurzu. K zaškolení do metody tedy proběhlo formou pečlivého studia publikace C. George²⁰², ve které je postup administrace, vyhodnocení a interpretace podrobně popsán. I přestože jsem neabsolvovala školící kurz do metody AAP, rozhodla jsem se pro jeho hodnocení v rámci výzkumné studie z důvodu, že jsem zvyklá pracovat s **projektivními metodami**, a to i těmi složitějšími. V roce 2014 jsem absolvovala certifikovaný kurz v CS Rorschachovy metody a v roce 2015 certifikovaný kurz v Tematicko-apercepčním testu. Jsem si vědoma, že pro práci s AAP by bylo zaškolení v certifikovaném kurzu, užitečné, ale za současné situace se mi toto kritérium nepodařilo naplnit, proto jsem se snažila eliminovat co nejvíce možností špatného vyhodnocení tím, že mám sama zkušenost s jinými projektivními metodami a také tím, že vyhodnocování protokolů AAP probíhalo za pomoci **druhého hodnotitele**. Druhý hodnotitel měl stejně jako já absolvovaný certifikovaný kurz v CS Rorschachovy metody a v Tematicko-apercepčním testu.

5.2 Zpracování dat

Zpracování dat probíhalo více způsoby. Projektivní metoda AAP byla vyhodnocována dvěma hodnotiteli. Jejich hodnocení bylo následně zpracováno **formou dvou intervalů hodnocení**. První interval se týkal absolutní shody, druhý interval bral v úvahu i potenciálně další typ attachmentu při nejistotě určení..

- Minimální shoda hodnotitelů byla 64,835 % (59 n.)

²⁰² GEORGE, Carol a Malcolm WEST. *The Adult Attachment Projective Picture System: Attachment Theory and Assessment in aAdultst*. 1. New York: The Guilford Press, 2012. ISBN 978-1-4625-0425-1.

- Maximální shoda hodnotitelů byla 83,516 % (76 n.)

V případě shody v dimenzích jistý a nejistý typ attachmentu byla shoda hodnotitelů tato:

- Minimální shoda hodnotitelů byla 81,313 % (74 n.)
- Maximální shoda hodnotitelů byla 90,109 % (82 n.)

U protokolů, ve kterých nedošlo ke shodě v typu vazby bylo následně rozhodnuto společnou diskusí nad jednotlivými protokoly a byl zvolen jeden konkrétní typ vazby.

Určení konkrétního typu attachmentu bylo dosaženo metodou nalezení znaků, které představují bezpečnou základnu, bezpečné útočiště, kapacitu k jednání, spojitost, synchronii, vlastních zkušenosti a obranné mechanismy deaktivace, rozumového odpojení a oddělených systémů. Následně bylo podle algoritmu postupováno od vyloučení či potvrzení dezorganizovaného typu attachmentu, k typu bezpečnému, vyhýbavému a zaujatému.

Dotazník ECR byl vyhodnocován pomocí postupu, který byl u dotazníku otisknut v článku M. Lečbycha (2012). Následně byly vypočtené skóry vyhýbavosti a úzkostnosti porovnány s **normami pro ECR pro českou populaci** (Lečbych, M., 2012) a tím byl určen typ attachmentu.

Dotazník YSQ byl vyhodnocován podle instrukcí uvedených u českého překladu metody (Medalová, K., 2014). Součástí instrukcí k vyhodnocení jsou i **normy vyhodnocení intenzity schématu**.

Protokoly AAP byly dále procházeny a bylo hledáno, jakým způsobem respondenti popisují některé charakteristiky sociálních vztahů. K popsání těchto charakteristik sociálních vztahů v projektivním testu jsem se částečně inspirovala způsobem vyhodnocování tematického apercepčního testu Škálou sociální orientace (Soukupová, Goldmann, 2008) a zároveň hledáním **kognitivní koherence** v příbězích. V protokolech byl popsán způsob vzniku vazebné situace dle logické a nelogické posloupnosti děje a

dle konkrétního a nekonkrétního popisu posloupnosti děje. Emoce byly popsány jako odpovídající nebo neodpovídající popsanému ději a řešení vazebné situace bylo popsáno jako aktivní, pasivní nebo automaticky pozitivní.

V protokolech AAP byly také hledány **kognitivní konstrukty**, které mají souvislost s vazebnou situací. Kognitivní konstrukty byly následně také hledány v dotazníku kognitivních konstruktů. Kognitivní konstrukty byly nalezeny formou otevřeného kódování 3. stupně. V protokolech AAP i dotaznících kognitivních konstruktů byly tímto způsobem nalezeny shodné typy kognitivních konstruktů i jejich sdružených **potřeb a činností**. Konkrétně byly formou otevřeného kódování nalezeny tyto kognitivní konstrukty (2. stupeň kódování):

- Ochrana, pozitivní událost, péče, stabilita, příbuzenství, pozitivní city, volnost, podpora, komunikace, zdravé hranice, trávení času, ocenění.
- Opuštění, negativní událost, fyzické tresty, nadměrná péče, rozmazlování, hádky, nepéče, nekomunikace, netrávení času, kontrolování, kritika, podřízení, negativní city, strach.

Následně byly kognitivní konstrukty sdruženy do těchto potřeb a činností (3.stupeň kódování):

- Bezpečí, přijetí, vedení, ocenění.
- Nebezpečí, nepřijetí, nevedení, devalvace.

Demografický dotazník byl zpracován pomocí **deskriptivní statistiky** a některé jeho položky byly použity v rámci zpracování výzkumných otázek.

Ke zpracování výzkumných otázek, ve kterých se porovnává vztah mezi počtem kognitivních konstruktů, ranými maladaptivními schémata, položkami z demografického dotazníku a typem attachmentu byl porovnáván typ attachmentu, který byl získán

z dotazníku ECR. Typ attachmentu z dotazníku ECR byl použit z toho důvodu, že k této metodě existují české normy, proto jejich výsledek beru z hlediska psychometrického za validnější než je výsledek z metody AAP, byť výsledek AAP může více odrážet vědomě nezkreslenou prezentaci typu attachmentu.

6. Výsledky výzkumu

V této části představím výsledky, ke kterým jsme dospěli na základě zpracování a vyhodnocení dat. Výsledky jsou řazeny dle výzkumných otázek a jednotlivých výzkumných hypotéz.

6.1 Zpracování dat

Statistické zpracování dat proběhlo v programu Jamovi. Pro zjišťování statistické významnosti byla zvolena **hladina významnosti** $\alpha = 0,05$. Ke zpracování výsledků byly použity **t-testy, chí-kvadrát testy, analýzy rozptylu, modely lineární regrese, modely logistické regrese a korelační testy**. Pro zodpovězení některých výzkumných otázek byly použity i doplňující výpočty pro zpřesnění charakteristik dat. Pro popis kognitivních konstruktů vztahujících se k citové vazbě byla použita dílčí kvalitativní technika otevřeného kódování. **Otevřené kódování** bylo použito z toho důvodu, aby výsledky získané z dat o podobě kognitivních konstruktů vycházely z porozumění samotných respondentů, cílem bylo vyhnout se utváření kategorií ještě před analýzou dat. Následně bylo s kategoriemi kognitivních konstruktů pracováno na základě četností negativních a pozitivních kognitivních konstruktů.

6.2 Výsledky

Níže předkládám vyhodnocení jednotlivých výzkumných otázek.

6.2.1 Výzkumná otázka č. 1

Jak velká **shoda v typu citové vazby** existuje při měření metodami s odlišnou mírou možnosti kognitivní kontroly odpovědí?

Na základě výše zmíněných výzkumů předpokládám, že u skupiny Z bude nejmenší shoda v typu citové vazby dle metody měření.

a) Liší se významně velikost shody mezi metodami u 4 typů citové vazby?

H0: Velikost shody mezi metodami se u 4 typů citové vazby neliší.

AAP/ECR	Bezpečná	Vyhýbavá	Zaujatá	Dezorganiz.
Bezpečná	16	10	1	0
Vyhýbavá	8	18	3	8
Zaujatá	3	3	3	3
Dezorganiz.	0	10	2	3

Tabulka č. 13 - shoda 4 typů citové vazby dle měření

Výsledek – shoda 4 typů citové vazby (chí-kvadrát test):

$$p = 0,002$$

$$\chi^2(9) = 26,6$$

Kontingenční tabulka ukazuje, že shoda mezi jistou vazbou u obou metod je vysoká (relativní četnost 59,26 %), mezi vyhýbavou vazbou je shoda taktéž vysoká (relativní četnost 43,9 %). Nízká shoda je v případě dezorganizovaného typu attachmentu (relativní četnost 21,42 %), který je často druhou metodou určen jako vyhýbavý a obráceně. Zaujatý typ vazby dosahuje shody 33,33 % relativní četnosti.

Test ukazuje, že existuje statisticky významná asociace mezi proměnnými.

Závěr: Nulovou hypotézu **zamítáme**. Velikost shody u 4 typů citové vazby dle odlišných měření je závislá na typu citové vazby.

b) Liší se významně velikost shody mezi metodami u 2 typů citové vazby?

H0: Velikost shody mezi metodami se u 2 typů citové vazby neliší.

AAP/ECR	Jistá	Nejistá
Jistá	16	11
Nejistá	11	53

Tabulka č. 14 – shoda 2 typů citové vazby

Výsledek - shoda 2 typů citové vazby (chí-kvadrát test):

$$p < 0,001$$

$$\chi^2(1) = 16,1$$

Kontingenční tabulka ukazuje, že shoda mezi typy vazby při rozlišení na jistou a nejistou je vysoká v obou případech. U jisté vazby je relativní četnost shody 59,26 %, u nejisté vazby poté 82,8 %.

Test ukazuje, že existuje statisticky významná asociace mezi proměnnými.

Závěr: Nulovou hypotézu **zamítáme**. Velikost shody u 2 typů citové vazby dle odlišných měření je závislá na typu citové vazby.

c) Liší se **velikost shody** v typu citové vazby mezi metodami u skupin N, P a Z?

H0: Skupiny N, P a Z se mezi sebou ve velikosti shody typu citové vazby mezi metodami neliší.

Shoda	N	P	Z
Ano	18	6	16
Ne	12	23	16

Tabulka č. 15 – shoda typu citové vazby u skupin N, P a Z

Výsledek – shoda skupin N, P a Z v typu citové vazby (chí-kvadrát test):

$$p = 0,007$$

$$\chi^2(2) = 9,98$$

Kontingenční tabulka ukazuje, že nejvyšší shoda metod je u skupiny N (relativní četnost 60 %), nejnižší u skupiny P (relativní četnost 20,69 %), u skupiny Z pak činí (relativní četnost 50 %).

Závěr: Nulovou hypotézu **zamítáme**. Test ukazuje, že rozložení hodnot je nenáhodné a shodu ovlivňuje v jaké skupině se proband nachází, shoda je významně lepší u skupiny N a významně horší u skupiny P.

d) Liší se **velikost shody** v typu citové vazby mezi metodami u skupin P a Z?

H₀: Skupiny P a Z se mezi sebou ve velikosti shody v typu citové vazby mezi metodami neliší.

Výsledek - shoda skupin P a Z v typu citové vazby (chí-kvadrát test):

$$p = 0,017$$

$$\chi^2(1) = 5,67$$

Závěr: Nulovou hypotézu **zamítáme**. Test ukazuje, že rozložení hodnot je nenáhodné a shoda je významně horší u psychiatrické populace než u závislé populace.

Následující dvě dílčí otázky byly doplněny v průběhu analýzy dat, aby se ověřilo rozložení četností typů citové vazby v jednotlivých výzkumných skupinách.

e) Je rozložení **četností typů citové vazby** dle ECR stejné u všech skupin?

H₀: Rozložení četností typů citové vazby dle měření ECR se mezi jednotlivými skupinami neliší.

ECR	N	P	Z
Bezpečný	15	5	7
Vyhýbavý	12	10	15
Zaujatý	3	6	3
Dezorganiz.	0	8	7

Tabulka č. 16 – rozložení četností typů citové vazby dle ECR u skupin N, P a Z

Výsledek – shoda v rozložení četností typu citové vazby dle ECR u skupin N, P a Z (chí-kvadrát test):

$$p = 0,012$$

$$\chi^2(6) = 16,4$$

Kontingenční tabulka ukazuje, že ve skupině N je nejvyšší zastoupení bezpečné vazby (relativní četnost 50 %), ve skupině P (relativní četnost 34,48 %) a skupině Z (relativní četnost 46,88 %) převažuje vyhýbavý typ vazby.

Test ukazuje, že rozložení hodnot je nenáhodné, zastoupení typů citové vazby je ovlivněno tím, do jaké skupiny proband patří.

Závěr: Zamítáme nulovou hypotézu. Typ citové vazby měřený dle ECR je závislý na výzkumné skupině a skupiny N, P a Z se navzájem odlišují dle četnosti zastoupení typu citové vazby.

f) Je **rozložení četností typů citové vazby** dle AAP stejné u všech skupin?

H₀: Rozložení četností typů citové vazby dle měření AAP se mezi jednotlivými skupinami neliší.

AAP	N	P	Z
Bezpečný	20	4	3
Vyhýbavý	8	15	18
Zaujatý	2	2	5
Dezorganiz.	0	8	6

Tabulka č. 17 - rozložení četností typů citové vazby dle AAP u skupin N, P a Z

Výsledek - shoda v rozložení četností typu citové vazby dle ECR u skupin N, P a Z (chí-kvadrát test):

$$p < 0,001$$

$$\chi^2(6) = 33,5$$

Ve skupině N je dle AAP nejvyšší zastoupení bezpečné vazby (66 %), ve skupině P (51,72 %) a skupině Z (56,25 %) převažuje vyhýbavý typ vazby

Test ukazuje, že rozložení hodnot je nenáhodné, zastoupení typů citové vazby je ovlivněno tím, do jaké skupiny proband patří.

Závěr: Zamítáme nulovou hypotézu. Typ citové vazby měřený dle AAP je závislý na výzkumné skupině a skupiny N, P a Z se navzájem odlišují dle četnosti zastoupení typu citové vazby.

g) Je **rozložení četnosti typů citové vazby** u výzkumných skupin Z a P dle ECR stejné?

H0: Rozložení četností typů citové vazby dle měření ECR se mezi skupinou Z a P neliší.

Výsledek - shoda v rozložení četností typu citové vazby dle ECR u skupin P a Z (chí-kvadrát test):

$$p = 0,521$$

$$\chi^2(3) = 2,26$$

Test ukazuje, že rozložení hodnot mezi skupinami Z a P je náhodné, četnosti typu citové vazby jsou u skupiny Z a P zhruba stejné.

Závěr: Potvrzujeme nulovou hypotézu. Skupiny Z a P se mezi sebou v četnosti typu citové vazby měřené dle ECR významně neliší.

h) Je **rozložení četností typů citové vazby** u výzkumných skupin Z a P dle AAP stejné

H0: Rozložení četností typů citové vazby dle měření AAP se mezi skupinou Z a P neliší.

Výsledek - shoda v rozložení četností typu citové vazby dle AAP u skupin P a Z (chí-kvadrát test):

$$p = 0,605$$

$$\chi^2(3) = 1,84$$

Test ukazuje, že rozložení hodnot mezi skupinami Z a P je náhodné, četnosti typu citové vazby jsou u skupiny Z a P zhruba stejné.

Závěr: Potvrzujeme nulovou hypotézu. Skupiny Z a P se mezi sebou v četnosti typu citové vazby měřené dle AAP významně neliší.

i) Existuje **shoda metod** v případě konkrétního typu citové vazby?

H0: Metody nejsou ve shodě v případě konkrétního typu citové vazby.

Shoda metod	Bezpečná	Vyhýbavá	Zaujatá	Dezorgan.
Ano	16	18	3	3
Ne	11	19	9	12

Tabulka č. 18 – Shoda metod dle typu attachmentu

Výsledek – shoda metod v případě konkrétního typu citové vazby (chí-kvadrát test):

$$p = 0,043$$

$$\chi^2(3) = 8,14$$

Test ukazuje, že rozložení hodnot je nenáhodné a metody budou spíše ve shodě v případě určování bezpečného typu citové vazby.

Závěr: Zamítáme nulovou hypotézu. Metody budou spíše ve shodě v případě určování bezpečného typu citové vazby.

j) Má na shodu mezi metodami vliv typ použité metody nebo typ výzkumné skupiny?

H0: Na shodu mezi metodami nemá vliv typ použité metody, ani typ výzkumné skupiny.

Výsledky – vliv typu metody a skupiny na shodu (model logistické regrese):

$$R^2 = 0,119$$

Skupina

$$P - N: p = 0,030, \text{ odds ratio} = 3,874$$

$$Z - N: p = 0,858, \text{ odds ratio} = 1,105$$

ECR

$$\text{vyhýbavý} - \text{bezpečný}: p = 0,546; \text{ odds ratio} = 1,386$$

zaujatý – bezpečný: $p = 0,151$, odds ratio = 3,197

dezorganizovaný – bezpečný: $p = 0,092$, odds ratio = 4,028

Test ukazuje, že významným prediktorem pro shodu metod je rozdíl mezi skupinou N a P.

Závěr: Nulovou hypotézu **zamítáme**. Významným prediktorem pro shodu metod je typ výzkumné skupiny, konkrétně rozdíl mezi skupinou N a P.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

Shoda mezi metodami ECR a AAP je ovlivněna typem citové vazby, ke shodě spíše dochází v případě určování bezpečného typu citové vazby, než v případě jiných typů. Shoda mezi metodami ECR a AAP je ovlivněna také typem populace, u skupiny N je shoda metod větší než u psychiatrických a závislých pacientů, což může být dáno i vyšším výskytem bezpečného typu citové vazby v populaci. Nicméně shoda je statisticky významně horší u skupiny P než u skupiny Z, kde je četnost bezpečné vazby přibližně stejná v obou skupinách. Původní předpoklad, že nejmenší v typu citové vazby mezi metodami se bude vyskytovat u skupiny Z, se nepotvrdil, nejmenší shoda se ukázala u skupiny P.

6.2.2. Výzkumná otázka č. 2

Jaké jsou **charakteristiky kognitivních konstruktů** v souvislosti s citovou vazbou?

Na základě výše zmíněných výzkumů předpokládám, že u skupiny Z se bude vyskytovat nejvíce negativních kognitivních konstruktů a nejvíce zvýšených skóre EMS a současně s tím bude skupina Z vnímat podobu svého vztahu s attachmentovou figurou nejvíce pozitivně.

a) Jaká je **podoba kognitivních konstruktů** ve vztahu k citové vazbě?

Kognitivní konstrukty citové vazby byly získány pomocí otevřeného kódování a následně byly podle zařazeny do nadřazené kategorie. Do kategorií byly jednotlivé kognitivní konstrukty zařazovány na základě toho, které potřeby a činnosti nejvíce sytí. Kognitivní konstrukty byly získány z Dotazníku kognitivních konstruktů i protokolů AAP. Z obou metod byla získána stejná podoba dat.

Pozitivní konstrukty:

1) Bezpečí

- Ochrana
- Pozitivní událost
- Péče
- Stabilita
- Příbuzenství

2) Přijetí

- Pozitivní city
- Volnost
- Podpora
- Komunikace

3) Vedení

- Zdravé hranice
- Trávení času

4) Ocenění

- Ocenění

Negativní konstrukty:

1) Nebezpečí

- Opuštění
- Negativní událost
- Fyzické tresty
- Strach

2) Nepřijetí

- Nadměrná péče
- Hádky
- Negativní city
- Nepéče

3) Nevedení

- Netrávení času
- Kontrolování

4) Devalvace

- Kritika
- Podřízení

Závěr: V datech respondentů se objevují tyto kognitivní konstrukty citové vazby: Bezpečí; Přijetí; Vedení; Ocenění; Nebezpečí; Nepřijetí; Nevedení; Devalvace.

b) Existuje **významný rozdíl** v počtu kognitivních konstruktů mezi jednotlivými skupinami?

H₀: Jednotlivé skupiny se mezi sebou v počtu kognitivních konstruktů neliší.

Výsledek – rozdíl v počtu KK u skupin N, P a Z (analýza rozptylu):

AAP:

- $p = 0,009$
- $F(2) = 4,97$
- Skupina N: $M = 3,07$; $Me = 3,00$; $SD = 1,11$
- Skupina P: $M = 2,00$; $Me = 2,00$; $SD = 1,49$
- Skupina Z: $M = 2,72$; $Me = 2,50$; $SD = 1,35$

DKK:

- $P = 0,168$
- $F(2) = 3,31$
- Skupina N: $M = 6,13$; $Me = 6,00$; $SD = 1,89$
- Skupina P: $M = 5,28$; $Me = 6,00$; $SD = 1,49$
- Skupina Z: $M = 5,47$; $Me = 5,00$; $SD = 2,02$

Test ukazuje, že statisticky významné rozdíly, které nejsou ale velké, se ukazují pouze v rozdílu v počtu KK dle AAP. Rozdíly v počtu KK dle DKK nejsou statisticky významné.

Závěr: Nulovou hypotézu **částečně zamítáme**. Mezi skupinami se ukazují významné rozdíly v počtu KK dle metody AAP.

c) Vyskytuje se u skupiny Z významně **vyšší počet** negativních kognitivních konstruktů?

H0: U skupiny Z se významně vyšší počet negativních KK neobjevuje.

Výsledek – počet negativních KK (analýza rozptylu):

AAP:

- $p = 0,069$
- $F(2) = 2,75$
- Skupina N: $M = 0,967$; $Me = 1,00$; $SD = 0,850$
- Skupina P: $M = 1,48$; $Me = 1,00$; $SD = 1,48$

- Skupina Z: M = 1,69; Me = 1,00; SD = 1,31

DKK:

- P = 0,013
- F(2) = 4,55
- Skupina N: M = 0,933; Me = 1,00; SD = 1,23
- Skupina P: M = 2,03; Me = 2,00; SD = 1,66
- Skupina Z: M = 1,25; Me = 1,00; SD = 1,41

Test ukazuje, že rozdíly mezi skupinami dle AAP nejsou statisticky významné. Dle DKK se ukazují statisticky významné rozdíly, kdy nejvíce negativních KK má skupina P.

Výsledek – podíl negativních KK (analýza rozptylu):

AAP:

- p < 0,001
- F(2) = 8,28
- Skupina N: M = 34,8; Me = 25,00; SD = 31,1
- Skupina P: M = 70,2; Me = 75,00; SD = 34,0
- Skupina Z: M = 63,8; Me = 70,8; SD = 36,6

DKK:

- P < 0,001
- F(2) = 8,25
- Skupina N: M = 13,8; Me = 11,3; SD = 16,5
- Skupina P: M = 35,9; Me = 40,00; SD = 28,4
- Skupina Z: M = 18,3; Me = 15,5; SD = 20,0

Test ukazuje, že rozdíly v podílu negativních konstruktů dle AAP jsou statisticky významné, statisticky významné jsou i rozdíly v podílu negativních konstruktů dle DKK. Nejnižší procento negativních konstruktů vykazuje v obou metrikách neklinická populace, nejvyšší naopak psychiatrická. Hypotézu zamítám, závislí pacienti nemají významně vyšší počet negativních konstruktů, oproti srovnávacím skupinám.

Byl doplněn výpočet pro zjištění rozdílu mezi podílem negativních konstruktů dle DKK i AAP mezi skupinou Z a P a skupinou Z a N.

Výsledek – rozdíly mezi P a Z skupinou (t-test):

$$p = 0,007$$

$$t = 2,820$$

$$\text{Cohenovo } D = 0,723$$

Výsledek – rozdíly mezi N a Z skupinou (t-test):

$$p = 0,340$$

$$t = 0,963$$

$$\text{Cohenovo } D = -0,245$$

Test ukazuje, že existují statisticky významné rozdíly v procentu negativních konstruktů mezi závislou a psychiatrickou populací, psychiatrická populace má statisticky významně vyšší procento negativních konstruktů dle DKK (nikoli však dle AAP). Mezi závislou a neklinickou skupinou se také objevují statisticky významné rozdíly v podílu negativních konstruktů dle AAP (nikoli však dle DKK), závislá populace má větší podíl negativních konstruktů.

Závěr: Nulovou hypotézu **potvrzujeme**. Skupina Z nevykazuje zvýšené množství negativních KK dle AAP i DKK. Statisticky významné rozdíly v počtu negativních KK dle AAP vykazuje skupina P. Statisticky významné rozdíly v počtu negativních KK dle AAP se objevují mezi skupinou Z a N, kdy skupina Z vykazuje oproti skupině N větší množství negativních KK dle AAP, ale významně méně než skupina P.

d) Vyskytuje se u lidí se závislostí významně **nižší počet** pozitivních kognitivních konstruktů?

H0: U skupiny Z se nevyskytuje významně nižší počet pozitivních KK než u ostatních skupin.

Výsledek – počet pozitivních konstruktů (analýza rozptylu):

DKK:

- $P < 0,001$
- $F(2) = 14,1$
- Skupina N: $M = 4,93$; $Me = 5,00$; $SD = 1,72$
- Skupina P: $M = 2,76$; $Me = 3,00$; $SD = 1,79$
- Skupina Z: $M = 3,66$; $Me = 4,00$; $SD = 1,31$

Výsledek – rozdíly mezi P a Z skupinou (t-test):

$p = 0,024$

$t = -2,32$

Cohenovo $D = -0,594$

Výsledek – rozdíly mezi N a Z skupinou (t-test):

$$p = 0,002$$

$$t = 3,30$$

$$\text{Cohenovo } D = -0,839$$

Test ukazuje, že existují statisticky významné rozdíly v počtu pozitivních KK. Skupina N má významně více pozitivních KK než ostatní skupiny, skupina Z má statisticky významně více pozitivních KK než skupina P.

Závěr: Nulovou hypotézu **částečně potvrzujeme**. Skupina Z má významně nižší množství pozitivních KK než skupina N, ale zároveň má významně více pozitivních KK než skupina P.

e) Vyskytuje se u skupiny Z významně **vyšší množství** zvýšených skóre raných maladaptivních schémat?

H₀: U skupiny Z se nevyskytuje významně vyšší množství zvýšených skóre EMS.

Výsledek – počet zvýšených EMS mezi všemi skupinami (analýza rozptylu):

$$p < 0,001$$

$$F(2) = 15,0$$

Skupina N: M=2,30; Me =2,00; SD = 1,90

Skupina P: M=6,93; Me =7,00; SD = 4,05

Skupina Z: M=5,28; Me =5,00; SD = 3,58

Test ukazuje, že mezi skupinami jsou statisticky významné rozdíly, nejméně zvýšených skóre EMS má skupina N, nejvíce skupina P.

Výsledek – rozdíl mezi skupinou Z a P (t-test):

$p = 0,041$

$t = 2,09$

Cohenovo $d = 0,536$

Výsledek – rozdíl mezi skupinou Z a N (t-test):

$p < 0,001$

$t = -3,99$

Cohenovo $d -1,01$

Test ukazuje statisticky významné rozdíly v počtu EMS mezi skupinami. Skupina Z dosahuje významně vyšších skóre než skupina N, ale zároveň dosahuje významně nižších skóre než skupina P.

Závěr: Nulovou hypotézu **částečně potvrzujeme**. Skupina Z má významně vyšší množství zvýšených skóre EMS než skupina N, ale zároveň má významně méně zvýšených skóre EMS než skupina P.

f) Existuje **významný vztah** mezi ranými maladaptivními schématy a množstvím negativních kognitivních konstruktů?

H0: Mezi EMS a množstvím negativních KK neexistuje významný vztah.

Výsledek – vztah mezi EMS a negativním KK (korelační analýza):

	EMS.POCET.Z VYSENYCH	KK.APP. POCET	KK.APP.NEGATIV NI.PROCENTO	KK.DKK. POCET	KK.DKK.PROCEN TO.NEGATIVNI	KK.DKK.P OZITIVNI
EMS.POCET.ZVY SENYCH	—	-0.179	0.419 ***	-0.059	0.407 ***	-0.358 ***
KK.APP.POCET		—	-0.141	0.037	-0.006	0.007
KK.APP.NEGATI VNI.PROCENTO			—	-0.128	0.201	-0.284 **
KK.DKK.POCET				—	0.315 **	0.545 ***
KK.DKK.PROCEN TO.NEGATIVNI					—	-0.511 ***
KK.DKK.POZITIV NI						—

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

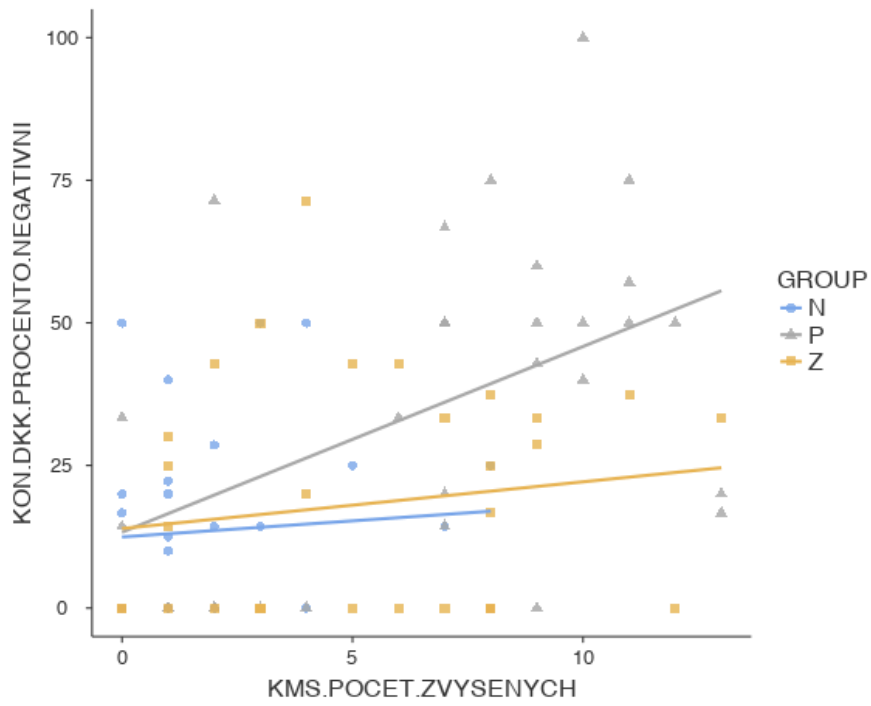
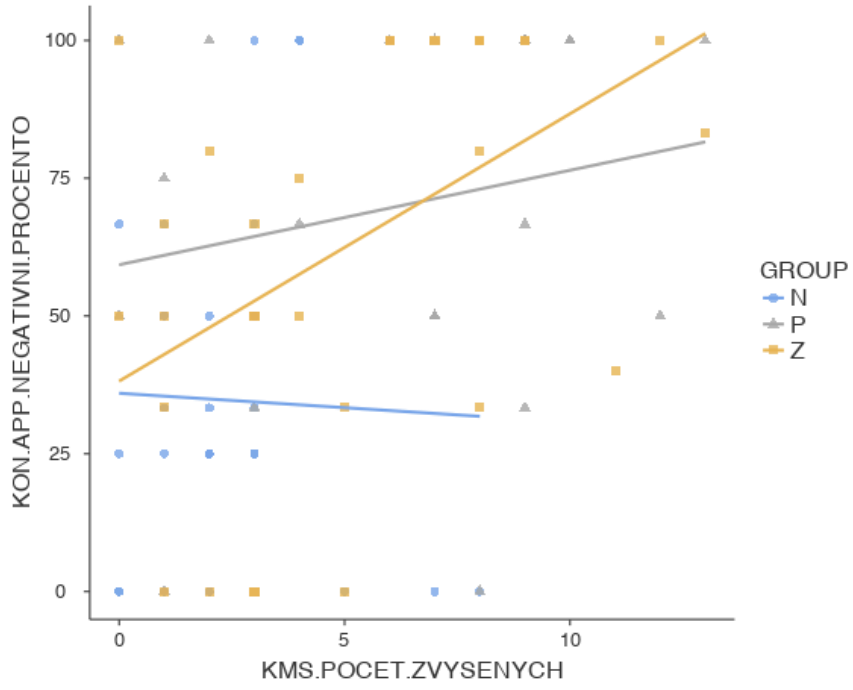
Test ukazuje, že EMS statisticky významně pozitivně souvisí s negativní KK a zároveň negativně souvisí s pozitivními KK.

Závěr: Nulovou hypotézu **zamítáme**. Mezi množstvím zvýšených skóre EMS a KK existuje vztah. Čím větší je počet zvýšených EMS, tím méně je přítomno pozitivních KK a čím větší je počet zvýšených EMS, tím je více přítomno negativních KK.

g) Vyskytuje se u skupiny Z významně **odlišný vztah** mezi EMS a množstvím negativních KK než v ostatních skupinách?

Získaná data nejsou vhodná na korelační analýzu, data jsou proto ukázána orientačně dle scatterplotu.

Výsledek – vztah mezi EMS a negativními KK (scatterplot):



Scatterplot ukazuje, že slabší rozdíly ve vztahu mezi EMS a negativními konstrukty dle AAP jsou přítomné pouze u skupiny Z.

h) Existuje **významná shoda** mezi počtem negativních kognitivních konstruktů z metod AAP a Dotazníku kognitivních konstruktů?

H0: Mezi počtem negativních KK z metod AAP a DKK se významná shoda neukazuje.

Výsledek – shoda mezi počtem negativních KK z AAP a DKK(korelační analýza):

	KK.APP. POCET	KK.APP.POCET T.NEGATIVNI	KK.APP.NEGATI VNI.PROCENTO	KK.DKK. POCET	KK.DKK.N EGATIVNI	KK.DKK.PROCE NTO.NEGATIVNI
KK.APP.POCET	—	0.553 ***	-0.141	0.037	-0.009	-0.006
KK.APP.POCET. NEGATIVNI		—	0.752 ***	-0.028	0.142	0.185
KK.APP.NEGATI VNI.PROCENTO			—	-0.128	0.133	0.201
KK.DKK.POCET				—	0.527 ***	0.315 **
KK.DKK.NEGATI VNI					—	0.934 ***
KK.DKK.PROCEN TO.NEGATIVNI						—

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

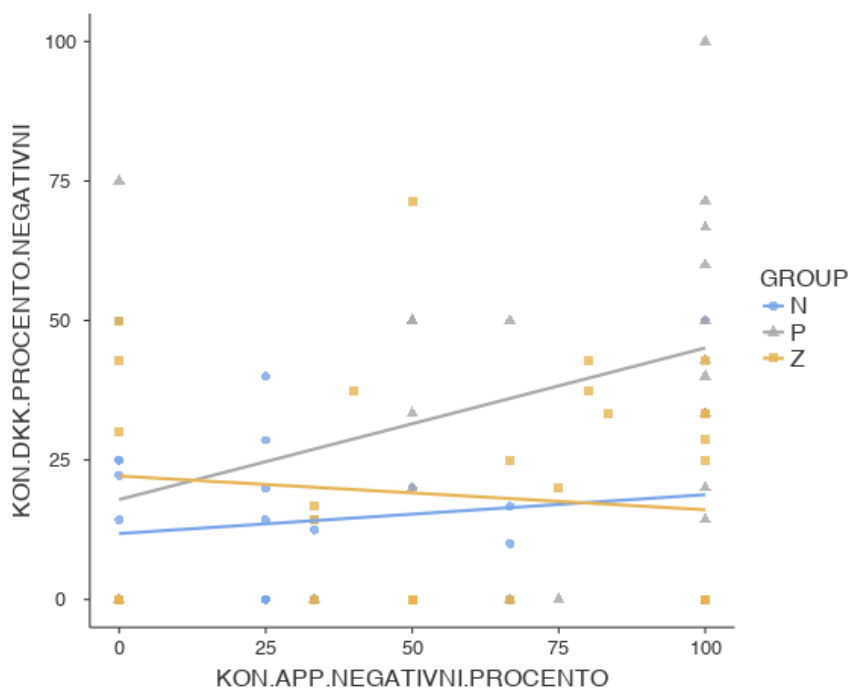
Test ukazuje, že množství KK z AAP a DKK spolu významně nesouvisí. Největší shoda se objevuje mezi procentem negativních výroků u obou metod, ale ani ta není statisticky významná.

Závěr: Nulovou hypotézu **potvrzujeme**. Shoda mezi množstvím KK dle AAP a DKK se neukazuje.

i) Liší se **korelace mezi počtem** negativních konstruktů z metod AAP a Dotazníku kognitivních konstruktů mezi jednotlivými výzkumnými skupinami?

Získaná data nejsou vhodná na korelační analýzu, data jsou proto ukázána orientačně dle scatterplotu.

Výsledek – shoda negativních KK dle AAP a DKK u výzkumných skupin (scatterplot):



Scatterplot ukazuje, že mezi skupinami není rozdíl v počtu negativních KK z metod AAP a DKK.

j) Vyskytují se u některých kognitivních konstruktů **významnější rozdíly** mezi výzkumnými skupinami?

H0: Rozdíly KK mezi skupinami se neobjevují.

Výsledky – rozdíl mezi skupinou Z a N (t-test):

Bezpečí: M = -0,350; SE = 0,261; Cohen d = -0,341; p = 0,185; t = -1,343

Přijetí: M = 0,675; SE = 0,237; Cohen d = 0,723; p = 0,006; t = 2,845

Vedení: M = 0,431; SE = 0,142; Cohen d = 0,773; p = 0,003; t = 3,042

Ocenění: M = -0,135; SE = 0,142; Cohen d = -0,243; p = 0,343; t = -0,956

Nebezpečí: M = -0,348; SE = 0,164; Cohen d = 0,541; p = 0,037; t = -2,128

Nepřijetí: M = 0,106; SE = 0,213; Cohen d = 0,127; p = 0,619; t = 0,500

Nevedení: M = 0,160; SE = 0,164; Cohen d = 0,248; p = 0,333; t = 0,976

Devalvace: M = -0,421; SE = 0,203; Cohen d = -0,527; p = 0,042; t = -2,704

	Skupina	M	ME	SD
Bezpečí	N	1.400	1.000	1.037
	Z	1.750	2.00	1.016
Přijetí	N	2.800	3.000	1.031
	Z	2.125	2.00	0.833
Vedení	N	0.900	1.000	0.548
	Z	0.469	0.00	0.567
Ocenění	N	0.333	0.000	0.479
	Z	0.469	0.00	0.621
Nebezpečí	N	0.433	0.000	0.504
	Z	0.781	1.00	0.751
Nepřijetí	N	0.700	0.000	0.877
	Z	0.594	0.00	0.798
Nevedení	N	0.567	0.500	0.626
	Z	0.406	0.00	0.665

	Skupina	M	ME	SD
Devalvace	N	0.767	1.000	0.626
	Z	1.188	1.00	0.931

Tabulka č. 19 – charakteristika KK u skupin N a Z

Výsledky – rozdíl mezi skupinou Z a P (t-test):

Bezpečí: M = -0,612; SE = 0,257; Cohen d = -0,609; p = 0,021; t = -2,378

Přijetí: M = 0,056; SE = 0,225; Cohen d = -0,063; p = 0,804; t = -0,249

Vedení: M = 0,889; SE = 0,146; Cohen d = -0,035; p = 0,889; t = -0,140

Ocenění: M = -0,089; SE = 0,145; Cohen d = -0,158; p = 0,539; t = -0,618

Nebezpečí: M = -0,096; SE = 0,226; Cohen d = -0,104; p = 0,686; t = -0,406

Nepřijetí: M = -0,042; SE = 0,191; Cohen d = -0,056; p = 0,827; t = -0,220

Nevedení: M = 0,076; SE = 0,167; Cohen d = 0,117; p = 0,648; t = 0,459

Devalvace: M = 0,122; SE = 0,261; Cohen d = 0,120; p = 0,639; t = 0,471

	Skupina	M	ME	SD
Bezpečí	P	1.138	1.00	0.990
	Z	1.750	2.00	1.016
Přijetí	P	2.069	2.00	0.923
	Z	2.125	2.00	0.833
Vedení	P	0.448	0.00	0.572
	Z	0.469	0.00	0.567
Ocenění	P	0.379	0.00	0.494
	Z	0.469	0.00	0.621

	Skupina	M	ME	SD
Nebezpečí	P	0.690	0.00	1.004
	Z	0.781	1.00	0.751
Nepřijetí	P	0.552	0.00	0.686
	Z	0.594	0.00	0.798
Nevedení	P	0.483	0.00	0.634
	Z	0.406	0.00	0.665
Devalvace	P	1.310	1.00	1.105
	Z	1.188	1.00	0.931

Tabulka č. 20 – charakteristika KK u skupin P a Z

Testy ukazují, že skupina Z se statisticky významně liší od skupiny N v konstruktů „přijetí“ a vedení“, v obou těchto konstruktech dosahuje skupina N vyššího průměrného skóru. Mezi skupinou Z a skupinou P se ukazují statisticky významné rozdíly pouze v konstruktů „bezpečí“, kdy psychiatrickí pacienti mají významně nižší skór než závislí. Závěr: **Zamítáme** nulovou hypotézu. Skupina Z se statisticky významně liší v některých konstruktech, jak od skupiny N (přijetí, vedení), kdy dosahuje nižšího skóru, tak od skupiny P (bezpečí), ve kterých dosahuje vyššího skóru.

k) Vyskytuje se u skupiny Z významně **vyšší množství** nekonkrétních vysvětlení vzniku vazebné situace?

H0: U skupiny Z se nevyskytuje významně vyšší množství nekonkrétních vysvětlení vzniku vazebné situace.

Konkrétní situace	N	P	Z
Ano	21	11	16
Ne	9	18	16

Tabulka č. 21 – četnosti ne/konkrétního vysvětlení

Výsledek – shoda mezi skupinami N, P a Z v četnosti nekonkrétních vysvětlení (chí-kvadrát test):

$$p = 0,044$$

$$\chi^2(2) = 6,23$$

Test ukazuje na statisticky významný vliv četnosti konkrétních a nekonkrétních vysvětlení v rámci skupin. Četnost konkrétních a nekonkrétních vysvětlení je závislá na skupině. Nejmenší podíl nekonkrétních vysvětlení vazebné situace je u skupiny N (relativní četnost 30 %), největší u skupiny P (relativní četnost 62 %) a skupina Z má 50 % podíl nekonkrétních vysvětlení.

Výsledek – rozdíl mezi skupinou N a Z (chí-kvadrát test):

$$p = 0,109$$

$$\chi^2(2) = 2,57$$

Výsledek – rozdíl mezi skupinou P a Z (chí-kvadrát test):

$$p = 0,343$$

$$\chi^2(2) = 0,898$$

Test ukazuje, že rozložení četnosti v nekonkrétním vysvětlení vzniku vazebné situace mezi skupinami je nenáhodné, ale při bližším testování mezi skupinami se ukazuje, že

mezi skupinou Z a skupinou N a současně i mezi skupinou Z a skupinou P nejsou významné rozdíly. Rozdíly mezi skupinami se nejvíce objevují mezi skupinou N a skupinou P.

Závěr: Nulovou hypotézu **potvrzujeme**. Skupina Z nevykazuje zvýšené množství nekonkrétních vysvětlení vzniku vazebné situace.

l) Vyskytuje se u skupiny Z významně **vyšší množství** nelogických vysvětlení vzniku vazebné situace?

H0: U skupiny Z se nevyskytuje významně vyšší množství nelogických vysvětlení vzniku vazebné situace.

Logické situace	N	P	Z
Logické	26	14	19
Nelogické	4	15	32

Tabulka č. 22 – četnosti logického vysvětlení

Výsledek -- shoda mezi skupinami N, P a Z v četnosti nelogických vysvětlení (chí-kvadrát test):

$$p = 0,006$$

$$\chi^2(2) = 10,2$$

Test ukazuje statisticky významné rozložení hodnot, které je nenáhodné. Nejméně nelogických vysvětlení (13,3 %) se nachází ve skupině N, dále ve skupině Z (40,6 %) a nejvíce ve skupině P (51,7 %).

Výsledek – shoda mezi skupinami N a Z v četnosti nelogických vysvětlení (chí-kvadrát test):

$$p = 0,016$$

$$\chi^2(2) = 5,80$$

Výsledek – shoda mezi skupinami Pa Z v četnosti nelogických vysvětlení (chí-kvadrát test):

$$p = 0,385$$

$$\chi^2(2) = 0,755$$

Test ukazuje statisticky významné rozdíly v četnostech nelogických vysvětlení mezi skupinou N a skupinou Z. Mezi skupinou Z a P se statisticky významné rozdíly neukazují. Ukazuje se, že rozložení četnosti logických a nelogických vysvětlení důvodů vazby je v rámci skupin nenáhodné. Existují významné rozdíly mezi skupinou N a skupinami Z a P, které se však mezi sebou v tomto neliší, podobný podíl nelogických vysvětlení mají skupiny Z i P a je to statisticky významně více než mají respondenti skupiny N.

Závěr: Nulovou hypotézu **částečně potvrzujeme**. Skupina se v četnosti nelogických vysvětlení vzniku vazebné situace významně odlišuje od skupiny N, ale od skupiny P se již významně neodlišuje.

m) Vyskytuje se u lidí se závislost **významně více** pasivních řešení vazebných situací?

H0: U skupiny Z se nevyskytuje významně vyšší množství pasivních řešení vazebné situace.

Řešení situací	N	P	Z
Aktivní	16	8	8
Pasivní	14	21	24

Tabulka č. 23 - četnosti řešení situací

Výsledek - shoda mezi skupinami N, P a Z v četnosti nelogických vysvětlení (chí-kvadrát test):

$$p = 0,038$$

$$\chi^2(2) = 6,52$$

Test ukazuje, že rozložení četností je nenáhodné v rámci skupin. Nejvíce pasivních řešení je ve skupině Z (75 %), následuje skupina P (72,4 %) a skupina N (46,7 %).

Výsledek – shoda mezi skupinami N a Z v četnosti nelogických vysvětlení (chí-kvadrát test):

$$p = 0,022$$

$$\chi^2(2) = 5,24$$

Výsledek – shoda mezi skupinami P a Z v četnosti nelogických vysvětlení Z (chí-kvadrát test):

$$p = 0,819$$

$$\chi^2(2) = 0,0526$$

Test ukazuje významný rozdíl mezi skupinou N a Z.

Závěr: Nulovou hypotézu **potvrzujeme částečně**, objevuje se významný rozdíl mezi skupinou Z a N v počtu pasivních řešení, ale již ne mezi skupinou Z a P. U skupiny Z se objevuje významně větší počet pasivních řešení vazebných situací než u skupin N, ale zhruba stejně jako u skupiny P.

n) Vyskytuje se u skupiny Z **významně více** popisů emocí, které nejsou adekvátní popisované situaci?

H0: U skupiny Z se nevyskytuje významně více popisů neadekvátní emocí než u ostatních skupin.

Emoce	N	P	Z
Adekvátní	25	20	26
Neadekvátní	5	9	6

Tabulka č. 24 - četnosti ne/adekvátních popisů emocí

Výsledek - shoda mezi skupinami N, P a Z v četnosti neadekvátních emocí(chí-kvadrát test):

$$p = 0,0354$$

$$\chi^2(2) = 12,08$$

Test ukazuje, že mezi skupinami nejsou statisticky významné rozdíly v rozložení četnosti popisu neadekvátních emocí.

Závěr: Nulovou hypotézu **potvrzujeme**. Skupina Z nevykazuje významné rozdíly v četnosti popisů emocí, které jsou neadekvátní situaci. Stejně tak se rozdíly neukazují ani u skupin P a N.

o) Vyskytuje se u skupiny Z **významně častěji** horší vnímání minulého vztahu s attachmentovou figurou?

H0: U skupiny Z se nevyskytuje významně častěji horší vnímání vztahu s attachmentovou figurou v minulosti než u ostatních skupin.

Vztah dříve	N	P	Z
Stejný	10	14	13
Horší	3	5	11
Lepší	17	10	8

Tabulka č. 25 – hodnocení minulého vztahu

Výsledek - shoda mezi skupinami N, P a Z v četnosti horšího vnímání minulého vztahu (chí-kvadrát test):

$$p = 0,046$$

$$\chi^2(2) = 9,70$$

Test ukazuje, že rozložení četností hodnot zjišťujících kvalitu vztahu s attachmentovou figurou v minulosti je nenáhodné. Nejméně lepších vztahů v minulosti se vyskytuje ve skupině Z (25 %), poté skupině P (34,5 %) a nejvíce ve skupině N (56,6 %).

Výsledek – rozdíl mezi skupinou N a Z v četnosti horšího vnímání minulého vztahu (chí-kvadrát test):

$$p = 0,016$$

$$\chi^2(2) = 5,80$$

Výsledek – rozdíl mezi skupinou P a Z v četnosti horšího vnímání minulého vztahu (chí-kvadrát test):

$$p = 0,385$$

$$\chi^2(2) = 0,755$$

Test ukazuje, že mezi skupinou P a Z statisticky významný vztah není. Mezi skupinou N a Z se vyskytují statisticky významné rozdíly. Rozložení četností hodnot zjišťujících subjektivní změny kvality vztahu s attachmentovou figurou v minulosti je nenáhodné, skupina Z se liší od skupiny N, ale již ne od skupiny P. Hypotézu částečně potvrzujeme.

Závěr: Nulovou hypotézu **částečně potvrzujeme**. U skupiny Z se vyskytuje významně častěji vnímání horšího vztahu s attachmentovou figurou než u skupiny N, ale již ne od skupiny P.

p) Vyskytuje se u lidí se závislostí **významněji častěji** predikce lepšího vztahu s attachmentovou figurou v budoucnosti?

H0: U skupiny Z se nevyskytuje významně častěji predikce lepšího vztahu s attachmentovou figurou v budoucnosti než u ostatních skupin

Vztah v budoucnu	N	P	Z
Stejný	24	21	16
Horší	1	1	1
Lepší	5	7	15

Tabulka č. 26 – predikce budoucího vztahu

Výsledek - shoda mezi skupinami N, P a Z v četnosti predikce lepšího vztahu v budoucnosti (chí-kvadrát test):

$$p = 0,113$$

$$\chi^2(2) = 7,47$$

Test ukazuje, že rozdíly mezi skupinami nejsou významné, což může být dané podobností skupiny P a Z, zároveň skupina N dřívější vztah ve větší míře hodnotila jako stejný či lepší než v současnosti. Skupina, která měla kvalitnější vztahy v minulosti může více inklinovat k predikci lepších vztahů i v budoucnosti. Proto porovnáme skupiny Z a P, které jsou si v hodnocení minulého vztahu s attachmentovou figurou podobnější.

Výsledek – shoda mezi skupinou N a Z v četnosti predikce lepšího vztahu v budoucnosti (chí-kvadrát test):

$$p = 0,038$$

$$\chi^2(2) = 6,54$$

Výsledek – shoda mezi skupinou P a Z v četnosti predikce lepšího vztahu v budoucnosti (chí-kvadrát test):

$$p = 3,45$$

$$\chi^2(2) = 0,179$$

Test tak ukazuje, že skupina Z předpokládá ve větším množství, že jejich vztah s attachmentovou figurou bude v budoucnosti lepší. Rozdíl v četnosti mezi nimi a skupinou N je statisticky významný. Rozdíl mezi skupinou Z a P významný není. Hypotézu potvrzujeme částečně.

Závěr: Nulovou hypotézu **potvrzujeme částečně**. Skupina Z se neliší od skupiny P, ale liší se od skupiny N. Oproti skupině N vykazuje skupina Z významně častější predikci, že jejich vztah s attachmentovou figurou bude v budoucnosti lepší.

q) Vyskytuje se u lidí se závislostí **významně častěji** užívání zdrobněliny pro označení své attachmentové figury?

H0: U skupiny Z se nevyskytuje významně užívání zdrobněliny pro označení své attachmentové figury.

Zdrobnělina	N	P	Z
Ano	15	11	16
Ne	15	18	16

Tabulka č. 27 – četnosti zdrobnělin

Výsledek - shoda mezi skupinami N, P a Z v užívání zdrobnělin (chí-kvadrát test):

$$p = 0,560$$

$$\chi^2(2) = 1,16$$

Test ukazuje, že rozložení hodnot je náhodné a nebyl prokázán statisticky významně častější označení pro zdrobněliny mezi skupinami.

Závěr: Nulovou hypotézu **potvrzujeme**. U skupiny Z se nevyskytuje významně častější užívání zdrobnělin pro označení své attachmentové figury.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

Ve všech výzkumných skupinách se vyskytovaly kognitivní konstrukty citové vazby Bezpečí; Přijetí; Vedení; Ocenění; Nebezpečí; Nepřijetí; Nevedení; Devalvace. Skupina Z se v četnosti kognitivních konstruktů významně odlišuje od skupiny P i N. Oproti skupině P vykazuje skupina Z významně nižší množství negativních kognitivních konstruktů a vyšší množství pozitivních kognitivních konstruktů a zároveň významně více negativních kognitivních konstruktů a méně pozitivních kognitivních konstruktů než skupina N. Rozdíly oproti skupině N se u skupiny Z ukazují také v tom, že skupina Z významně častěji predikuje zlepšení vztahu s attachmentovou figurou v budoucnosti, významně častěji hodnotí svůj minulý vztah s attachmentovou figurou jako horší než v současnosti, vznik vazebné situace vysvětluje významně častěji nelogicky a popisují více pasivních způsobů řešení vazebné situace. Ukazuje se také významný pozitivní vztah mezi množstvím zvýšených skóre raných maladaptivních schémat a množstvím negativních kognitivních konstruktů. Původní předpoklad se potvrdil částečně, skupina Z vykazuje více znaků negativních kognitivních konstruktů než skupina N, ale zhruba stejně jako skupina P, podobně jako se částečně potvrdil předpoklad o tom, že skupina Z bude hodnotit vztah se svou attachmentovou figurou nejvíce pozitivně.

6.2. 3 Výzkumná otázka č. 3

Jaký je **vztah mezi** citovou vazbou a kognitivními konstrukty?

Na základě výše zmíněných výzkumů předpokládám, že nejistý typ citové vazby bude významně souviset s množstvím negativních kognitivních konstruktů a raných maladaptivních schémat.

a) **Souvisí významně** nejistý typ citové vazby s vyšším počtem negativních kognitivních konstruktů?

H0: Nejistý typ citové vazby nesouvisí s vyšším počtem negativních KK.

Výsledek - podíl negativních konstruktů ve vztahu k ECR (t-test):

AAP

- $p = 0,157$
- $t = -1,429$
- Cohenovo $d = -0,339$
- Jistý typ: $M = 46,67$; $Me = 41,66$; $SD = 38,11$
- Nejistý typ: $M = 59,14$; $Me = 50,00$; $SD = 36,13$

DKK

- $p = 0,243$
- $t = -1,175$
- Cohenovo $d = -0,270$
- Jistý typ: $M = 17,89$; $Me = 14,29$; $SD = 19,88$
- Nejistý typ: $M = 24,29$; $Me = 20,00$; $SD = 25,15$

Výsledek - podíl negativních konstruktů ve vztahu k citové vazbě dle AAP(t-test):

AAP

- $p = 0,004$
- $t = -2,97$
- Cohenovo $d = -0,713$
- Jistý typ: $M = 37,666$; $Me = 33,33$; $SD = 31,653$
- Nejistý typ: $M = 62,87$; $Me = 66,67$; $SD = 36,79$

DKK

- $p = 0,025$
- $t = -2,28$
- Cohenovo $d = -0,524$
- Jistý typ: $M = 13,823$; $Me = 10,00$; $SD = 21,523$

- Nejistý typ: $M = 26,00$; $Me = 25,00$; $SD = 23,92$

Test ukazuje, že rozdíly v negativních kognitivních konstruktech mezi skupinami podle připoutání (nejisté, jisté) jsou statisticky významné dle AAP. Dle ECR se statisticky významné rozdíly neukazují.

Výsledky – vliv typu skupiny (N, P a Z) a typu citové vazby (dle AAP) na podíl negativních konstruktů dle DKK (model lineární regrese):

Skupina P- N

- $R^2 = 0,173$
- $p = 0,008$
- $t = 2,729$
- $SE = 6,58$

Skupina Z – N

- $p = 0,996$
- $t = 0,004$
- $SE = 6,60$

Test ukazuje, že statisticky významným prediktorem negativních konstruktů je výzkumná skupina. Vliv citové vazby na podíl negativních konstruktů není statisticky významný.

Závěr: Nulovou hypotézu **částečně potvrzujeme**. Dle metody ECR se neukazuje vztah mezi nejistým typem citové vazby a množstvím negativních KK, ale ukazuje se dle metody AAP. Dle AAP se množství negativních KK významně váže k nejistému typu citové vazby.

b) Existuje **významný vztah** mezi ranými maladaptivními schématy a typem citové vazby?

H0: Nejistý typ citové vazby nesouvisí s vyšším počtem zvýšených EMS.

Výsledek - podíl EMS ve vztahu k ECR (t-test):

$p = 0,001$

$t = -4,00$

Cohenovo $d = -0,919$

Jisté připoutání: $M = 1,25$; $ME = 1,15$; $SD = 0,285$

Nejisté připoutání: $M = 1,67$; $ME = 1,66$; $SD = 0,513$

Test ukazuje na statisticky významný rozdíl mezi zvýšenými skóry EMS a typem citové vazby.

Výsledek – posouzení vlivu typu citové vazby a výzkumné skupiny na EMS (model lineární regrese):

$R^2 = 0,334$

$p = < 0,01$

Výsledek – posouzení vlivu typu citové vazby na EMS (model lineární regrese):

$R^2 = 0,180$

$p = < 0,01$

Výsledek – posouzení vlivu typu výzkumné skupiny na EMS (model lineární regrese):

$R^2 = 0,254$

$p = < 0,01$

Test ukazuje statisticky významné vlivy predikce typu citové vazby, společně s typem populace, na zvýšený výskyt EMS. Zároveň ukazuje i statisticky významný vliv predikce typu populace na zvýšený výskyt EMS. Nejlepší prediktivní účinnost má současně typ citové vazby i typ populace, typ populace má ale jen o 8 % nižší prediktivní účinnost než obě proměnné zároveň.

Závěr: Nulovou hypotézu **zamítáme**. Na zvýšený výskyt EMS má statisticky významný vliv typ populace i typ citové vazby. Jistý typ citové vazby je spojen s nižším počtem zvýšených skóru EMS a nižším průměrným skórem EMS než nejisté typy citové vazby, nicméně větší vliv na výskyt EMS má typ populace než typ citové vazby.

c) Existuje **významný rozdíl** mezi vztahem raných maladaptivních schémat a typem citové vazby?

H0: Ve vztahu EMS a typu citové vazby se výzkumné skupiny mezi sebou neliší.

Výsledek - vztah EMS a typu citové vazby u skupin N, P a Z (t-test):

$p = 0,006$

$t = -2,86$

Cohenovo $d = -0,920$

Jisté připoutání: $M = 1,35$; $ME = 1,27$; $SD = 0,373$

Nejisté připoutání: $M = 1,80$; $ME = 1,77$; $SD = 0,511$

Test ukazuje, že statisticky významný rozdíl mezi skupinami se neobjevuje.

Závěr: Nulovou hypotézu **potvrzujeme**. Mezi skupinami se neobjevují významné rozdíly ve vztahu EMS a typu citové vazby, což může být způsobeno i jiným rozložením typů citové vazby u neklinické populace než u ostatních dvou skupin.

d) Existuje **významný vztah** mezi typem citové vazby a množstvím podpůrných osob?

H0: Vztah mezi typem citové vazby a množstvím podpůrných osob se neukazuje.

Výsledek – vztah typu citové vazby a množství podpůrných osob (t-test):

$p = 0,855$

$t = 0,183$

Jisté připoutání: $M = 11,0$; $ME = 10,0$; $SD = 3,98$

Nejisté připoutání: $M = 10,8$; $ME = 11,0$; $SD = 5,15$

Test ukazuje, že vztah mezi typem citové vazby a množstvím podpůrných osob není statisticky významný.

Závěr: Nulovou hypotézu **potvrzujeme**. Neukazuje se vztah mezi typem citové vazby a množstvím podpůrných osob.

Vyhodnocení výzkumné otázky č.3

Ukazuje se vztah mezi nejistým typem citové vazby dle AAP a vyšším počtem negativních kognitivních konstruktů. Zvýšené skóry raných maladaptivních schémat se významněji častěji vyskytují u nejistého typu citové vazby, ještě vyšší vliv se ale objevuje u typu výzkumné skupiny. Původní předpoklad, že zvýšené skóry raných maladaptivních schémat a zvýšené množství negativních kognitivních konstruktů se potvrdil částečně, jako významnější než typ citové vazby se ukazuje vliv typu výzkumné skupiny.

6.2.4 Shrnutí výsledků

Na základě předchozích výzkumných otázek **shrnuji pro přehlednost** zjištěné výsledky:

Shoda metod při určování typu citové vazby:

- Shoda odlišných metod při určování typu citové vazby se významně potvrzuje u bezpečné vazby a skupiny N. Shoda je podobná, jak v případě 4 typů citové vazby, tak také v případě 2 typů citové vazby.
- K nejnižší shodě metod při určování typu citové vazby dochází u skupiny P, skupina Z je na tom lépe než skupina P, ale hůře než skupina N.
- Rozložení četností typu citové vazby je u skupin Z a P zhruba stejné, skupina Z se ale odlišuje od skupiny N.

Kognitivní konstrukty a EMS

- Ve všech výzkumných skupinách se vyskytovaly kognitivní konstrukty citové vazby Bezpečí; Přijetí; Vedení; Ocenění; Nebezpečí; Nepřijetí; Nevedení; Devalvace.
- Skupina Z nevykazuje zvýšené množství negativních KK, ty vykazuje naopak skupina P.
- Skupina Z má významně méně pozitivních KK než skupina N, ale zároveň má významně více pozitivních KK než skupina P.
- Skupina Z má významně vyšší množství zvýšených skóre EMS než skupina N, ale zároveň má významně méně zvýšených skóre EMS než skupina P.
- Mezi množstvím zvýšených skóre EMS a KK existuje vztah. Čím větší je podíl EMS, tím méně je přítomno pozitivních KK a čím větší je podíl EMS, tím je více přítomno negativních KK.
- Vztah mezi EMS a negativními KK se u skupiny Z ukazuje v případě použití metody AAP, v případě použití metody DKK se vztah mezi EMS a negativními KK neukazuje.
- Skupina Z má významně více nelogických vysvětlení vzniku vazebné situace než skupina N, ale zhruba stejně jako skupina P.
- Skupina Z má významně více pasivních řešení vazebných situací než skupina N, ale zhruba stejně jako skupina P.

- Skupina Z významně častěji udává horší vztah s attachmentovou figurou v minulosti než skupina N, ale zhruba stejně jako skupina P.
- Skupina Z významně častěji udává predikci lepšího vztahu s attachmentovou figurou v budoucnosti než skupina N, ale zhruba stejně jako skupina P.

Vztah typu citové vazby a kognitivních konstruktů

- Dle AAP se množství negativních KK významně váže k nejistému typu citové vazby.
- Jistý typ citové vazby je spojen s nižším počtem zvýšených skóre EMS a nižším průměrným skórem EMS než nejisté typy citové vazby, nicméně větší vliv na výskyt EMS má typ populace než typ citové vazby.

IV. Diskuse

V teoretické části jsem se věnovala citové vazbě, kognitivním konstruktům a závislosti. V empirické části jsem experimentálně ověřila, jaké jsou charakteristiky citové vazby, kognitivních konstruktů a jaký je vztah mezi nimi. **Cílem bylo zjistit, jak spolu souvisí citová vazba a její kognitivní konstrukty, které si lidé se závislostí vytvářejí.**

1. Diskuse výsledků

Výsledky výzkumu ukázaly, že ke shodě metod při měření typu citové vazby dvěma odlišnými metodami (AAP a ECR) signifikantně dochází **u jistého typu citové vazby**. U ostatních typů citové vazby se významná shoda mezi metodami neukázala. K měření typu citové vazby byl použit dotazník Experiences in Close Relationships a projektní metoda Adult Attachment Projective. Ke stejnému závěru dospěla Ren a Wang (2011), kteří typ citové vazby měřili pomocí metody RQ a IAT. Shoda mezi metodami se jim ukázala u jistého typu citové vazby, u ostatních typů citové vazby se neukázala. Odlišných výsledků naopak dosáhl Both a West (2017), kteří zkoumali korelaci mezi typem citové vazby při měření metodami RQ a RSQ a zjistili poměrně vysokou míru korelace pro všechny typy citové vazby, konkrétně 0,55 pro jistý typ, 0,59 pro ustrašený typ, 0,55 pro zaujatý typ a 0,56 pro vyhýbavý. Mezi oběma výzkumy je ovšem rozdíl v tom, že Both a West pro obě měření použili dotazníkové metody, kdežto Ren a Wang měli za cíl zjistit shodu při měření citové vazby při explicitním a implicitním typu měření. Ren a Wang tedy hledali podobně jako v této práci, shodu typu citové vazby při použití metod s odlišným přístupem ke kognitivnímu zpracování. Jejich výsledky jsou také ve shodě s výsledky v této práci. Ukazuje se tak, že shoda mezi typy citové vazby je u jistého typu velká i v případě použití odlišných diagnostických přístupů, na rozdíl od ostatních typů nejisté citové vazby.

Lze tak odvodit, že v případě bezpečného připoutání mají lidé nižší míru disociace mezi reálnou podobou připoutání a tím, jakou si myslí, že mají podobu připoutání a vztahu k attachmentové figuře. U nejistých typů citové vazby se ukazuje tato pravděpodobná

disociace výraznější. V této práci se nepotvrdil rozdíl mezi tím, pokud je shoda mezi metodami posuzována při určení všech čtyř typů citové vazby nebo pokud je citová vazba hodnocena pouze v dimenzi jistá – nejistá. V obou případech se ukazovala shoda metod u bezpečného typu citové vazby a nízká shoda v ostatních typech.

K největší shodě typu citové vazby došlo u skupiny N, což byla skupina, u které se jednak předpokládalo běžné rozložení četnosti citové vazby tak, jak je attachment rozložen v populaci. Zároveň se jednalo o skupina, u které se v nejčastěji vyskytoval bezpečný typ vazby a dezorganizovaný typ se naopak nevyskytoval vůbec. Z toho důvodu není překvapivé, že **u skupiny N vyšla významná shoda** při určování typu citové vazby.

Zajímavé ovšem je, že **skupiny Z a P vykazovaly podobné rozložení četností** typu citové vazby, přesto u **skupiny P vycházela shoda typů citové vazby významně nižší než u skupiny Z**. V tomto případě již nelze mluvit o tom, že by shoda byla určována typem citové vazby a častějším výskytem bezpečného typu, protože v tomto se skupiny Z a P od sebe nelišily. Přesto byla shoda v měření typu citové vazby u skupiny P signifikantně horší. Dadashzadeh (2018) porovnával pacienty s depresí, OCD, generalizovaně úzkostnou poruchou s neklinickou populací v typu citové vazby. Zjistil, že mezi neklinickou a klinickou populací byl významný rozdíl v rozložení četností typu citové vazby a zároveň zjistil rozdíl i mezi pacienty s depresí a ostatními, kdy pacienti s depresí byli častěji bezpečně připoutáni. Mezi pacienty s OCD a generalizovanou úzkostnou poruchou rozdíl nezjistil. Změřil, že mezi pacienty s OCD se vyskytovala v 52 % bezpečná vazba, 38 % zaujatá a 10 % vyhýbavá. Mezi pacienty s generalizovanou úzkostnou poruchou zjistil, že se vyskytovala v 52 % bezpečná vazba, ve 34 % zaujatá vazba a ve 14 % vyhýbavá, mezi pacienty s depresí se vyskytovala ve 24 % bezpečná vazba, v 60 % zaujatá a v 16 % vyhýbavá. Wedeking (2013) zjistil, že u lidí závislých na alkoholu se v 67 % objevuje nejistý typ citové vazby, Wyrzykowska (2014) zjistila, že u lidí závislých na alkoholu se častěji ukazuje zapletená a vyhýbavá vazba, než u lidí bez závislosti. Ohledně rozdílů v typu citové vazby mezi různými uživateli různých typů návykových látek, měřila Zeid (2017) rozdíl mezi závislými na alkoholu a opiodech. Zjistila, že rozdíly v typu citové vazby mezi nimi nejsou. Naopak Schindler (2009) zjistil, že každý typ návykové látky se pojí

s jiným typem potíží, heroin dle něj nejčastěji slouží jako emocionální substituce při chybějících copingových strategiích, marihuana jako strategie vyhýbání se emočním podnětům a extáze se nejčastěji pojí s nejistým typem citové vazby, ale bez konkrétní strategie chování. K podobným závěrům dospěly i výzkumy, které zjišťovaly typ citové vazby u nelátkových závislostí, např. EunYoun (2016), Senormanci (2013) Lichtenstein (2013).

Z výše uvedených výzkumů vyplývá, že **u pacientů s psychiatrickými a závislostními obtížemi by měl převažovat nejistý typ citové vazby**, což podporuje i zjištěné z této práce, že rozložení četností typu citové vazby se mezi skupinami Z a P významně nelišilo. Přesto ke shodě v určování typu citové vazby docházelo častěji u skupiny Z než u skupiny P. Zdá se tedy, že **mezi skupinou P a Z je rozdíl, který není dán odlišným rozložením četností typu citové vazby**. Skupiny P a Z se mezi sebou liší a respondenti s psychiatrickou diagnózou mají významně nižší shodu v určování typu citové vazby. Pravděpodobně tedy respondenti s psychiatrickou diagnózou mají větší míru disociace mezi reálnou podobou attachmentu a jejím kognitivním zpracováním než respondenti se závislostí, kteří zase naopak mají větší míru disociace mezi reálnou podobou attachmentu a jejím kognitivním zpracováním než mají respondenti z neklinické populace.

Je možné uvažovat o možných vysvětleních těchto zjištění. Z hlediska kognitivních schopností by se v žádné skupině neměl vyskytnout respondent s mentální retardací nebo demencí, což bylo jedno z vylučovacích kritérií pro zařazení do výzkumného souboru. Úroveň kognitivních schopností by tak neměla mít vliv na schopnost kognitivně zpracovávat vztah s attachmentovou figurou. Druhým vysvětlením by mohla být **určitá míra alexithymie** u psychiatrických i závislých respondentů. To by podporoval výzkum De Ricka (2009), který zjistil, že u lidí se závislostí na alkoholu, kteří častěji vykazují nejistý typ citové vazby, se zároveň ukazovaly i vyšší skóry alexithymie. U lidí s psychiatrickými obtížemi prováděl výzkum alexithymie McGillivray (2018) a De Berardis (2017), kteří také píšou o tom, že lidé s psychiatrickými diagnózami mívají vyšší skóry alexithymie. Jedním z vysvětlení by tak mohlo být, že lidé s psychiatrickým onemocněním dosahují vyšší míry alexithymie než lidé se závislostí. Tuto hypotézu by bylo ovšem třeba experimentálně ověřit, a potvrdit nebo vyvrátit toto možné vysvětlení. Zároveň by bylo možné zjištěné

rozdíly mezi skupinou Z a P vysvětlit i tím, že **průměrná délka pobytu** na psychoterapeuticky zaměřeném oddělení následné péče bývá u pacientů se závislostí (v PN Bohnice a TK Dubí) delší než bývá průměrná délka pobytu na psychoterapeuticky zaměřeném oddělení následné péče (v PN Bohnice) psychiatrických pacientů. Otázka na délku psychoterapeutické péče v demografickém dotazníku byla sice uvedena, ale bohužel byla respondenty ve velké míře vynechána, případně nebyla uvedena přesná specifikace časové míry. Proto jsem tento předpoklad experimentálně neověřovala, ale nyní pouze usuzuji z průměrné délky pobytu na jednotlivých odděleních (na oddělení závislostí bývá průměrná délka pobytu 3 měsíce, na oddělení všeobecné psychiatrie bývá průměrná délka pobytu 1,5 měsíce) na jejich vliv na případné posuny v míře alexithymie. Výzkumně byla již nesčetněkrát ověřena skutečnost, že psychoterapeutická léčba zlepšuje psychické symptomy. U lidí se závislostí zjistil Wolt (2017), že jakákoli léčba závislosti vede k redukci míry nejisté citové vazby a k pozitivním změnám vztahu sama k sobě, nebo Delvencchio (2016) nebo Ogrodniczuk (2012) v jeho výzkumu pozitivního vlivu terapie na alexithymii u psychiatrických pacientů. Lze se proto domnívat, že podobný vliv může mít psychoterapeutická léčba i na zlepšení **propojení mezi citovou vazbou a jejím kognitivním zpracováním**.

Druhá výzkumná otázka se zabývala **charakteristikou kognitivních konstruktů** citové vazby. Nejdříve byly kognitivní konstrukty získány otevřeným kódováním z protokolů DKK a AAP. Z třetího stupně kódování byly získány vždy 4 pozitivní konstrukty a 4 negativní. Získané kognitivní konstrukty v sobě obsahovaly základní psychické potřeby a zároveň v některých případech i činnosti, které k těmto potřebám mohou vést. U kódování protokolů AAP i DKK bylo postupováno stejně od jednotlivých dat směrem k tvorbě nadřazených kategorií. V obou protokolech se vyskytovaly stejné kategorie dat.

Kategorie kognitivních konstruktů, které byly zjištěny jsou kognitivní konstrukty Bezpečí; Přijetí; Vedení; Ocenění; Nebezpečí; Nepřijetí; Nevedení; Devalvace. Zjištěné kognitivní konstrukty odrážejí základní potřeby a jejich protipóly, které pojmenoval již Abraham Maslow a Aaron Beck.

Ohledně četností pozitivních a negativních kognitivních konstruktů se ukazuje, že skupina Z nevykazuje zvýšené množství negativních kognitivních konstruktů, její počet negativních kognitivních konstruktů je zhruba stejný jako u skupiny N. Naopak skupina P vykazuje významně zvýšené množství negativních kognitivních konstruktů. Pozitivních kognitivních konstruktů vykazuje významně nejméně skupina P a skupina Z má významně více pozitivních KK než skupina P, ale zároveň významně méně než skupina N. **Skupina Z se tak od skupiny N liší pouze v nižší míře pozitivních kognitivních konstruktů, kdežto skupina P má zároveň i zvýšené množství těch negativních.** Vzhledem k tomu, že v této oblasti je výzkum této práce pilotním a nenavazuje na jiné předchozí výzkumy, není možné zjištěná data porovnat s již proběhlými výzkumy. Jinými kognitivními konstrukty, které byly často zkoumány bylo self-efficacy a locus of control. Dle výzkumů výzkumy Pawy(2016), Feng-Yinga (2016), Salaha (2014), Genga (2011) a Bavojdana (2011) se ukazuje, že u závislých se vyskytuje nižší míra self-efficacy a že jeho zvýšení je pozitivním faktorem v léčbě. Dle výzkumů Chaka (2014), Donovanova (1977) a Amrama (2014) se u lidí se závislostí vyskytuje častěji externí locus of control.

Mohu také usuzovat že v myšlení lidí s psychiatrickými diagnózami se častěji vyskytují **negativní myšlenky**, které mohou mít následně vliv na jejich psychické symptomy i na způsob kognitivního zpracování citové vazby. Aldahadla (2011) zjistil, že mezi automatickými negativními myšlenkami a výskytem deprese existuje pozitivní korelace a že oproti neklinické populaci mají lidé trpící depresivním onemocněním vyšší výskyt automatických negativních myšlenek, což by podporovalo toto zjištění. Zároveň by se od respondentů z neklinické populace měli respondenti se závislostí odlišovat tím, že mají méně pozitivních kognitivních konstruktů a stejně negativních.

Zvýšené skóry **raných maladaptivních schémat se u skupiny Z ukazovaly významně častěji než u skupiny N, ale významně méně častěji než u skupiny P.** Což je v částečné shodě se výsledky o četnosti pozitivních a negativních kognitivních konstruktů. U lidí s psychiatrickými obtížemi bylo provedeno několik výzkumů s EMS. Davoodi (2018) zkoumal EMS u lidí s depresí a somatizační poruchou a zjistil, že EMS jsou klíčovými faktory zranitelnosti pro psychické poruchy. Měli zvýšené skóry v emocionální deprivaci, nedůvěře a zneužití, sociálním vyloučení, zranitelnosti, podmanění, emocionální inhibici

a nedostatečné sebekontroly nebo sebeobětování. Rafi (2016) zjistil, že emoční poruchy (úzkosti, afektivní poruchy) se často pojí s EMS, zejména se schémata opušnění, podřízení, zranitelnost. U lidí se závislostí zkoumal MC Donnel (2018), jestli vykazují zvýšené skóry EMS a zjistil, že u drogově závislých se vyskytuje specifický vzorec EMS, který mívá vyšší skóry ve schématech zranitelnost, nedůvěra/zneužití, emocionální deprivace, vina a pesimismus. Také Shaghaghy (2011) zjistil, že lidé se závislostí dosahují vyšších skóre EMS ve všech 18 typech a více inklinují k rozvoji bezmocnosti a beznaděje. Simons (2018) zjistil, že lidé se závislostí mají častěji vyšší skóry EMS ve schématech opušnění, zahanbení a vlastní nedostačivosti. Ukazuje se tak, že zvýšené skóry vykazují jak lidé se závislostí, tak lidé s psychiatrickou diagnózou, což je ve shodě s výsledky této práce. Pro porovnání rozdílů v míře zvýšených skóre EMS mezi psychiatrickými a závislými respondenty by však bylo vhodné další zkoumání.

Statistické zpracování také ukázalo, že mezi zvýšenými skóry **EMS a kognitivními konstrukty existuje vztah**. Ukázalo se, že čím je větší podíl zvýšených skóre EMS, tím méně je přítomno pozitivních kognitivních konstruktů a zároveň přítomno více negativních kognitivních konstruktů. Zdá se tedy, že **kognitivní konstrukty různého druhu mají obecně tendenci být ve shodě**, oproti psychickým procesům, které jsou více mimo kognitivní kontrolu. Pokud se porovnávala shoda mezi skóry EMS a kognitivními konstrukty u jednotlivých výzkumných skupin, pak se ukázalo, že u skupiny Z se tak dělo pouze v případě použití dat z metody AAP. Znamená to tedy, že u respondentů se závislostí byla větší shoda kognitivních konstruktů v případě, kdy jedna metoda byla spíše implicitního charakteru. Objevila se tak disociace mezi kognitivními konstrukty, které jsou obě přístupné vědomému kognitivnímu zpracování, což by bylo vhodné objasnit opět navazujícím výzkumem. Je třeba zvážit také vliv tendence kognitivně popisovat vztah se svou attachmentovou figurou jako více pozitivní, což by se mohlo projevit právě tím, že se vztah mezi zvýšenými skóry v EMS projevilo pouze v APP, a nikoliv již v DKK.

V charakteristikách popisu vzniku vazebné situace, jejího řešení, hodnocení minulého vztahu s attachmentovou figurou a predikcí vztahu s ní v budoucnosti, se ukázaly shodné výsledky. **Skupina Z vykazovala významně horší výsledky než skupina N, ale od skupiny P se již významně nelišila ani v jedné z charakteristik.** Skupina Z tak častěji popisovala více **nelogických vysvětlení** vzniku vazebné situace, což znamená, že častěji popisovala podobu situace, která ale nekorespondovala s logickou posloupností událostí, které k ní vedly. Častěji také měla tendenci popisovat **pasivní řešení vazebné situace**, které zahrnovalo jednak očekávání, že situaci vyřeší druhá osoba, případně očekávání, že se situace samovolně pozitivně vyřeší. Shafiei (2016) zjistil, že závislí vnímají své copingové strategie jako výrazně lepší než tomu je reálně, přičemž jejich copingové strategie jsou maladaptivní, což by mohlo vysvětlit i tendenci k pasivnímu řešení sociálních situací. Skupina Z v minulosti častěji udávala **horší vztah se svou attachmentovou figurou**, který přisuzovala své závislosti a zároveň s ní predikovala lepší vztah v budoucnosti, opět se zdůvodněním, že k lepšímu vztahu dojde díky jejich abstinenci. Nerovnováha v kvalitě vztahů u závislých je zřejmá i z výzkumu Pavelové (2014), která mluví o tom, že lidé se závislostí označují svou rodinu jako důvod k léčbě, zároveň ale jejich rodinné vztahy bývají problémové. Tohoto východiska jsem si všimla i v psychoterapeutické praxi s lidmi se závislostí, kdy popisují velmi problémové vztahy v rodině, ale zároveň jsou na členy své rodiny silně fixovaní a bývají jejich motivací, kterou zdůvodňují svou léčbu. Skupina P naopak zdůvodňovala svůj horší vztah s attachmentovou figurou v minulosti negativním nebo nedostatečně pozitivním chováním attachmentové figury. Což je rozdíl oproti skupině Z, kteří častěji vnímali své chování, případně někdy odosobněně v podobě závislosti, za důvod horšího vztahu s figurou v minulosti. Zároveň ale Delvecchio (2016) zjistila, že drogově závislí častěji vyjadřovali pocity nedostatku zájmu a podpory od svého blízkého okolí a měli pocit, že neplní očekávání ostatních. Podle Levitta (2015) pak lidé se závislostí, kteří mají vyšší míru attachmentové úzkosti užívali alkohol jako způsob řešení svých vztahových obtíží. Z této analýzy také vyplývá, že se v ní respondenti se závislostí významně odlišují od neklinické populace, ale s psychiatrickými respondenty sdílejí stejné charakteristiky. Zdá se tak, že na **hlubší úrovni** kognitivních konstruktů a citové vazby vykazují méně patologie než respondenti s psychiatrickými obtížemi, ale na **povrchovější úrovni**, která je více spjata

s uvědomovanými myšlenkami, případně chováním v reálném životě, jsou si víceméně podobní a neukazují se výrazné odlišnosti.

Při zjišťování vztahu mezi typem citové vazby a četností negativních kognitivních konstruktů a zvýšených skóre EMS se ukázal **významný vztah mezi nejistým typem citové vazby a četností negativních kognitivních konstruktů dle AAP**. Stejně tak se ukázalo, že **jistý typ citové vazby je spojen s nižším počtem zvýšených skóre EMS i nižším průměrným skórem EMS**. Při zjišťování, zda má větší vliv na zvýšené skóre EMS typ citové vazby nebo typ výzkumné skupiny, se nicméně ukázalo, že výraznější vliv má **typ výzkumné skupiny** než typ citové vazby. Ukázalo se tak, že zvýšené skóre EMS se budou s větší pravděpodobností objevovat **u respondentů z psychiatrické populace bez ohledu na typ citové vazby**.

Vztah citové vazby a skóre EMS byl poměrně často zkoumán. Stanojevic (2012) zjistil korelaci mezi zvýšenými skóre EMS a nejistým typem citové vazby, taktéž McLean (2014) zjistil, že zvýšené skóre EMS se častěji pojí s nejistým typem attachmentu. Uvedené výzkumy tak potvrzují i závěry zjištěné v této práci. U psychiatrických respondentů zjišťoval vztah mezi typem citové vazby a EMS Roelofs (2012), který zjistil, že s psychickými obtížemi se pojil jak nejistý typ attachmentu, tak EMS. Mason (2005) zkoumal vliv EMS a typu citové vazby na klinické populaci a zjistil, že jak zvýšené skóre EMS, tak nejistý typ citové vazby koreluje s psychickými obtížemi. U respondentů se závislostí zkoumala vztah EMS a citové vazby Medalová (2014), která zjistila, že vyšší skóre EMS pozitivně korelují s vyšší attachmentovou úzkostností a vyhýbavostí.

Výzkumy tak podporují i zjištění této práce, že existuje vztah mezi zvýšenými skóre EMS a nejistým typem citové vazby. U skupiny Z byl tento vztah nicméně zjištěn pouze při použití dat z metody AAP, což je možné opět vysvětlit kognitivními schémata, která jsou méně přístupná vědomému zpracování. K tomuto říká Bosmans (2010), že vztah mezi attachmentovou úzkostností a psychopatologií je plně zprostředkován kognitivním odpojením, kdežto u attachmentové vyhýbavosti se mu tento předpoklad potvrdil jen částečně. Z toho vyplývá, že zvýšená úzkostnost v attachmentových situacích může mít

vliv na kognitivní odpojení a vědomě podané kognitivní zpracování tak mohou být odlišná od těch implicitních.

Práce byla pojata na základě **teorie osobnostních konstruktů**, podle které si každý člověk vytváří **vlastní vysvětlení událostí**, se kterými se setká a na základě kterých si vytváří i predikce událostí následujících. Cílem bylo zjistit, jaké jsou tedy konstrukty závislých ve vztahu k jejich citové vazbě. O osobnostních konstruktech závislých mluví Klion (1997) tak, že lidé se závislostí mají tendenci tvořit si svou roli závislého a že práci na změně konstruktů je třeba zahrnout do terapie. O podobném terapeutickém přístupu mluví Ng (2002), že je třeba u lidí se závislostí pracovat s jejich rolí, kterou si vytvořili a že změna této role, dle něj včetně konverze ke křesťanství, pomáhá zmírňovat negativní pohled na sebe. O osobnostních konstruktech u lidí s psychiatrickou diagnózou mluví Paz (2016), který zjistil, že pacienti s úzkostnou poruchou, kteří prošli konstruktivistickou terapií, ve které bylo pracováno s jejich osobnostními konstrukty, vykazovaly po jejím skončení nižší intenzitu úzkostných symptomů a lepší pohled sami na sebe. K tomu doplňuje Thomson (2011), že závislost je třeba léčit kognitivně jako terapii zaměřenou na **osobní význam**, závislost jako návyk a tvorba osobnostního významu jako organizačního konstruktů.

Z výsledků práce se tak ukazuje, že kognitivní konstrukt své citové vazby, který si každý člověk vytváří, se u lidí s psychickými obtížemi (závislostními i jinými) často odlišuje od jejich podoby citové vazby. Ukazuje se tak, že na psychické procesy je třeba pohlížet i z hlediska toho, jakým způsobem si je člověk kognitivně zpracuje, tak aby pro něj byly srozumitelné v kontextu jeho života i toho, jakým způsobem o situacích, sobě i druhých přemýšlí. Tato práce měla za cíl ukázat, zda se vyskytují rozpory mezi citovou vazbou a jejich zpracováním, které vychází z potřeby vytvořit si vysvětlení a predikci událostí. Porozumění tomu, proč si lidé vytvářejí daná konkrétní vysvětlení a kognitivní konstrukty a jak souvisí s jejich životní historií, postoji a plány do budoucna, by bylo zajímavé prozkoumat v dalších výzkumných studiích.

1.1 Limity práce

Limitů výzkumu je bohužel několik. Prvním z nich je demografický dotazník, na jehož některé otázky většina respondentů neodpověděla, což mohlo být způsobeno také nejednoznačností těchto otázek. I přes pilotní výzkum, který proběhl před samotnou realizací, jsem na tuto nejednoznačnost přišla až v průběhu sběru dat. Výzkum tak byl ochuzen o porovnání výsledků s dalšími demografickými údaji a hledání vztahu mezi nimi. Zároveň se ale při hledání vztahu mezi výsledky a některými zjišťovanými demografickými údaji (např. počet podpůrných osob) významný vztah nenalezl a je otázka, zda by bylo účelné rozšiřovat již tak obsáhlou analýzu dat.

Dalším limitující prvek vnímám v možné autocenzuře respondentů při testování, kdy nelze s jistotou vyloučit, že respondenti neupravovali svá vyjádření podle toho, jak si mysleli, že by měli odpovídat.

Dalším limitujícím prvkem může být homogenita výzkumných skupin, kdy respondenti z každé skupiny pocházely z jednoho (či dvou) zařízení. Zejména ve skupině N je možný vliv toho, že respondenty byly výhradně studenti vysoké školy a specifičnost této populace mohla mít vliv i na získané výsledky.

Další otázkou je přesnost zařazení dat ke konkrétnímu typu citové vazby. U projektivní metody je vždy větší riziko nesprávného určení typu citové vazby. Absolvování kurzu k metodě AAP by bylo určitě přínosné. Protože jsem kurzu bohužel neabsolvovala, snažila jsem se zvýšit přesnost určení typu citové vazby u AAP tím, že s testem pracovali dva hodnotitelé, kdy shoda hodnocení byla poměrně vysoká. Ohledně přesnosti určení typu citové vazby u ECR byly použity normy M. Lečbycha (2012). Druhou možností bylo použít normy R. Fraleyho (2011). Upřednostněny byly nakonec Lečbychovy normy z důvodu, že jsou aktuálnější než Fraleyho normy a jsou provedeny na české populaci.

Většina výsledků, která byla v této práci zjištěna, však odpovídá výzkumům, které byly v podobné oblasti realizovány. Mohu tedy odvozovat, že vliv specifičnosti výzkumných skupin a autocenzury na výsledky, by neměl být významný.

Práce se snažila propojit dva koncepty, jejichž vztah není v současné době příliš probádaný a který může mít vliv na podobu obtíží lidí se závislostí. Lepší prozkoumání vztahu citové vazby a jejího kognitivního zpracování by mohl v budoucnu přinést poznatky, které by bylo možné i prakticky využít v léčbě těchto pacientů. Pevně doufám v další výzkumnou činnost, která by na zkoumání těchto dvou konceptů pokračovala a prohloubila je.

V. Závěr

V této disertační práci jsem se zabývala propojením **teoretických konceptů citové vazby a kognitivních konstruktů u lidí se závislostí**. Smyslem propojení konceptů citové vazby a kognitivních konstruktů bylo zjistit, zda se **shodují vědomá kognitivní schémata s mentálními reprezentacemi citové vazby, které jsou spíše implicitního charakteru**. Předpokladem bylo, že lidé se syndromem závislosti na návykových látkách a činnostech budou více vykazovat nesoulad mezi kognitivním zpracováním a implicitním charakterem citové vazby.

V **teoretické části** jsem přiblížila teorii citové vazby, kognitivních konstruktů a závislostí. Věnovala jsem se definování citové vazby, historickému kontextu vzniku teorie, typům citové vazby v dětství a v dospělosti, způsobům měření citové vazby v dětství a dospělosti a vlivu citové vazby na psychický vývoj člověka. V oblasti kognitivních konstruktů jsem se věnovala popisu osobnosti v kontextu kognitivních struktur, jednotlivým kognitivním procesům a nejdůležitějším kognitivním teoriím, které mají souvislost s teorií citové vazby. V Části, která se věnovala závislosti, jsem popisovala její definici, jednotlivé návykové nemoci, typy jednotlivých závislostí a charakteristiku psychoaktivních látek a teorie o vzniku závislosti. Zároveň jsem v teoretické části představila nejdůležitější výzkumy, které se týkají citové vazby a kognitivních konstruktů u závislých.

V **empirické části** jsem představila metodologii výzkumu a zjištěné výsledky. Podrobně jsem se věnovala popisu cílů výzkumu, jednotlivým výzkumným otázkám, charakteristikám výzkumného souboru, výzkumným metodám a procesu realizace samotného výzkumu. Dále jsem prezentovala jednotlivé hypotézy k výzkumným otázkám a výsledky statistického zpracování.

V **diskusi** jsem se zabývala výsledky ze své práce v širším kontextu a v diskusi s již realizovanými výzkumnými studii, které měly souvislost s touto prací.

Cílem této disertační práce bylo zjistit, zda u lidí, kteří se léčí se syndromem závislosti, existuje **asociace mezi citovou vazbou a jejím kognitivním zpracováním**. Práce ukázala, že ke shodě v typu citové vazby, která je měřená dvěma odlišnými způsoby s rozdílným přístupem ke kognitivnímu zpracování, dochází v případě určování bezpečného typu citové vazby. Srovnávací skupina s psychiatrickými pacienty vykazovala významně horší shodu v typu citové vazby než skupina závislých pacientů, ti zase naopak vykazovali významně horší shodu než neklinická populace. V oblasti kognitivních konstruktů opět vykazovala skupina závislých pacientů významně častěji negativní kognitivní konstrukty citové vazby a raná maladaptivní schémata než skupina neklinická, ale významně méně častěji než srovnávací skupina psychiatrická. Vztah nejisté citové vazby a negativních kognitivních konstruktů a raných maladaptivních schémat se také prokázal. Zároveň se v analýze ukázalo, že významnější vliv na negativní kognitivní konstrukty má typ populace než typ citové vazby.

Tato práce se snaží o propojení kognitivní oblasti s teorií citové vazby a **ukazuje prvotní zjištění**, která by mohla být podrobněji prozkoumána v dalších výzkumných studiích. Společné prozkoumání těchto dvou konceptů by mohlo přinést v budoucnu zejména poznatky, které by byly **využitelné v oblasti psychoterapie**. Poznatky o možnostech práce s kognitivními schématy na poli raného vztahu s matkou, který má dominantní vliv na budoucí psychický vývoj člověka, by mohly přinést zefektivnění psychoterapeutické práce s lidmi s psychickými obtížemi a nejistým typem citové vazby. Pevně doufám v další výzkumnou činnost na toto téma a přála bych si, aby má práce byla jejím odrazovým můstkem.

VI. Seznam literatury

Použitá literatura

- AINSWORTH, Mary Dinsmore Salter. *Deprivation of maternal care: a reassessment of its effects*. Geneva: World health organization, 1962, 165 p.
- AINSWORTH, Mary D. Salter a Mary C. BLEHAR. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. New York: Psychology Press, 2015. ISBN 978-1-848-72681-9.
- ALDAHADHA, Basim Mohammad a Suad Mohamed SULAIMAN. The Relationship between Automatic Negative Thoughts and Depression among a Sample of University of Nizwa Students. *Journal of Educational and Psychological Studies*. 2012, , 12-22.
- AMRAM, Yair a Rami BENBENISHTY. The Impact of Therapeutic Factors on Locus of Control of Addicts in Therapeutic Communities. *Journal of Groups in Addiction & Recovery [online]*. 9(3), 313-325 [cit. 2018-02-26].
- ARMSDEN, G. C a M.T GREENBERG. The Inventory of Parent and Peer Attachment: Relationships to well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence [online]*. 1987, 16(5), 427-454 [cit. 2018-01-07]
- BAVOJDAN, Mozghan Rabani , Afsaneh TOWHIDI a Abbas RAHMATI. The Relationship between Mental Health and General Self-Efficacy Beliefs, Coping Strategies and Locus of Control in Male Drug Abusers. *Addict & Health [online]*. 2011, 3(3-4), 11-118 [cit. 2018-02-26].
- BECK, Aaron T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál, 2005. Spektrum (Portál). ISBN 80-736-7032-1.
- BEČKOVÁ, Ilona a Peter VIŠŇOVSKÝ. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-718-4864-6.

- *BERANT, Ety a Mario MIKULINCER. Rorschach Correlates of Self-Reported Attachment Dimensions: Dynamic Manifestations of Hyperactivating and Deactivating Strategies. Journal of Personality Assessment. Lawrence Erlbaum Associate, 2005, 84(1), 70-81.*
- *BOSMANS, Guy, Caroline BRAET a Leen VAN VLIERBERGHE. Attachment and Symptoms of Psychopathology: Early Maladaptive Schemas as a Cognitive Link?. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2010, 17, 374-385.*
- *BOTH, Lilly E. a Lisa A. BEST. A comparison of two attachment measures in relation to personality factors and facets. Personality and Individual Differences. 2017, 112, 1-5.*
- *BOWLBY, John. Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 356 s. ISBN 978-80-7367-670-4.*
- *BOWLBY, John. Odloučení: kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0076-5.*
- *BOWLBY, John. Ztráta: smutek a deprese. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0355-1.*
- *BOWLBY, John. The Nature of the Child's Tie to his Mother. International Journal of Psycho-analysis[online]. 1958, 39, 1-23 [cit. 2018-01-14].*
- *BRISH, Karl Heinz. Poruchy vztahové vazby: od teorie k terapii. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 311 s. ISBN 978-80-7367-870-8.*
- *BRETHERTON, Inge. The origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology [online]. 1992, 28(5), 759-775 [cit. 2018-01-14].*
- *CALICCHI, John P. Narcotic Addiction and Perceived Locus of Control. Journal of Clinical Psychology[online]. 1972, 499-504 [cit. 2018-02-26].*

- ÇEVİK, Gülşen Büyükşahin a Mehmet Ali YILDIZ. The Roles of Perceived Social Support, Coping, and Loneliness in Predicting Internet Addiction in Adolescents. *Journal of Education and Practice*. 2017, **8**(12), 64-73.
- CVRČKOVÁ, Aneta a Lenka LACINOVÁ. Citová vazba a její hierarchie, sociální opora a somatizační tendence dříve nasazených komбатantů. *E-psychologie: Elektronický časopis ČMPS [online]*. 2017, **11**(3), 1-10 [cit. 2018-01-05].
- DADASHZADEH, Hossein, Tavakol MUSAZADEH a Mehd EBADI-YUSEFI. Attachment styles of patients with major depressive, obsessive-compulsive, and generalized anxiety disorders. *J Anal Res Clin Med*. 2018, **6**(1), 34-42.
- DAVOODIA, Elham, Alainna WENB a Keith S DOBSONC. Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2018, **235**, 82-89.
- DE BERARDIS, Domenico, Michele FORNARO a Laura ORSOLINI. Alexithymia and Suicide Risk in Psychiatric Disorders: A Mini-Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2017, **8**, 1-6.
- DELVECCHIO, Elisa, Daniela DI RISO a Adriana LIS. Adult Attachment, Social Adjustment, and Well-Being in Drug-Addicted Inpatients. *Psychological Reports [online]*. 2016, **118**(2), 587-607 [cit. 2018-02-26].
- DE RICK, Ann, Stijn VANHEULE a Paul VERHAEGHE. Alcohol Addiction and the Attachment System: An Empirical Study of Attachment Style, Alexithymia, and Psychiatric Disorders in Alcoholic Inpatients. *Substance Use & Misuse [online]*. 2009, **44**, 99-114 [cit. 2018-02-26]. ISSN 1532-249.
- DONOVAN, Dennis M., Linda M. RADFORD a Edmund F. CHANET. Perceived Locus of Control as a Function of Level of Depression among Alcoholics and Nonalcoholics. *Journal of Clinical Psychology[online]*. 1977, **33**(2), 582-584 [cit. 2018-02-26].

- EDELSTEIN, Robin. *Adult attachment style and parental responsiveness during a stressful event. Attachment & Human Development [online]. 2004, 6(1), 31-52 [cit. 2018-01-07].*
- EL, Salah, Gaily EL a Taha BASHIR. *High-risk relapse situations and self-efficacy: Comparasion between alcoholics and heroin addicts. Addictive Behaviors [online]. 2004, 29, 753-758 [cit. 2018-02-25].*
- ENGELANDER, Marnie. *Efektivní regulace užívání marihuany: jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí. Praha: Úřad vlády České republiky, c2010. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-041-4.*
- EROGLU, Yuksel. *Interrelationship between Attachment Styles and Facebook Addiction. Journal of Education and Training Studies [online]. 2016, 4(1), 150-160 [cit. 2018-02-26]. ISSN 2324-8068.*
- Experiences in Close Relationships (ECR). *Statistics Solutions [online]. [cit. 2018-09-03]. Dostupné z: <http://www.statisticssolutions.com/experiences-in-close-relationships-ecr/>*
- EYSENCK, Michael W. a Mark T. KEANE. *Kognitivní psychologie. Praha: Academia, 2008. ISBN 978-80-200-1559-4.*
- FONAGY, Peter a Mary TARGET. *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 398 s. ISBN 80-7178-993-3.*
- FRALEY, R. Chris, Marie E. HEFFERNA, Amanda M. VICARY a Claudia Chloe BRUMBAUG. *The Experiences in Close Relationships—Relationship Structures Questionnaire: A Method for Assessing Attachment Orientations Across Relationships. Psychological Assessment. 2011, 23(3), 615-625.*
- GATTAMORTAA, Karina A., Alberto VARELAB a Brian E. MCCABEA. *Psychiatric Symptoms, Parental Attachment, and Reasons for Use as Correlates of Heavy*

Substance Use Among Treatment-Seeking Hispanic Adolescents. *Substance Use & Misuse*. 2017, **52**(3), 392-400.

- GENG, Liuna a Tao JIANG. Relationships among Self-esteem, Self-efficacy, and Faith in People Chinese Heroin Abusers. *Social Behavior and Personality [online]*. 2011, **39**(6), 797-806 [cit. 2018-02-26].
- GEORGE, Carol a Malcolm WEST. *The Adult Attachment Projective Picture System: Attachment Theory and Assessment in aAdultst*. 1. New York: The Guilford Press, 2012. ISBN 978-1-4625-0425-1.
- GOLDMANN, Petr a Tereza SOUKUPOVÁ. Zjišťování sociální orientace pomocí TAT. *Psychologické dny: Já & my a oni: Psychodiagnostika*. 2008, , 1-5.
- GORI, Alessio, Giuseppe CRAPARO a Giuseppe Iraci SARERI. Antisocial and psychopathic personalities in a sample of addicted subjects: Differences in psychological resources, symptoms, alexithymia and impulsivity. *Comprehensive Psychiatry [online]*. 2014, **55**, 1580-1586 [cit. 2018-02-25].
- HLADKÝ, Aleš. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 1993.
- HOSSEINIFARD, Seyed Mehdi a Narjes KAVIANI. Comparing the Early Maladaptive Schemas, Attachment and Coping Styles in Opium and Stimulant Drugs Dependent Men in Kerman, Iran. *Addict Health*. 2015, **7**(1.2), 30-36.
- CHAK, Katherine a Louis LEUNG. Shyness and Locus of Control as Predictors of Internet Addiction and Internet Use. *Cyberpsychology & Behavior [online]*. 2004, **7**(5), 559-570 [cit. 2018-02-26].
- CHALUPA, Bohumír a Věra BROŽOVÁ. *Studie z kognitivní psychologie*. Brno: Littera, 2011. ISBN 978-80-85763-65-2.
- JANOUSŠEK, Jaromír. Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*. XXXV(5), 385-398.

- JEONG, Eui Jun a Doo Hwan KIM. *Social Activities, Self-Efficacy, Game Attitudes, and Game Addiction. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking [online]. 2011, 14(4), 213-221 [cit. 2018-02-26].*
- John Bowlby. *In: Famous Psychologist [online]. 2018 [cit. 2018-01-14]. Dostupné z: <http://www.famouspsychologists.org/>.*
- KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-867-3405-6.*
- KELLY., George A. *The psychology of personal constructs. London: Routledge in association with the Centre for Personal Construct Psychology, 1991. ISBN 02-034-0597-8.*
- KERN, Hans. *Přehled psychologie. Vyd. 3. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-121-2.*
- KIM, EunYoung a Inhyo CHO. *Structural Equation Model of Smartphone Addiction Based on Adult Attachment Theory: Mediating Effects of Loneliness and Depression. Asian Nursing Research [online]. 2017, 11, 92-97 [cit. 2018-02-25].*
- KING, Rosemary a David BEST. *Cognitive functioning and cognitive style among drug users in maintenance substitution treatment. Drugs: education, prevention and policy [online]. 2011, 18(2), 132-139 [cit. 2018-02-26].*
- KLION, Reid E a David T. PFENNINGER. *Personal Construct Psychotherapy of Addictions. 37-43. 1997, 14(1), 37-43.*
- KOVÁŘOVÁ, Marie a Miroslav FILIP. *Deprese z pohledu psychologie osobních konstruktů. Československá psychologie [online]. 2012, LVI(5), 435-447 [cit. 2018-02-26].*
- KUKLOVÁ, Marie. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1101-3.*

- LACINOVÁ, Lenka, Radka MICHALČÁKOVÁ a Zuzana MASOPUSTOVÁ. *Láska je láska: Představy a zkušenosti patnáctiletých adolescentů. E-psychologie: Elektronický časopis ČMPS [online]. 2008, 2(3) [cit. 2018-01-21].*
- LACINOVÁ, Lenka. *Dotazník rodičovského přijetí a odmítnutí/kontroly: Recenze metody. Testforum [online]. 2014, (4), 1-21 [cit. 2018-01-07].*
- LACINOVÁ, Lenka. *Citová vazba v partnerských vztazích: Current Relationship Interview. Testforum [online]. 2015, (6), 39-46 [cit. 2018-01-05].*
- LEČBYCH, Martin a Klára POSPÍŠILÍKOVÁ. *Česká verze škály experiences in Close Relationships (ECR): pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. E-psychologie: Elektronický časopis ČMPS [online]. 2012, 6(3), 1-11 [cit. 2018-01-05].*
- LEČBYCH, Martin. *Rorschachova metoda: integrativní přístup k interpretaci. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5834-3.*
- LEVITT, Ash a Kenneth E. LEONARD. *Insecure Attachment Styles, Relationship-Drinking Contexts, and Marital Alcohol Problems: Testing the Mediating Role of Relationship-Specific Drinking-to-Cope Motives. Psychology of Addictive Behaviors [online]. 2015, 29(3), 696-705 [cit. 2018-02-26].*
- LEVY, Kenneth, Wesley SCALA a Tracy CLOUTHIER. *An Attachment Theoretical Framework for Personality Disorders. Canadian Psychology [online]. 2015, 56(2), 197-207 [cit. 2018-01-21].*
- LIBIGER, Jan a Cyril HÖSCHL. *Psychiatrie. 2., dopl. a opr. vyd. Praha: Tigris, 2004. ISBN 80-900-1307-4.*
- LICHTENSTEIN, Mia Beck, Erik CHRISTIANSEN a Ask ELKLIT. *Exercise addiction: A study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. Psychiatry Research [online]. 2014, (215), 410-416 [cit. 2018-02-25].*

- LJUNGHOLM, Doina Popescu. *Workaholic Behavior Patterns in Organizations. Linguistic and Philosophical Investigations [online]. 2015, 14, 7-12 [cit. 2018-02-26]. ISSN 1841-2394.*
- LU, Feng-Ying a Si WEN. *Self-concept mediate the relationship between childhood maltreatment and abstinence motivation as well as self-efficacy among drug addicts. Addictive Behaviors [online]. 2017, 68, 52-58 [cit. 2018-02-25].*
- MALLICK, Jane a Mike WATTS. *Personal Construct Theory and constructivist drug education. Drug and Alcohol Review [online]. 2007, 26, 595-603 [cit. 2018-02-26].*
- Mary Ainsworth. *In: Famous Psychologist [online]. 2018 [cit. 2018-01-14]. Dostupné z: <http://www.famouspsychologists.org/>.*
- MASON, Oliver 1, Helen PLATTS a Mary TYSON. *Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2005, 78, 549-564.*
- MC DONNELL, Emma, David HEVEY a Mathew MCCAULEY. *Exploration of Associations Between Early Maladaptive Schemas, Impaired Emotional Regulation, Coping Strategies and Resilience in Opioid Dependent Poly-Drug Users. Substance Use & Misuse. 2018, 53(14), 2320-2329.*
- MCGILLIVRAY, Lauren, Rodrigo BECERRA a Craig HARMS. *Alexithymia stability and therapeutic outcome in an Australian psychiatric outpatient sample. Clinical Psychologist. 2018, , 1-10.*
- MCLEAN, Heather R., Heidi N. BAILEY a Margaret N. LUMLEY. *The secure base script: Associated with early maladaptive schemas related to attachment. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2014, 87, 425-446.*
- MEDALOVÁ, Kristína a Roman PROCHÁZKA. *Rané maladaptívne schémy, attachment a stratégie zvládania stresu u klinickej a neklinickej populácie. E-*

psychologie: Elektronický časopis ČMPSP [online]. 2014, 8(4), 11-22 [cit. 2018-01-05].

- *Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1.*
- *MIKULINCER, Mario a Phillip R. SHAVER. Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change. Second edition. New York: Guilford Press, 2016. ISBN 978-146-2525-546.*
- *MILLER, Geraldine A. Adiktologické poradenství. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-765_3.*
- *MIOVSKÝ, Michal. LSD a jiné halucinogeny. Boskovice: Albert, 1996. ISBN 80-858-3435-9.*
- *MIOVSKÝ, Michal. Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.*
- *MORGAN, Wesley G. Origin and History of the Thematic Apperception Test Images. Journal of Personality Assessment. [online]. 1995, roč. 65, č. 2 [cit. 2018-05-1], s. 237-254. ISSN 1532-7752.*
- *MRAVČÍK, Viktor, Pavla CHOMYNOVÁ a Kateřina GROHMANNOVÁ. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2017. ISBN 978-80-7440-200-5.*
- *NACHTIGALL, W. Biological mechanisms of attachment the comparative morphology and bioengineering of organs for linkage, suction, and adhesion. Berlin: Springer-Verlag, 1974. ISBN 35-400-6550-4.*
- *NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.*

- NG, Ho-Yee. Drug Use and Self-organization: A Personal Construct Study of Religious Conversion in Drug Rehabilitation. *Journal of Constructivist Psychology*. 2002, **15**, 263-278.
- OGRODNICZUK, John S., Ingrid SOCHTING a William E PIPER. A naturalistic study of alexithymia among psychiatric outpatients treated in an integrated group therapy program. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2012, **85**, 278-291.
- PÁLENÍČEK, Tomáš, Pavel KUBŮ a Viktor MRAVČÍK. *Nové syntetické drogy: Charakteristika a hlavní rizika*. Praha: Úřad vlády ČR, 2004. ISBN 80-86734-26-9.
- PAROLIN, Micol a Alessandra SIMONELLI. *Attachment Theory and Maternal Drug Addiction: The Contribution to Parenting Interventions*. *Frontiers in Psychiatry [online]*. 2016, 7 [cit. 2018-02-25].
- PAVELOVÁ, Luba. Relationship Problems in a Family System and with People outside a Family as an External Motivator in Addicted Clients before Entering a Resocialization Centre. *International Multidisciplinary Scientific Conferences on Social Sciences and Arts*. 2014, , 351-359.
- PAWA, Duangta Pawa a Chitlada AREESANTICHAJ. *Effectiveness of the behavior change intervention to improve harm reduction self-efficacy among people who inject drugs in Thailand*. *Psychology Research and Behavior Management [online]*. 2016, 9, 247-252 [cit. 2018-02-25].
- PAZ, Clara, Olga PUCURULL a Guillem FEIXAS. Change in Symptoms and Personal Construct Structure in Anxiety Disorders: A Preliminary Study on the Effects of Constructivist Therapy. *Journal of Constructivist Psychology*. 2016, **29**(3), 231-247.
- PEŠEK, Roman, Ján PRAŠKO a Petr ŠTÍPEK. *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0501-2.

- *PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER. Psychologie dítěte. Vyd. 5. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-798-5.*
- *PLHÁKOVÁ, Alena. Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-200-1499-3.*
- *PORRECA, Alessio, Francesca DE PALO a Alessandra SIMONELLI. Attachment Representations and Early: A Case Study of Four Women with Distinct Adult Attachment Interview Classifications. *Frontiers in Psychology* [online]. 2016, 7, 1-11 [cit. 2018-02-26]*
- *PÖTHE, Petr. Emoční poruchy v dětství a dospívání. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4585-5.*
- *PRAŠKO, Ján. Poruchy osobnosti. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-558-5.*
- *PREISS, Marek a Jaro KŘIVOHLAVÝ. Trénování paměti a poznávacích schopností. Praha: Grada, 2009. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2738-7.*
- *RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK. DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.*
- *RAFI, Mahdi Abdolazadeh, Narges ADIBSERESHKI a Maryam Hasanzadeh AVAL. The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in Relationships of Emotional Maltreatment and Emotional Disorders. *European Journal of Mental Health*. 2017, 12, 104-115.*
- *REED, Stephen K. Cognition theories and applications. 9th ed. Australia: Wadsworth Cengage Learning, 2010. ISBN 978-113-3492-283.*
- *REILLY, Patrick M. a Karen Lea SEES. Self-Efficacy and Illicit Opioid Use in a 180-Day Methadone Detoxification Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. 1995, 63(1), 158-162 [cit. 2018-02-26].*

- REN, Zhen a Defengfeng WANG. Implicit and Explicit Measures of Adult Attachment to Mothers in a Chinese Context. *Social Behavior and Personality*. 2011, **39**(5), 701-712.
- ROELOFS, Jeffrey, Linda ONCKELS a Peter MURIS. Attachment Quality and Psychopathological Symptoms in Clinically Referred Adolescents: The Mediating Role of Early Maladaptive Schema. *J Child Fam Stud*. 2013, **22**, 377-385.
- ROSS, Lloyd. *Heroin Addiction and Cognitive Style: Disembedding Performance in the Male Heroin Addict*. *British Journal of Addiction* [online]. 1979, 74, 51-56 [cit. 2018-02-26].
- ROSS, Wesley F. a Juris I. BERZINS. *Locus of Control among Opiate Addicts*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. 1973, 40(1), 84-91 [cit. 2018-02-26].
- RUPPERT, Franz. *Symbióza a autonomie: traumata z narušeného systému rodinných vazeb*. Praha: Portál, 2011. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0004-8.
- SENOMARCI, Omer a Guliz SENOMARCI. *Attachment and family functioning in patients with Internet addiction*. *General Hospital Psychiatry* [online]. 2014, 36, 203-207 [cit. 2018-02-25].
- SHAFIEI, Ebrahim, Agha Fatemeh HOSEINI a Farnaz PARSAEIAN. *Relapse Coping Strategies in Young Adults Addicts: A Quantitative Study in Iran*. *Indian Psychiatric Society* [online]. 2016, 38(1), 46-49 [cit. 2018-02-26].
- SHAGHAGHY, Farhad, Majid SAFFARINIA a Mohadeseh IRANPOOR. *The Relationship of Early Maladaptive Schemas, Attributional Styles and Learned Helplessness among Addicted and Non-Addicted Men*. *Addict & Health* [online]. 2011, 3(1-2), 45-52 [cit. 2018-02-26].
- SCHINDLER, Andreas, Rainer THOMASIUS a Kay PETERSEN. *Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid,*

ecstasy and cannabis abusers. Attachment & Human Development [online]. 2009, 11(3), 307-330 [cit. 2018-02-26].

- SKÁLA, Jaroslav. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost. Praha: Avicenum, 1986.*
- SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum, 1987.*
- SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie : diagnostika. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996. ISBN 80-858-0033-0.*
- SOUKUPOVÁ, Tereza; GOLDMANN, Petr. *Westenova škála SCORS v Tematicko apersepcním testu. Rorschach a projektivní metody: ročenka České společnosti pro Rorschacha a projektivní metody. 2007, roč.3, s. 161- 174.*
- STANOJEVIĆ, Tatjana Stefanović a Jasmina NEDELJKOVIĆ. *Attachment Patterns from the Perspective of Early Maladaptive Schemas. Ljetopis socijalnog rada. 2012, 19(1), 95118.*
- STEELE, Miriam, Jill HODGES a Jeanne KANIUK. *Mental Representation and Change: Developing Attachment Relationships in an Adoption Context. Psychoanalytic Inquiry. 2010, 30, 25-40.*
- STERNBERG, Robert J. *Kognitivní psychologie. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-638-4.*
- ŠLEPECKÝ, Miloš, Ján PRAŠKO, Antónia KOTIANOVÁ a Jana VYSKOČILOVÁ. *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: nové směry. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1340-6.*
- THOMPSON, Geoff. *A Meaning-Centered Therapy for Addictions. Int J Ment Health Addiction [online]. 2012, 10, 428-440 [cit. 2018-02-26].*
- UNTERRAINER, Human-Friedrich, Michaela HIEBLER-RAGGER a Karl KOSCHUTNIG. *Addiction as an Attachment Disorder: White Matter Impairment Is Linked to Increased Negative Affective States in Poly-Drug Use. Frontiers in Human Neuroscience [online]. 2017, 11, 1-11 [cit. 2018-02-26].*

- *URBAN, Eduard. Toxikománie. Praha: Avicénum, 1973.*
- *VACEK, Jaroslav. Identifikace a řešení rizik spojených s hraním hazardních her: příručka pro obce a jejich zastupitele. Praha: Úřad vlády České republiky, c2014. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-102-2.*
- *VAVRDA, Vladimír. Otázky soudobé psychoanalýzy: tradice a současnost. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2005, 223 s. ISBN 80-7106-672-9.*
- *VRTBOVSKÁ, Petra. Attachment, poruchy attachmentu a léčení. Tišnov: Scan, 2010. ISBN 80-866-2020-4.*
- *WEDEKIND, Dirk, Borwin BANDELOW a Soren HEITMANN. Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy [online]. 2013, 8(1), 1-7 [cit. 2018-02-26].*
- *WOLT, Richard a Peter HALAMA. Zmena vzťahovej vazby u pacientov so závislosťou od psychoaktívnych látok počas liečby. Česká a slovenská psychiatrie. 2017, 113(5), 211-216*
- *WYRZYKOWSKA, Ewa, Karolina GLOGOWSKA a Kinga MICKIEWITZ. Attachment relationships among alcohol dependent persons. Alkoholizm i Narkomania [online]. 2014, 27(2), 145-161 [cit. 2018-02-25].*
- *YOUNG, Lance Brendan. Personal Construct Theory and the Transformation of Identity in Alcoholics Anonymous. Int J Ment Health Addiction [online]. 2011, 9, 709-722 [cit. 2018-02-26].*
- *ZEID, Dana, Joshua CARTER a Marc A. LINDBERG. Comparisons of Alcohol and Drug Dependence in Terms of Attachments and Clinical Issues. Substances&Misus [online]. 2017, 1-8 [cit. 2018-02-25]. ISSN 1532-2491. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1319865>.*

