



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

***Attachment a copingové strategie u klinické
populace***

*Attachment and Coping Strategies in a
Clinical Sample*

Vypracovala: Andrea Slabá
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Bc. Sylvie Koubalíková, Ph.D.

České Budějovice
2018

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 27. 4. 2018

Podpis studenta.....

Poděkování

Velké poděkování v této práci patří mé vedoucí práce Mgr. et Mgr. Bc. Sylvii Koubalíkové, Ph.D. za odborné vedení, konzultace a cenné rady pro zpracování celé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Janu Hynkovi za odborné konzultace pro statistické zpracování dat v empirické části. Dále Psychiatrické léčebně Červený Dvůr za poskytnutí prostoru pro realizaci výzkumu, konkrétně primáři MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi, asistentce ředitele PhDr. Editě Svobodové a staničním sestřám oddělení A, B, C. V neposlední řadě děkuji všem respondentům, kteří se mého výzkumu zúčastnili.

Abstrakt

Bakalářská práce si klade za cíl popsat druhy attachmentu u klinické, následně i neklinické, populace a porovnat je s používanými copingovými strategiemi. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 111 respondentů ve věku 20-64 let. Tento vzorek je rozdělen na klinickou (lidé se závislostí) a neklinickou skupinu. Typ attachmentu byl zjišťován pomocí dotazníku ECR-CZ. Dotazník SVF 78 byl využit pro zjištění používaných copingových strategií ve stresových situacích. Výsledky výzkumu ukázaly, že existují rozdíly mezi uvedenými skupinami v typech vyskytujícího se attachmentu. Dalším zjištěním bylo, že bojácný vyhýbavý typ attachmentu se nejvíce odlišuje od ostatních typů ve využívání strategií zvládnutí zátěže. Více se pojí s používáním negativních copingových strategií a méně s pozitivními. Neexistuje signifikantně významný rozdíl mezi skupinami v druhu využívaných copingových strategií.

Klíčová slova: attachment, copingové strategie, klinická populace, neklinická populace

Abstract

This bachelor thesis aims to describe various types of attachment of clinical and non-clinical population and compare them with recent coping strategies. The statistical sample consists of 111 respondents aged between 20 and 64 years. This sample is further divided into a clinical group (respondents suffering from addiction) and a non-clinical group. ECR-CZ questionnaire was used in order to inspect the particular type of attachment. Concerning stress situations coping strategies, we used SVF-78 questionnaire. The results have shown that there occur differences between the types of attachment of clinical group and non-clinical group. We also discovered that fearful - avoidant type of attachment differs the most. Respondents from this group tend to use rather negative coping strategies whilst avoiding positive coping strategies. There was no statistically significant difference between groups concerning the usage of different types of coping strategies.

Key words: attachment, coping strategies, clinical sample, non-clinical sample

Obsah

Abstrakt.....	4
Abstract.....	5
Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1.Attachment.....	11
1.1.Definice attachmentu a vymezení pojmu.....	11
1.2.Teorie attachmentu	11
1.2.1.Psychoanalytická teorie	11
1.2.2.Teorie učení	11
1.2.3.Kognitivně-vývojová teorie	12
1.2.4. Etologické teorie	12
1.2.5. Teorie Johna Bowlbyho	14
1.2.6.Teorie Mary Ainsworth	14
1.2.7.Teorie Mary Main	17
1.3.Typy attachmentu	17
1.3.1.Typ B - jistý attachment.....	17
1.3.2.Typ A - nejistý attachment vyhubavý	18
1.3.3.Typ C - nejistý attachment ambivalentní	19
1.3.4.Typ D - dezorganizovaný-dezorientovaný attachment	19
1.3.5.Reaktivní attachment	20
1.3.6.Žádný attachment.....	20
1.4.Vnitřní pracovní modely	21
1.4.1.Raná maladaptivní schémata.....	21
1.5.Ontogeneze citové vazby u člověka.....	22
1.5.1.Vývojové fáze utváření attachmentu v raném dětství	23
1.5.2.Vývoj sociálních vazeb v dětství	24
1.5.3.Styly citové vazby v dospělosti (stavy mysli).....	25
1.6.Diagnostika citové vazby u dospělých.....	27
1.6.1.Adult Attachment Interview (AAI).....	27
1.6.2.Adult Attachment Projective (AAP).....	29
1.6.3.Dotazníkové metody a škály	29
2.Zvládání stresu.....	30
2.1.Zátěžové situace.....	30
2.2.Stresory	30
2.3.Coping.....	31
2.3.1.Vymezení pojmu „coping“	31

2.3.2.Úrovně copingu.....	31
2.3.3.Vývojové konceptualizace copingu	33
3.Copingové styly a strategie.....	34
3.1.Copingové strategie	34
3.1.1.Psychoanalytický a psychodynamický přístup	34
3.1.2.Fyziologický přístup	34
3.1.3.Transakční přístup.....	35
3.2.Teorie copingových strategií	37
3.2.1.Copingové strategie zaměřené na problém / zaměřené na emoce.....	37
3.2.2.Rozdělení copingových strategií dle Janke a Erdmann	38
3.3.Obranné reakce	40
3.4.Copingové strategie a attachment	41
EMPIRICKÁ ČÁST	43
4.Metodologický rámec	44
4.1.Cíl výzkumu.....	44
4.2.Výzkumné otázky a hypotézy	44
4.2.1.Výzkumné otázky a hypotézy	44
5.Užitá metodika.....	45
5.1.Typ výzkumu	45
5.2.Popis použitých metod.....	45
5.2.1.ECR, ECR-CZ	45
5.2.2.SVF 78	47
6.Průběh výzkumu a etické aspekty.....	48
6.1.Výzkumný vzorek.....	48
6.2.Etické aspekty	49
6.3.Sběr dat	49
7.Výsledky výzkumu	50
7.1.Popisné statistiky	50
7.2.Výzkumná otázka 1	53
7.3.Výzkumná otázka 2	56
8.Diskuze	60
8.1.Diskuze výsledků.....	60
8.2.Limity výzkumu.....	64
8.3.Výzkumná doporučení.....	65
8.4.Praktické přínosy	66
9.Závěr	67
Zdroje:.....	68

Seznam obrázků.....	74
Seznam tabulek.....	74
Seznam příloh.....	75
Přílohy.....	76

Úvod

K tématu této bakalářské práce mě vedl stoupající osobní zájem o fenomén attachment. V práci s dětmi z výchovných institucí si stále více uvědomuji důležitost „zdravé“ rané citové vazby, která ovlivňuje nejen aktuální chování, myšlení a jiné funkce nebo procesy, ale také následný vývoj jedince. Přemýšlím nad možnými následky, které může způsobit nejistá citová vazba v chování jedince v dospělosti. Pokládám si otázku, do jakých všech oblastí zasahuje, a zda může souviset s jednáním ve stresových situacích.

Dnešní doba klade na jedince ve společnosti poměrně vysoké nároky a ti se opakovaně mohou vyskytovat v zátěžových situacích. Zamýšlím se nad faktem, do jaké míry může souviset řešení stresových situací s typem citové vazby, kterou si v dětství utvoříme.

V této práci se zaměříme na výše uvedená dvě témata, o která je opřena empirická část. Hlavní cílovou skupinou, u které bude výzkum probíhat, je klinická populace, konkrétněji lidé s diagnózami spadajícími pod závislosti. Závislost může být únikem z reality, a tedy negativním řešením zátěžové situace. Zajímá nás, jestli existuje nějaká spojitost mezi typem attachmentu a následným využíváním určitého typu copingových strategií v dospělosti, a zda se závislí lidé odlišují od neklinické populace. Zamýšlím se nad možností, jestli nejistý attachment může ovlivnit jedince v používání negativních strategií zvládnání ve stresové situaci a naopak, zda jistý attachment podporuje řešení zátěžových situací pozitivními způsoby.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Attachment

1.1. Definice attachmentu a vymezení pojmu

Termín attachment se do české literatury překládá jako *přimknutí, přilnutí, připoutání se* k pečující osobě, *citová* nebo *vztahová vazba*. Všechny tyto pojmy nám naznačují specifický vztah mezi dítětem a jeho pečovatelem, nejčastěji matkou (Vrtbovská, 2010). Bowlby (1969 in Kulísek, 2000, str.: 406) attachment definuje jako „trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu“. Dle jeho teorie jsme biologicky naprogramováni pro vyhledávání citového vztahu od raného dětství (Bowlby, 2010).

1.2. Teorie attachmentu

Shaffer a Kipp (2010) popsali tři stěžejní proudy, které definují attachment z různých rovin. Poznatky těchto proudů byly základem pro další vědce v oblasti zkoumání citového pouta. Každý psychologický směr popisuje utváření citového pouta jiným způsobem a zakládá ho na jiných předpokladech.

1.2.1. Psychoanalytická teorie

Jako první bychom uvedly psychoanalytickou teorii attachmentu: „*Miluji Tě, protože mne krmíš*“. Vychází z poznatků Freuda (Mitchell & Black, 1999), především z jeho předpokladů pudových potřeb. Dle Freuda se citové pouto u dítěte utváří na základě ukojení hladu a orální stimulace, která je v kojeneckém období velmi důležitá. Nejčastěji jsou to matky, které své děti krmí, a tak je přirozené, že právě ony se stávají primární osobou, která poskytuje lásku a bezpečí. Děje se tomu tak, pokud je matka při poskytování potravy k dítěti velkorysá a v osobní pohodě (Gross, 2010; Schaffer & Kipp, 2010). Tento předpoklad později vyvrátil etolog Harlow (1958) (viz. kapitola 1.2.4.).

1.2.2. Teorie učení

Druhá je teorie učení: „*Miluji Tě, protože mne oceňuješ*“. Zčásti navazuje na psychoanalytickou teorii, ve které je kladen důraz pouze na krmení. V této koncepci je kladen důraz nejen na přijímání potravy jako takové, ale především na procesy, které se během krmení odehrávají. Prvním je pozitivní odezva dítěte, které je krmeno. Směje se na pečující osobu, je klidné a spokojené. Druhým sledovaným procesem je taktilní stimulace kojence matkou. Doteky, hlazení, vokalizace, vyjadřování osobního kontaktu je pro dítě velmi důležité, cítí pocit bezpečí, který se každým dalším kontaktem posiluje. Oba faktory

pomáhají k utváření zdravého citového pouta mezi dítětem a matkou (Sears, 1963). I u této teorie můžeme zmínit etologa Harlowa (1958) a jeho experiment s opicemi, při kterém mláďata volila plyšovou (taktilně stimulující) matku, před matkou poskytující potravu (Schaffer & Kipp, 2010).

1.2.3. Kognitivně-vývojová teorie

Kognitivně-vývojová teorie: „*K tomu abych Tě začal milovat, musím vědět, že tu pro mne budeš vždy*“. Tato teorie říká, že schopnost dítěte navazovat citový vztah závisí na úrovni jeho kognitivního vývoje. Jako první musí dítě pochopit stálost objektů a začít rozlišovat mezi osobami blízkými a cizími, poté je schopno utvářet attachment s lidmi, kteří o něj pečují. Náznaky takového chování se objevují okolo 7. měsíce vývoje dítěte, kdy se dle Piageta (1970 in Vágnerová, 2012) jedinec nachází ve čtvrtém substadiu - senzomotorickém stadiu vývoje, ve kterém je typické hledání schovaných objektů. (Schaffer & Kipp, 2010).

Přestože každá z těchto teorií byla odmítnuta jako neúplná, poskytly fakta, pro formulace dalších teorií attachmentu. Nabízí nám pochopení jevů, které se v průběhu utváření citového pouta uplatňují, nebo faktorů, které mají formativní vlivy. V návaznosti na tyto tři teorie nesmíme opomenout poznatky z oboru etologie, které se také pojí s vazebným chováním (Schaffer & Kipp, 2010).

1.2.4. Etologické teorie

Předpoklad pro etologické zkoumání živočichů je, že všichni se rodí již s naprogramovanými vzorci chování, které ovlivňují různé vývojové aspekty včetně attachmentu. Výzkumníci pracovali s myšlenkami, že každý živočich se chová v rámci svého druhu stejně v důsledku evoluce. Nejvýznamnějším etologickým poznatkem byla Darwinova evoluční teorie (Bowler, 1996; Bowlby, 2010).

1.2.4.1. Imprinting

Imprinting byl pojmenovaný etologem Lorenzem (1937). Jedná se o geneticky naprogramovaný typ učení, při kterém pouze jediná expozice podnětu vede živočicha k trvalému uložení si mentální reprezentace do paměti. Imprintace probíhá pouze časně po narození, je to automatické chování, které je ireverzibilní (Schaffer & Kipp, 2010). Byl proveden výzkum u mláďat hus, dále i kachen, kdy výzkumníci sledovali specifické chování těchto zvířat. Pokud člověk pečoval o čerstvě vylíhnuté mládě a zamezil přístupu jedinců

téhož druhu, navyklo si na něj natolik, že po 24 hodinách bylo toto chování již nevrátne. Mládě se navázalo na pečující osobu a poté, co bylo vráceno zpět mezi jedince svého druhu, se nedokázalo adaptovat. Z výsledku bylo patrné, že mládě si imprintuje do paměti první objekt, který uvidí. Ve zvířecí říši je tento jev velmi důležitý, jelikož rodiče jsou zdrojem ochrany, obživy a vzorců chování. Stejně tak je tomu i u lidí. V tomto směru navazuje Lorenz (1937) na Darwinovu teorii přirozeného výběru (Bowler, 1996). Mládě, které se z nějakého důvodu nenaváže na svou matku, nejspíš v přírodě nepřežije (Schaffer & Kipp, 2010). Z moderních poznatků můžeme usuzovat, že vazebné chování u dětí se utváří daleko pomaleji než u ptáků, u kterých tento jev popsal Lorenz (1937), ale můžeme zde vidět některé souvislosti spojené s imprintingem. Vývoj vazebného chování u ptáků i člověka se může dít podobným způsobem. U obou může být dílčím faktorem imprinting, avšak nesmíme opomenout mnoho dalších vývojových faktorů, které se na vytvoření vztahové vazby podílejí (Bowlby, 2010; Lorenz, 1937).

1.2.4.2. Vazebné chování

Harlow (1958), který zkoumal vazebné chování u opic, předpokládal, že vazba k matce se utváří pouze na základě přijímání potravy, a na tomto předpokladu realizoval svůj experiment. Mláďata makaků preferovala figurínu příjemnou na dotek bez poskytování potravy, na rozdíl od drátěné „matky“ poskytující láhev mléka. Při jakékoliv mimořádné či stresové situaci okamžitě vyhledala „plyšovou“ matku, u které vnímala pocit bezpečí. K drátěné matce, která poskytovala potravu, se přibližovala pouze k ukojení potřeby hladu. Výsledky výzkumů nepotvrzují Harlowův předpoklad, že attachment se utváří pouze na základě uspokojení potřeby hladu (Harlow, 1958; Harlow & Zimmerman, 1959). Po ukončení výzkumu experimentátor řekl: „Jsem nyní zcela přesvědčen o tom, že u opic neexistuje adekvátní náhrada za matku v raném období socializačního procesu“ (Bowlby, 2010, str.: 151). Tímto dal výzkumník najevo, že postava matky je ve vývoji jedince velmi důležitá, a také vyvrátil poznatky psychoanalytické teorie, že se citová vazba utváří z větší části na základě orální stimulace (Schaffer & Kipp, 2010).

Současná etologie popisuje, jako nejpřijatelnější vysvětlení vzniku attachmentu, chování, označující upevňování citové vazby a všeobecnou způsobilost jedince, jehož způsob reprodukce je charakterizovaný složitými rodičovskými investicemi (Hess & Petrovich, 2000). Vzhledem k fenoménu attachmentu etologická teorie říká, že intenzivní behaviorální tendence zajišťují citovou vazbu a ta dále zajišťuje přežití dětí (Schaffer & Kipp, 2010).

1.2.5. Teorie Johna Bowlbyho

V roce 1957 publikoval Bowlby (2010) příspěvek na téma attachment v časopise Britské Psychoanalytické Společnosti a díky této publikaci je považován za zakladatele celé teorie. Svoji teorii primárně stavěl na empirickém pozorování dětí, jak se v určitých situacích chovají. Snažil se popsat vzorce chování v raném dětství, které se pravidelně opakují, a na jejich základě předpovědět možné vzorce chování v budoucnosti a dopad na osobnost jedince. Používal *prospektivní postup*, výchozím bodem pro další zkoumání pro něj nebyl konkrétní symptom nebo syndrom, ale určitý zážitek, který měl patogenní vliv na osobnost jedince. Je rozdílný od tradičního psychoanalytického přístupu, kde je výchozím bodem onen symptom nebo syndrom a *retrospektivně* utvářené hypotézy o minulých událostech. Patogenním činitelem v této souvislosti může být ztráta pečující osoby v raném dětství (Bowlby, 2010). Bowlby se neztotožňoval s psychoanalytickou ani behavioristickou teorií, vnímal, že ani jedna z teorií není úplná při popisování citového přilnutí, a proto začal vyvíjet svou vlastní. Inspiroval se hlavně biologickými a etologickými poznatky, viz. kapitola 1.2.4. (Schaffer & Kipp, 2010).

Prvním podnětem pro zkoumání citové vazby byla pro Bowlbyho práce v ústavu pro delikventní mládež. Tam se setkával s emočně deprivovanými jedinci, s dětmi, které přišly o matku ve velmi raném věku, a nebo s těmi, které nikdy pečující osobu neměli. Zdůrazňoval závažnost psychické deprivace, která měla větší důsledky než deprivace ekonomická, nebo podvýživa. Kvalita mateřské péče v dětství ovlivňuje duševní zdraví jedince v budoucnosti (Bowlby, 1952, 2005, 2010). Způsob, jakým se dítě citově navazuje na nejbližší osoby, se ustaluje kolem pátého roku věku jako *vnitřní pracovní model*, který využívá při navazování kontaktu s lidmi po celý zbytek života (Becker-Weidman & Shell, 2005).

1.2.6. Teorie Mary Ainsworth

Ainsworth velmi úzce spolupracovala s Bowlbym při formulování teorie citové vazby. Je autorkou metody '*Strange Situation Test*' (test neobvyklé situace), která bude detailněji popsána v další kapitole. Ainsworth se zaměřovala na interakce mezi dítětem a pečovatelem. (Bowlby, 2010, Ainsworth & kol., 1978).

1.2.6.1. *Strange Situation Test* (test neobvyklé situace)

Metoda byla vyvinuta již zmíněnou Ainsworth (1978) v roce 1969 a v budoucnu byla rozpracována dalšími autorkami, např.: Main a Solomon (2011). Tato výzkumná metoda

byla používána u dětí ve věku 1 - 2 roky, zjišťovala typ attachmentu a vazebné chování s matkou. Z mnohačetných opakování měření vyvodila Ainsworth tři typy attachmentu: typ B - vazba jistá, typ C - vazba nejistá ambivalentní/rezistentní a typ A - vazba nejistá vyhýbavá. Metoda byla prováděna v laboratorním prostředí a později i v domácích podmínkách kvůli větší ekologické validitě. Pokud bylo dítě testováno v neznámém prostředí, byly výsledky zkreslovány pláčem, který nesouvisel s attachmentem, ale právě s neznámostí místnosti (Ainsworth & kol., 1978). Průběh experimentu je uveden v Tabulce 1 a je koncipovaný na 21 minut.

Tabulka 1

Průběh experimentu 'Strange Situation Test' (Schaffer & Kipp, 2010, str. 455).

Číslo fáze	Doba trvání fáze	Popis fáze	Sledované attachmentové chování
1.	30 sekund	Experimentátor uvádí dítě s rodičem do herny a odchází.	
2.	3 minuty	Rodič sedí, zatímco si dítě hraje.	Rodič jako bezpečná základna.
3.	3 minuty	Do místnosti vchází cizinec, posadí se a hovoří s rodičem.	Úzkost z cizince.
4.	3 minuty	Rodič odchází, cizinec dítěti nabízí utěšení, pokud je rozrušené.	Separáční úzkost.
5.	3 minuty	Rodič se vrací, zdraví dítě a nabízí utišení, pokud je rozrušené. Cizinec odchází.	Uvítací chování po znovushledání.
6.	3 minuty	Rodič odchází.	Separáční úzkost.
7.	3 minuty	Přichází cizinec a nabízí utěšení.	Schopnost být uklidněno cizincem.
8.	3 minuty	Rodič se vrací, zdraví dítě, uklidňuje ho, pokud je to potřeba. Snaží se ho zaujmout hrou s hračkami.	Uvítací chování po znovushledání.

Klasifikace vazebného stylu se hodnotí na základě pěti typů chování směrem k matce, v epizodách 2, 3, 5, 8 a směrem k cizí osobě v epizodách 3, 4, 7 (Ainsworth, & Bell, 1970).

Prvním hodnoceným chováním je *vyhledávání blízkosti k matce (proximity and contact seeking)*. Do této kategorie se řadí aktivní chování, vyhledávání matky, potřeba haptického kontaktu (objímání), vokalizační projevy a pláč (Schaffer & Kipp, 2010).

Druhým typem je *udržování kontaktu (contact maintaining)*. Toto je situace, kdy už dítě navázalo kontakt a snaží se v něm pokračovat. Můžeme pozorovat držení se matky, objímání, uchopování ruky a pokud dítě kontakt ztratí, otáčí se směrem k pečující osobě, natahuje se a snaží se znovu kontakt navázat. Toto chování je často doprovázeno hlasovými projevy (Schaffer & Kipp, 2010).

Třetím typem chování je *vyhýbání se blízkosti a kontaktu (proximity and interaction avoiding)*. Sledujeme reakce dítěte, když osoba přichází zpět do místnosti a na této škále skórujeme, pokud dítě projevuje nezáměr o osobu, ignoruje ji, odvrací se od ní nebo odchází i přesto, že se přichozí snaží upoutat pozornost (Schaffer & Kipp, 2010).

Čtvrtým hodnoceným typem chování je *rezistence kontaktu a utěšování (contact and interaction resisting, comforting)*. Chování dítěte zahrnuje vztek, snaží se dospělou osobu odstrčit, uhodit, kopnout, samo spadne na zem, hlasitě naštvane křičí, vzteká se, dupe do země, zuří. Pokud se dospělá osoba snaží navázat kontakt přes hračky, dítě je odmítá, odhazuje na zem, ničí nebo je uhodí (Schaffer & Kipp, 2010).

Posledním hodnoceným typem chování je *prozkoumávání/vyhledávání (search behaviour)*. Všimáme si, jak dítě prozkoumává místnost, přesouvá se po místnosti, hraje si s hračkami, rozhlíží se kolem sebe, následuje matku ke dveřím, když odchází, bouchá na dveře, přemísťuje se k matčině židli, na které předtím seděla, pláče, směje se. Tento typ chování se sleduje v epizodách separace, kdy matka odchází, jsou jimi části 4, 6, a 7 (Schaffer & Kipp, 2010).

Výzkumník hodnotí těchto pět typů chování na sedmibodové škále každých 15 vteřin a zaznamenává jejich intenzitu. Hodnotí se v těchto rysech: intenzita pozorovaného chování, jeho frekvence, trvání a latence. Sleduje se také chování samo o sobě (kvalitativně). Na základě skórování těchto behaviorálních projevů se určuje typ attachmentu A, B, C (Ainsworth, & Bell, 1970; Ainsworth, & kol., 1978; Schaffer & Kipp, 2010).

Ainsworth (1978) navrhla *hypotézu citlivosti pečující osoby*, jako vysvětlení pro různé typy vazeb. Velmi záleží na senzitivitě a citech opatrovníka, které dítěti vyjadřuje a také na jeho chování. Citlivé matky více naplňují potřeby svých dětí, bezprostředně reagují na jejich

pocity a nálady. Tyto děti jsou pak jistě přimknuté. Oproti tomu, matky, které jsou méně citlivé ke svým dětem, které nereagují adekvátně na signály dítěte nebo naplňují jiné potřeby než ty, které v danou chvíli dítě vyžaduje, mají častěji nejistý typ attachmentu.

Studie (2011) zjistila, že matky, které jsou citlivější, dovolují svým dětem otevřeněji reagovat na separaci, a to je jedním z možných pilířů utváření jisté vazby. Matky kojenců s rezistentním typem attachmentu jsou často citlivé, ale jejich chování není důsledné nebo spolehlivé (Behrens, Parker, & Haltigan, 2011).

1.2.7. Teorie Mary Main

Main (2011) společně se Solomon rozpracovaly test neobvyklé situace o čtvrtý typ přimknutí. Je jím nejistá vazba dezorganizovaná/dezorientovaná (D) (Rutter, Kreppner, & Sonuga-Barke, 2009). Main je autorkou první metody pro zjišťování attachmentu v dospělosti ‘*Adult Attachment Interview*’ (Main, Hesse, & Hesse, 2011).

1.3. Typy attachmentu

Jak jsme již zmínily výše (viz. kap. 1.2.6.1.), Ainsworth (1978) popsala tři různé typy attachmentu podle toho, jak se dítě vztahuje k matce. V této kapitole je detailněji popíšeme a uvedeme další typy citové vazby, které byly formulovány později.

1.3.1. Typ B - jistý attachment

Asi 55-65 % dětí v populaci je připoutáno bezpečnou citovou vazbou ke své matce (Vrtbovská, 2010). Tyto děti vnímají svého pečovatele jako bezpečné zázemí, v podmínkách stresu ihned tuto osobu vyhledávají, cítí u ní komfort a jistotu. V její přítomnosti probíhá explorace okolí a objevují nové věci. Při separaci dítě pláče, následuje matku během odchodu, očima stále pozoruje směr, kterým odešla. Při návratu ji radostně vítá, zdraví, objímá. V situaci, kdy je dítě rozrušeno se v matčině náruči dokáže rychle uklidnit. Pro tuto vazbu je typické, že rodič je pro dítě neustále přítomný a plní jeho potřeby, je empatický, vyjadřuje mu city, dítě ví, že se na něj může kdykoliv obrátit. Je pro něj bezpečným zázemím při komunikaci s okolním světem. Rodič je na dítě napojený a snaží se odstranit jakýkoliv diskomfort, ve kterém se dítě vyskytuje. Dítě si vytváří vnitřní pracovní model vztahů, můžeme předpokládat, že tento vzorec bude používat při navazování vztahů v budoucnosti (Kulisek, 2000; Vrtbovská, 2010; Holmes & Farnfield, 2014).

Studenti Ainsworth popsali podskupiny jistého attachmentu. *Podtyp B1: jistý-uzavřený (secure-reserved)* je charakteristický vyhledáváním interakcí s pečující osobou, malou

úzkostí při separaci a velkou uvítací reakcí při znovushledání. Děti mohou vykazovat mírné vyhýbavé chování při první separaci. *Podtyp B2: jistý-tlumený (secure-inhibited)* pozorujeme u dětí, které během separace prožívají malou úzkost a po shledání s matkou používají vyhýbavé chování, které se ale změní na radostné reakce. *Typ B3: jistý-vyvážený (secure-balanced)* je typický velkými tendencemi prozkoumávat okolí při matčině přítomnosti, během separace nepocítují děti úzkost, jsou radostné při znovushledání a matku vítají. Většinou se neobjevují vyhýbavé reakce. Poslední subtypem bezpečné vazby je *B4: jistý-reaktivní (secure-reactive)* typ. Děti s tímto attachmentem jsou více úzkostné a nervózní, při separaci jsou plačtivé a smutné, a to i v době, když už je matka zpět v místnosti. Jsou obtížněji utišitelné, reagují na změny. Svou pozornost velmi upínají na pečující osobu. Vyhýbavé reakce se u toho typu nevyskytují (Colin, 1996). Typ B1 je nazýván jako nejjistější, a naopak B4 je nejméně jistý až hraniční (Kulísek, 2000).

1.3.2. Typ A - nejistý attachment vyhýbavý

Děti, které vykazují attachment tohoto typu je v populaci 30 % (Vrtbovská, 2010). Průběh reakcí při matčině odchodu z místnosti je stejný jako u dětí s typem attachmentu B, jsou smutné, mohou plakat. Rozdíl nastává v té situaci, kdy se dítě nechá utiřit cizí osobou, to se u dětí s jistou citovou vazbou nestává. Dále, když se matka vrátí po odloučení do místnosti za dítětem, ono ji nevíta, nesměje se, pouze se k ní může přiblížit, ale nenavazuje oční kontakt, ani se nepodívá na její tvář, často ji úplně ignoruje, distancuje se od ní. Stejný vzorec se objevuje v podmínkách stresu, batole nevyhledává matku, aby cítilo bezpečí. Někdy může být dítě směrem k matce agresivní, někdy naopak více úzkostné (drží se matky a nepustí ji), dožaduje se uspokojování i těch potřeb, které by si zvládlo uspokojit samo (většinou mu je pečující osoba nenaplní). Rodiče těchto dětí jsou méně citliví, emočně „chladní“, nepřístupní, projevují odpor a udržují si odstup. Dítě si v průběhu času přestává říkat o své potřeby a pečující osoby ignoruje, nepřibližuje se k nim - udržuje si distanc, vyhýbá se jim na základě nedůvěry. Stává se fyzicky i emočně nezávislé (Kulísek, 2000; Vrtbovská, 2010). Tyto děti nemají se svými pečovateli správně navázanou citovou vazbu, v budoucnu se více upínají na cizí osoby, např.: paní učitelky v mateřské a základní škole (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 2015).

Vyhýbavý typ attachmentu můžeme dále specifikovat do jednotlivých kategorií. *Typ A1* je charakterizovaný celkovou odmítavostí matky. Dítě nemá potřebu ji vyhledávat, neudrhuje s ní žádný kontakt a nesdílí emoce. *Typ A2* se liší tím, že dítě má mírné tendence matku vyhledávat, ale také se vyhýbá bližšímu kontaktu (Colin, 1996; Kulísek, 2000).

1.3.3. Typ C - nejistý attachment ambivalentní

V české literatuře se také můžeme setkat s názvem úzkostný, rozporuplný, vzdorovitý nebo odmítavý typ citové vazby. Asi 5-15 % dětí v populaci má tento typ attachmentu (Vrtbovská, 2010). Vyznačuje se tím, že děti velmi pláčou, když matka odchází a chtějí ji zpátky, ale když se vrátí, tak k ní kladou odpor, jsou agresivní, nedají se utišit. Jsou velmi úzkostné a někdy se nechtějí od matky odtrhnout a stále něco vyžadují. Děti se chovají rozporuplně, mají potřebu blízkosti, ale zároveň ji odmítají. Nemají pevnou citovou vazbu k matce, neví, jaké chování od ní očekávat. Rodiče těchto dětí se chovají nekonzistentně, pokaždé jinak. Upřednostňují své potřeby před dětskými a dávají mu to značně najevo. Nejsou dostatečně citliví a náklonní. Jedinci s typem attachmentu C mají sklony k maladaptivnímu chování (Kulísek, 2000; Vrtbovská, 2010).

Ambivalentní citovou vazbu můžeme rozdělit na dvě podkategorie: aktivní a pasivní. *C1: aktivní typ* určujeme u dětí, které se chovají agresivně k matce i sobě samým. Současně vyhledávají blízkost k pečující osobě a také ji odmítají. *C2: pasivní typ* je více inhibovaný, úzkostnější, navazují málo interakcí, neusilují o explorační prostředí. Když matka odchází je ve velkém stresu, který dává najevo. Po matčině návratu odmítá kontakt. Tyto děti působí velmi smutně a nešťastně (Colin, 1996; Kulísek, 2000).

1.3.4. Typ D - dezorganizovaný-dezorientovaný attachment

Tento typ attachmentu popsaly výzkumnice Main a Solomon (2011) a následně Ainsworth (2011) schválila zařazení této kategorie mezi 3 stávající typy attachmentu (A,B,C). Děti, u kterých je určený typ vazby D jsou zmatené, mají neadekvátní, přehnané reakce na obvyklé situace, jsou vyhybavé a zároveň ambivalentní. Mohou být agresivní a současně i averzivní, mají stereotypní gesta a pohyby, které se často dokola opakují. Ve vztahu k matce jsou odtažití, pokaždé reagují jiným vzorcem chování, snadno se nechají uklidnit cizincem i přes možnost, že je matka poblíž. U těchto dětí nesledujeme žádné emoce, jeví se smutně až depresivně. Tento typ citové vazby se často určuje u dětí týraných a zneužívaných (syndrom CAN - Child Abused and Neglect), kterým pečující osoba nenaplnuje jejich potřeby a chová se neadekvátně. Zajímavým poznatkem je, že u dětí se vyskytuje větší hladina kortizolu a mají rychlejší tep, což nasvědčuje faktu, že jsou stále ve stresu. Neví, co očekávat, necítí se bezpečně a jistě. V přítomnosti rodiče jsou ještě více nejisté (Colin, 1996; Kulísek, 2000; Vrtbovská 2010).

1.3.5. Reaktivní attachment

Reaktivní typ attachmentu je již psychiatrická diagnóza. V manuálu MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize) je označena F94.1. - *reaktivní porucha příchyllosti dětí (Reactive Attachment Disorder – RAD)*. Tato porucha vzniká během prvních pěti let života následkem zneužívání, zanedbávání, dlouhé separace od matky, nedostačující komunikací nebo nestálosti pečovatele. Jsou při ní velmi vážně narušené citové a sociální vztahy. Pozorujeme abnormality ve vzorci chování, v navazování sociálních vztahů, v emočním projevu. Reakcí na vnější podněty může být: bázlivost, nespavost, fyziologicky malý vzrůst, agrese, nekomunikativnost. Tento syndrom se vyskytuje z důvodu nedostatečné péče o dítě. U této poruchy rozdělujeme dva extrémní podtypy. Prvním je *inhibovaný typ*, při kterém je dítě abnormálně plaché, stydlivé, nemluvné s projevovaným nezájmem o okolí. Dítě není schopno navazovat kontakty, adekvátně reagovat na podněty, komunikovat, interagovat. Naopak druhý typ nazýván *desinhibovaný* je význačný tím, že dítě je až moc přátelské ke všem osobám, mazlí se s cizími lidmi, komunikuje s nimi, vyjadřuje jim velkou příchyllost a důvěru. Tento typ se může rozvinout až do poruchy *desinhibovaná příchyllost v dětství (Disinhibited Attachment Disorder-DAD)*. Označená F94.2. (MKN-10). Tato porucha je charakterizovaná neselektivní náklonností k druhým lidem, přátelským chováním, obtížností navázat vrstevnické vztahy a stálým vyžadováním pozornosti (MKN-10, 2017). Nejvíce diagnostikovaných dětí jednou z těchto poruch je z kojeneckých ústavů a dětských domovů. Vlivem střídání pečujících osob a nedostatkem času naplňovat všechny vyžadované potřeby dětí (mazlení, kojení, utěšování, uspávání), se rozvíjí poruchy attachmentu (Vrtbovská, 2010).

1.3.6. Žádný attachment

„No attachment“, nebo-li žádná citová vazba se objevuje u dětí, které jsou již od narození opuštěné, vyrůstaly v ústavech a nebyly včas zařazeny do rodinné péče. Významným faktorem podílejícím se na neutvoření vazby je střídání různých pečovatelů, nestálost prostředí, nedostatek lásky, citová deprivace. Dítě se připoutává ke všem osobám, které jsou právě v jeho blízkosti, ale tyto vztahy nejsou funkční a dlouhodobé - neplní svůj účel citového pouta (bezpečného zázemí). Pro dítě to znamená pouze dočasný pocit jistoty. Částečná náprava je možná, pokud je dítě včas umístěno do rodinné péče, nejlépe do 3 let věku, popřípadě 5 let. Pokud se nepodaří attachment navázat, je u dětí v budoucnu diagnostikována výše zmíněná porucha RAD/DAD, citová plochost, disharmonický rozvoj

osobnosti, nebo porucha empatie a sociálních vztahů. Tento typ attachmentu je velmi rizikový pro rozvoj asociální osobnosti (Vrtbovská, 2010).

1.4. Vnitřní pracovní modely

Pracovní modely představují mentální schémata, která obsahují vědomou i nevědomou složku. Zahrnují kontrolovatelné i automatické mentální procesy. Modely se ustalují do 3 let věku a ovlivňují chování jedince až do dospělosti. Vnitřní pracovní model je výsledkem různých interakcí dítěte s lidmi a prostředím a jeho přizpůsobivostí na vzniklé situace. Opakovaným působením činitelů se pracovní modely upevňují a vytvářejí *vnitřní mapu*, která je výchozím systémem chování jedince, kognice a projevováním emocí v blízkých vztazích. Výsledkem jsou mentální reprezentace, které dokáží předvídat následky vzniklé situace na základě předchozí zkušenosti (Dallos & Vetere, 2009; Rholes, & Simpson, 2004). Modely nejsou fixovány pouze k jedné konkrétní situaci, postupně se rozšiřují a generalizují na základě četných interakcí (Feeney & Noller, 1996). Již ustálené mentální reprezentace sebe i druhých jsou poměrně rezistentní vůči změně, přesto mohou být modifikovány náhlými životními situacemi, které jsou emočně silné. Mohou mít pozitivní i negativní dopady (Fraley & Davis, 1997).

1.4.1. Raná maladaptivní schémata

U klinické populace můžeme předpokládat vznik *raných maladaptivních schémat (EMS)*. Tato schémata vznikají u dětí, kterým nejsou v rané fázi života dostatečně naplňovány jejich potřeby (potřeba bezpečných vazeb, potřeba autonomie a kompetence, potřeba svobody a sebevyjádření, potřeba spontaneity a hry, potřeba sebekontroly) (Medalová & Procházka, 2014).

Young (2003, str.7) definuje rané maladaptivní schéma jako „*široký, všudypřítomný vzor nebo motiv, který se skládá ze vzpomínek, emocí, kognice a tělesných pocitů, týká se sebepojetí a vnímání vztahů s druhými. Vyvíjí se během dětství nebo dospívání a rozpracovává se během celého života, je významně dysfunkční*“. Tato schémata mohou vznikat 4 způsoby: (1) traumatizace nebo viktimizace, (2) toxická frustrace bazálních potřeb, (3) identifikace se špatnými vzory, (4) nadměrné uspokojování některých potřeb. (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Young (2003) rozděluje 18 schémat, která představují specifické emocionální potřeby, které nebyly dostatečně naplněné v období dětství nebo dospívání. (1) opuštění / nestabilita; (2) nedůvěra / zneužití; (3) emoční deprivace; (4) defektnost / hanba, (5) sociální izolace /

odcizení; (6) závislost / nekompetentnost; (7) náchylnost k poškození a nemocem; (8) zapletení / nevyvinuté „já“; (9) neschopnost něčeho dosáhnout; (10) právo / grandióznost; (11) nedostačující sebekontrola / sebedisciplina; (12) podmanění; (13) sebeobětování; (14) hledání souhlasu / hledání uznání; (15) negativita / pesimismus; (16) emoční inhibice; (17) nedodržení standardů / přehnaná kritičnost; (18) represe.

Nejproblémovějšími jsou schémata 1, 2, 3, 4. Děti mající toto schéma, zažila v raném věku opuštění, zneužívání, zanedbávání nebo odmítání. Jejich schémata jsou poznamenána i v dospělosti, události nevědomě vnímají podobně jako traumatické zážitky z dětství. Pokud se nějaké takové schéma spustí, jedinci zažívají silné emoce (strach, smutek, hanba, vztek). Ne všechna schémata jsou založena na dětském traumatu nebo špatném zacházení, objevují se také u jedinců, kteří byli přehnaně chráněni a vytváří si schémata nekompetentnosti. Přesto jsou všechny maladaptivní schémata založena na prožitém traumatu a mají destruktivní charakter na člověka (Young, Klosko & Weishaar, 2003; Young, 2014).

1.5. Ontogeneze citové vazby u člověka

Dle teorií již výše zmíněných psychoanalytiků a etologů, je lidský organismus naprogramován pro rozvoj vazebného chování. Bowlby (1969) říká, že se dítě naváže na pečující osobu nejpozději do osmého měsíce věku. Behavioristé se přiklánějí k názoru, že citové pouto se utváří až učením (Bowlby, 2010). V této kapitole zohledníme různé přístupy k vývoji attachmentu, budeme vycházet z klasických ověřených studií a nejnovějších poznatků v této oblasti. Budeme se zabývat ontogenezí citové vazby v raném dětství a následně v dospělosti kvůli zaměřenosti empirické části - zkoumání attachmentu u dospělé populace.

Dle Kulíška (2000) je attachment jeden z formativních vlivů osobnosti jedince. Verney a Kelly (1981 in Kulíšek, 2000) popisují důležitost nitroděložního kontaktu dítěte s matkou. Nejedná se pouze o hormonální a neurochemické vlivy, ale také o psychiku matky. Jaký postoj má k mateřství, zda je dítě chtěné nebo nechtěné, jestli má dobré zázemí (emoční, finanční, rodinné). Značnou roli zde může hrát abusus návykových látek. Všechny tyto faktory následně určují vývoj jedince, resp. citového pouta.

Po narození jedince je vývoj citové vazby postupný, kojeneček není na matku ihned navázán. Pouto se utváří oboustranně mezi dítětem a pečovatelem v rámci recipročních interakcí. Jsou jimi: kolébání, chování, mazlení, oční kontakt, dotyk, smích, pláč, kojení nebo vokalizace ze strany matky. Velmi důležitým faktorem je ze začátku fyzická blízkost, dítě si pouze uvědomuje přítomnost druhého člověka, až s postupem času začne blízkou

osobu vnímat jako zdroj bezpečí a ochrany. Pečovatel je pro dítě někdo, kdo uspokojí jeho potřeby, utěší pláč a bude nablízku. Tímto chováním se začíná navazovat emoční pouto. Vývoj attachmentu také závisí na úrovni kognitivních a percepčních schopností dítěte. Významným obdobím pro formování citové vazby je 6. - 8. měsíc života. V tomto věku se dítě začíná pohybovat a prozkoumávat okolí, percepční schopnosti jsou již natolik vyvrálé, že dítě rozpoznává matčinu tvář od ostatních. Matka musí být vždy nablízku, aby se cítilo bezpečně. Do tohoto období bychom také zařadili strach z cizince, který popsala ve svém experimentu Ainsworth (1979). Následně si dítě začíná utvářet citové vazby i s dalšími lidmi, nejčastěji s otcem, sourozenci a prarodiči (Kulíšek, 2000; Cassidy & Shaver, 2016). Takto probíhá vývoj attachmentu typu B, který jsme popsali v kapitole 1.3.1.

1.5.1. Vývojové fáze utváření attachmentu v raném dětství

Uvedené fáze jsou dle Bowlbyho (2010).

Fáze 1: orientace a signály s omezeným rozpoznáváním postavy. V této fázi dítě dokáže rozpoznat různé osoby, ale pouze čichovými a sluchovými podněty. Je určována od narození do osmého až dvanáctého týdne věku. Pokud však dítě vyrůstá v nepříznivém prostředí, kde nemá dostatek podnětů pro další vývoj, může tato fáze přetrvávat déle. Dítě nerozlišuje projevy svého chování vůči různým osobám. Natahuje ruce, sleduje očima, žvatlá, usmívá se. Kojenec často reaguje na vokalizaci, když slyší hlas, přestává plakat.

Fáze 2: Orientace a signály zaměřené k jedné rozeznávané postavě (nebo k několika). Dítě se stále chová ke všem osobám přátelsky, ale náklonnost k pečující osobě je vyšší. Dítě reaguje na zrakové i sluchové podněty. Tato fáze trvá půl roku.

Fáze 3: Udržování blízkosti k rozeznávané postavě prostřednictvím lokomoce a signálů. Dítě více rozlišuje, které osoby jsou blízké, a které cizí, tomu také přizpůsobuje své chování. Následuje matku, pokud odchází, vítá ji při jejím návratu a cítí v ní bezpečnou základnu. Dítě již není tak přátelské ke všem osobám, diferencuje mezi blízkými a cizími, ke kterým je odtažitě. V této fázi je patrně viditelné, kdo je pro dítě pečující osobou, chová k ní pozorovatelně větší náklonnost než k ostatním. Tato fáze většinou nastává kolem šestého/sedmého měsíce, ale u dětí, které mají omezený kontakt s matkou, se může prodloužit až do druhého nebo třetího roku života.

Fáze 4: Utváření partnerství korigovaného k cíli. Dítě si nachází určité systémy, jak se chovat k matce, a naopak se snaží pochopit matčino chování směrem k němu i od něj. Zkoumá, jak se musí zachovat, aby matčino chování změnilo. Dítě získává vzhled do

matčinyh pocitů a motivů. Tímto se začíná budovat partnerský vztah mezi dítětem a pečující osobou (citové pouto).

Každé dítě je individuální, nemůžeme přesně stanovit, v jaké fázi se již jedná o citové připoutání, a ve které ještě ne. Sledujeme určité tendence, jejich frekvenci a sílu. Některé děti jsou ve druhé fázi připoutané bezpečným attachmentem, a některé nepřilnou k pečující osobě ani ve čtvrté fázi (Bowlby, 2010).

1.5.2. Vývoj sociálních vazeb v dětství

Schaffer a Emerson (1964) se zaměřovali na vývoj attachmentu u 60 skotských dětí sledovaných od narození do 18 měsíců věku. Jednou za měsíc byly matky dotazovány na reakce jejich dětí při separaci od pečující osoby. Bylo hodnoceno sedm různých situací (např.: pokud dítě zůstalo samo v postýlce, pokud bylo s cizí osobou). Dále zjišťovali, na jaké osoby dítě reaguje, jestli je to pouze na matku, nebo i na otce, sourozence a cizí osoby. Dle získaných poznatků experimentátoři popsali čtyři fáze, kterými kojenci prochází při utváření citové vazby (Schaffer & Emerson, 1964; Schaffer & Kipp, 2010).

1. *Asociální fáze (The Asocial Phase)* probíhá od narození do 6 týdnů věku dítěte. V tomto období děti neprojevují pláč nebo úzkost, když pečující osoba odchází, nemají preference, kdo je pochová, nebo na koho se usmějí. Ke konci šestého týdne již začínají upřednostňovat osoby, na které se budou smát.
2. *Fáze nerozlišujícího citového přilnutí (The Phase of Indiscriminate Attachment)* je určována od 6 týdnů do 6 - 7 měsíců věku dítěte. V této fázi děti preferují kontakt a stimulaci člověkem, ale nemají preference blízkých osob. Pozornost přiláká jakákoliv osoba, která se o dítě zajímá. Kolem tří měsíců jsou lépe utižitelné od osoby, která je pravidelným pečovatelem, ale nemají zábrany komunikovat s cizími lidmi.
3. *Specifická fáze citového přilnutí (The Specific Attachment Phase)* se objevuje mezi 7 a 9 měsícem života. V této fázi děti protestují pouze při separaci od jedné (hlavní) pečující osoby, nejčastěji matky. V tomto období jsou již děti schopné se plazit, následují matku, pokud někam odchází, chtějí jí být nablízku, když se vrací zpátky, vítají ji. V tomto období jsou již více ostražitě před cizími osobami. Je to první období, kdy se začíná utvářet citová vazba. Ainsworth (1979) zdůrazňuje, že pokud se dítě cítí bezpečně, začíná se utvářet jistá vazba a dítě prozkoumá své okolí. Při exploraci místnosti dítě stále potřebuje svou matku vidět, odchází pouze tak daleko, aby bylo stále blízko, pokud by již pečující osobu nevidělo, vrátilo by se zpět.

4. *Fáze mnohonásobných citových přílnutí (The Phase of Multiple Attachments)*. Tato fáze probíhá od 9 do 18 měsíců a je specifická tím, že dítě je již připoutáno k více osobám. Nejčastěji je to otec, dále sourozenci, prarodiče, chůva. Na konci 18 měsíce je již většina dětí vyzrálá k navázání více citových vazeb než jen s jednou, primárně pečující osobou (Schaffer & Emerson, 1964).

Výzkumníci zjistili, že 50 % dětí si utvoří attachment mezi 25. a 32. týdnem života. Mnohonásobná citová pouta si děti utvářejí velmi brzy po navázání primární vazby s pečující osobou. Do 18. měsíce mělo 31 % dětí utvořeno více než 5 vztahových vazeb. Zajímavým poznatkem je, že citová vazba je v určitou dobu silnější a nastává tehdy, pokud se matka vrátí po její nepřítomnosti (Schaffer & Emerson, 1964).

1.5.3. Styly citové vazby v dospělosti (stavy mysli)

Bowlby (2005) charakterizuje attachment jako chování prostupující celým životem jedince. Colin (1996) říká, že attachmentové chování je přítomné u jedinců po celý život, a že citová vazba utvořená v raném dětství ovlivňuje navazování vztahů v dospělosti (přátelských i romantických). Podílí se na rodičovském chování a dalších vazbách (k místům, věcem). U dospělého jedince attachment spojuje tři složky chování: emoční, mateřské a sexuální (Hazan & Shaver, 1994).

Opakované interakce připoutávání se (např. dyáda dítě-rodič) a odpovědi, které dítě dostává, formují diferenciální kognitivní schémata pro reprezentování sebe a ostatních, a pro následné chování v mezilidských vztazích. Předpokládá se, že tyto procesy vedou k zavedení takzvaných *interních pracovních modelů* citové vazby (IWM), které kódují očekávání péče a umožňují mentální simulaci a predikci pravděpodobných výsledků různých chování připoutanosti (Mikulincer & Shaver, 2007) v interakci s významnými sociálními partnery.

Koukolík (2016) uvádí, že styly vazby ovlivňují zpracovávání emocí. V experimentu, kde měli lidé rozpoznávat přeměnu výrazu z neutrálního na šťastný, smutný, hněvivý a opačně, se ukázalo, že lidé s vazbou nejistou rychleji rozpoznávali nástup i odeznění emoce než lidé s vazbou jistou (Fraley et al., 2006). V jiném experimentu (2008) hodnotili lidé situace, kde se ve videoklipu jednalo o vazebné chování. Jedinci s úzkostnou vazbou hodnotili situace strachu a smutku jako více nabuzující, naopak ti s vyhýbavou vazbou, hodnotili pozitivní emoce jako méně nabuzující (Rognoni et al., 2008). Styly vazby také ovlivňují orientovanou pozornost a paměť (Koukolík, 2016).

1.5.3.1. Modely citové vazby

Bartholomew (1990) staví své modely vazby na základě poznatků Bowlbyho (1969), který zmiňuje 2 dimenze: pozitivní **pohled na sebe** a **na druhé** (Bartholomew & Horowitz, 1991). Fraley a Waller (1998) pojmenovali tyto dimenze jako **úzkostnost** a **vyhýbavost**. Na základě zastoupení těchto dvou dimenzí u jedince můžeme rozlišit čtyři typy citové vazby: (1) *jistá (secure)*; (2) *zapletená (preoccupied)*; (3) *odmítavá (dismissing)*; (4) *strachuplná (fearful)*.

Tabulka 2

Model citové vazby podle (Bartholomew, & Horowitz, 1991, str.: 227).

		Model sebepojetí (úzkostnost)	
		Pozitivní (nízká)	Negativní (vysoká)
Model pojetí druhých (vyhýbavost)	Pozitivní (nízká)	JISTÁ syťící blízkost a autonomii	ZAPLETENÁ Zapletený/á ve vztazích, soustředěný/á na povahu vztahu
	Negativní (vysoká)	ODMÍTAVÁ přezírá blízkost, vysoká nezávislost	STRACHUPLNÁ strach z blízkosti, sociálně vyhýbavý/á

1. **Jistá citová vazba** (secure) je charakteristická nízkou vyhýbavostí a nízkou úzkostností. Jedinci, kteří mají tuto vazbu mají „zdravé“ sebevědomí, pozitivní sebepojetí a pozitivní pojetí druhých. Jsou schopni navazovat partnerské i jiné vztahy, které vyhledávají z důvodu emočního uspokojení. Cítí se příjemně v přítomnosti druhých, ale zároveň dokáží být sami se sebou.
2. **Zapletená citová vazba** (preoccupied) se vyznačuje nízkou vyhýbavostí a vysokou úzkostností. Tito jedinci mají nízké sebevědomí a stále se potřebují ujišťovat od okolí, že vše, co dělají, je správně. Koresponduje s osmým modelem EMS dle Younga (2014): zapletené / nevyvinuté „já“. Zahrnuje víru, že jeden člověk nemůže bez druhého žít, pocity že jsou spojeni s někým jiným nebo mají nedostatečnou osobní identitu. Vyskytuje se pocit prázdnoty a úvahy o životní existenci. Tito jedinci mají negativní pojetí sebe sama a pozitivní pojetí druhých.

3. **Odmítavá citová vazba** (dismissing) je determinována vysokou vyhýbavostí a nízkou úzkostností. Tito jedinci si udržují distanc od ostatních lidí na základě dřívější negativní zkušenosti. Nejčastěji se toto děje ve stresových situacích. Jedinci mají pozitivní sebezpojetí a negativní pojetí druhých lidí. Mají sklon k vysokému sebevědomí a nezávislosti na druhých.
4. **Strachuplná citová vazba** (fearful) se vyznačuje vysokou vyhýbavostí a vysokou úzkostností. Lidé s touto citovou vazbou mají negativní sebezpojetí i negativní pojetí druhých. Četně využívají obranné mechanismy v interakcích s jinými lidmi. Mají spíše nízké sebevědomí, nevěří si v navazování vztahů, mají strach z odmítnutí. Touží po intimitě, ale mají z ní obavy. Ve stresových situacích se vyhýbají vazebné osobě, straní se, udržují si odstup, aby se vyhnuli blízkosti a případnému odmítnutí (Bartholomew, 1990).

1.6. Diagnostika citové vazby u dospělých

Jak se attachment zjišťuje v dětství jsme popsaly v kap. 1.2.6.1., pro naši práci je stěžejní uvést měření attachmentu v dospělosti, které se ale z velké části odvíjí od poznatků v diagnostice dětí a mládeže, tudíž budeme na předešlé kapitoly navazovat. Pro diagnostiku citové vazby máme již v dnešní době řadu metod, které zde stručně popíšeme a detailněji se budeme věnovat námi použité metodě ve výzkumné části.

1.6.1. Adult Attachment Interview (AAI)

Metoda vyvinutá George, Kaplan a Main (1996) a jejími spolupracovníky je určena pro zjišťování vztahové vazby v dospělosti pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Metoda zjišťuje typy mentálních reprezentací/vnitřních pracovních modelů. Autoři je nazývají *stavy mysli s respektem k citové vazbě* (*states of mind with respect to attachment*), které testovaní probandi mají utvořené ke svým pečujícím osobám z období dětství (Vavrda, 2005).

Rozhovor je založen na 20 otázkách, které se týkají vzpomínek, vztahů k rodičům, sourozencům, popisu situací (Hašto, 2005).

Tabulka 3

Srovnání stavů mysli v dospělosti s citovou vazbou v dětství podle George, Kaplan, & Main (1996, str. 74).

STAVY MYSLI S RESPEKTEM K CITOVÉ VAZBĚ	CHOVÁNÍ V „NEZNÁMÉ SITUACI“
<p>(F) Bezpečný stav mysli</p> <p>Koherentní a kolaborující projev. Oceňuje citové vazby k ostatním lidem, i přesto se nám jeví, že dovede být objektivní vzhledem ke všem událostem/vztahům, o kterých v rozhovoru mluví. Popis a zhodnocení všech zkušeností souvisejících s citovými vazbami je konzistentní. Jak už při výpovědi o příznivých, tak i nepříznivých zkušenostech.</p>	<p>(B) Bezpečná (jistá) citová vazba</p> <p>V před-separačních epizodách dítě zkoumá místnost a hračky se zájmem. Při separaci projevuje znaky toho, že mu rodič chybí, při druhé separaci to obvykle signalizuje pláčem. Zcela jasně preferuje rodiče před výzkumníci. Aktivně rodiče vítá, obvykle iniciací fyzického kontaktu. Při druhém znovu-shledání se většinou snaží udržovat kontakt s rodičem, pak se však upokojí a navrátí ke hře.</p>
<p>(Ds) Opomíjející stav mysli</p> <p>Výpověď je nekoherentní. Opomíjí vztahy s citovými vazbami a zkušenosti s nimi souvisejícími. Sklony k normalizaci (např.: „vynikající, velmi normální matka“) s výskytem nepodložených generalizovaných reprezentací osobní historie, které popřípadě mohou aktivně odporovat vyličeným autobiografickým epizodám. V transkripci se setkáme s inklinací k přílišné stručnosti.</p>	<p>(A) Vyhýbavá citová vazba</p> <p>Při separaci nepláče a většinou spíš pokračuje ve hře, a to i v situaci, kdy je ponecháno v místnosti zcela samotné. Při znovu-shledání aktivně rodiče ignoruje nebo se mu vyhýbá, např. přesunutím pryč, odvrácením pohledu nebo odtažitými reakcemi při zdvižení na ruce. Malé nebo žádné vyhledávání blízkosti anebo kontaktu, žádné znepokojení a žádné reakce hněvu. Reakce na rodiče se jeví jako neemocionální. Během celého procesu se spíše soustředí na hračky a prostředí.</p>
<p>(E) Zaujatý stav mysli</p> <p>Výpověď je nekoherentní. Zaujetí minulými vztahy/zkušenostmi s citovými vazbami. Dotazovaný se nám jeví jako rozzlobený, pasivní anebo vystrašený. Obvykle používá dlouhé věty, které jsou gramaticky zapletené a také přeplněné neurčitými výrazy (např.: „a tak“).</p>	<p>(C) Ambivalentní citová vazba</p> <p>Může být obezřetný anebo znepokojený ještě před samotnou separací; s malým zájmem o explorační prostředí. Během procesu je značně zaujatý rodičem. Při znovu-shledání vypadá rozzlobeně nebo naopak pasivně. Při následném druhém znovu-shledání je obvykle těžko utišitelné a neschopné najít v rodiči komfort. Často pokračuje v soustředění se pouze na rodiče a pláče. Po znovu-shledání selhává v navrácení k exploraci.</p>
<p>(U/d) Nevyřešený/dezorganizovaný stav mysli</p>	<p>(D) Dezorganizovaná-dezorientovaná citová vazba</p>
<p>Při diskuzi o ztrátě nebo zneužívání se objevují nápadné výpadky v úvahách nebo</p>	<p>V přítomnosti rodiče dítě projevuje dezorganizované nebo dezorientované</p>

i v diskursu. Jedinec může například okrajově sdělit, že věří, že je mrtvý člověk pořád naživu (ve fyzickém smyslu slova); nebo může sdělit přesvědčení, že zemřel kvůli nějaké myšlence z dětství; může upadnout do nápadně dlouhého mlčení; nebo může mít sklony k tzv. velebení a přehnanému chválení pečujícího. Pokud se tyto situace nevyskytnou, tak by měl jedinec zapadat do jedné z kategorií Ds, E anebo F.

chování, což naznačuje výpadek behaviorální strategie. Dítě může například ztuhnout s výrazem transu v tváři a rukama ve vzduchu; při příchodu rodiče se může schoulit na podlaze; nebo může silně plakat a odejít pryč s odvráceným pohledem. Jinak by mělo dítě zapadat do jedné z A, B anebo C kategorií.

1.6.2. Adult Attachment Projective (AAP)

Metoda vyvinutá George v roce 1999 má projektivní charakter. Probandovi je postupně předkládáno 8 obrázků (1 má neutrální charakter, 7 se týká attachmentu) dle kterých vymýšlí příběh. Metoda propojuje projektivní techniku se semi-strukturovaným rozhovorem (Buchheim, George, & West, 2003).

1.6.3. Dotazníkové metody a škály

Tyto metody jsou nejčastěji využívány z hlediska časové nenáročnosti administrace. Radíme sem – Adult Attachment Questionnaire, Adult Attachment Scale, Attachment Style Questionnaire, které byly pokračováním práce Hazan a Shaver (1994). Tyto dotazníky mají společné škály pojmenované Bartholomew (1991): úzkostnost a vyhýbavost.

Nejnovější vyvinutou metodou je dotazník ECR (*Experiences in Close Relationships*), který bude detailněji rozpracován v empirické části práce (Brennan, Clark & Shaver, 1998).

Metody si kladou různé cíle. Metoda AAI kvalitativně zhodnocuje jedincovy vzpomínky na dětství a odkrývá nevědomé obsahy, zatímco sebesupozovací dotazníky určují vztahovou vazbu, která je založena na zkušenosti romantických či jiných vztazích a nezkoumá citovou vazbu z dětství (Bieščto & Hašto, 2010; Buchheim, George, & West, 2003). Metaanalýza Roisman (2009) dokazuje, že ve všech metodách se objevují kategorie (úzkostnost, vyhýbavost) zmíněné Bartholomev (1991), pouze je autoři nazývají odlišnou terminologií.

2. Zvládání stresu

2.1. Zátěžové situace

Zátěžová situace je významná událost (pozitivní, negativní) v životě člověka, která vyžaduje řešení pomocí copingu a adaptace (Křivohlavý, 2002). Hošek (2001) uvádí, že zátěž je synonymum k výrazu *stres*. Jedná se o nárok na organismus, který je vysoce energeticky náročný. Mírné odchylky od optimálního stavu organismu se za stres nepovažují, hovoříme o něm až při velké intenzitě vychýlení z rovnovážného stavu. Předstupněm stresu je diskomfort (Hošek, 2001).

První definici stresu uvádí Selye (1950a, str. 63), který říká, že „*stres je souhrn všech nespecifických neuroendokrinních odpovědí organismu*“. Později odstranil ze své definice slovo neuroendokrinní, protože se domníval, že organismická odpověď může být fyzická, psychická nebo chemická (Selye, 1956 in Szabo, Tache, & Somogyi, 2012). Lazarus (1966) stres popisuje jako nadměrný nárok na jedince, se kterým se neumí vypořádat. V této práci budeme používat termíny stres a zátěžová situace ve shodném významu.

Zátěžové situace nemusíme vnímat pouze jako negativní faktor, mohou mít posilující vliv na organismus v rámci psychické odolnosti. (1) mobilizují organismus a vedou ho k vyšším výkonům; (2) podněcují jej ke kreativním řešením problémů a vedou jedince k novým cestám řešení; (3) podílejí se na učení (Křivohlavý, 2002). Kebza (2005) uvádí, že bez zátěžových situací by organismus stagnoval (mají stimulační charakter).

Ke zvládání zátěžových situací využívá jedinec snahu řídit vnitřní i vnější požadavky, které na něj doléhají, tj. zvládání sebe sama (regulace vnitřního prožívání) a zvládání interakcí mezi jedincem a prostředím (Křivohlavý, 2002)

2.2. Stresory

Hošek (2001) rozděluje zátěžové situace do několika kategorií:

1. nepřiměřené úkoly (požadavky situace převyšují kapacitu jedince);
2. problémové situace (jedinec je jen částečně vybaven na řešení komplexního problému);
3. konflikty;
4. frustrace (překážka znemožňující dosažení cíle);
5. deprivace (dlouhodobé nenaplnování potřeb).

Tyto situace můžeme označovat za *stresory*. Jsou jimi události / situace, kterým se musí jedinec plně přizpůsobit a mohou narušit celkový zdravotní stav jedince. Stresory

zvyšují riziko výskytu stresu a souvisí s adaptabilitou a odolností jedince. Stresory mají současně fyzické i psychické komponenty, jsou propojené a nelze je oddělit (Hošek, 2001).

2.3. Coping

2.3.1. Vymezení pojmu „coping“

Termín *coping* se do české literatury překládá jako *zvládání*, *vyrovnávání se* a používá se ve spojitosti se zátěží. Dle Lazaruse (1966) je *zvládání* proces řídicí vnitřní i vnější faktory, které jsou jedincem pojmenovány jako ohrožující jeho zdroje. Coping je vnímán jako dynamický proces, při kterém dochází k interakci mezi jedincem a danou náročnou situací (Křivohlavý, 2002; 2009).

Klíčová myšlenka copingu spočívá v tom, že i když se projevuje na úrovni jednotlivých akcí, je výsledkem víceúrovňového systému. Tyto systémy, včetně subsystémů (psychologické, neurobiologické, emoční, pozornostní, motivační), vedou ke zvládání nastalých situací ve společenském, vztahovém a kulturním kontextu (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

2.3.2. Úrovně copingu

Coping se projevuje na více úrovních a v různých časových úsecích. Jako tři nejdůležitější procesy můžeme popsat: *adaptivní proces*, *epizodický proces* a *regulační proces* (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

2.3.2.1. Coping jako epizodický proces

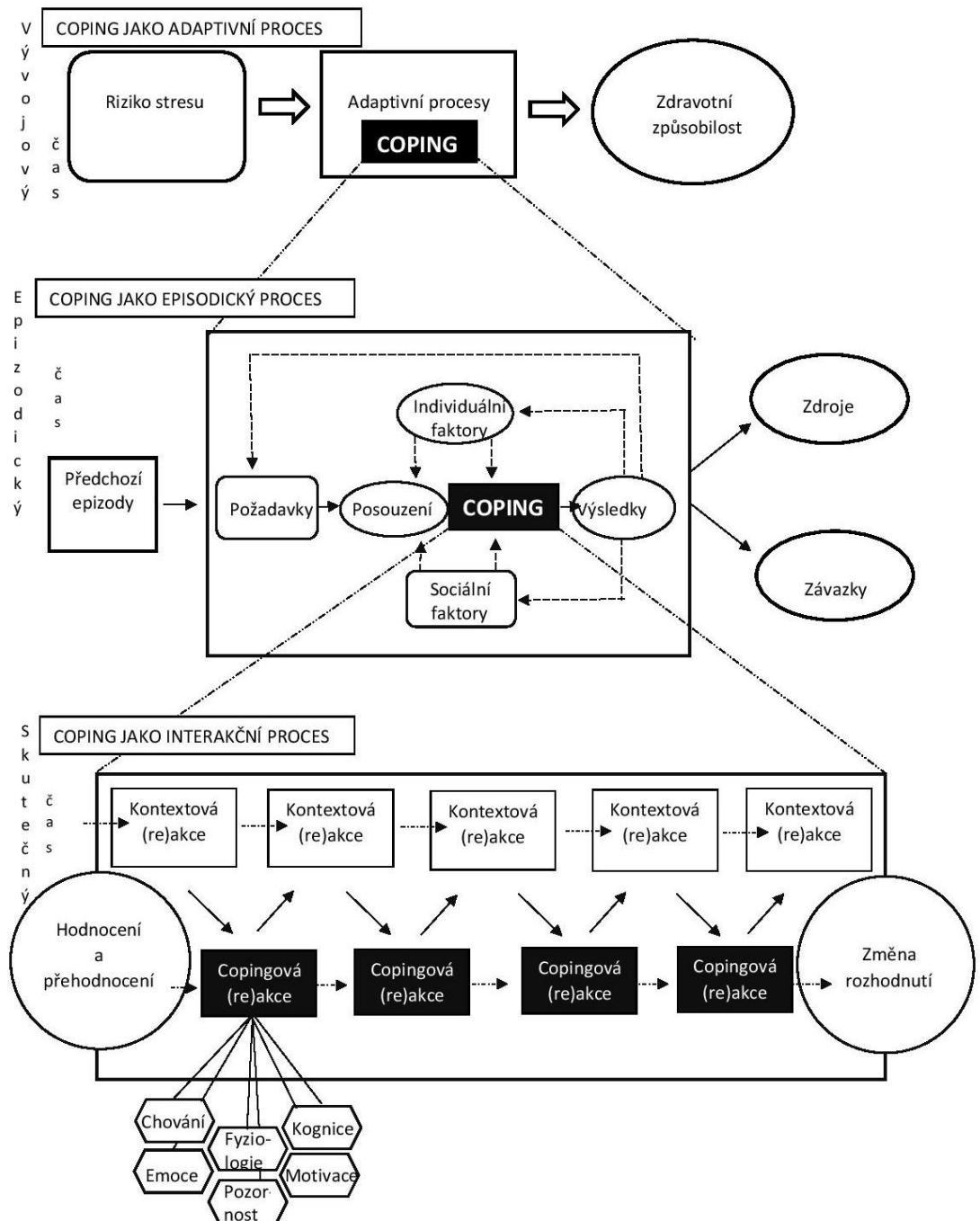
Udává směr řešení nastalé situace s ohledem na sociální situaci, v jaké se jedinec nachází, na osobnostní nastavení člověka, na partnery a individuální charakteristiky. Může se jednat o zátěžovou situaci environmentální nebo intrapsychickou. *Zvládání* je uspořádáno do epizod, které se odehrávají v rámci dní / týdnů / měsíců (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

2.3.2.2. Coping jako interaktivní proces

Copingové interakce můžeme považovat za sérii vzájemných výměn mezi člověkem a kontextem. Mají také regulační a koordinující charakter. Na základě těchto interakcí, může jedinec situaci zhodnotit a současně lze dosáhnout pokroku k alternativnímu řešení vzniklé situace (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

2.3.2.3. Coping jako adaptivní proces

Coping můžeme vnímat také jako adaptivní (proximální) proces, který lze sledovat zejména ve vývoji, např. při zvládnání agrese. Je součástí odolnosti jedince. Adaptivní procesy se uplatňují při dlouhodobém vystavení stresu nebo nepřízni, které mají dlouhodobý vliv na individuální fungování a vývoj jedince. Coping je součástí interaktivních procesů adaptujících se na stres zahrnující individuální a sociální interakce (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).



Obrázek 1. Úrovně copingu podle Skinner a Zimmer-Gembeck (2016, str.9).

2.3.3. Vývojové konceptualizace copingu

„Vývojová konceptualizace copingu vede k regulaci tohoto termínu („coping“), který následně definuje jako *regulaci v zátěžové situaci (stresu)*. Zároveň upřesňuje termín *odolnost* jeho rozdělením do různých druhů copingu podle jejich funkce v adaptaci na stres (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016, str. 12).

2.3.3.1. Coping jako regulace ve stresové situaci

Tato perspektiva nezdůrazňuje tradiční názor, že primárním účelem copingu je minimalizovat škody vzniklé působením stresu, ale vyzdvihává myšlenku, že coping může přispět k rozvoji regulačních kapacit a každodenní odolnosti (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

2.3.3.2. Coping a regulace emocí

Emoce jsou důležitým faktorem pro zvládnání ve stresových situacích. Emoce pronikají do všech částí procesu zvládnání, od odhalení situace, přes zjištění hrozeb, které v situaci hrozí, až ke koordinaci reakcí řešící situaci. Úkolem jedince v náročné situaci je nejen řešení této situace, ale také regulace emocí, které se z vysoké míry podílejí na celkovém naladění a schopnostech jedince v dané situaci (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

2.3.3.3. Spolučinitelé copingu

Adaptivní coping a odolnost se nespojují pouze s emocemi, ale také fyziologickými procesy, pozorností, chováním, motivací a kognicí. Všechny tyto oblasti mohou být aktivovány stresory a následně ohrozit jedince v zátěžové situaci, ve které se mohou stát adaptivním nebo maladaptivním faktorem. Výsledná reakce organismu záleží na tom, jak budou jednotlivé složky zkoordinovány. Pokud budou všechny v rovnováze, výsledkem budou plynulé, flexibilní reakce organismu, podpořené vysokou motivací a pozitivními emocemi. Pokud však budou v disharmonii, bude pro jedince velmi těžké zvládnout nastalou situaci (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

3. Copingové styly a strategie

Copingový styl je určitá skladba generalizovaných mentálních aktivit uplatňovaných při zátěži, které jedinec využívá v různých stresových situacích. Copingový styl můžeme vnímat více jako obecnou tendenci zvládnání zátěžové situace (má stabilnější chování ve stresové situaci, osobnostně zakotvené chování podložené vrozenými činiteli). *Copingové strategie* vnímáme jako volbu postupů, které jsou situačně podmíněny a ovlivněny specifickostí dané situace. Jsou méně generalizované než copingové styly, více se opírají o konkrétnost řešení vzniklé situace (Paulík, 2017).

3.1. Copingové strategie

Do českého jazyka se tento termín překládá také jako strategie zvládnání zátěže. Slovu strategie můžeme rozumět jako pečlivě vypracovanému plánu / postupu / sledu činností, které vedou k dosažení předem vytyčeného cíle. Tyto strategie jsou vědomé, záměrné a jedinci pomáhají vyrovnat se se stresem. Cílem je zmírnění nebo ukončení zátěžové situace (Křivohlavý, 1994).

3.1.1. Psychoanalytický a psychodynamický přístup

Tento přístup zdůrazňoval především obranné mechanismy, které člověk používá při vystavení se zátěžové situaci. Výsledkem používání obranných mechanismů byla redukce stresu s minimálními změnami ve vnitřním a vnějším prostředí (Suls, David, & Harvey, 1996). Psychoanalytický přístup byl pozdějšími teoriemi zvládnání stresu překonán, přesto nám poskytl cenné poznatky o obranných mechanismech, které jsou detailněji popsány v kapitole 3.3.

3.1.2. Fyziologický přístup

Fyziologický přístup se zabývá pojmem stres jako nespecifickou fyziologickou reakcí na zátěž. Selye (1950b) vyvinul teorii obecného adaptačního syndromu (General Adaptative Syndrome - G.A.S). Popsal 3 fáze, kterými jedinec prochází při zátěžové situaci ve snaze navodit stav homeostázy.

1. *Poplachová reakce* je první reakcí organismu na stresor. Tato fáze je velmi ohrožující a uplatňují se v ní dva principy *útok* nebo *útěk* (*fight or flight*). V organismu je aktivován sympatikus, zvyšuje se hladina adrenalinu a noradrenalinu, které umožňují rychlou reakci. Někteří jedinci mohou ze začátku fáze reagovat šokem a utlumením

obránných reakcí, ale následně při adaptaci na stresor se funkce aktivují a jedinec je schopen situaci řešit (Selye, 1950b; 1976; Paulík, 2017).

2. *Stadium rezistence* je opakem poplachové fáze. Organismus se uklidňuje a jedinec vyhodnocuje, zda je nebezpečí situace stále aktuální a je nutné udržet organismus v aktivaci. V této fázi se organismus narací do svého původního stavu (adaptuje se na situaci) (Selye, 1950b; 1976).
3. *Stadium vyčerpání* nastává, pokud je stresor silný a působí dlouhou dobu (Selye, 1976). Následky stadia vyčerpání mohou být: deprese, syndrom vyhoření, úzkost při další podobné situaci, nižší práh vůči stresu (Selye, 1950b).

Tyto tři fáze se uplatňují především v dětství, kdy organismus nemá zkušenosti s reakcemi na stresory, je méně rezistentní a uplatňuje nadměrné odezvy na jakékoliv stimuly. V dospělosti se zvyšuje odolnost organismu a vůči nejčastěji se vyskytujícím činitelům se vytvoří úplná resilience. Ve stáří je G.A.S charakterizován ztrátou adaptability a eventuálním vyčerpáním. Selye (1976) poukazuje na možnou souvislost mezi stresem a věkem.

3.1.3. Transakční přístup

Transakční přístup, někdy nazývaný jako kognitivně-transakční přístup, staví do centra pozornosti kognitivní procesy a kognitivní zhodnocení stresovosti situace. Stres v tomto pojetí představuje specifický vztah mezi jedincem a prostředím. Lazarus (1966 in Křivohlavý, 1994) vytypoval čtyři základní strategie zvládnání stresu:

1. *Strategie netečnosti (apatie)*. Jedinec v těžké stresové životní situaci nepřikládá důležitost okolnímu dění, ke všemu se chová apaticky, cítí bezmoc, depresi, beznaděj.
2. *Strategie vyhnutí se působení škodliviny*. Na emocionální rovině se mohou vyskytnout pocity strachu a obav.
3. *Strategie napadení útočnicka*. Jedinec předchází ublížení na vlastní osobu tím, že sám zneškodní útočnicka.
4. *Strategie posilování vlastních zdrojů síly*. Jde o výcvik sebeovládání a sebekontroly, jedinec si zvyšuje tělesnou zdatnost.

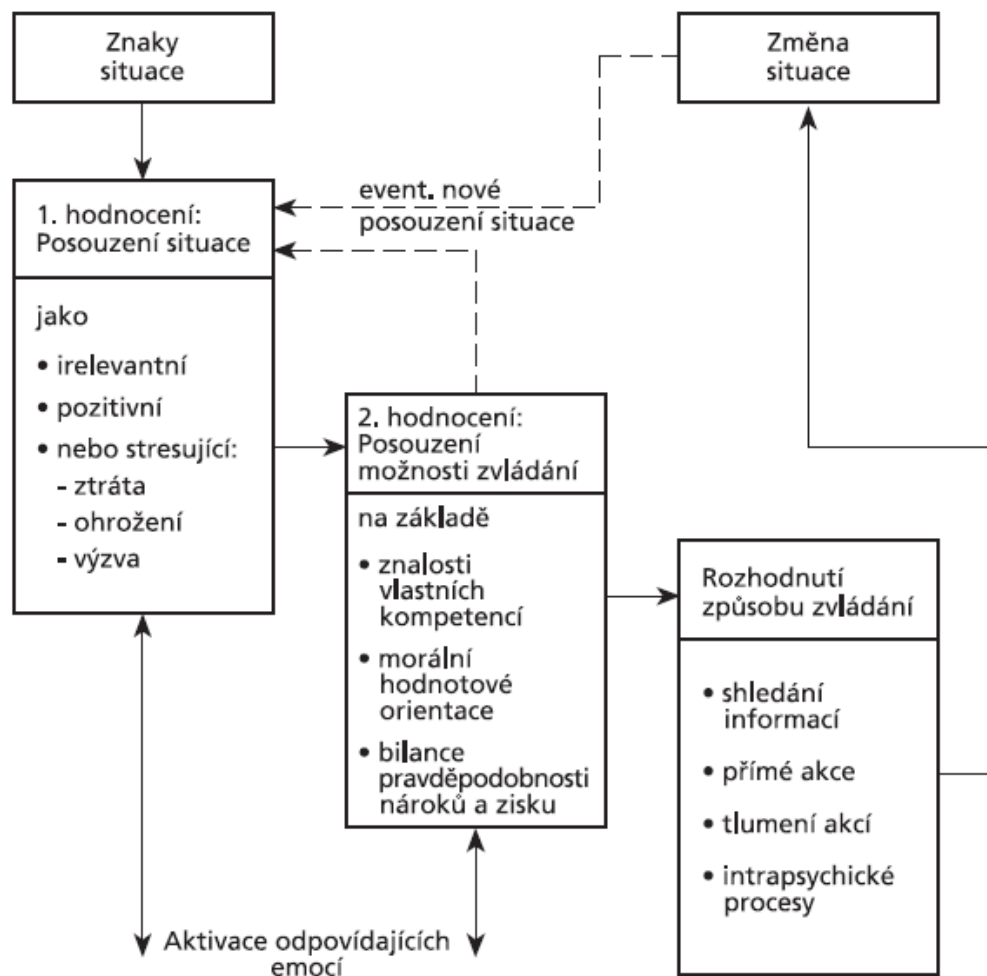
Ve své teorii klade Lazarus (1966 in Křivohlavý, 1994) důraz na kognitivní zpracování probíhajících jevů. Po zpracování prvotního šoku, který může u jedince při setkání se se stresorem nastat, dochází k *myšlenkovému zpracování (cognitive appraisal)*. Člověk vyhodnocuje, co, a jak ho ohrožuje a dochází k dvojímu typu uvažování.

(1) *Primární kognitivní hodnocení situace.* Vyhodnocování nebezpečnosti situace, jak moc jedinec ohrožuje, a co se právě děje. Mohou nastat tři formy odpovědi. *A: po události (post festum)*, kdy jedinec zpětně zjistí následek proběhlé situace; *B: výzva (challenge)*, kdy se jedinec ocitá v právě probíhající ději a je vyzýván k akci; *C: anticipace ohrožení*, jedinec se zatím nevyskytuje v žádném ohrožení, ale předjímá možné následující situace.

(2) *Sekundární hodnocení* se týká zhodnocení možností, které jedinec má k vyřešení ohrožující situace. Zařazují se sem schopnosti a dovednosti jedince, ale také vztahy s okolím (sociální zdroje) a možná podpora od odborníků.

(3) *Přehodnocování.* Primární a sekundární hodnocení se děje stále opakovaně, aby jedinec nacházel nové zdroje a možnosti zvládnutí situace (Křivohlavý, 1994).

Později Lazarus (1981) rozpracoval transakční model zvládnutí stresu, který vychází z myšlenky primárního a sekundárního zhodnocení situace a následné hledání způsobu zvládnutí.



Obrázek 2. Transakční model psychologického stresu podle Lazaruse (1981).

3.2. Teorie copingových strategií

V této kapitole uvedeme některé (nejvýznamnější) teorie copingových strategií a jejich rozdělení v různých pojetích.

3.2.1. Copingové strategie zaměřené na problém / zaměřené na emoce

Dle Atkinson (2003) můžeme copingové strategie rozdělit na 2 proudy: *zvládání zaměřené na problém* a *zvládání zaměřené na emoce*. Křivohlavý (2009) uvádí, že zvládání zaměřené na problém se vyskytuje u lidí již od dětství, zvládání zaměřené na emoce se vyvíjí až v průběhu adolescence.

(1) *Zvládání zaměřené na problém*. Jedinec aktivně hledá a nachází způsoby řešení problémové situace. Tyto strategie mohou být směřovány na vnější i vnitřní zátěž. Jako vnitřní (intrapsychickou) změnu můžeme považovat nalezení alternativních zdrojů uspokojení, osvojení si nových dovedností nebo změnu aspirační úrovně (Atkinson, 2003).

(2) *Zvládání zaměřené na emoce* - jedinec nenachází způsoby řešení stresové situace a musí se adaptovat. Copingové strategie v tomto případě pouze zmírňují negativní dopad situace (negativní emoce), ale nesnaží se ji vyřešit. Ve zvládání zaměřeném na emoce můžeme nalézt dva druhy strategií: *behaviorální* a *kognitivní strategie* (Atkinson, 2003).

(A) *Behaviorální strategie* zahrnují tělesná cvičení, vybíjení vzteku a agrese (křik, pláč, černý humor), užívání návykových látek, vyhledávání sociální opory u přátel (Atkinson, 2003).

(B): *Kognitivní strategie* zahrnují odsun problému z vědomí v jejichž důsledku se zmírní stresová situace (Atkinson, 2003).

Kebza (2005) dále rozlišuje třetí proud, kterým je:

(3) *vyhýbavé zvládání*. Jedinec nehledá možnosti zvládání situace, ale problému se vyhne. Např. odvrátí pozornost nebo hledá jiné rozptýlení.

Za pozitivní strategie zvládání považuje Atkinson (2003) vyhledání sociální opory. Naopak jako maladaptivní strategie hodnotí: užívání návykových látek (nejčastěji konzumace alkoholu), nebo vytěsnění negativních emocí. Tato strategie může vést k somatickým onemocněním.

3.2.2. Rozdělení copingových strategií dle Janke a Erdmann

Janke a Erdmann (2003) rozdělují copingové strategie do dvou základních skupin: *pozitivní* a *negativní*.

1) *pozitivní copingové strategie*:

- *Podhodnocení*. Tento subtest ukazuje tendenci podhodnocovat vlastní chování v porovnání s druhými lidmi nebo je hodnotit pozitivněji. Položky tohoto subtestu vykazují kognitivní devalvační strategii, jeví se jako opozitum negativních strategií.
- *Odmítání viny*. Tento subtest ukazuje absenci vlastní odpovědnosti za zátěž. Patří mezi strategie přehodnocení a devalvace, má velmi výrazné defensivní strategie.
- *Odklon*. V tomto subtestu můžeme pozorovat tendence odklonu při zátěži. Zahrnuje dvě složky: (1) odvrácení zátěže, (2) tendence najít psychické stavy, které zátěž zmírňují. Psychickými stavy mohou být emoce a city s pozitivní nebo negativní valencí.
- *Náhradní uspokojení*. Jedinec své jednání zakládá na pozitivních citech, které jsou posilovány vnějšími činiteli (dobré jídlo, nákup). Kladné city nejsou kompatibilní se

stresem. Položky toho subtestu ukazují tendence jednání nasměrované ke kladným citům (nekompatibilním se stresem), které jsou posilovány vnějšími odměňujícími činiteli.

- *Kontrola situace.* Tento subtest mapuje tendence získání kontroly nad stresem, které mají tři komponenty. (1) Analýza aktuální situace, (2) plánování opatření ke zlepšení situace, (3) aktivní zásah do situace. Tyto formy zvládnání zátěže jsou považovány za konstruktivní.
- *Kontrola reakcí.* Tento subtest se zaměřuje na kontrolu reakcí jedince v zátěžové situaci. Jsou zachycovány dva aspekty: (1) zda nedochází k vzrušení (nebo to jedinec nedá znát na okolí) a (2) jak již vzniklému vzrušení čelí.
- *Pozitivní sebeinstrukce.* Tento subtest zjišťuje, jaký sklon má jedinec přisuzovat si kompetence a dodávat si odvalu ve stresových situacích.

2) negativní copingové strategie:

- *Úniková tendence.* Subtest mapuje tendence uniknout ze stresové situace. Je považován za maladaptivní způsob řešení, který stres zvyšuje, obzvláště, pokud je využíván dlouhodobě.
- *Perseverace.* V tomto subtestu se u jedince vyskytuje neschopnost myšlenkově se odpoutat od vzniklé zátěžové situace. Záporné představy a myšlenky o zátěžové situaci se neustále objevují a dlouhodobě zabírají kapacitu myšlení. Kvůli tomuto jevu se stresová situace prodlužuje a rozrušení, které je s ní spojené ztěžuje dosáhnoutí homeostázi (výchozího stavu).
- *Rezignace.* V tomto subtestu se objevují rezignační tendence, které vyjadřují nedostatek možností zvládnání zátěže. Zahrnuty jsou pocity beznaděje a bezmocnosti, které jsou vnímány v určité zátěžové situaci. Jedinec se vzdává další snahy o nalezení strategií, kterými by situaci dokázal zvládnout.
- *Sebeobviňování.* Tento subtest zjišťuje sklon k přisuzování chyb vlastnímu jednání v souvislosti s řešením stresové situace.

3) Zřídka se vyskytující strategie, které jsou někdy nazývány jako „neutrální“. Autoři je nezařazují ani mezi pozitivní, ani mezi negativní.

- *Potřeba sociální opory.* Vyskytují se tendence, při kterých se jedinec ve stresových situacích snaží vyhledat oporu u druhých lidí a navázat s nimi kontakt. Sociální oporu

vyhledává za účelem řešení zátěžové situace. Tendence vyhledávat sociální oporu může být znakem pasivně rezignačních, bezmocných postojů, ale také může naznačovat aktivní vyhledávání podpory ve stresové situaci. Větší tendence takto řešit zátěž mají ženy. Tento subtest je nutné posuzovat v celém kontextu.

- *Vyhýbání se.* Tento subtest ukazuje tendence vyhnout se stresu a snahu zabránit vzniku konfrontace v obdobné situaci. Může jít o pozitivní zpracování ve smyslu zamezení zátěže na základě regulačních schopností jedince, ale také o negativní zpracování v případě, kdy se jedinec chce pouze vyhnout aktuální zátěži. Tendence vyhnout se zátěži se častěji vyskytuje s přibývajícím věkem, může jít o adaptační facilitaci.

Muži častěji využívají strategie podhodnocení a odmítání viny, ženy spíše vyhledávají sociální oporu, využívají únikové tendence a vyhýbání, sebeobviňování, perseveraci, rezignaci a vyhledávají náhradní uspokojení (Janke & Erdmann, 2003).

3.3. Obranné reakce

Od *zvládnutí* těžkých situací odlišujeme *obranné reakce*, které probíhají nevědomě (automaticky) a unikají naší pozornosti. Většinou redukují úzkostné stavy. Cílem obranných mechanismů není vyřešení zátěžové situace, ale pouze udržení integrity osobnosti pro vědomé hledání strategií řešících stresovou situaci. Pokud jedinec užívá obranné mechanismy v nadměrném množství, může se u něj projevit psychosomatické onemocnění (Vašina, 2002). Základem obranných mechanismů je změna hodnocení a prožívání uvědomované situace (Paulík, 2017). V Tabulce 4 srovnáváme copingové strategie s obrannými mechanismy.

Tabulka 4

Srovnání obranných mechanismů a copingových strategií podle Čápa a Mareše (2007, str. 532).

OBRANNÉ MECHANISMY	COPINGOVÉ STRATEGIE
Obsahují implicitní operace.	Obsahují explicitní operace.
Aktivovány intrapsychicky.	Aktivovány prostředím, okolnostmi.
Obtížněji pozorovatelné.	Snadněji pozorovatelné.
Jedinec si je uvědomuje.	Jedinec je ovládá vůlí.
Determinovány osobnostními rysy.	Determinovány jak osobnostně, tak situačně.
Základem je instinktivní chování.	Základem jsou kognitivní procesy.
Nepředchází zhodnocení situace.	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností.
Výsledkem je automatické chování.	Výsledkem je promyšlené chování.

3.4. Copingové strategie a attachment

Schmidt, Nachtigall, Wuethrich-Martone a Strauss (2002) zkoumali vliv attachmentu na používání copingových strategií. Výsledky ukázaly, že nejistý typ attachmentu koreluje s méně flexibilním řešením zátěžových situací. U jedinců s nejistým attachmentem byl rozdíl mezi vazbou vyhýbavou (distancovaně vyhýbavá dle ECR) a ambivalentní (zaujatá dle ECR). Ti, co vykazovali vazbu ambivalentní, využívali více negativně emočně zabarvený coping (sebeobviňování, perseverace) a jedinci s vyhýbavou vazbou spíše inklinují k využívání vyhýbavých copingových strategií (úniková tendence, náhradní uspokojení).

Howard a Medway (2004) provedli výzkum na téma attachment a coping se 75 páry adolescent – rodič. Výsledky přinesly zjištění, že potomci, kteří měli nejistý attachment se svými rodiči, vykazovali více vyhýbavého chování a větší tendence k užívání návykových látek, jako je alkohol a jiné drogy.

Další realizovaný výzkum pojednává o attachmentu a inklinaci ke gamblingu. Tento výzkum vychází z teorie, že jedinec s nejistým attachmentem je ohrožen depresí, a aby se z tohoto nepříjemného stavu dostal využívá jako coping únikové tendence, kterými mohou například být gamblerské hry (Keough, Penniston, Vilhena-Churchill, Michael Bagby, &

Quilty, 2018). V této práci se nebudeme detailněji zaměřovat na aspekty deprese nebo gamblingu, protože to není naším cílem výzkumu, avšak inspirujeme se poznatky, jaký může být cílový coping v návaznosti na nejistý attachment.

V návaznosti na uvedené výzkumy realizujeme naši empirickou část práce. Inspirujeme se výše uvedenými poznatky pro stanovení výzkumných otázek a hypotéz. Zajímá nás především typ attachmentu a převažující druh používaných copingových strategií u klinické populaci. Následně budeme zjišťovat tyto faktory i u neklinické populace a porovnáme, zda se objeví signifikantně významné rozdíly mezi skupinami.

EMPIRICKÁ ČÁST

4. Metodologický rámec

4.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu této bakalářské práce je:

- popsat attachment a používané copingové strategie u klinické populace;
- porovnat klinickou a neklinickou skupinu, popsat podobnosti a rozdíly v typech attachmentu a používání copingových strategií.

4.2. Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě teoretických poznatků a dat z výzkumů si pro splnění cílů tohoto výzkumu pokládáme dvě výzkumné otázky, které obsahují dílčí hypotézy. V první části se zaměříme na typ attachmentu, dále na používané copingové strategie a v poslední části porovnááme uvedené dvě skupiny.

4.2.1. Výzkumné otázky a hypotézy

- VO1: Jaké jsou rozdíly ve výskytu typu attachmentu a používání copingových strategií u klinické a neklinické populace?
 - H1a: Existuje signifikantně významný rozdíl v rozložení typů attachmentu mezi klinickou a neklinickou skupinou.
 - H1b: Existuje signifikantně významný rozdíl v používání copingových strategií mezi klinickou a neklinickou skupinou.
- VO2: Jaké jsou rozdíly v typech attachmentu v souvislosti s používáním copingových strategií?
 - H2a: Existuje signifikantně významný rozdíl mezi typy attachmentu při používání pozitivních copingových strategií.
 - H2b: Existuje signifikantně významný rozdíl mezi typy attachmentu při používání negativních copingových strategií.
 - H2c: Existuje signifikantně významný rozdíl mezi typy attachmentu a používáním pozitivních nebo negativních copingových strategií v klinické a neklinické skupině.

5. Užitá metodika

5.1. Typ výzkumu

V této práci je využit kvantitativní design výzkumu. Realizovaný je pomocí baterie 2 dotazníků, ve kterých respondenti odpovídali na pětibodové a sedmibodové škále Likertova typu. Tento design jsme použily z důvodu možnosti statistického porovnání dat u jednotlivých skupin. Na základě dotazníkového šetření byly provedeny diferenciační přehledy.

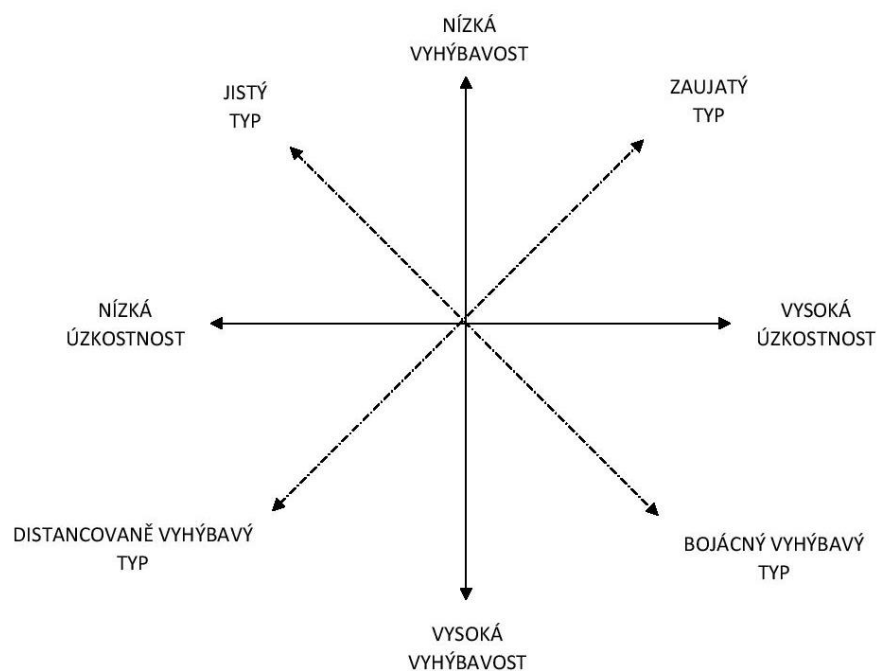
5.2. Popis použitých metod

Testová baterie pro sběr dat obsahovala dotazník na zjišťování citové vazby (ECR-CZ) a dotazník pro zjišťování copingových strategií (SVF 78). Respondenti celkem odpovídali na 107 položek, administrace trvala 20 minut.

5.2.1. ECR, ECR-CZ

Dotazník Experiences in Close Relationships (ECR) sestavili Breannan, Clark a Shaver (1998) a vydefinovali dvě nezávislé ortogonální škály: *Vztahová úzkostnost* a *Vztahová vyhýbavost*. Navazují na model Bartholomew a Horowitz (1991) čtyřmi typy vazeb (Obrázek 3), kterými jsou:

- *jistý typ vazby (secure)* s nízkou úzkostností a nízkou vyhýbavostí;
- *zaujatý typ vazby (preoccupied)* s vysokou mírou úzkostnosti a nízkou mírou vyhýbavosti;
- *bojácný vyhýbavý typ vazby (fearful - avoidant)* vyznačovaný vysokou mírou úzkostnosti a vysokou mírou vyhýbavosti;
- *distancovaně vyhýbavý typ vazby (dismissing - avoidant)* s nízkou úzkostností a vysokou vyhýbavostí (Brennan, et al., 1998).



Obrázek 3. Dvoudimenzionální model attachmentu podle Brennan, et al. (1998). Přeloženo podle Lečbycha a Pospíšilíkové (2012).

Dotazník ECR je jednou z nejrozšířenějších sebeposuzovacích metod zjišťujících attachment v dospělosti. Tvoří jej 2 subškály (Vztahová úzkostnost, Vztahová vyhýbavost) po 18 položkách. Subškály jsou na sobě nezávislé a sytí je jiné tvrzení (Seitl, Charvát & Lečbych, 2016). Proband označuje výroky na Likertově sedmibodové škále od 1 - „rozhodně nesouhlasím“ po 7 - „rozhodně souhlasím“. Příklady tvrzení v subškále Vztahové úzkostnosti: „Dělá mi starosti, že bych mohl/a být odmítnut/a nebo opuštěn/a“, „Velmi mnoho mě trápí, že ztratím své blízké přátelé“. Příklady tvrzení pro subškálu Vztahové vyhýbavosti: „Snažím se vyhnout příliš blízkému kontaktu s druhými“, „Jsem velmi spokojený/á, když jsem blízko druhým lidem“. Některé položky se skórují reverzně (Brennan, et al., 1998).

5.2.1.1. Česká verze

Český překlad publikovali Lečbych a Pospíšilíková (2012). Seitl, et al. (2016) detailněji zkoumali psychometrické vlastnosti této metody na větším vzorku ($n = 1072$). Došli k závěru, že na české populaci má lepší psychometrické kvality zkrácená verze dotazníku ECR, kterou pojmenovali **ECR-CZ**. Tato verze se skládá z 31 tvrzení oproti původním 36 (5 tvrzení vyřadili pro jejich nízký faktorový náboj k příslušné škále zjištěný explorační faktorovou analýzou). Je vhodná pro klinickou i výzkumnou praxi, ne

však pro mezinárodní srovnávání. Rozhodli jsme se tuto revidovanou verzi využít v naší práci z důvodu lepších psychometrických vlastností.

5.2.1.2. Reliabilita a Validita

Pro určení vnitřní konzistence byl vypočítán Cronbachův koeficient α a následně byl proveden test-retest. Vnitřní konzistence byla shledána jako velmi dobrá (jak pro Vztahovou vyhýbavost, tak pro Vztahovou úzkostnost), stejně tak stabilita v čase (Seitl, et al., 2016).

Validita byla ověřena pomocí explorační faktorové analýzy (EFA). Byly potvrzeny dvě ortogonální škály: Vztahová úzkostnost a Vztahová vyhýbavost (Seitl, et al., 2016).

5.2.2. SVF 78

Dotazník SVF 78 byl sestaven německými autory Janke a Erdmann v roce 2002. Vznikl jako zkrácená verze dotazníku SVF 120. Metoda slouží k zachycení způsobů zvládání zátěžových situací jedince. Předpokládá, že jedinec si je vědom postupů, které ve stresových situacích využívá, a je schopen je verbálně pojmenovat. Jako v původním dotazníku, je zde ponecháno 13 škál, kterými jsou: Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní Uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce, Potřeba sociální opory, Vyhýbání se, Úniková tendence, Perseverace, Rezignace, Sebeobviňování. (Janke & Erdmann, 2003). Tyto škály jsou detailněji popsány v kapitole 3.2.2.

5.2.2.1. Česká verze

Do češtiny metodu přeložil a zpracoval Švancara. SVF 78 je sebesposuzovací inventář, který obsahuje 78 tvrzení, na které respondent odpovídá výběrem odpovědi z pětibodové Likertovy škály (0 – „vůbec ne“ až 4 – „velmi pravděpodobně“) (Janke & Erdmann, 2003).

5.2.2.2. Reliabilita a validita

Vnitřní konzistence a spolehlivost byla zjišťována pro celý soubor (n=246) najednou a odděleně dle pohlaví probandů. Výsledky ukázaly na velmi dobrou vnitřní konzistenci. Podobně dobré výsledky ukázaly koeficienty reliability provedené split-half metodou, které ukázaly na spolehlivost metody (Janke & Erdmann, 2003).

Byla provedena faktorová analýza, ve které bylo extrahováno 5 faktorů. Toto rozdělení faktorů bylo shodné s předešlým dotazníkem SVF 120 a vysvětlovalo 75,9% rozptylu. (Janke & Erdmann, 2003).

6. Průběh výzkumu a etické aspekty

6.1. Výzkumný vzorek

Ve výzkumném souboru byli respondenti ve věku 20 - 64 let. Vzorek je rozdělen na 2 hlavní části: klinická populace (lidé s diagnostikovanou závislostí) a neklinická populace (absence zjištěné psychopatologie). Data uvádíme do Tabulky 5 a Tabulky 6.

Tabulka 5

Muži a ženy v celkovém vzorku.

	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>
Ženy	39	40	40	11,26
Muži	72	38	39	9,28
Klinická skupina	53	40	41	10,18
Neklinická skupina	58	38	39	9,78
Celkem	111	39	40	10,05

Poznámka. *N* = počet respondentů, *R* = věkový průměr, *Med* = medián, *SD* = směrodatná odchylka.

Tabulka 6

Věkové rozložení mužů a žen v klinické a neklinické skupině.

	Klinická skupina				Neklinická skupina			
	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Med</i>	<i>SD</i>
20 - 30 let	12	27	27	1,99	15	25	25	2,79
31 - 40 let	14	35	35	3,05	18	37	38	2,68
41 - 50 let	21	45	44	2,77	19	45	44	2,66
51 - 64 let	6	59	61	4,89	6	54	52	3,35

Poznámka. *N* = počet respondentů, *R* = věkový průměr, *Med* = medián, *SD* = směrodatná odchylka.

Respondenti spadající do klinické skupiny byli vybráni *záměrným výběrem přes instituce*. Neklinická skupina byla vybrána *kvótním výběrem*. Kvótami byly věk a pohlaví. Respondenti neklinické skupiny byli vybráni tak, aby vzorek věkově a genderově odpovídal skupině klinické.

6.2. Etické aspekty

V instituci Červený Dvůr probíhal sběr dat po svolení od vedení léčebny. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná a administrace dotazníků anonymní. Se všemi informacemi se respondenti mohli seznámit v informovaném souhlasu, který byl uveden v rámci dodržení etického kodexu a byl součástí baterie testů. Účastníci, kteří si nezvolili anonymní formu administrace a uvedli své osobní údaje, stvrdili souhlas svým podpisem. Následně jim byla poskytnuta možnost zaslání výsledků výzkumu. Informovaný souhlas (Příloha 1) obsahoval:

- název práce;
- metody, kterými budou data sesbírána;
- dobrovolnost respondenta;
- diskrétnost ze strany výzkumníka a ochrana osobních údajů, dle zákona č. 101/2000 Sb;
- možnost kdykoliv odstoupit od výzkumu;
- kontakt a podpis respondenta.

Z důvodu zachování anonymity všech účastníků, bylo každému přiřazeno identifikační číslo, se kterým se dále pracovalo při vyhodnocování testových archů a při zpracování dat ve statistickém programu.

6.3. Sběr dat

Sběr dat probíhal v prosinci 2017 a lednu 2018 a byl realizován pomocí dotazníků v tištěné podobě.

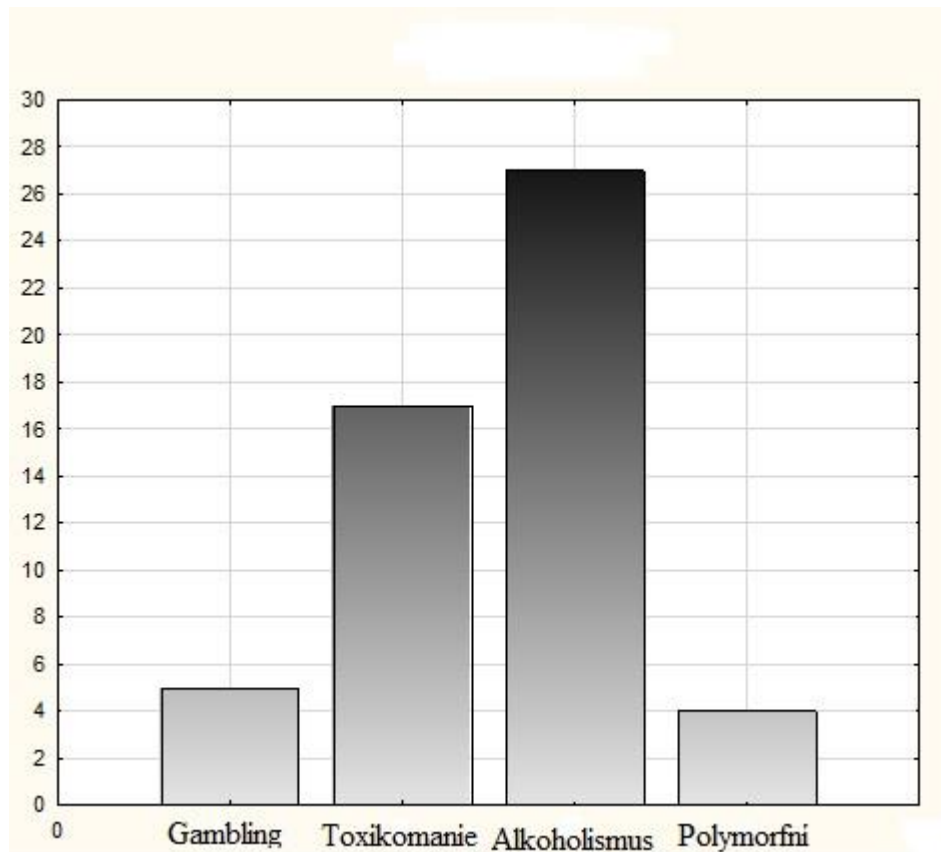
První část dat od klinické populace byla sesbírána v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, kde byli respondenti osloveni staničnými sestrami a vyzváni k administraci dotazníků. Čas na vyplnění dotazníku byl neomezený. Všichni pacienti tohoto zařízení zúčastnění ve výzkumu byli z oddělení A, B nebo C. Tato oddělení jsou určeno pro odvykací nebo stabilizační léčbu závislostí. Tito pacienti jsou již po týdenním detoxikačním pobytu na oddělení 3D, měli by již být zcela zbaveni návykové látky v těle. Skupiny A, B, C jsou vedeny formou komunit, kde mají pacienti velmi přísný denní režim. Druhá část vzorku byla sesbírána v neklinické populaci.

7. Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu uvádíme na základě zpracování dat z 2 uvedených dotazníků výše. Data byla zpracována pomocí programů Microsoft Excel a STATISTICA 12.

7.1. Popisné statistiky

Na obrázku 4 je zobrazena klinická skupina a typy závislostí, které respondenti v tomto vzorku uvedli. Jednalo se o čtyři typy závislostí.



Obrázek 4. Rozložení závislostí v klinické populaci.

V tabulce 7 uvádíme hodnoty škál Vztahová úzkostnost a Vztahová vyhýbavost v klinické a neklinické populaci. Tyto dvě škály jsou obsaženy v dotazníku ECR-CZ, a na jejich základě se odvozují jednotlivé typy attachmentu. Z tabulky lze vyčíst, že klinická skupina vykazuje vyšší hodnoty u obou škál. Dle údajů, které respondenti uvedli se jeví jako více úzkostnější a více vyhýbavější oproti neklinické skupině.

Tabulka 7

Hodnoty škál dotazníku ECR-CZ: Vztahová úzkostnost, Vztahová vyhýbavost.

	Klinická skupina (N=53)		Neklinická skupina (N=58)	
	<i>R</i>	<i>SD</i>	<i>R</i>	<i>SD</i>
Vztahová úzkostnost	4,20	0,88	3,62	0,55
Vztahová vyhýbavost	3,60	0,87	3,02	0,97

Poznámka. *N* = počet respondentů, *R* = průměr, *SD* = směrodatná odchylka.

V Tabulce 8 jsou zaznamenány četnosti copingových strategií v klinickém a neklinickém vzorku. Copingové strategie jsou rozdělené na pozitivní a negativní. U některých respondentů se objevila rovnocennost v jejich používání.

Tabulka 8

Rozložení typů převládajících využívaných copingových strategií v klinické a neklinické skupině.

	Klinická skupina (N=53)		Neklinická skupina (N=58)	
	<i>N</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>SD</i>
Pozitivní coping	35	2,05	48	1,82
Negativní coping	16	1,86	8	1,27
Rovnoměrně rozložený pozitivní i negativní coping	2	1,25	2	1,88

Poznámka. *N* = počet respondentů, *SD* = směrodatná odchylka.

Do Tabulky 9 uvádíme hodnoty jednotlivých kategorií copingových strategií získané z dotazníku SVF 78. V kategoriích pozitivního copingu se skupiny velmi nelišily, avšak znatelný rozdíl se objevil u *Pozitivní sebeinstrukce*, kde neklinická skupina vykazovala vyšší hodnoty. V kategoriích negativního copingu vykazuje klinická skupina celkově vyšší hodnoty než neklinická ve všech kategoriích. Nejvýznamnějším rozdílem jsou hodnoty u strategie *Rezignace*.

Tabulka 9

Kategorie četností copingových strategií dle dotazníku SVF 78 v klinické a neklinické skupině.

	Klinická skupina (N=53)		Neklinická skupina (N=58)	
	<i>R</i>	<i>SD</i>	<i>R</i>	<i>SD</i>
Podhodnocení	12,42	6,93	11,62	4,56
Odmítání viny	11,87	4,21	11,31	3,98
Odklon	13,74	3,77	12,79	3,93
Náhradní uspokojení	12,19	5,02	10,76	4,55
Kontrola situace	16,36	4,30	17,86	4,03
Kontrola reakcí	16,21	3,34	17,44	3,11
Pozitivní sebeinstrukce	15,60	4,28	18,02	3,71
Potřeba sociální opory	13,28	4,86	14,53	6,22
Vyhýbání se	15,42	5,55	15,19	4,09
Úniková tendence	11,66	5,42	9,40	3,89
Perseverace	14,66	6,27	13,24	5,59
Rezignace	10,21	5,89	6,79	3,84
Sebeobviňování	12,55	5,74	9,52	4,21

Poznámka. *N* = počet respondentů, *R* = průměr, *SD* = směrodatná odchylka.

7.2. Výzkumná otázka 1

VO1: Jaké jsou rozdíly ve výskytu typu attachmentu a používání copingových strategií u klinické a neklinické populace?

H1a: Existuje signifikantně významný rozdíl v rozložení typů attachmentu mezi klinickou a neklinickou skupinou.

Testujeme, zda se klinický vzorek od neklinického vzorku statisticky významně liší v typech attachmentu jednotlivých respondentů.

K testování této hypotézy jsme využily kontingenční tabulku pro zjištění rozdílů mezi skupinami. Na hladině významnosti $\alpha=.05$ **přijímáme** hypotézu H1a ($p=.01$, $sv=3$). Mezi skupinami existuje statisticky významný rozdíl v rozložení typů attachmentu (Obrázek 5). Konkrétněji můžeme signifikantně významný rozdíl mezi skupinami pozorovat u *jistého*, *bojácného vyhýbavého* a *distancovaně vyhýbavého* typu attachmentu. Koeficient Cramerovo $V=.32$, ukazuje na střední souvislost mezi sledovanými jevy.

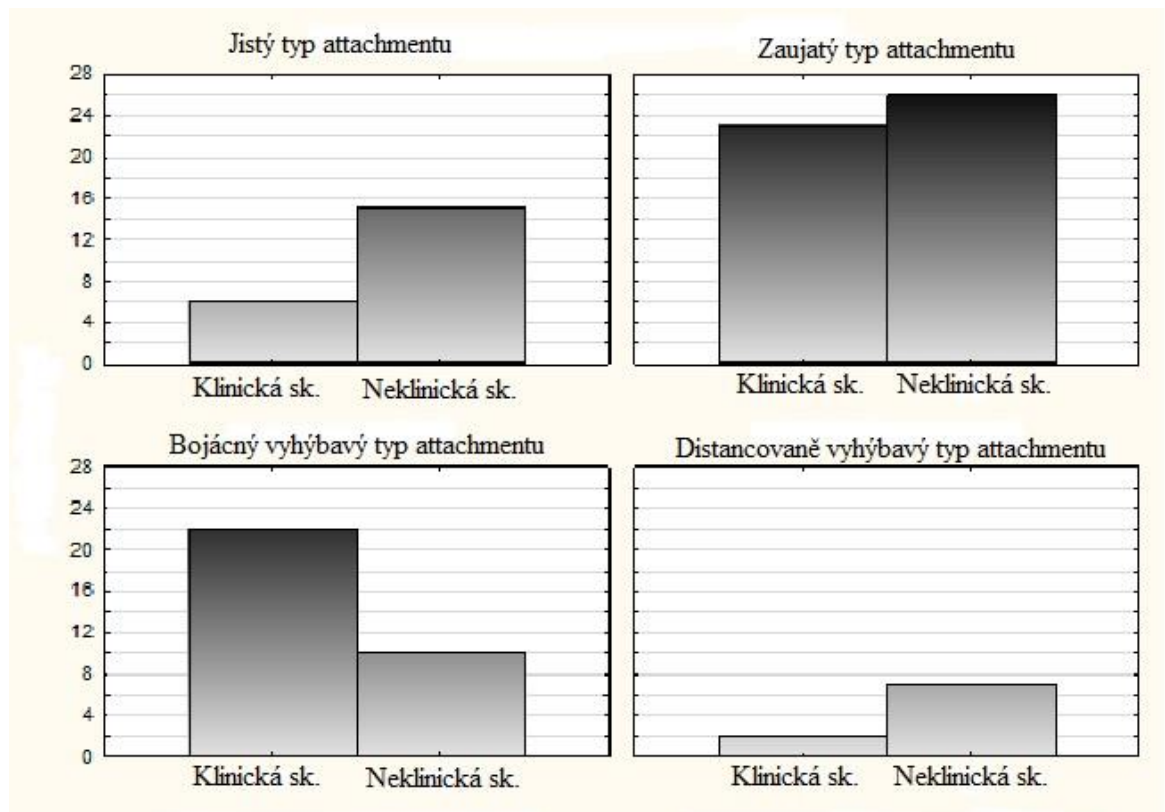
Očekávaly jsme, že v neklinické populaci bude nejčastěji zastoupen jistý typ vazby. Z výsledků uvedených v Tabulce 10 a na Obrázku 5, vyvracíme tento předpoklad. V neklinické skupině je jistý typ vazby zastoupen častěji než v klinické, avšak největší četnost se vyskytuje u zaujatého typu vazby. Zajímavým a neočekávaným zjištěním byla také četnost výskytu distancovaně vyhýbavého attachmentu. Předpokládaly jsme, že u neklinické populace se tento typ téměř neobjeví, avšak výsledky nám ukázaly, že se v neklinické skupině objevuje častěji než v klinické.

Tabulka 10

Kontingenční tabulka - rozložení typů attachmentu v klinické a neklinické skupině.

	Klinická skupina (N)	Neklinická skupina (N)
jistý	6	15
zaujatý	23	26
Bojácný vyhýbavý	22	10
Distancovaně vyhýbavý	2	7

Poznámka. N = počet respondentů.

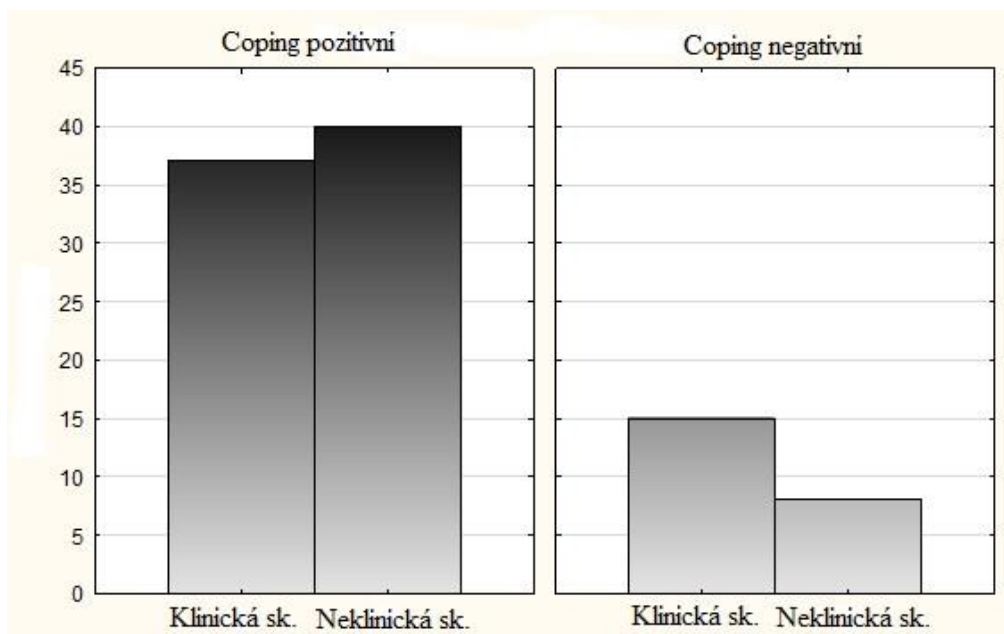


Obrázek 5. Dvourozměrné rozdělení typů attachmentu v klinické a neklinické skupině.

H1b: Existuje signifikantně významný rozdíl v používání copingových strategií mezi klinickou a neklinickou skupinou.

Výsledky jsme získali použitím kontingenční tabulky 2x2. Na hladině významnosti $\alpha=.05$ při $sv=1$ **nepřijímáme** H1b ($p=.15$). Mezi klinickou a neklinickou skupinou neexistuje signifikantně významný rozdíl v používání pozitivních a negativních copingových strategií. Výsledky zobrazujeme na Obrázku 6.

Rozdíly nejsou signifikantně významné, přesto na Obrázku 6 můžeme pozorovat jemné rozdíly mezi skupinami a používaným copingem. Klinická skupina vykazuje vyšší počet negativních a nižší počet pozitivních copingových strategií. Naopak u neklinické populace se objevuje vyšší četnost u pozitivních a nižší četnost u negativních strategií zvládání zátěže.



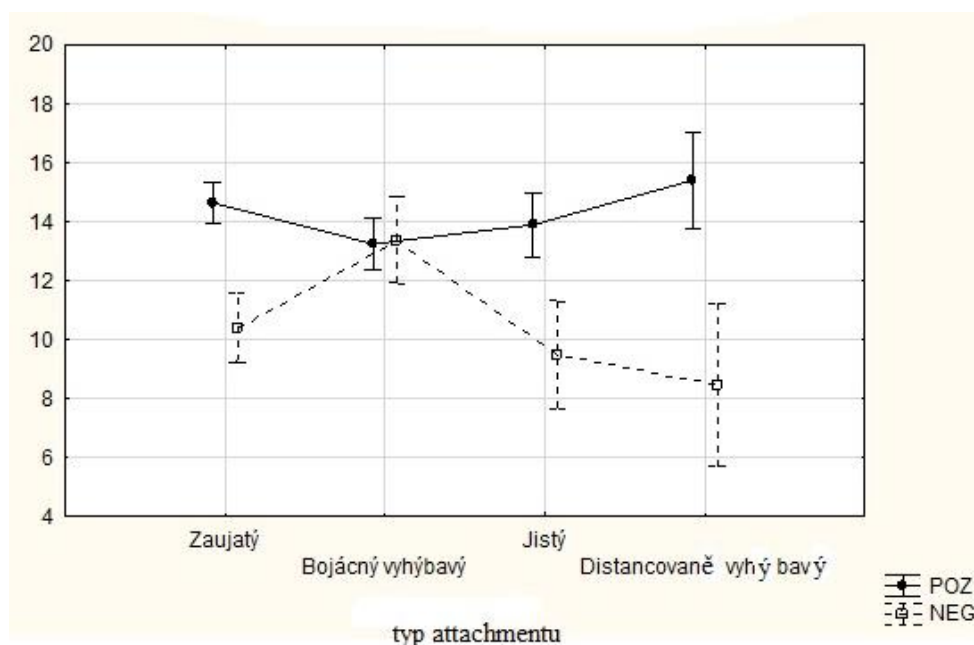
Obrázek 6. Dvourozměrné rozdělení copingových strategií v klinické a neklinické skupině.

7.3. Výzkumná otázka 2

VO2: Jaké jsou rozdíly v typech attachmentu v souvislosti s používáním copingových strategií?

H2a: Existuje signifikantně významný rozdíl mezi typy attachmentu při používání pozitivních copingových strategiích.

Pro testování této hypotézy je využita vícefaktorová ANOVA. Na základě hodnoty $p=.00$ a hodnot statistiky $F(6, 212)=3,58$ zamítáme shodnost středních hodnot dat a **přijímáme H2a**. Mezi uvedenými čtyřmi typy attachmentu existují rozdíly v používání pozitivních copingových strategií (Obrázek 7). Testování je signifikantně významné na hladině $\alpha=.05$.



Obrázek 7. Pozitivní a negativní copingové strategie v kombinaci s typem attachmentu.

Pro zjištění detailních rozdílů mezi skupinami jsme využily post-hoc test (LSD test). Výsledky (p hodnoty) jsou uvedeny na hladině významnosti $\alpha=.05$ při $sv=107$ (Tabulka 11). Signifikantně významný rozdíl je mezi zaujatým a bojácným vyhýbavým typem vazby a mezi bojácným vyhýbavým a distancovaně vyhýbavým typem. Tyto typy attachmentu se mezi sebou liší ve využívání pozitivních copingových strategií. Respondenti s bojácným vyhýbavým typem attachmentu využívají méně pozitivních strategií k vyrovnání se se zátěží, oproti zaujatému a distancovaně vyhýbavému typu attachmentu (Obrázek 7).

Tabulka 11

Rozdíly v jednotlivých typech attachmentu při používání pozitivních copingových strategií.

	Zaujatý	Bojácný vyhýbavý	Jistý	Distancovaně vyhýbavý
Zaujatý	-	.02*	.25	.39
Bojácný vyhýbavý		-	.36	.02*
Jistý			-	.13
Distancovaně vyhýbavý				-

Poznámka. Položky označené hvězdičkou signalizují signifikantně významné rozdíly mezi skupinami.

H2b: Existuje signifikantně významný rozdíl mezi typy attachmentu při používání negativních copingových strategiích.

Pro testování hypotézy H2b byla využita vícefaktorová ANOVA. Na základě hodnoty $p=.00$ a hodnot statistiky $F(6, 212)=3,58$ zamítáme shodnost středních hodnot dat a **přijímáme** tuto hypotézu. Mezi uvedenými čtyřmi typy attachmentu existují rozdíly v používání negativních copingových strategií (Obrázek 7). Testování je signifikantně významné na hladině $\alpha=.05$.

Uvádíme detailní tabulku výsledků získanou post-hoc testem (LSD test) k rozpoznání rozdílů mezi jednotlivými druhy attachmentu při používání negativních copingových strategií. Na hladině významnosti $\alpha=.05$ při $sv=107$ uvádíme p hodnoty do Tabulky 12. Zjistily jsme signifikantně významné rozdíly v používání negativních copingových strategií mezi zaujatým a bojácným vyhýbavým typem vazby, mezi bojácným vyhýbavým a jistým typem a mezi bojácným vyhýbavým a distancovaně vyhýbavým typem vazby. Jedinci vykazující bojácný vyhýbavý typ attachmentu nejčastěji využívají negativní copingové strategie ve srovnání s ostatními typy vazeb (Obrázek 7).

Tabulka 12

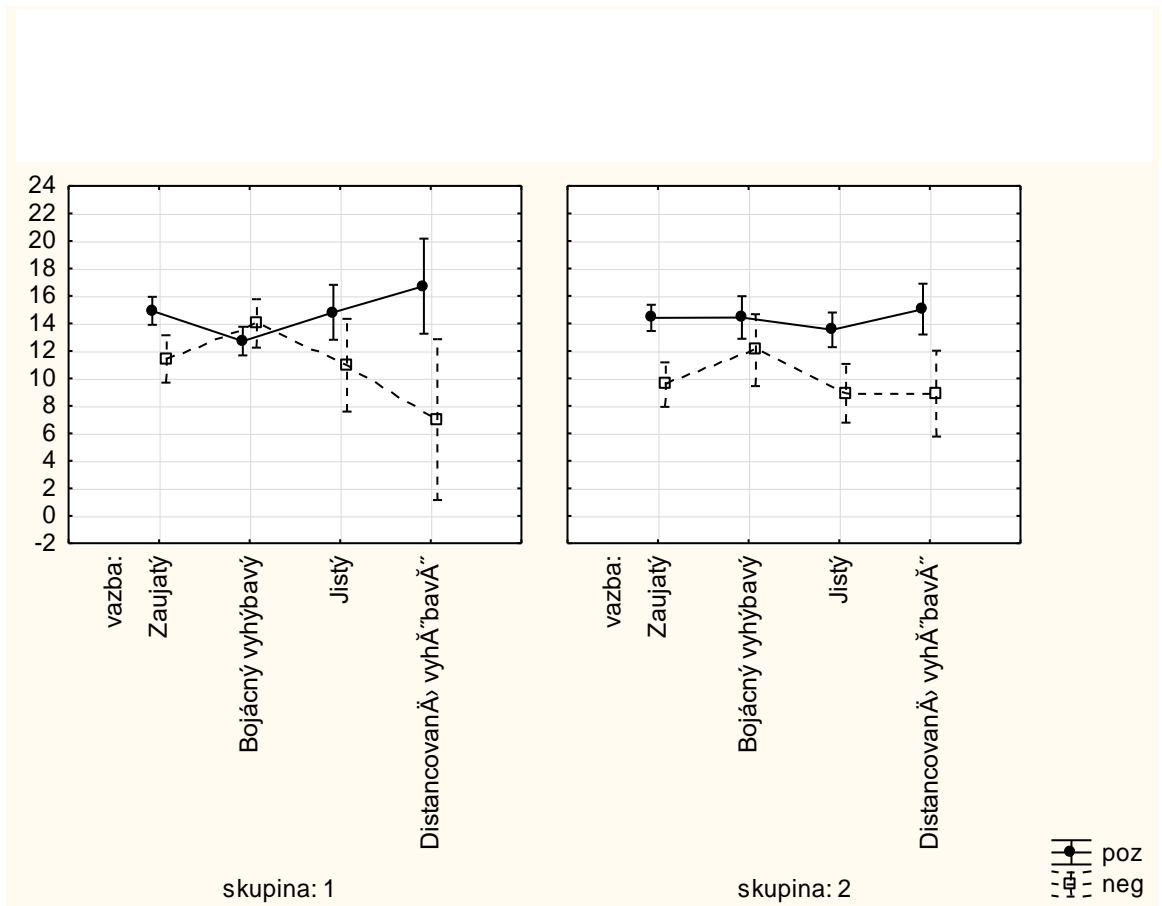
Rozdíly v jednotlivých typech attachmentu při používání negativních copingových strategií.

	Zaujatý	Bojácný vyhýbavý	Jistý	Distancovaně vyhýbavý
Zaujatý	-	.00*	.40	.20
Bojácný vyhýbavý		-	.00*	.00*
Jistý			-	.54
Distancovaně vyhýbavý				-

Poznámka. Položky označené hvězdičkou signalizují signifikantně významné rozdíly mezi skupinami.

H2c: Existuje signifikantně významný rozdíl mezi typy attachmentu a používáním pozitivních nebo negativních copingových strategií mezi skupinami.

Pomocí vícefaktorové ANOVY na hladině významnosti $\alpha=.05$ jsme porovnali klinickou a neklinickou skupinu dle attachmentu a používání copingových strategií. Hodnota $p=.34$ a $F=1.13$, hypotézu H2c **nepřijímáme**. Mezi klinickou a neklinickou skupinou se nepotvrdil signifikantně významný rozdíl. Na Obrázku 8 můžeme pozorovat rozdíly, které ale nebyly signifikantně významně prokázány. Respondenti z klinické skupiny s bojácným vyhýbavým typem vazby využívají více negativní a méně pozitivní copingové strategie ve srovnání se skupinou neklinickou se stejným typem vazby. Mezi ostatními typy jsme při porovnání obou skupin nepozorovaly rozdíly.



Obrázek 8. Porovnání klinické a neklinické skupiny dle typu attachmentu a používání copingových strategií.

Poznámka. Skupina 1 = klinická skupina, skupina 2 = neklinická skupina.

8. Diskuze

V této kapitole propojíme teoretické poznatky s výsledky výzkumu, uvedeme možné souvislosti a poznatky, které spolu naopak nekorespondují. Dále zhodnotíme limity a možné nedostatky našeho výzkumu, které mohly vést ke zkreslení výsledků. Navrhujeme úpravy, které by mohly vést k dalšímu, detailnějšímu zkoumání této oblasti. A na závěr se zamyslíme nad praktickým využitím našich zjištění, které by mohly být příspěvkem pro oblast attachmentu a copingových strategií.

8.1. Diskuze výsledků

Výzkum v této práci je inspirován Medalovou a Procházkou (2014), kteří zkoumali raná maladaptivní schémata ve vztahu s copingovými strategiemi u klinické a neklinické populace. Výsledky uvedených autorů ukazovaly souvislosti mezi dílčími částmi třech využitých dotazníků, ale neukazovaly rozdíly mezi uvedenými výzkumnými skupinami. Náš výzkum se z velké části opírá o tuto studii, avšak výsledné výstupy se liší. Zaměřily jsme se především na rozdíly mezi klinickou a neklinickou skupinou, jak v typech citové vazby, tak v používání copingových strategií. Oproti výzkumu (2014) jsme testovaly početně větší a věkově vyváženější vzorek.

H1a: Existuje statisticky významný rozdíl v rozložení typů attachmentu mezi klinickou a neklinickou skupinou.

Hypotézu H1a jsme na základě provedené analýzy přijaly, rozdíly zde existují, avšak vyvinuly se jiným směrem, než jsme předpokládaly. Naše očekávání byla, že u neklinické skupiny bude největší četnost u jisté vazby a u klinické skupiny vazby nejisté. Vycházely jsme z poznatků výzkumu Medalové a Procházkové (2014), kteří potvrzují existenci raných maladaptivních schémat u klinické populace. Tato schémata se primárně spojují s nejistou citovou vazbou, která vzniká v dětství a přetrvává do dospělosti. Jedinci se vyznačují nedůvěřivostí, odtaživostí, úzkostností a vyhýbavostí (Young et al., 2003). Z tohoto důvodu jsme předpokládaly, že se u klinické populace objeví především bojácný vyhýbavý typ attachmentu (vysoký skóre úzkostnosti, vysoký skóre vyhýbavosti). Využily jsme dotazník ECR-CZ, který je sestaven ze škál *Úzkostnost* a *Vyhýbavost*. V Tabulce 8 uvádíme průměrné hodnoty těchto dvou škál u obou skupin a lze pozorovat rozdíly. Klinická skupina vykazuje vyšší hodnoty. Pokud bychom vycházely z teorie (Brennan et al., 1998), vysoké hodnoty u obou škál ukazují na bojácný vyhýbavý attachment. Po rozřazení hodnot do kategorií se

nejvyšší četnost u bojácného vyhýbavého typu citové vazby neobjevila. Nejčteněji zastoupená byla vazba zaujatá.

Potvrzené rozdíly na našem vzorku existují u jistého, bojácného vyhýbavého a distancovaně vyhýbavého typu attachmentu. Tyto výsledky si částečně vysvětlujeme rozřazením respondentů do kategorií, dle typu attachmentu. Při použití škál by výsledky mohly být detailnější a přesnější. Dle Vrtbovské (2010) je 55 – 65 % dětí připoutáno jistou vazbou ke svým pečovatelům. Tato fakta jsme zobecnily na dospělé populaci a předpokládaly většinový výskyt jisté vazby v našem neklinickém vzorku. Zamýšlíme se nad důvody, které mohly vést k výsledkům – nejčteněji zastoupené zaujaté vazby. Tento typ je významný vysokou úzkostností a nízkou vyhýbavostí. Honzák (2005) uvádí, že v populaci se úzkostné stavy objevují u více lidí, než lékaři předpokládají. Může se jednat pouze o přechodné stavy úzkosti, ale i trvalé poruchy. Dnešní doba si klade na jedince čím dál větší nároky, pojí se se stresovými událostmi, ve kterých se může úzkost zvyšovat. Klademe si otázku, zda tento poznatek mohl ovlivnit výsledky v našem výzkumu.

H1b: Existuje statisticky významný rozdíl v používání copingových strategií mezi klinickou a neklinickou skupinou.

Hypotézu H1b jsme nepřijaly, mezi skupinami se nepotvrdil signifikantně významný rozdíl v používání copingových strategií. Předpokládaly jsme, že u klinické populace se objeví větší množství případů využívání negativního copingu. Keough, Penniston, Vilhena-Churchill, Michael Bagby a Quilty (2018) provedli výzkum, který přinesl výsledek, že jedinec s nejistým attachmentem je ohrožen depresí, a aby se z tohoto nepříjemného stavu vymanil, využívá únikové tendence (copingové strategie), kterými mohou například být gamblerské hry.

Do našeho vzorku klinické populace jsme záměrně vybraly osoby s diagnostikovanou závislostí (látková, nelátková), protože se domníváme, že inklinace k závislosti může být z důvodu *úniku z reality*, *rezignace*, *sebeobviňování* aj. Uvedené druhy chování jsou v dotazníku SVF 78 zařazeny mezi negativní copingové strategie. Naše domněnky jsou opřené o výzkum (Howard & Medway, 2004), že vyhýbavé chování je prevalencí pro rizikové chování (např. závislost).

Předpoklad se nenaplnil, klinická skupina celkově vykazuje větší četnost u pozitivního copingu, než u negativního. Náš výsledek se liší od výzkumu Schmidt et al. (2002), který potvrdil, že klinická populace využívá více negativních strategií zvládnání. Možné vysvětlení

pro rozdílnost výsledků je složení respondentů v klinické skupině. Pravděpodobně se odlišovali psychopatologií, věkem, národností, pohlavím a zkreslující mohla být i velikost vzorku.

V Tabulce 10 jsou uvedeny průměrné hodnoty jednotlivých copingových strategií dle typu populace. Klinická populace nejčastěji používá *kontrolu reakcí*, *kontrolu situace* a *vyhýbání se*. První dva typy chování se řadí mezi pozitivní strategie vyrovnávání se, a jsou velmi žádané. Naš předpoklad byl opačný, Kalina (2013) uvádí, že lidé v závislosti ztrácí kontrolu nad svým chováním, reakcemi, a tedy i celou vzniklou situací. Tyto výsledky jsou velmi zajímavým zjištěním, avšak pojí se s četnými limity, které uvádíme v kapitole 8.2.

H2a: Existuje statisticky významný rozdíl mezi typy attachmentu při používání pozitivních copingových strategiích.

Na základě výsledků z vícefaktorové ANOVY jsme hypotézu přijaly. Rozdíly mezi typy attachmentu ve spojení s copingovými strategiemi existují. U pozitivních strategií jsme předpokládaly, že rozdíl vznikne mezi nejistými typy vazeb a jistou citovou vazbou. Očekávaly jsme, že respondenti s jistou citovou vazbou budou vykazovat signifikantně vyšší počet využívání pozitivních strategií zvládnání, oproti všem typům nejisté citové vazby, a tím vznikne rozdíl.

Výsledky H2b nám potvrdily rozdíly, avšak jiným směrem, než byly naše předpoklady. Rozdíl se ukázal u **zaujatého a bojácného vyhýbavého** typu vazby a mezi **bojácným vyhýbavým a distancovaně vyhýbavým** typem. Tyto výsledky znamenají, že bojácný vyhýbavý typ attachmentu využívá ve všech případech nejméně pozitivního copingu, a tím se liší od ostatních skupin. Brennan et al. (1998) uvádí v definici bojácného vyhýbavého typu attachmentu vysokou vyhýbavost a vysokou úzkostnost. Tento popis koresponduje s výsledky v našem vzorku dle dotazníku SVF 78. Dle kvalitativního zhodnocení dat, respondenti s tímto typem attachmentu využívají v nejčetnějším zastoupení strategii Vyhýbání se. Suls a Fletcher (1985) provedli metaanalýzu, ve které zjistili, že vyhýbání se může usnadnit přizpůsobení se náhle vzniklé stresující situaci.

Zaujatý a distancovaně vyhýbavý typ vazby využívá dle našich výsledků více pozitivních strategií zvládnání než ti, co měli vazbu jistou. Limitem těchto zjištění může být malý vzorek respondentů vykazujících distancovaně vyhýbavý attachment oproti ostatním typům.

H2b: Existuje statisticky významný rozdíl mezi typy attachmentu při používání negativních copingových strategiích.

Na základě výzkumu Schmidt, Nachtigall, Wuethrich-Martone a Strauss (2002) jsme stanovily tuto hypotézu a předpokládaly možné rozdíly mezi vazbou jistou a nejistými v používání negativního copingu. Tito autoři uvedli, že dva typy nejisté vazby se více pojily s využíváním negativních strategií zvládnání zátěže.

Stejně jako H2a jsme tuto hypotézu o rozdílech přijaly. U *negativních* copingových strategií byl náš předpoklad opozitní k H2a. Očekávaly jsme, že nejisté typy vazby budou vykazovat vyšší používání negativních strategií, a tím se budou lišit od pozitivních. Konkrétněji jsme ještě očekávaly rozdíly mezi jednotlivými typy nejistých vazeb. Byly jimi vazba zaujatá a vazba distancovaně vyhýbavá. Důvodem pro tento předpoklad byly definice zmíněných typů vazeb (Obrázek 3). Tyto dvě vazby jsou k sobě polaritní ve skórech jednotlivých škál (Vztahová úzkostnost, Vztahová vyhýbavost).

Howard a Medway (2004) uvádějí, že nejistý attachment vede k vyhýbavému chování (negativním copingovým strategiím) na jehož základě je vyšší prevalence k rizikovému chování jako je např. závislost.

Výsledky ukázaly na tři rozdíly mezi typy vazeb. **Bojácná vyhýbavá** vazba se lišila od všech ostatních (**jistá, zaujatá, distancovaně vyhýbavá**). Předpoklad se částečně naplnil tím, že vazba jistá se odlišovala od bojácné vyhýbavé, ovšem od dalších dvou nejistých vazeb se v používání negativního copingu nelišila. Respondenti s bojácnou vyhýbavou vazbou v našem vzorku využívají nejvíce negativních strategií zvládnání.

H2c: Existuje signifikantně významný rozdíl mezi typy attachmentu a používáním pozitivních nebo negativních copingových strategií mezi skupinami.

Porovnály jsme uvedené dvě skupiny a neshledaly jsme žádné rozdíly. Skupiny se signifikantně významně nelišily v typu vazby používající určité copingové strategie. Zajímalo nás, jestli jeden typ vazby v obou skupinách využívá stejné copingové strategie, a nebo jestli se vyskytnou nějaké rozdíly. Na Obrázku 8 jsou vyobrazeny grafy pro obě skupiny. Můžeme pozorovat jemný rozdíl u bojácného vyhýbavého attachmentu. Zatímco se u klinické populace objevuje vyšší míra využívání negativního copingu a nižší míra

pozitivního, u neklinické populace je tomu naopak. Tato interpretace se nepotvrdila na hladině $\alpha=0.05$.

8.2. Limity výzkumu

Realizovaný výzkum přinesl zajímavé výsledky, avšak byl omezen různými limity a nedostatky. V této kapitole uvedeme možné faktory, které mohly ovlivnit výsledky výzkumu nebo je zkreslit.

Výzkumný vzorek nebyl vybrán náhodným výběrem. Použily jsme záměrný výběr přes instituce pro respondenty do klinické skupiny a následně kvótní výběr pro osoby spadající do neklinického vzorku. Respondenti v klinické skupině se v průběhu výzkumu léčili v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Již tímto je vzorek specifický, data jsou pouze od osob z jedné instituce. Zamýšlíme se, zda by sesbírání dat i v jiném zařízení tohoto typu mohlo změnit výsledky našeho výzkumu. Kvótní výběr neklinické skupiny byl založen na dvou parametrech, kterými byly věk a pohlaví. Uvědomujeme si, že 58 osob, které byly z většinové populace vybrány nesplňovaly kritérium reprezentativního vzorku a výsledky, které jsme získaly se nemohou zobecňovat na veškerou populaci. Respondenti této skupiny uváděli v dotazníkové baterii, zda se u nich v minulosti nebo přítomnosti vyskytla, resp. vyskytuje jakákoliv psychopatologie. Tuto informaci jsme nijak dál již neověřovaly. Vnímáme určité nedostatky tohoto postupu, nemohly jsme si nikde verifikovat, zda lidé, kteří uvedli absenci psychopatologie, opravdu žádnou v anamnéze nemají. Domníváme se, že, jak uvádí Honzák (2005), informace o úzkostech v populaci, můžeme tomu tak být i u jiných onemocnění. Otázka v dotazníku byla pouze na psychopatologii, ale administraci testů mohla ovlivnit i jiná somatická onemocnění, nepohoda respondenta v době vyplňování, únava, klesající pozornost, špatná nálada aj.

Dalším možným limitem může být sociální deziderabilita respondentů. V dotazníku SVF 78 jsou tvrzení formulována tak, že lze odhadnout, co tím výzkumník sleduje. Pro někoho může být velmi důležité zaškrtnout vysoký skóre u sociálně žádoucích odpovědí. Možnou souvislost vidíme se situačním a dispozičním rozdělením copingových strategií. Je možné, že respondenti odpovídali na tvrzení více situačně, jak se cítili v danou chvíli, než dispozičně (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

Domníváme se, že výsledky, které jsme uvedly u hypotézy H1b, mohou být zkresleny tímto jevem. Kontrola reakcí, kontrola situace apod., je u klinické populace v rozporu s literaturou. Polemizujeme nad našimi výsledky, zda se mohla sociální žádoucnost projevit na administraci a výsledcích v tomto výzkumu.

K limitu uvedenému výše se ještě vztahuje jeden aspekt. Literatura mapuje především lidi, kteří jsou v době zkoumání závislí. My jsme sbíraly data v léčebně, kde byl každý člověk na jiné úrovni léčby. Nepohybovaly jsme se na oddělení detoxu, kde jsou ještě někteří lidé pod vlivem drogy, ale pouze na stabilizačních odděleních (komunitách), kde se může léčba odehrávat různě dlouhou dobu (maximálně 6 měsíců). Je zde možnost, že jedinci, kteří byli již před ukončením léčby, odpovídali v dotaznících jinak než jedinci, kteří právě do léčby nastoupili. Ti, co byli již před odchodem zpět do většinové společnosti, podstoupili mnohé psychoterapie, které mohly změnit směr jejich uvažování, myšlení, regulaci emocí aj. (Kalina, 2013). Jak uvádí Kalina (2013) psychoterapie se závislými si mimo jiné klade za cíl posílit sebekontrolu, a tedy pozitivní copingové strategie.

8.3. Výzkumná doporučení

V návaznosti na výše zmíněné limity našeho výzkumu, uvádíme možná zlepšení a jiné pohledy na zkoumanou oblast, které by mohly vést k detailnějšímu probádání tématu attachment a copingových strategií.

Vědci, kteří longitudinálně zkoumali vývoj amygdaly u dětí s dezorganizovaným attachmentem, zjistili, že právě u této skupiny jedinců je amygdala abnormálně zvětšená. Tento fakt může být příčinou četnějších stresových situací a podrážděnosti v dospělosti (Lyons-Ruth, Pechtel, Yoon, Anderson, & Teicher, 2016). Přemýšlíme nad možností, zda četnější zátěžové situace, zmíněná podrážděnost aj. mohou vést k celkovému vyššímu výskytu využívání negativních copingových strategií. Čihák (2004) uvádí, že amygdala má primárně ochrannou funkci, vyhodnocuje možné nebezpečí pro člověka. V lidském organismu aktivizuje strach a úzkost. Na tomto teoretickém základě předpokládáme vyšší výskyt negativních copingových strategií, jako jsou: únik nebo vyhýbání se.

Další výzkum z oblasti neurologie přináší nové poznatky, které souvisejí s používáním copingových strategií. Churchland (2015) uvádí, že na strategiích zvládání se také podílí neurotransmitery, především oxytocin. Tato látka se uvolňuje během pozitivních sociálních interakcí a inhibuje negativní copingové strategie: boj, útěk, zamrznutí. Tento proces utlumuje v amygdale, která reguluje reakce na stres. Ve výzkumu na krysách (Liu, 1997) bylo prokázáno, že ta mláďata, která matka častěji olizovala (opečovávala), měla hustější zastoupení oxytocinu a snížené reakce (adrenokortikotropní hormon, kortikosteron) na akutní stres. Oxytocin má významnou roli na formování mozku v kojeneckém věku pro budoucí schopnost vytváření citových vazeb a mateřské chování. Je generačně přenosný prostřednictvím vyjádření rodičovského chování u potomků (Feldman, 2017).

Z uvedených výzkumů vyvozujeme možné souvislosti mezi neurofyzologií organismu a následným chováním. Opíráme se o výzkumy realizované na jiné než české populaci. Bylo by zajímavé zjistit tyto informace u klinické populace, konkrétně u lidí se závislostmi.

Z osobních údajů o respondentech jsme sledovali pouze věk a pohlaví. Pro detailnější zjištění by mohly přispět další údaje, kterými jsou např. partnerský vztah, doba léčby, počet předchozích léčení, rodinná anamnéza nebo sociální a ekonomická situace jednotlivých respondentů. Zajímavé by také bylo sledovat osobnostní rysy jedinců a následné porovnání se škálami našich dotazníků.

8.4. Praktické přínosy

Výsledky, které náš výzkum přinesl by mohly být příspěvkem pro včasnou péči o děti, které nemají dostatečné citové zázemí a vznikají u nich maladaptivní schémata (nejistý typ attachmentu). V návaznosti na tato schémata se mohou utvářet nevhodná řešení stresových situací a následné rizikové chování (Howard & Medway, 2004; Kalina, 2015). Jedním z protektivních řešení by pro tyto jedince mohla být schématerapie, která ještě není v České Republice hojně využívána. Tento přístup pracuje s dětskými i dospělými klienty a lze u něj pozorovat pozitivní přínosy (Young, 2003).

Včasnou práci s těmito klienty vnímáme jako předcházení možnému vzniku rizikového chování spuštěné negativními strategiemi vyrovnávání se se zátěží. Výzkum je možným příspěvkem pro oblast dětské psychologie, dětské psychiatrie a dětské adiktologie. Bylo by velmi zajímavé výzkum realizovat na dětské populaci. Sledování typu attachmentu a významných rozdílů mezi jednotlivými typy a používanými strategiemi zvládnání.

9. Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou attachmentu v souvislosti s copingovými strategiemi. V teoretické části jsme shrnuly nejvýznamnější poznatky v oblasti attachmentu a strategií zvládání, na jejichž základě jsme stanovily výzkumné otázky a hypotézy. V empirické části jsme zkoumaly, zda se od sebe odlišuje klinická a neklinická skupina v attachmentu i ve využívání copingových strategií. Předpokládaly jsme, že klinická populace bude častěji vykazovat nejistý attachment a v této souvislosti bude využívat spíše negativní copingové strategie.

Na základě statistické analýzy dat se naše předpoklady potvrdily pouze částečně. V klinické i neklinické skupině bylo nejvíce jedinců připoutáno vazbou zaujatou (nejistý typ vazby), která je charakteristická vysokou úzkostností a nízkou vyhýbavostí. Tímto se nepotvrdil náš předpoklad o neklinické skupině, ve které se v nejčetnějším zastoupení nevyskytovala vazba jistá.

Nepodařilo se prokázat čtenější využívání negativních copingových strategií v klinické populaci. Respondenti se závislostí, v našem vzorku, využívali nejvíce *pozitivní sebeinstrukci, kontrolu situace a kontrolu reakcí* v zátěžových situacích. Tyto uvedené strategie zvládání zátěže se řadí mezi pozitivní. Vzniklé rozpory mezi teorií a výsledky empirické části jsme zmínily v limitech výzkumu.

Zjistily jsme, že existují rozdíly mezi typy attachmentu a používáním určitých copingových strategií. Konkrétněji, že bojácný vyhýbavý typ attachmentu se liší v používání pozitivních i negativních copingových strategií od ostatních typů vazby. Nejméně se s tímto typem pojily pozitivní a nejvíce negativní strategie zvládání zátěže.

Zdroje:

1. Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 49-67.
2. Ainsworth, M. D. S., & kol. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
3. Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937. doi:[10.1037/0003-066X.34.10.932](https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932)
4. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of Attachment. A psychological study od the strange situation*. New York: Psychology Press.
5. Atkinson, R., L. (2003). *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál.
6. Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*. 7, 147-178. doi: [10.1177/0265407590072001](https://doi.org/10.1177/0265407590072001)
7. Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61, 226-244.
8. Behrens, K. Y., Parker, A. C., & Haltigan, J. D. (2011). Maternal sensitivity assessed during the Strange Situation Procedure predicts child's attachment quality and reunion behaviors [Online]. *Infant Behavior And Development*, 34(2), 378-381. doi: [10.1016/j.infbeh.2011.02.007](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.02.007)
9. edited by Becker-Weidman, A., & Shell, D. (2005). *Creating capacity for attachment: dyadic developmental psychotherapy in the treatment of trauma-attachment disorders*. Oklahoma: Wood 'N' Barnes
10. Bieščad, M., Hašto, J. (2010). Diagnostikovanie typov vzťahovej väzby (attachment) v dospelosti s použitím nástrojov dostupných v našich podmienkach. *Psychiatrie*, 14(2), 68-74.
11. Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children* (2. vyd.). Geneva: World Health Organization.
12. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.

13. Bowlby, J. (2005). *The making and breaking of affectional bonds*. New York: Routledge.
14. Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
15. Bowler, P. J. (1996). *Charles Darwin: the man and his influence*. New York NY, USA: Cambridge University Press.
16. Brennan, K. A., Clark, C. L., Shaver, P. R. (1998). *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*. In Simpson, J., A., Rholes, W., S. (Eds.) *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press, s. 46-76.
17. Buchheim, A., George, C., & West, M. (2003). The adult attachment projective (AAP) - psychometric properties and new reserach results. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 53(9-10): 419-427. doi: [10.1055/s-2003-42170](https://doi.org/10.1055/s-2003-42170)
18. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi: [10.1037/0022-3514.56.2.267](https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267)
19. Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2016). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (3. vyd.). New York: Guilford Press.
20. Churchland, P. S. (2015). *Mozek a důvěra, aneb, Co nám neurověda říká o morálce*. Praha: Dybbuk.
21. Colin, V. L. (1996). *Human attachment*. New York: McGraw-Hill.
22. Čáp, J., & Mareš, J. (2007). *Psychologie pro učitele* (2. vyd.). Praha: Portál.
23. Čihák, R. (2004). *Anatomie 3*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing.
24. Dallos, R., & Vetere, A. (2009). *Systemic therapy and attachment narratives: applications in a range of clinical settings*. Hove: Routledge
25. Feldman, R. (2017). The Neurobiology of Human Attachments [Online]. *Trends In Cognitive Sciences*, 21(2), 80-99. doi: [10.1016/j.tics.2016.11.007](https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.11.007)
26. Feeney, J.A., & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. London: Sage.
27. Fraley, R. C., & Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships*, 4(2), 131-144. doi: [10.1111/j.1475-6811.1997.tb00135.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1997.tb00135.x)
28. Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). *Adult attachment patterns: A test of the typological model*. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77-114). New York: Guilford Press.

29. Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M., Brumbaugh, C., & Vicary, A. (2006). Adult Attachment and the Perception of Emotional Expressions: Probing the Hyperactivating Strategies Underlying Anxious Attachment [Online]. *Journal Of Personality*, 74(4), 1163-1190. doi: [10.1111/j.1467-6494.2006.00406.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00406.x)
30. George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. 3. vydání. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
31. Gross, R. D. (2010). *Psychology: the science of mind and behaviour*. 6th ed. London: Hodder
32. Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13(12), 673-685.
33. Harlow, H. F., & Zimmerman, R. R. (1959). Affectional Response in the Infant Monke'. *Science*, 130(3373), 421-431
34. Hašto, J. (2005). *Vztáhová väzba: ku kořenom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
35. Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*, 5(1), 1-22.
36. Hess, E. H., & Petrovich, S. B. (2000). Ethology and attachment: A historical perspective. *Behavioral Development Bulletin*, 9(1), 14-19.
37. Holmes, P., & Farnfield, S. (2014). *The Routledge handbook of attachment: theory*. New York: Routledge.
38. Honzák, R. (2005). *Úzkostný pacient*. Praha: Galén.
39. Hošek V. (2001). *Psychologie odolnosti*. 2. vyd., Praha: Karolinum.
40. Howard, M. S., & Medway, F. J. (2004). Adolescents' attachment and coping with stress [Online]. *Psychology In The Schools*, 41(3), 391-402. doi:[10.1002/pits.10167](https://doi.org/10.1002/pits.10167)
41. Janke, W., & Erdmann, G. (2003). *Strategie zvládání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum.
42. Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
43. Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
44. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
45. Keough, M. T., Penniston, T. L., Vilhena-Churchill, N., Michael Bagby, R., & Quilty, L. C. (2018). Depression symptoms and reasons for gambling sequentially mediate the associations between insecure attachment styles and problem gambling [Online]. *Addictive Behaviors*, 78, 166-172. doi: [10.1016/j.addbeh.2017.11.018](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.018)

46. Koukolík, F. (2016). *Sociální mozek: evoluce a neuronální podklady* (2.vyd.) Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
47. Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
48. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
49. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
50. Kulísek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). *Československá psychologie*, 44, 5, 404-423.
51. Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
52. Lazarus, R. S. (1981). The Stress and Coping Paradigm. In: L. A. Bond and J. C. Rosen (Eds.) *Competence and Coping during Adulthood*, 28-74. Hanover: University Press of New England.
53. Lečbych, M. & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie* [online], 6 (3), 1-11. Dostupný z: <http://e-psycholog.eu/pdf/lechbych-pospisilikova.pdf>.
54. Lorenz, K. Z. (1937). *The companion in the bird's world*. *Auk*, 54, 245–273
55. Lyons-Ruth, K., Pechtel, P., Yoon, S. A., Anderson, C. M., & Teicher, M. H. (2016). Disorganized attachment in infancy predicts greater amygdala volume in adulthood [Online]. *Behavioural Brain Research*, 308, 83-93. doi: [10.1016/j.bbr.2016.03.050](https://doi.org/10.1016/j.bbr.2016.03.050)
56. Main, M., Hesse, E., & Hesse, S. (2011). Attachment theory and research: overview with suggested applications to child custody [Online]. *Family Court Review*, 49(3), 426-463. doi: [10.1111/j.1744-1617.2011.01383.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2011.01383.x)
57. Medalová, K., & Procházka, R. (2014). Rané maladaptívne schémy, attachment a stratégie zvládania stresu u klinickej a neklinickej populácie. *E-psychologie* [online], 8, 4, 11-22 [19.12.2017]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/medalova-prochazka.pdf>.
58. *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté revize MKN-10* (2017, 3. revize.). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České Republiky.
59. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.

60. Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi: dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Praha: Triton.
61. Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2.vyd.). Praha: Grada.
62. Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (2004). *New Directions and Emerging Issues in Adult Attachment*. In W. S.Rholes & J. A.Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Press.
63. Rognoni, E., Galati, D., & Costa, T., et al. (2008). Relationship between adult attachment patterns, emotional experience and EEG frontal asymetry. *Pers. Individ. Dif.* 44, 318-323.
64. Roisman, G. I. (2009). Adult attachment: toward a rapprochement of methodological cultures. *Current directions in psychological science*, 18, 122-126.
65. Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders [Online]. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 50(5), 529-543. doi: [10.1111/j.1469-7610.2009.02042.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02042.x)
66. Seitl, M., Charvát, M., & Lečbych, M. (2016). Psychometrické charakteristiky české verze škály Experiences in Close Relationships (ECR). *Československá psychologie* 60(4), 351-371.
67. Selye, H. (1950a). *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress: A Treatise Based on the Concepts of the General-adaptation-syndrome and the Diseases of Adaptation.-Supplement. Annual Report on Stress – Svazek 3*. Montreal: Acta.
68. Selye, H. (1950b). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392. Dostupné z: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038162/
69. Selye, H. (1956). The stress of life. New York: McGraw-Hill Book Co. In S. Szabo, Y. Tache and A. Somogyi (Eds.), The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor of Nature [Online]. *Stress*, 15(5), 472-478. doi: [10.3109/10253890.2012.710919](https://doi.org/10.3109/10253890.2012.710919)
70. Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworths.
71. Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964). The Development of Social Attachments in Infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Vol. 29, No. 3. Dostupné z: http://www.jstor.org/stable/1165727?seq=1&cid=pdf-reference#references_tab_contents

72. Schaffer, D.R., & Kipp, K. (2010). *Developmental psychology: childhood and adolescence*. 8.vyd. Belmont: Wadsworth
73. Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., & Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease [Online]. *Journal Of Psychosomatic Research*, 53(3), 763-773. doi: [10.1016/S0022-3999\(02\)00335-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00335-5)
74. Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). *The development of coping* [Online]. New York, NY: Springer Berlin Heidelberg.
75. Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4(3), 249-288. doi: [10.1037/0278-6133.4.3.249](https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.249)
76. Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64(4), 711-735.
77. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (2. vyd.). Praha: Karolinum.
78. Vašina, L. (2002). *Klinická psychologie a somatická psychoterapie, díl I*. Brno: Neptun.
79. Vavrda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy: tradice a současnost*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
80. Vrtbovská, P. (2010). *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí: attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Tišnov: Scan.
81. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
82. Young, J. E. (2014). *Schema Therapy Inventories & Related Materials*. New York: Schema Therapy Institute.

Seznam obrázků

Obrázek 1. Úrovně copingu podle Skinner a Zimmer-Gembeck.....	33
Obrázek 2. Transakční model psychologického stresu podle Lazaruse.....	38
Obrázek 3. Dvoudimenzionální model attachmentu.....	46
Obrázek 4. Rozložení závislostí v klinické populaci.....	50
Obrázek 5. Dvourozměrné rozdělení typů attachmentu v klinické a neklinické skupině.....	54
Obrázek 6. Dvourozměrné rozdělení copingových strategií v klinické a neklinické skupině.....	55
Obrázek 7. Pozitivní a negativní copingové strategie v kombinaci s typem attachmentu.....	56
Obrázek 8. Porovnání klinické a neklinické skupiny dle typu attachmentu a používání copingových strategií.....	59

Seznam tabulek

Tabulka 1. Průběh experimentu 'Strange Situation Test'	15
Tabulka 2. Model citové vazby.....	26
Tabulka 3. Srovnání stavů mysli v dospělosti s citovou vazbou v dětství podle George, Kaplan, & Main.....	28
Tabulka 4. Srovnání obranných mechanismů a copingových strategií podle Čápa a Mareše.....	41
Tabulka 5. Muži a ženy v celkovém vzorku.....	48
Tabulka 6. Věkové rozložení mužů a žen v klinické a neklinické skupině.....	48
Tabulka 7. Hodnoty škál dotazníku ECR-CZ: Vztahová úzkostnost, Vztahová vyhýbavost.....	51
Tabulka 8. Rozložení typů převládajících využívaných copingových strategií v klinické a neklinické skupině.....	51
Tabulka 9. Kategorie četností copingových strategií dle dotazníku SVF 78 v klinické a neklinické skupině.....	52
Tabulka 10. Kontingenční tabulka - rozložení typů attachmentu v klinické a neklinické skupině.....	53

Tabulka 11. Rozdíly v jednotlivých typech attachmentu při používání pozitivních copingových strategií.....	57
Tabulka 12. Rozdíly v jednotlivých typech attachmentu při používání negativních copingových strategií.....	58

Seznam příloh

Příloha 1. Informovaný souhlas.....	76
Příloha 2. Příklady výroků z testu SVF 78.....	77

Přílohy

Příloha 1. Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

„Attachment a copingové strategie u klinické populace“

Výzkumná část bakalářské práce mapuje citovou vazbu u dospělé populace a strategie zvládání zátěže pomocí dotazníků: ECR, SVF 78.

Výzkum bude probíhat v měsících prosinec 2017, leden 2018.

Souhlasím s tím, že má účast ve výzkumu je zcela dobrovolná a veškeré údaje, které v rámci výzkumu jsou zaznamenány, budou analyzovány pouze za účelem tohoto výzkumu. K datům bude mít přístup pouze studentka Andrea Slabá, popřípadě vedoucí práce Mgr. et Mgr. Bc. Sylvie Koubalíková, Ph.D. V žádném případě údaje nebudou předány třetí straně. Mám možnost kdykoli z výzkumu vystoupit, a to slovním sdělením. Dále souhlasím s tím, že během výzkumu budou dodrženy principy Listiny základních práv a svobod a mé osobní údaje budou zpracovány dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Kontakt:

Jméno:

Svou účastí ve výzkumu tímto stvrzuji, že jsem se seznámil/a a dobrovolně souhlasím s obsahem tohoto textu.

Datum

Podpis účastníka (popř. zákonného zástupce)

Příloha 2. Příklady výroků z testu SVF 78.

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry...

- ...vyrovnám se s tím rychleji než ostatní. (Podhodnocení);
- ...řeknu si, že si nemám co vyčítat. (Odmítání viny);
- ...snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného. (Odklon);
- ...dám si něco dobrého k jídlu. (Náhradní uspokojení);
- ...promyslím přesně své další jednání. (Kontrola situace);
- ...řeknu si, že se nedám vyvést z míry. (Kontrola reakcí);
- ...řeknu si, že to vydržím. (Pozitivní sebeinstrukce);
- ...snažím se, aby mě při řešení podpořil někdo jiný. (Potřeba sociální opory);
- ...přemyslím, jak se příště dostat do podobné situace. (Vyhýbání se);
- ...chce se mi od toho utéct. (Úniková tendence);
- ...nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného. (Perseverace);
- ...cítím se nějak bezmocný(-á). (Rezignace);
- ...ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně. (Sebeobviňování).