

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Anna Podzimková

**Citová vazba (attachment) u žen a mužů se závislostní poruchou
v následné péči – genderová analýza**

Attachment at women and men with substance use disorder in an
aftercare programme – a gender analysis

Diplomová práce

Vedoucí práce: **doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.**

Praha 2021

Autor práce: **Bc. Anna Podzimková**

Vedoucí práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Rok obhajoby: 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30.6.2021

Bc. Anna Podzimková

.....
Podpis

Identifikační záznam

PODZIMKOVÁ, Anna. Citová vazba (attachment) žen a mužů se závislostní poruchou v následné péči – genderová analýza. [Attachment at women and men with substance use disorder in an aftercare programme – a gender analysis]. Praha, 2021. 118 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda splnila milou povinnost poděkovat doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc. za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné rady a připomínky, a především za podporu a motivaci, která byla k dokončení mé práce důležitá. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přáteli, za projevenou podporu a shovívavost. Neposlední velké poděkování patří všem respondentům, za jejich ochotu, čas a otevřenost, bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

Abstrakt

Úvod: Výzkum se zabývá citovou vazbou u žen a mužů se závislostní poruchou v následné péči. Práce je rozdělena do teoretické a praktické části. V teoretické části je vysvětlen pojem attachment, popsány jeho teoretické základy, propojení attachmentu se závislostní poruchou, možnosti terapeutické práce s attachmentem, její aplikace v práci s osobami se závislostní poruchou, genderové rozdíly u těchto osob a specifikace služeb následné péče. Praktická část je založena na kvalitativně orientovaném výzkumu. Výzkum byl prováděn formou rozhovorů s deseti respondenty, pěti ženami (soubor A) a pěti muži (soubor B). Všichni respondenti jsou momentálně abstinující osoby se závislostní poruchou po pobytové léčbě závislosti, participující v následné péči.

Cíl: Cílem výzkumu bylo porovnat rozdíly a podobnosti u mužů a žen se závislostní poruchou v jejich attachmentu, partnerských a rodinných vztazích a následná implikace výsledků pro využití v praxi.

Metody: Pro tvorbu dat byly využity dva semi-strukturované klinické rozhovory Adult Attachment Interview (AAI) a Current Relationship Interview (CRI). AAI je zaměřen na dětství a rané vztahy mezi respondentem a jeho rodiči, CRI je zaměřen na historii partnerských vztahů a kvalitu momentálního partnerského vztahu. Pro analýzu dat získaných oběma rozhovory byl využit analyzační a skórovací systém CRI pro zjištění attachmentu vůči rodičům a vůči současnému partnerovi. K další analýze a systematizaci dat bylo využito kódování rozhovorů.

Výsledky: Výzkum ukazuje podobnosti v attachmentu žen i mužů zejména u otců, kdy sedm z deseti respondentů má vůči otci kategorii F2: Zaujatý stav mysli – Naštvaný a osm respondentů udává otce jako „nepřítomného“. Rozdíly jsou ale v subjektivním vnímání otců, kdy muži vnímají otce spíše jako soka a cítí vůči němu vztek, ženy se otci i přes jeho chladný přístup snaží přiblížit a pocítit tak jeho přízeň a lásku. U matek respondentů se nejčastěji objevuje některý z opomíjejících stavů mysli, výsledky ale nejsou tak markantní jako u otců. Matky jsou napříč soubory popisovány jako „pečující/pečovatelské“, rozdíly jsou opět v subjektivním vnímání matek, kdy ženy popisují matky spíše jako kamarádky, muži vnímají matky jako „bez autority“ a jako záchranu před otcem. U žen je jako traumatická událost v rodině popisováno sexuální zneužívání, u mužů domácí násilí. V partnerských vztazích se ukazuje u mužů i žen jako predisponující vztah s rodičem opačného pohlaví. U mužů s pozitivním vztahem vůči matce se objevuje jistá citová vazba a pozitivní vztah vůči

partnerce, u žen, které mají všechny nejistou citovou vazbu vůči otci a vztahují se k němu tak, že nesytil jejich potřeby se objevuje i nejistá citová vazba vůči partnerovi. U žen se objevuje jako jeden z původců jejich užívá jeden z bývalých partnerů a též u nich docházelo v rámci partnerských vztahů k traumatizaci formou sexuálního násilí, nucené prostituce a znásilnění. U mužů jsou minulé partnerské vztahy popisovány jako méně výrazné spíše se objevuje role iniciátora domácího násilí v partnerském vztahu.

Závěr: Z výsledků výzkumu vyplývá, že vztahové poruchy jsou přímým prediktorem i důsledkem závislostní poruchy u žen i mužů, jejich projevy jsou ale rozdílné. Díky této rozdílnosti je možnost rozšíření genderově citlivého přístupu v léčbě závislosti. Z výsledků též vyplývá možnost využití terapie zaměřené na attachment v léčbě závislosti. Díky úzdavě v rámci vztahů poté můžeme předpokládat i úzdavu závislosti.

Klíčová slova

citová vazba (attachment), závislostní porucha, ženy/muži se závislostní poruchou, následná péče, emoce, vztahy, genderová analýza

Abstract

Introductions: The research deals with the attachment theory at women and men with substance use disorder in an aftercare programme. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part explains the concept of attachment, describes its theoretical foundations, the connections between attachment and addiction, the possibilities of therapeutic work with attachment, its application in work with people with addiction, gender differences and the specifications of aftercare programmes. The practical part is based on qualitatively oriented research. The research was conducted on interviews with ten respondents, five women (set A) and five men (set B). All respondents are people with SUD, currently abstinent, after addiction treatment, participating in an aftercare programme.

Aim: The aim of the research was to compare the differences and similarities at men and women with addiction disorder in their attachment, partnerships and family relationships and the subsequent implications of the results for practical use.

Methods: Two semi-structured clinical interviews, the Adult Attachment Interview (AAI) and the Current Relationship Interview (CRI), were used for the data generation. AAI is focused on childhood and early relationships between the respondent and his parents, CRI is focused on the history of partnerships and the quality of the current relationship. To analyze the data obtained from both interviews, the CRI analysis and scoring system was used to determine the attachment to the parents and the current partner. Interview coding was used for further analysis and the data systematization.

Results: The research shows similarities in the attachment of both, women and men, especially in relationships to fathers. Seven out of ten respondents have an F2 category, Preoccupied state of mind – Upset. Eight respondents reported the father as „absent“. However, there are differences in the subjective perception of fathers, where men perceive their father more as a rival and feel angry with him, women, despite his cold approach, try to get closer to their fathers and thus feel his favor and love. Some of the dismissing state of mind appear the most often at the respondents' mothers, but the results are not as marked as in the case of fathers. Mothers are described across both sets as „caring“, again the differences are in the subjective perception of mothers, where women describe mothers more as friend, men perceive mothers as „without authority“ and as a salvation from the father. Another difference between both sets is that for women a sexual abuse is described as a traumatic event, for men it is a domestic violence. It turns out for both sets that the relationship with a

parent of the opposite sex predisposing the partnerships. At men with a certain emotional connection to the mother, there is also a certain emotional connection to the partner. The women respondents who all have an uncertain emotional connection to their father, which did not feed up their needs, there is also an uncertain emotional connection to the partner. One of the ex-partners of women appears to be the one who she started to use the drugs with. Also, in the past partnerships, women were traumatized and were the victims of sexual violence, forced prostitution and raped. Men described the past partnerships as less important and admit that they have been the initiator of the domestic violence.

Conclusions: The results of the research shows that relationship disorders are a direct predictor and consequence of addiction disorders at men and women, but their manifestation are different. Due to this difference, it is possible to expand the gender-sensitive approach in addiction treatment. The results also indicate the possibility of using attachment-focused therapy in the addiction treatment. Thanks to recovery within relationships, we can then assume the recovery in addiction.

Key words

attachment, substance use disorder (SUD), women/men with SUD, aftercare, emotions, relationships, gender analysis

Obsah

I. Úvod.....	14
II. Teoretická část.....	16
1. Attachment	16
1.1. Typy attachmentu.....	17
1.1.1. Jistá citová vazba.....	17
1.1.2. Nejistá citová vazba.....	17
1.2. Vývoj attachmentu v ontogenezi.....	19
1.2.1. Prenatální vývoj.....	19
1.2.2. Raný vývoj citové vazby	19
1.2.3. Vývoj citové vazby v mladším školním věku	20
1.2.4. Vývoj citové vazby v adolescenci	21
1.2.5. Vývoj citové vazby v dospělosti	21
1.3. Projevy attachmentu v dospělosti.....	22
1.3.1. Kategorie F – Bezpečný stav mysli (secure-autonomous state of mind)	22
1.3.2. Kategorie Ds – Opomíjející stav mysli (dismissing state of mind).....	22
1.3.3. Kategorie E – Zaujatý stav mysli (preoccupied state of mind)	22
1.3.4. Kategorie U/d – Nevyřešený/dezorganizovaný stav mysli (unresolved/disorganized state of mind).....	23
1.3.5. Kategorie CC – Neuspořádaný stav mysli/nelze klasifikovat (unorganized/cannot classify state of mind)	23
1.4. Teoretické základy attachmentu	23
1.4.1. Psychoanalytická teorie.....	23
1.4.2. Teorie učení – Behaviorismus	24
1.4.3. Kognitivně vývojová teorie	25
1.4.4. Etologická teorie	25
1.4.5. Teorie vnitřních pracovních modelů	25
2. Nejistý attachment, komplexní vývojové trauma a možnosti reparace.....	27
2.1. Terapie zaměřená na attachment a její využití v adiktologii.....	29
2.1.1. Využití v adiktologii.....	31
3. Attachment v partnerských vztazích	37
3.1. Typologie stylů citové vazby v partnerském attachmentu	39
4. Propojení teorie attachmentu se vznikem závislosti.....	40
4.1. Neuroendokrinologie attachmentu a centrum odměny	40

4.1.1.	Syndrom nedostatečné odměny.....	41
4.2.	Problematické vztahy jako predispozice i důsledek závislosti.....	41
4.3.	Teorie emoční regulace	42
4.4.	Psychoanalytické a psychodynamické pohledy na závislost z hlediska vztahů	43
4.4.1.	Narcistní zranění	43
4.4.2.	Egopsychologie	43
4.4.3.	Fixace v orálním stádiu	44
5.	Genderová specifika závislosti a její léčby	45
5.1.	Gender	45
5.2.	Genderová specifika závislosti žen.....	46
5.3.	Genderová specifika závislosti mužů	48
5.4.	Genderově citlivý přístup v léčbě.....	49
5.4.1.	Závislé matky s dětmi	51
6.	Následná péče.....	53
6.1.	Cílová skupina	54
6.2.	Typy služeb následné péče	54
6.2.1.	Doléčovací programy	54
6.2.2.	Chráněné bydlení.....	54
6.2.3.	Chráněné zaměstnávání.....	55
III.	Praktická část.....	56
1.	Cíl výzkumu	56
2.	Výzkumné otázky.....	56
3.	Výzkumný soubor	56
3.1	Soubor A	56
3.2	Soubor B.....	57
4.	Metody tvorby dat	58
4.1.	Adult Attachment Interview	58
4.2.	Current Relationship Interview	59
5.	Metody zpracování a analýzy dat.....	60
5.1.	Přepis a redukce dat.....	60
5.2.	Analýza Adult Attachment Interview	61
5.2.1.	Podkategorie stavů mysli dle CRI – modifikace dle AAI.....	63
5.3.	Analýza Current Relationship Interview	65

5.4. Genderová analýza	65
6. Praktický průběh realizace výzkumu	66
7. Sumarizace rozhovorů	68
7.1. Soubor A – ženy	68
7.1.1. Aneta	68
7.1.2. Michaela	70
7.1.3. Pavla	72
7.1.4. Štěpánka	75
7.1.5. Zora	77
7.2. Soubor B – muži	80
7.2.1. Matouš	80
7.2.2. Patrik	82
7.2.3. Kvído	84
7.2.4. Josef	87
7.2.5. Viktor	89
8. Výsledky	91
8.1. Soubor A – ženy	91
8.1.1. Attachment vůči primární attachmentové figuře	91
8.1.2. Rodinné vztahy	92
8.1.3. Attachment vůči současnému partnerovi	93
8.1.4. Partnerské vztahy	93
8.2. Soubor B – muži	94
8.2.1. Attachment vůči primární attachmentové figuře	94
8.2.2. Rodinné vztahy	95
8.2.3. Attachment vůči současnému partnerovi	95
8.2.4. Partnerské vztahy	96
8.3. Genderová analýza	96
8.3.1. Attachment vůči primární attachmentové figuře	96
8.3.2. Rodinné vztahy	97
8.3.3. Attachment vůči současnému partnerovi	98
8.3.4. Partnerské vztahy	98
9. Diskuse	100
10. Etika a limity	104

11.	Závěr.....	106
12.	Seznam zdrojů	109
13.	Seznam tabulek	118

I. Úvod

Vznik této diplomové práce jsem iniciovala již při psaní své bakalářské práce, kde jsem zkoumala attachment pouze u žen. Zdálo se být zajímavé v další práci porovnat muže a ženy a specifika jejich citových vazeb. Mimo to se ale v bakalářské práci ukazovali podobnosti i v rodinných vztazích a fungování rodin, ale též v partnerských vztazích. Rozhodla jsem se tedy výzkum rozšířit nejen o muže, ale též u obou souborů zkoumat partnerské vztahy skrz teorii attachmentu. Mimo to jsem se zaměřila na partnerské a rodinné vztahy obecně a hledala podobnosti a rozdíly v rámci obou souborů i mezi sobory navzájem.

Již v bakalářské práci jsem přišla na to, že podobnosti v rodinných vztazích žen z mého výzkumného souboru mohou do jisté míry predisponovat vznik závislosti. Zajímalo mě, jestli budou tyto predisponující faktory shodné i u mužů, či jestli naleznou u mužů nějaké jiné. Otázkou mimo jiné bylo i to, jestli vztahy vůči rodičům, potažmo attachment vůči primární attachmentové figuře ovlivňuje následné navazování partnerských vztahů v dospělosti respondentů, jelikož i partnerské vztahy vykazovali v rámci bakalářské práce jisté shodné patologie.

Pro větší klinické využití práce jsem se rozhodla zaměřit svou pozornost i na možnosti terapeutické práce s lidmi s nejistým attachmentem a propojení využitelnosti těchto přístupů s adiktologickou klientelou. Práce tedy přináší nejen výzkumná zjištění, ale tato zjištění jsou též propojena s teoretickou základnou, která je v práci široká.

Východiska diplomové práce jsou založena na pojetí, že závislost je důsledek neschopnosti normálního fungování a traumatizace v mezilidských vztazích, přičemž základní stavební kameny těchto patologií jsou položeny již při prvotním navazování vztahu mezi kojencem a pečující osobou. Dle navázání tohoto vztahu se vytváří konkrétní typ citové vazby. Podle typu citové vazby se následně vytváří různé typy emoční regulace a individuální adaptace jedince, kdy jistá citová vazba je spojena s přiměřenou adaptací a efektivní regulací emocí a nejistá citová vazba vede k dysregulaci emocí a špatné adaptaci jedince. Při nejistém navázání citové vazby potom může být závislostní chování regulačním mechanismem emoční nestability a úzkosti, které vznikají kvůli selhávání vlastní přirozené regulace emocí a chování (Štefánková, 2005). Tato východiska podkládají i neuroendokrinnologické procesy v rámci citové vazby, kdy se při kvalitním vztahu matky a dítěte fixují vzájemné projevy lásky do centra odměny, jež je důležitým činitelem i při vytváření a fixaci závislostního chování (Koob; LeMoal, 2001).

V práci je též důležité zaměření na gender a genderovou rozdílnost v léčbě závislosti. V literatuře se jako genderově rozdílná témata ve skupinové terapii v léčbě závislosti objevují nejčastěji témata vztahová. Tato témata týkající se vztahů jsou u mužů i žen odlišná. Rodinné faktory vzniku závislosti, například dle Hajného, se ale nezabývají rozdílností u mužů a žen a tyto faktory jsou uniformní. I z toho důvodu mi přišlo důležité se podívat na genderové rozdíly vztahů partnerských i rodinných a attachmentu u osob se závislostí, jelikož tato zjištění by mohla být užitečná nejen při tvoření pracovních hypotéz o klientech a pacientech adiktologických zařízení, ale i při jejich léčbě.

II. Teoretická část

1. Attachment

„Mateřská péče o dítě není něčím, co může být popsáno pomocí rozpisu služeb, je to živý lidský vztah, který proměňuje osobnost na obou stranách. Dobrá výživa je také víc než kalorie a vitamíny, musíme si jídlo užívat a vychutnávat, pokud nám má dělat dobře. A podobně mateřství nemůže být měřeno na počet hodin denně strávených s dítětem, ale radostí zažívanou, když spolu maminka a dítě tráví čas. Takovou radost ze vzájemnosti si mohou obě strany užívat, jen když může pokračovat.“ (Karen, 1994).

Tato slova Roberta Karena podle mého názoru nejuvýstižněji definují samou podstatu celé teorie attachmentu. Attachment neboli primární vztahová vazba, fixní pouto mezi dítětem a primární attachmentovou postavou, kterou je nejčastěji matka (Bowlby, 1990). Matka tímto procesem vytváření vztahu dítě učí porozumění, lásce a projevu a porozumění emocím (Karen, 1994). Diadický vztah matka – dítě může nahradit též diáda pečovatel – dítě. Základem ale je, aby byla přítomna osoba, se kterou dítě primární bezpečný vztah může navázat. Potřeba navázání citové vazby je vrozená. Attachment je tedy přirozený systém mozku, motivující dítě k potřebě vyhledávání blízkosti, vytváření vztahu a touze po kontaktu s primární attachmentovou postavou (Siegel, 1999).

Základem naplněného attachmentu a tedy přítomnosti bezpečné primární vztahové osoby je prožívání vřelého kladného vztahu dítě – matka/pečovatel. Díky této vzájemné interakci se formuje osobnost dítěte (Bowlby, 2010).

Citová vazba se projevuje navenek tzv. vazebným chováním. To se aktivuje především v zátěžových situacích, například při stresu, nemoci, strachu či vyčerpání. Projevuje se pláčem, křikem, protestem, natahováním ručiček atp. Účelem tohoto chování je zabezpečení blízkosti primární attachmentové postavy. Primární osoba by měla být schopna rozklíčovat potřeby dítěte a vhodně na ně zareagovat. Tím dítě získá pocit bezpečí (Štefánková, 2005). V této souvislosti hovoříme o koncepci bezpečného zázemí (Colinová in Kulísek, 2000). Významnou roli při utváření citové vazby hraje pozornost matky. Na druhé straně může být ale i odmítnutí nebo nevšímavost. Všechny zkušenosti spojené s primární attachmentovou figurou si dítě zvnitřňuje, tím si vytváří očekávání a představy o podpoře vztahové osoby, které se integrují do fungování citové vazby podle vnitřních pracovních modelů. Vnitřní pracovní modely jsou nevědomé, zautomatizované intrapsychické mechanismy řídící zpracování informací, regulaci chování a emocí, zahrnují názory, pocity, strategie chování,

očekávání a způsoby interpretace informací, které jsou založeny na zkušenostech právě ve vztahu s primární vazebnou osobou. Více o vnitřních pracovních modelech je v části 2.1.3. *Teoretické základy attachmentu.*

Attachment je tedy nejdůležitějším vztahem a zkušeností v životě každého jedince. Zážitky z tohoto vztahu v sobě uchováváme po celý život a podle něj nahlížíme na sebe, druhé i okolní svět nebo dle slov samotného Johna Bowlbyho: „*Teorie attachmentu zdůrazňuje ústřední úlohu vztahu ve vývoji člověka od kolébky až po hrob.*“

(Štefánková, 2005)

1.1. Typy attachmentu

Citová vazba se základně dělí na jistou a nejistou. Nejistá citová vazba se následně dělí na tři podkategorie, vyhýbavou citovou vazbu, ambivalentní citovou vazbu a dezorganizovanou citovou vazbu. Tyto kategorie vznikly díky klinické metodě Infant Strange Situation (ISS), která spočívá v dočasné separaci matky od dítěte a následné konfrontaci dítěte s cizí osobou. Podle reakcí dítěte je následně zařazeno do jedné z kategorií citové vazby (Kulisek, 2000).

1.1.1. Jistá citová vazba

Pokud se mezi dítětem a matkou vytvoří jistá citová vazba, dochází při negativních pocitech k hledání matky, a skrz nalezení, přichází přiměřené uspokojení. Dítě ví, že i pokud se od matky vzdálí, bude po návratu utěšeno a z tohoto pocitu bezpečí a jistoty dokáže vědomě opouštět svou matku a zkoumat okolní svět. Děti s jistou citovou vazbou mají obvykle schopnost lépe regulovat své emoce, jsou vytrvalejší v hledání řešení, umí se obracet o pomoc, aktivněji vyhledávají sociální kontakty a pouští se do nových činností (Stuchlíková, 2005).

1.1.2. Nejistá citová vazba

Děti s poruchami attachmentu. tedy děti s nejistou citovou vazbou, mají problémy se zařazením do společnosti a v mezilidských vztazích. Kvůli nejistě vytvořené vazbě v dyádě dítě – matka nebo dokonce absenci citové vazby může vznikat citová deprivace. Deprivace a celkový nedostatek jistoty a bezpečí bývá predispozicí pro poruchu ve vývoji osobnosti dítěte (Langmeier a Matějček, 2011). Tento nedostatek uspokojení skrz vztahy a nepřítomnost základního bezpečí následně dítě kompenzuje např. změnou objektu, či zaměřením na jídlo nebo jiné tělesné uspokojení. To má za cíl zaplnění prázdného místa (Vágnerová, 1997). Tyto kompenzační mechanismy následně převládají až do dospělosti a ovlivňují osobnost po celý

zbytek života. V roce 1995 se Z. Matějček, V. Bubleová a J. Kovařík (1997) rozhodli tyto předpoklady dokázat výzkumem na dospělých ve věku 40 let, kteří vyrůstali v dětských domovech, kde je pravděpodobnost poruchy citové vazby u dětí vysoká. Výsledky ukázali, že tito dospělí měli problém s integrací do společnosti, obvykle se jednalo o samotáře s problémy v partnerských vztazích, vysokou rozvodovostí, u valné většiny z nich byla přítomna trestná činnost a obvykle nedosáhli vyššího než základního vzdělání, které je determinovalo k výkonu práce v nižší sociální vrstvě.

Nejistá citová vazba se dále dělí podle konkrétních projevů chování dítěte na nejistou vyhýbavou (avoidant), ambivalentní (resistant) a dezorganizovanou (disoriented).

1. **Nejistá vyhýbavá citová vazba** je reprezentována malým úsilím o sociální kontakty s tendencí vyhýbání se kontaktu s matkou. Při separaci od matky je dítě k situaci lhostejné, jelikož pro něj matka neznamena dostatečnou míru bezpečí. Dítě působí navenek, že je bez stresu a emocí, vnitřně ale prožívá silný neregulovaný stres. Po návratu matky je chování dítěte nedůvěřivé a vyhýbavé, až ignorující. Tato strategie chování má za důsledek nehledání podpory z vnějšku a spoléhání na vlastní regulační zdroje, což nemusí být vždy úspěšné.
2. **Nejistá ambivalentní citová vazba** se projevují dvěma odlišnými póly chování. Na jedné straně je úzkostné lpění na matce, na straně druhé odmítání matky a vzdor vůči ní. Negativní vztahování vůči matce vyvolává z její strany nedostatečný projev lásky. Při separaci je dítě obtížně utěšitelné a intenzivně prožívá stres z odloučení. Po návratu a znovushledání je dítě zlostné a odmítavé, zároveň ale po blízkosti matky touží.
3. **Nejistá dezorganizovaná citová vazba** se projevuje v chování dítěte i vyhýbavě i odmítavě, chování působí zmateně a nepřiměřeně. Dítě se například k matce přibližuje, ale otočené zády. Objevuje se též snaha o otočení rolí, kdy se dítě pění o rodiče snaží o kontrolu nad jejich chováním. V této kategorii bývají až z 80% oběti zneužívání. Další jsou děti matek závislých na alkoholu či s depresivními poruchami. Dle Langmeiera a Matějčka (2011) se často v této kategorii vyskytují též děti v raném věku umístěné do institucionální výchovné péče, kde neměli možnost navázání pevného bezpečného vztahu.
(Kulisek, 2000)

1.2. Vývoj attachmentu v ontogenezi

Teorie vývoje citové vazby není zcela sjednocena a většina dřívějších teoretiků popisuje zejména raný vývoj tohoto vztahu. Níže jsem se ale pokusila návazně popsat celý vývoj citové vazby v ontogenezi od prenatálního stádia po dospělost.

1.2.1. Prenatální vývoj

Podle mnohých odborníků dochází k vyvíjení citové vazby už při prenatálním vývoji plodu (Kulisek, 2000). Tento předpoklad je ale těžko ověřitelný, avšak samotný postoj matky k těhotenství, zejména ve smyslu je-li chtěné, či nikoliv, může velkou měrou predisponovat budoucí vztah k dítěti. Dle Golomboka (in Shaffer; Kipp, 2010) je dokonce tento prenatální vztah k plodu daleko důležitější, než samotné biologické pouto mezi rodičem a dítětem. Dle odborníků se též již v prenatálním stádiu vytvoří komunikační systém mezi matkou a plodem. Matka je v rámci této komunikace aktivnější a její komunikační systém je diferencovanější, i dítě je však schopné odpovědi. Je schopné reaktance na specifické podněty a tím předává matce informace o svých potřebách. Existují tři popsané typy komunikace mezi matkou a plodem: fyziologická komunikace (pokud například matka prožívá stres, v krvi je přítomen adrenalin a dítě tak vnímá změny), smyslová komunikace (promlouvání k plodu, plod slyší matčin hlas, hlazení břicha) a právě již zmíněný emočně-racionální postoj matky k dítěti (matka prožívá nějakým způsobem existenci plodu a uvažuje o něm) (T. Verny in Vágnerová, 2000). Výzkumy Matějčka (1994) dokonce popisují častější samovolné potraty nechtěných dětí způsobené negativně vysílanými signály od matky směrem k plodu.

1.2.2. Raný vývoj citové vazby

Narozené dítě není nepopsaný list papíru, ale disponuje velkou řadou behaviorálních systémů čekajících na aktivaci. Každý takový systém má svůj specifický mechanismus aktivace, zesílení, zeslabení či vypnutí. Tyto systémy například zprostředkují neonatální pláč, sání či orientaci. Na každý z těchto systémů existuje mechanismus, podnět, který ho nějak modifikuje. Tyto systémy a to, jak jsou podněty modifikovány vystavuje základní stavební kameny pro attachment každého jedince (Bowlby, 2010).

Specificky se dá raný vývoj rozdělit na 4 stádia, která ve své původní teorii popisuje John Bowlby (2010). Dále je upravil do finální podoby Rudolph Shaffer (in Shaffer; Kipp, 2010) dle svých výzkumů takto:

1. Asociální fáze (0-6 týdnů)

Kojenec reaguje na sociální stimuly asociálním způsobem, podněty nijak nediferencuje, reaguje stejně na kladné i záporné. Na konci tohoto období začíná rozeznávat úsměv, jež preferuje a nějž reaguje pozitivně.

2. Fáze svévolných vazeb (6 týdnů – 7 měsíců)

Kojenec pozitivně reaguje na lidskou přítomnost. Více reaguje na živé obličej než třeba na usmívající se tvář loutky. Nediferencuje ale mezi osobou známou (např. matkou) a někým cizím, reaguje na všechny stejně.

3. Fáze specifické vazby (7-9 měsíců)

Kojenec začíná diferencovat mezi cizími osobami a matkou. Matčinu přítomnost preferuje a pokud se vzdálí, obvykle protestuje. Dítě si začíná vytvářet specifickou citovou vazbu k primární attachmentové figuře.

4. Fáze s více vazbami (9-18 měsíců)

Dítě se začíná specificky vázat i na ostatní lidi, nejčastěji otce, sourozence a prarodiče.

Dalším, kdo se věnoval vývoji citové vazby byl objektivně vztahový teoretik R. Spitze. Ten rozdělil stádia na preobjektální, stádium předběžného objektu a stádium objektu (Langmeier; Krejčířová, 1998). Teorii R. Spitze se ale blíže věnuji v kapitole 2.4. *Vznik závislosti z pohledu psychosociálních vývojových teorií*. V následující kapitole shrnuji jednotlivé pohledy na vývoj attachmentu v ontogenezi jedince od dětství do dospělosti.

1.2.3. Vývoj citové vazby v mladším školním věku

Vazby dětí školního věku se začínají rozšiřovat. Zatímco před vstupem dětí do školy, potažmo mateřské školy je vazebná síť tvořená hlavně rodinnými příslušníky (pečovateli), v tomto období se do vazebné sítě začínají též vměšovat učitelé, spolužáci a další osoby. Citové vazby začínají být obohacovány o přátelské vztahy. Dítě diferencuje důležitost jednotlivých vztahů a vytváří si tak vnitřní hierarchii vazeb. Dle Cassidyho (in Seibert & Kerns, 2009) je však důležité, že ač se vztahy mění kvantitativně i kvalitativně, vztah k primární attachmentové figuře se výrazně nemění a neztrácí na intenzitě. Granot a Mayselsová (2001) se zase přiklání k tomu, že intenzita vazbového chování k primární attachmentové figuře klesá a některé funkce citové vazby vůči rodičům či pečovatelům přebírají vrstevníci.

1.2.4. Vývoj citové vazby v adolescenci

Adolescence je spojena s důležitým obdobím vývoje, a to budování autonomie. Období je plné emočních, kognitivních a behaviorálních turbulencí. Dítě vyžaduje méně a méně péče, je méně zranitelné a směřuje k přechodu k dospělosti. Joseph P. Allen a Deborah Land (1999) toto období nazývají jako tranzitní (přechodové) období. V jedinci dochází k přerodu pouhého čerpání péče od rodičů v potencionální roli rodiče a pečování o vlastní potomstvo. (Cassidy; Shaver, 1999). Mary Ainsworth se vzdálila od pouhého vlivu socioemoční zkušenosti a do tohoto přerodu zahrнула i hormonální, neurofyziologické a kognitivní změny. I přes získání nových rolí a možností přetrvává attachment k primární vztahové osobě a toto pouto se nejvíce projevuje v období krize. (Colin, 1996)

1.2.5. Vývoj citové vazby v dospělosti

Dospělost by se dala též charakterizovat slovem nezávislost. Již by neměla existovat závislost na rodičích, avšak byla-li vytvořena vazba bezpečně, je rodičovská blízkost vyhledávána do konce života. Attachmentový model dítě – dospělý se dostává do roviny dospělý – dospělý, a tak v tomto vztahu dochází k přerodu, kdy se vztah stává reciprokým. Jak rodič, tak dítě u sebe mohou navzájem hledat blízkost, bezpečí a pochopení. (Colin, 1996)

Citová vazba a vazebné chování zůstává a je aktivní po celý život. V dospělosti ovlivňuje zejména vztah k vlastním dětem, povahu partnerských vztahů ale i vazby s přáteli (Collin, 1996). Mimo strategie vyhledávání druhých se attachment reprezentuje zejména v partnerských vztazích, kdy si dva partneři na základě citových vazeb z dětství poskytují ideálně rovnocenně ochranu a péči. Jedná se o zdroje bezpečí v dospělém věku. Tyto zdroje nám pomáhají se úspěšně vypořádat se stresem. (Mikulincer; Shaver, 2007)

Podle Johna Bowlbyho (1973) bychom neměli citovou vazbu v dospělosti vnímat jako něco neměnného. Vazebné chování v dospělosti je sice postaveno na zkušenostech z dětství, je ale modifikovatelné změnou komunikace s primárními attachmentovými figurami. Tyto změny v interakcích mohou být negativní ve smyslu rozporu s rodiči, ukončení kontaktu po neshodách, avšak i tyto změny mohou být vratné, či interakce a tím i attachment změněn k lepšímu díky psychoterapii (Mikulincer; Shaver, 2007).

1.3. Projevy attachmentu v dospělosti

Projevy attachmentu se v dospělosti nazývají stavy mysli s respektem k citové vazbě.

V podstatě kopírují typy attachmentu v dětství, které zjišťujeme pomocí metody Infant Strange Situation. V dospělosti se k zjištění stavu mysli s respektem k citové vazbě využívá hlavně metoda Adult Attachment Interview, díky které se i podařilo popsat všechny jednotlivé stavy mysli, dá se ale využít i metoda Current Relationship Interview, která mimo stavy mysli zjišťuje též partnerský attachment. Typů stavů mysli v dospělosti je popsáno 5. První, kategorie F, by se dala připodobnit k jisté citové vazbě. Patří také spolu s kategoriemi Ds a E mezi organizované stavy mysli. Tyto dvě kategorie by se ale již dali připodobnit k prvním dvěma kategoriím nejisté citové vazby. Poslední dvě kategorie stavů mysli, U/d a CC se nazývají dezorganizované a daly by se tedy přemotit k poslední kategorii nejisté citové vazby, která nese stejný název.

1.3.1. Kategorie F – Bezpečný stav mysli (secure-autonomous state of mind)

Lidé v této kategorii kladně hodnotí a oceňují primární attachmentové postavy a připisují jim dostatečný vliv na svůj vývoj. Jsou autonomní a objektivně dokážou hodnotit své zkušenosti či vztahy. Jsou schopni reflektovat vlastní emoce a popisují alespoň jednoho nebo oba rodiče jako milující. Popisují-li své rodiče spíše negativně, hovoří nebo nepřímou formou dávají najevo zároveň odpuštění a smíření.

1.3.2. Kategorie Ds – Opomíjející stav mysli (dismissing state of mind)

Oproti první kategorii lidé v této kategorii nedávají takový důraz na attachmentové figury a jejich možný vliv na jejich vývoj, potažmo myšlení či pocity. Rodiče a vzpomínky popisují přehnaně pozitivně, obvykle bez schopnosti najít něco negativního. Tento pozitivní popis nepodkládají vzpomínky, ty mohou být dokonce v rozporu s popisem rodiče. Tito lidé mají vysoce aktivní organizované myšlení, které jim znemožňuje přiblížit se k attachmentovému chování, to je jakoby odstrižené. V partnerských vztazích se slovně utvrzují v pevnosti vztahu, jeho normálnosti nebo nezávislosti. Často se objevuje nedostatek vzpomínek na dětství či neschopnost popsat některé zážitky z dětství či dospívání. Může se objevit též velmi chladné až opovrhující chování v rámci vztahových vazeb, a to ať už v rodině tak vůči partnerům či přátelům.

1.3.3. Kategorie E – Zaujatý stav mysli (preoccupied state of mind)

Zde dochází k projevu nadměrně zmateného a neobjektivního zaujetí vztahem s primárními vazebnými postavami. Popis rodičů, zkušeností a situací z dětství a dospívání je poněkud oploštělý, nejasný, nekritický nebo naopak přehnaně rozzlobený až konfliktní. Lidé v této

kategorii stavu mysli se snaží zkušenosti a vztahy z minulosti nepřesvědčivě analyzovat a prokázat tím svou pravdu. Někdy se může zdát, že jsou tito lidé vystrašení a přespříliš zahlcení traumaty, o kterých hovoří i ve chvíli, není-li na ně kladen dotaz.

1.3.4.Kategorie U/d – Nevyřešený/dezorganizovaný stav mysli (unresolved/disorganized state of mind)

Lidé v této kategorii spadají do dvou charakteristik a to je buď chronický smutek nebo neprojevený/potlačený smutek v reakci na ztrátu. Dochází k výpadkům v hodnocení a odůvodnění při hovoru o ztrátě či zneužití. Pokud člověk hovoří o traumatických zkušenostech, může se z ničeho nic na dlouhou dobu odmlčet a nebo začne mluvit neadekvátně, začne například přemýšlet nad tím, že mrtvý člověk vlastně vůbec neumřel apod.

1.3.5.Kategorie CC – Neuspořádaný stav mysli/nelze klasifikovat (unorganized/cannot classify state of mind)

Poslední z kategorií, která byla vytvořena jako poslední, z důvodu, že některé lidi se nepodařilo dle daných kritérií přiřadit k ani jedné z kategorií výše zmíněných. U těchto lidí se zdá, že se snaží občas šokovat či zastrašit hovory o vraždě či sebevraždě, či z ničeho nic odmítají hovořit o zcela normálních věcech bez odůvodnění. Jsou nadměru nečitelní a rozhovor s nimi působí nadměru zmatečně.

(Cassidy; Shaver, 1999)

1.4. Teoretické základy attachmentu

Teorie citové vazby má kořeny v různých vědních odvětvích, které se netýkají jen psychologie ale též etiologie a biologických vlivů. Všechny tyto vlivy zahrnul John Bowlby do své teorie a nazval je stavebními kameny. Možná i z důvodu, že teorie attachmentu čerpá z tolika různých odvětví je považována za jeden ze základních konceptuálních rámců vývojové psychopatologie. Níže jsem tedy popsala tyto jednotlivé základy, na kterých teorie stojí.

1.4.1.Psychoanalytická teorie

Z psychoanalytických teorií staví teorie attachmentu na psychosexuálním vývojovém modelu Sigmunda Freuda. Vychází konkrétně z prvního orálního stádia. Zde Freud tvrdí, že k uspokojení dochází skrz stimulaci úst, tedy konkrétně skrz sání matčina prsu. Dle Freuda je nejbližší a nejintenzivnější pouto dítěte navázáno k tomu, kdo mu umožňuje slast, tedy v tomto případě k tomu, kdo ho krmí. I proto se tato teorie parafrázuje: „*Miluji tě, protože mě*

krmiš.“ Z toho vyplývá, že nejčastější primární vazebnou osobou bývá matka, potažmo pečovatel. (Shaffer; Kipp, 2010)

1.4.2. Teorie učení – Behaviorismus

Teorie učení rozšiřuje první teorii o psychosociální vliv krmení a v podstatě říká, že samotný biologický efekt nemá zásadní vliv na vytvoření attachmentu. Krmení sice je důležité, ale důležitější je při tomto aktu blízkost dítěte a matky, vzájemné dotyky, pocity pohodlí a bezpečí. Důležité též je, co se v tuto chvíli odehrává v matce, ve které se právě díky těmto libým pocitům, které dítě prožívá a nějak na ně reaguje spouští pocity obdobné. Tím se vytváří i vztah směrem od matky směrem k dítěti. Teorie říká: *„Miluji tě, protože mě oceňuješ.“*

Rozpor mezi příznivci psychoanalytické teorie a příznivci teorie učení se rozhodl pokusem jednou pro vždy rozvrátit Harry Harlow s Robertem Zimmermanem v roce 1959. Tyto experimenty byly prováděny na makacích. Zjišťovala se důležitost krmení a taktilní stimulace u mladých makaků. V experimentu byla mláďata po porodu odebrána matkám a přemístěna do klece, v níž byly dvě napodobeniny matky. První byla vytvořena z drátu a měla umělý prs, jež mláďatům poskytoval potravu. Druhá byla vytvořena z měkkých látek, byla příjemná na dotek, ale neměla prs. Po prvotním stresu z odebrání od matky si mláďata vytvořila pozitivní vazbu k látkové, na dotek příjemné matce. K matce vyrobené z drátů se přiblížila pouze ve chvíli, kdy měla hlad. Mláďata byla též v rámci výzkumu vystavována stresovým situacím. Při nich se vždy schoulila k látkové matce, která pro ně byla bezpečným přístavem. Tato mláďata neprojevovala výrazné změny ve vývoji, díky možnosti se k náhradní matce přitulit a její stabilitě byla schopna relativně bezpečně objevovat okolí a klec. Nejhůře na tom byla mláďata, která byla odebrána od matky zcela a nedostala látkovou náhradu. Ta se nepouštěla do téměř žádného objevování a jejich vývoj byl velmi negativně ovlivněn.

Harlow následně výzkum rozvinul. Domníval se, že je důležitá tvář pro přesný obraz matky pro dítě. Pokud tvář byla na umělé matce přítomna od prvopočátku, vše probíhalo jako je popsáno výš. Pokud byla ale přidána tvář až po nějaké době, po vyvinutí pouta, mláďata tvář strhávala a nebyla ochotna ji přijmout. To dokazuje, že si dítě svou představu matky vtiskne natolik, že následně není schopno přijmout cokoli, co tuto představu narušuje.

Harlow chtěl následně veřejnost přesvědčit, že jeho napodobeniny matky jsou na tolik přesvědčivé, že neovlivní vývoj mláďat ve zdravé dospělé jedince. Tak se ale nestalo, ať už byla matka sebedokonalejší, mláďata ve vývoji neprosplávala, měla problém s navazováním

vztahů a útočila na ostatní makaky. Měla problémy s reprodukcí a pokud došlo k rozmnožení, byla špatnými matkami, zanedbávala svá mláďata a projevovala známky agrese. To se změnilo obvykle až u druhého vrhu. Jako období pro možnou změnu se též ukázalo to, pokud byla mláďata schopná do věku 6 měsíců navázat kontakt s vrstevníky.

(Shaffer; Kipp, 2010)

1.4.3.Kognitivně vývojová teorie

Tato teorie říká: „*K tomu, abych tě miloval, potřebuji vědět, že tu pro mě vždy budeš.*“ Předpokladem pro tuto teorii je kognitivní úroveň dítěte, tedy schopnost rozpoznávání druhých osob. Díky tomu, že dítě rozpozná konkrétní osoby je schopno si ke konkrétním osobám vytvořit specifický vztah. Dítě si též musí uvědomit stálost lidí a věcí kolem sebe. Nemůže si totiž vytvořit vztah k osobě, která pro něj přestane existovat ve chvíli, kdy se od něj vzdálí. Schopnost rozpoznávání osob se váže k 7-9 měsíci života. Od tohoto období tedy hovoříme o attachmentovém chování. S tím koresponduje i Piagetovo 4. substádium senzomotorického vývoje. V tomto substádiu dítě začíná poprvé hledat a nacházet objekty, které chovala druhá osoba. (Shaffer; Kipp, 2010)

1.4.4.Etologická teorie

Etologická teorie je velmi podobná vlivům, které přináší teorie učení. Etologové však narozdíl od H. Harlowa zkoumali zvířata v jejich přirozeném prostředí. Nejdůležitější osobou v této teorii je Konrad Lorenz. Ten v roce 1937 zkoumal chování housat. Housata následují téměř jakýkoliv objekt v pohybu ať už jsou to kachny či lidi. Toto chování není nijak naučené nýbrž automatické. Toto chování trvá jen určitý čas po porodu a ve chvíli, kdy se na někoho nebo něco house naváže a začne ho nebo to následovat, je tato vazba nezvratná. Konrad Lorenz tak došel k závěru, že je chování naprogramované a jeho úkolem je zajištění potravy mláďat a ochrana. Toto chování bylo nazváno *imprinting* neboli vtiskování. Autor teorie si byl jist, že přežijí pouze dostatečně adaptivní jedinci a připojil se tak k Darwinově teorii přirozeného výběru. (Shaffer; Kipp, 2010)

1.4.5.Teorie vnitřních pracovních modelů

Vnitřní pracovní modely si vytváří každý člověk v průběhu celé ontogeneze. Bowlby (1982) popsal, že i nižší zvířata (např. hmyz) mají určité vnitřní modely, například ve formě map svého okolí. Tyto vnitřní obrazy jim pomáhají k orientaci ve světě, aniž by se musela všechna řešení a všechny postupy učit znovu od začátku. Dle těchto informací Bowlby tvrdil, že musí platit podobný, ale daleko propracovanější model i u lidí. V tomto modelu by mělo být

zahrnuto i chápání toho, jak dle nás fungují mezilidské vztahy, jaké chování předpokládáme od druhých a jak vnímáme sami sebe.

Bowlby v této práci navázal na teorii Jeana Piageta. Ten tvrdil, že se již rodíme se systémem extrémně flexibilních mentálních a behaviorálních programů, které nazval schémata. Ty nám pomáhají prozkoumávat okolí a chápat jeho smysl. Dle teorie dítě není pouze pasivní a není jen formováno svým okolím, nicméně neustále prozkoumává a samo se snaží učit a svým chováním dostat okolí pod kontrolu. (Karen, 1994)

U pracovních modelů Bowlby (1982) popsal 2 kategorie: **pracovní model světa** (*working/represantational model of the world*) a **pracovní model sebe v něm** (*working/representational model of himself in it*).

Pracovní model světa se ptá na to, kdo jsou vazebné postavy, kde je nalézt a jaké chování se od nich dá očekávat. Pracovní model sebe ve světě hledá koncepci toho, jak přijatelný či nepřijatelný je člověk sám v očích svých vazebných postav. Tyto modely jsou dále definovány jako vědomé a nevědomé individuální mentální reprezentace mající na jedince zvlášť významný vliv. Zásadním významem vnitřních pracovních modelů je vnímat věci kolem sebe, schopnost předvídat a plánovat budoucnost a konstruovat reakce okolí. (Bowlby, 1982)

Důležité jsou vnitřní pracovní modely v dalším rozvoji teorie attachmentu zejména pro vytvoření stavů mysli v dospělosti, tedy typů reprezentace citové vazby. Tabulku na základě níž se pracovalo dál a dle níž jsou následně vytvořeny typy stavů mysli v dospělosti vytvořili Kim Bartholomew a Leonard Horowitz ve své práci *Attachment styles among young adults: A test of a four-category model* (1991).

Tabulka 1 - Typy stavů mysli v dospělosti

		Model sebe samého	
		Závislost	
		pozitivní – nízká závislost	negativní – vysoká závislost
Model druhých	pozitivní – nízká vyhýbavost	BEZPEČNÝ	ZAUJATÝ

Vyhýbavost	negativní – vysoká vyhýbavost	OPOMÍJEJÍCÍ	NEVYŘEŠENÝ
------------	-------------------------------	-------------	------------

2. Nejistý attachment, komplexní vývojové trauma a možnosti reparační

Je důležité se zaměřit nejen na to, jak attachment vzniká, ale též na to, jak se může vytvořit takzvaná nejistá citová vazba (attachment). Zároveň, aby mělo smysl se tímto tématem dále zabývat z klinického hlediska, měla by být nějaká možnost reparační nejisté navázaného citového pouta. V literatuře se často vyskytuje též pojem poruchy attachmentu, tomuto pojmu bych se ale ve své práci ráda vyhnula, jelikož nejistou citovou vazbu nevnímám jako diagnózu, což by toto slovní spojení mohlo připomínat. Nejisté formy citové vazby mohou predisponovat nějaké další psychické onemocnění či dokonce bývají velmi významným prvočinitelem celé škály poruch osobnosti (Levy; Blatt, 1999), sami o sobě ale diagnózu nedávají.

Osoby s nejistou citovou vazbou mají společnou jednu věc, obvykle nezažily bezpodmínečné přijetí v rodině, necítily se bezpečně v raném období svého vývoje, a to především z důvodu dlouhodobé psychické deprivace. Pojem psychická deprivace je s nejistým citovým poutem úzce spjatý. Je to psychický stav, který vzniká důsledkem nedostatečných příležitostí k uspokojení některé základní psychické potřeby v dostatečné míře a po dostatečně dlouhý čas (Langmeier; Matějček, 2011). Nejčastěji se tento stav týká osob vyrůstajících v ústavní nebo náhradní rodinné péči. Týká se ale i osob vyrůstajících ve své biologické rodině, jejichž potřeby nebyly naplněny, či byly dokonce zneužívány nebo týrány (Vavřda in Šubová, 2014). Pokud hovoříme o problémech spojených s nejistou citovou vazbou, je důležité popsat termín **komplexní vývojové trauma**. Tyto dva pojmy spolu úzce souvisí zejména proto, že nejistá vazba může vznikat právě i jako následek komplexního vývojového traumatu. Obvykle se tento termín používá jako název klinického obrazu spojeného s vážnými problémy u dětí, majících za sebou zneužívání, zanedbávání či týrání. Čím dál tím častěji je ale termín užíván i v souvislosti s nejistým attachmentem (Vrtbovská in Šubová, 2014).

V literatuře jsou popsány faktory nesoucí riziko ohrožení kvality připoutání dítěte k matce:

- silný předporodní stres, například matka si ubližuje nebo zažívá domácí násilí
- užívání návykových látek v průběhu těhotenství

- duševní onemocnění matky před narozením či po něm, například předporodní nebo poporodní deprese
- dítě se narodí předčasně
- lékařské komplikace během prenatálního vývoje nebo při porodu
- úmrtí v rodině
- zanedbávání
- citové týrání
- sexuální zneužívání
- fyzické týrání
- domácí násilí
- nestabilní domov, střídání pečující osoby či domovů
- chudoba a s ní spojené sociální vyloučení, ztráta víry v lepší budoucnost
- dítě handicapované, rodiče nebo pečovatel nezvládnou svoje emoce ani péči
- opuštění dítěte po narození nebo v raném věku
- několikerá umístění do dětských domovů během raných let dítěte

(Bomber in Vrtbovská, 2010)

Pro komplexní trauma je tedy charakteristický nějaký stresující zážitek či zásadní traumatická životní zkušenost. Tyto události mohou následně vést k biologickým, emocionálním a psychologickým změnám, ke změně hodnot, postojů nebo víry. Prožitek traumatu může silně narušovat integritu fyzických a psychických funkcí. Po traumatu může přijít šok a následné popření. Dlouhodobější následky bývají spjaty s nepředvídatelným chováním, napjatými vztahy, somatickými symptomy a flashbacky (retrospektivní vzpomínky). Vývojové trauma se nejčastěji zobrazuje na pozadí mezilidských vztahů v dětství s rodinou nebo pečovateli.

(Raby et al, 2017) Primární attachmentové figury velkou měrou ovlivňují duševní zdraví dítěte, jeho schopnost regulace emocí a pohled na sebe sama, schopnost důvěry a hloubku strachu (Siegel, 1999). Pro širší přehled dopadů komplexního vývojového traumatu uvádím strukturovaný přehled dle Cooka, Blausteina, Spinazzola & Van Der Kolka (2003):

1. **Citová vazba** (problémy s hranicemi, nedůvěra, sociální izolace, nepředvídatelnost světa atp.)
2. **Biologické dopady** (problémy senzomotorického rozvoje, somatizace, zvýšené zdravotní obtíže v průběhu života atp.)

3. **Regulace emocí** (těžkosti s regulací emocí, těžkosti s vyjádřením a popsáním pocitů, přání a potřeb atp.)
4. **Disociace** (problémy s rozlišením změn stavu vědomí, amnézie, depersonalizace a derealizace atp.)
5. **Kontrola chování** (sebedestruktivní chování, agrese vůči druhým, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, zneužívání návykových látek, ztráta zvědavosti atp.)
6. **Kognitivní problémy** (problémy ve vzdělávání, problémy s rozvojem řeči, dezorientace v čase a prostoru, smyslové problémy atp.)
7. **Sebepojetí** (ztráta kontinuity, předvídatosti, smyslu, narušené vnímání vlastního těla, nízké sebevědomí, časté pocity hanby a viny atp.)

Osoby s komplexním vývojovým traumatem mají tedy zkráceně zejména větší vulnerabilitu k duševním obtížím a poruchám emocí či chování (Paulík, 2017). Siegel (1999) k tomuto výčtu též přidává vulnerabilitu k závislostnímu chování, které se manifestuje v průběhu dospívání a dospělosti. Nejčastěji se objevuje užívání návykových látek v souvislosti s dezorganizovanou nejistou citovou vazbou (Lachlan, 2010). Co se týče traumatických zážitků, objevují se v anamnéze uživatelů alkoholu (Doležalová, 2016). U uživatelů nelegálních drog a problémů spojených s jejich užíváním je častější emoční a sexuální zneužívání v rodinném prostředí (Bernard, 2011). Lidé se závislostí spojenou s traumatem mívají menší efektivitu léčby a v léčbě celkově hůře prospívají než pacienti bez traumatu. V Klinické populaci žen se objevuje asi 30-59% celoživotní prevalence duální diagnózy posttraumatické stresové poruchy a závislosti na návykových látkách (Najavits, 2007). Poměrně vysoké procento těchto uživatelů užívá návykové látky z důvodu sebemedikace, což je jeden z nejčastějších mechanismů zvládnutí traumatu a odpojení se od bolesti (Khantzian, 1997). Stejně na problematiku nahlíží Flores (2004), který říká, že rané trauma a nenasycení potřeb vytváří prázdné místo, které se snaží člověk zaplnit něčím z venčí, tedy v tomto případě návykovou látkou.

2.1. Terapie zaměřená na attachment a její využití v adiktologii

Existuje řada různých metod využívaných v terapii nejisté citové vazby. Většina těchto technik je ale zaměřena na děti a reparaci jejich vztahů vůči rodičům či pečovatelům. Nejvíce se o rozvoj těchto technik zasloužily ústavy a sdružení pro náhradní rodinnou péči. Jedná se například o Rodinnou terapii poruch attachmentu (AFFT), Dyadickou vývojovou

psychoterapii (DDP), či se využívají různé techniky jako Kniha života, či My Backpack. (Hughes, Baylin, 2016) Pro účely této práce nejsou ale tyto možnosti terapie a techniky využitelné. V této kapitole se zabývám možnostmi využití poznatků o attachmentu v psychoterapii dospělých.

Vzhledem k tomu, že sám duchovní otec teorie attachmentu, John Bowlby, byl psychoterapeut, psychiatr a psychoanalytik, je zvláštní, že se od prvopočátku tato teorie neimplikuje do samostatného terapeutického směru. Dle Sladeové (2008) za to může fakt, že se autor odklání od klasické psychoanalytické teorie a propojuje jí i právě třeba s behaviorismem či etiologickými výzkumy, ale také to, že se celou teorií dá v terapii pravděpodobně jen inspirovat, a ne ji použít jako snadno aplikovatelnou šablonu pro terapii. Již první objektivně vztahoví teoretici opustili původní teorii pudů a tvrdili, že základní hybnou silou člověka není touha po slasti, ale touha po objektu, tedy po vztahu (Thorová, 2015). Nápomocné k rozvoji psychoterapie se zaměřením na attachment byly též výzkumy, dokazující vliv citové vazby na duševní i fyzické zdraví. Z toho vyplývá, že nejistá citová vazba je obecným faktorem podílejícím se na vyšší vulnerabilitě vůči psychickým onemocněním, jejichž symptomatologie je závislá na genetice, vývojových faktorech a podmínkách prostředí (Mikulincer; Shaver, 2012). Též Mikulincer a Shaver (2007) popisují souvislosti mezi nejistým typem citové vazby a psychopatologií, od mírné deprese až po závažné poruchy osobnosti. Byla provedena řada výzkumů zabývajících se všemi možnými duševními onemocněními v souvislosti s nejistým typem citové vazby a souvislost byla nalezena například u OCD, poruch příjmu potravy, suicidiálního chování, posttraumatické stresové poruchy či celého spektra poruch osobnosti (Lacinová, 2015).

S možnostmi využití attachmentu v terapii přichází Wallin (2007). Ten sepsal, v jakých aspektech psychoterapie může těžit z poznatků vycházejících z teorie citové vazby:

1. Vztahy vytvářené ve vzájemné interakci na základě citové vazby jsou klíčovým kontextem pro rozvoj osobnosti.
2. Preverbální zkušenosti tvoří jádro vyvíjejícího se self jedince.
3. Postoj k vlastním zkušenostem je lepším prediktorem jistoty citové vazby než samotná objektivní fakta osobní anamnézy.

Z těchto bodů je zřejmé, že teorie attachmentu může být velkým zdrojem inspirace v psychoterapeutické práci zejména pro porozumění a může pomoci dodávat smysl klientovým zkušenostem a chování bez odmítnutí jiných, totožně významných a validních

vysvětlení, která vycházejí z jiných zakotvených teorií či psychoterapeutických přístupů. Jako vysoce efektivní se zdá být využití tohoto přístupu u klientů s problémy s emoční regulací (Schore, 2002). Využití se však zdá být prospěšné i u ostatních klientů v rámci terapeutického procesu, zejména při vytváření terapeutického vztahu nebo při ukončování terapie (Lacinová, 2015). Celkově tedy znalost této teorie může být nápomocna v terapeutickém vztahu, což je jeden z největších nosičů změny v psychoterapii (Kalina, 2013). Už samotný moment, kdy se klient rozhodne vyhledat psychoterapeuta může být považován jako aktivace vazebného systému, jelikož lidé většinou vyhledávají tuto pomoc právě ve chvílích nepohody. Klient tedy dle svých vnitřních pracovních modelů vyhledává ochranu a pomoc u někoho zkušenějšího a moudřejšího, což by mohla být definice attachmentové figury a toho proč se k takovým osobám otáčíme. Terapeut by v tu chvíli měl senzitivně reagovat na aktivovaný vazebný systém klienta, být mu emocionálně, časově i prostorově k dispozici, což jsou základy vycházející z teorie bezpečného přístavu. Pokud bude toto umožněno, mělo by u klienta dojít k znovuoobnovení jistoty, snížení vazbové úzkosti a zvýšení schopnosti objevování klienta. Terapeut musí být též pozorný vůči vlastnímu attachmentu, jen tehdy je schopen udržovat správnou míru blízkosti pro funkční terapeutický vztah. (Brisch, 2011) Práce s attachmentem může být ale třeba i udržení si dostatečného a stálého odstupu od klienta a nalezení hranice, kdy už je terapeut příliš daleko, u některých klientů může mít právě toto vybalancování největší terapeutický efekt (Mallincrodt; Dalyová; Wang, 2009). Dle Brische (2011) patří do terapie na základě attachmentu též povzbuzování klienta k reflektování jeho vztahů. Nejdůležitější úkol terapeuta je dle Brische klientovi vysvětlit, že: *„Jeho bolestivé vztahové a vazebné zkušenosti, a z toho vzniklé pokřivené reprezentace self a objektů, pravděpodobně již nejsou přiměřené pro aktuální zvládání života a nynějších vztahů, a že jsou tedy překonané.“*

2.1.1. Využití v adiktologii

V rámci léčby závislosti se využívá mnoho přístupů postavených na teorii attachmentu, aniž by se o tom příliš hovořilo. Nejvíce se využívá reparace citové vazby v dlouhodobých léčebných programech, zejména v terapeutických komunitách, kde klient jde od nejistoty k jistotě a autonomii, což znamená k posílení integrace, modifikaci vnitřního pracovního modelu a objevení v sobě jisté citové vazby. (Doležalová, 2016) Konkrétně terapeutická komunita svým složením a dynamikou nese funkce a kvality rodiny, čímž má sama o sobě schopnost reparovat vztahy, potažmo citovou vazbu (Kooyman, 1992 in Nevšimal, 2004). Opět zde zmíním fenomén sebemedikace, který by mohl být evolučním obranným

mechanismem při nedostatku odolnosti v řešení vztahových problémů. V této souvislosti udává Flores (2004), že právě terapeutický vztah má největší efekt při léčbě závislosti..

Kvalita vztahů v terapeutické komunitě je to, co se zdá být nejdůležitějším aspektem jejího celého pozitivního efektu (Nevšimal, 2004). Teorie attachmentu poskytuje možnost v léčbě závislosti hlouběji rozumět respektu, důvěře a tvoření funkčního vztahu, což jsou aspekty pro zdravý a kreativní život. Nejen v terapeutických komunitách je celá léčba závislosti postavena na terapeutickém vztahu a pozitivním přístupu, což se pokládá za nejúčinnější (Kalina, 2013). Obvykle se v léčbě zaměřujeme na autonomii, objevení vnějšího i vnitřního světa, regulaci emocí, poskytování podpory, učení se jistotě, důvěře vůči sobě i druhým a smysluplné existenci, což jsou všechno aspekty citové vazby. Klienti terapeutických komunit jsou často zasaženi nějakými traumatickými zážitky, mívají komplikace ve vztazích s původními rodinami či v partnerských vztazích, skrz komunitu a terapeutický vztah však nacházejí prostor pro změnu reprezentace citové vazby a tím následně dochází i ke změně chování (Doležalová, 2016).

Ze všeho výše zmíněného se tedy domnívám, že by reparace citové vazby mohla mít přímý důsledek na úzdravu závislého.

Co se týče konkrétních terapeutických směrů využívajících teorii attachmentu, jsou zmíněny na začátku této kapitoly a jsou doporučeny spíš jako doplněk terapie než jako samostatný směr (Brisch, 2011). Některé z přístupů cílené na děti a celé rodiny se dají v rámci adiktologických služeb využít v rodinné terapii, či přímo v péči o závislé matky s dětmi (např. terapeutická komunita Karlov). Tento styl terapie pomáhá rodičům k dosažení sebereflexe a rozšiřuje rodičovské dovednosti, které pomáhají dětem regulaci emocí a chování, což zvyšuje pocity jistoty. Cílem je co nejvíce předejít potenciálnímu rizikovému chování u dětí, zlepšení attachmentu mezi dítětem a rozvoj autonomie jakožto předpokladu kvalitního života v dospělosti (Doležalová, 2016).

Směry specificky cílené na attachment vycházejí neurovědních poznatků a vyskytují se tak na rozhraní psychoterapie a neurologie. Často míří na konkrétní struktury mozku a jeho funkce. Například Attachment Focused Therapy cílí na limbický systém, prefrontální kortex a orbitální frontální kortex (Doležalová, 2016), tím pádem by mohla pomáhat i s léčbou závislosti. Neurobiologie závislosti je postavena i na funkci centra odměny, které je tvořeno částečně stejnými mozkovými strukturami (Volkow; Wang; Fowler, 2011).

Pavla Doležalová též ve své práci z roku 2016, *Perspektiva teorie citové vazby v léčbě závislosti dospělých klientů*, mimo jiné vytvořila tabulky přístupů využitelných v léčbě závislosti, podle potřeb lidí s konkrétním stylem citové vazby. Doležalová však využívá jiné rozdělení – modifikaci dětských typů citové vazby pro dospělé. Dovolila jsem si tedy modifikovat její tabulku tak, aby byla aplikovatelná pro rozdělení stavů mysli s respektem k citové vazbě dle AAI, se kterým pracuji v celé práci. K modifikaci využívám tabulku vytvořenou Bartholomew a Horowitz (1991), která poukazuje na shodnost různě pojmenovaných stylů citové vazby (vychází z *tabulky 1. vnitřních pracovních modelů*, kterou jsem použila v kapitole 1.4.5. *Teorie vnitřních pracovních modelů*).

Tabulka 2: Model citové vazby dle Bartholomew a Horowitz (1991, str.227)

		Model sebe samého	
		Závislost	
		pozitivní – nízká závislost	negativní – vysoká závislost
Model druhých	pozitivní – nízká vyhýbavost	<p>Jistý styl Hazanová a Shaver – jistý styl Main a Hesse – bezpečný stav mysli</p>	<p>Zapletený styl Hazanová a Shaver – úzkostný typ Main a Hesse – zaujatý stav mysli</p>
Vyhýbavost	negativní – vysoká vyhýbavost	<p>Odmítavý styl Hazanová a Shaver – vyhýbavý/odmítavý styl Main a Hesse – opomíjející stav mysli</p>	<p>Ustrašený styl Hazanová a Shaver – vyhýbavý/strachyplný styl Main a Hesse – dezorganizovaný stav mysli</p>

1. popis stylu jisté citové vazby je shodný s popisem kategorie F – bezpečný stav mysli
2. popis stylu odmítavé-vyhýbavé citové vazby je shodný s popisem kategorie Ds – opomíjející stav mysli
3. popis stylu zapletené citové vazby je shodný s popisem kategorie E – zaujatý stav mysli
4. popis stylu strachyplně-vyhýbavé citové vazby je shodný s popisem kategorie U/d – nevyřešený/dezorganizovaný stav mysli

Jediný nenapárovaný stav mysli je kategorie CC – neuspořádaný stav mysli/nelze klasifikovat. Řadí se ale do společné skupiny dezorganizovaných stavů mysli jako kategorie

U/d. Z toho plyne, že by pro kategorii CC mělo být funkční využití stejných přístupů jako pro kategorii U/d.

Níže jsou vloženy tabulky, které uzavírají celou tuto kapitolu a nabízejí konkrétní možnosti terapeutické práce se závislými s využitím vědomostí z teorie attachmentu.

Tabulka 3: Přístupy vhodné pro kategorii F

důvěra v sebe	důvěra v druhé	důvěra ve svět	potřeby klienta	terapie zaměřená na citovou vazbu
jsem hodný/á milování	jistota, bezpečí	bezpečí	zodpovědná péče, vyladěnost na emoce, stimulování, seberozvoj	explorace
jsem dobrý/á	důvěryhodnost	dobré místo k životu	přijetí, pochválení snahy, ikdyž nemusí být zcela správná	učení, seberozvoj, zkoumání
jsem hodnotný/á	spolehlivost	předvídatelné prostředí	strukturované a přijímací prostředí	vnímavé reagování, posilování všímavosti
jsem kompetentní a autonomní	prospěšnost	zvídavé reagování, vytváření pohybu a směřování ke smysluplnosti	rozvíjení přiměřených úkolů, posilování a asistence v případě frustrace	mistrovství, vedení

Tabulka 4: Přístupy vhodné pro kategorii Ds

důvěra v sebe	důvěra v druhé	důvěra ve svět	potřeby klienta	terapie zaměřená na citovou vazbu
milovníhodný, pokud nevyžadují příliš mnoho	jistota, pokud nepotřebuji příliš mnoho	bezpečí	učit se objevovat zážitky a projevovat emoce	explorace
mé pocity jsou divné, je lepší se jim vyhnout	jsem důvěryhodný/á pokud se nedostanu příliš blízko	místo kde žiji je zvláštností	učit se vyhledávání pohodlí s druhými	učení, seberozvoj
zcela kompetentní, mohu udělat vše sám/sama	příležitostná užitečnost	předvídatelný prostor	učit se vyhledávat pomoc a podporu od druhých	vnější zaměření

Tabulka 5: Přístupy vhodné pro kategorii E

důvěra v sebe	důvěra v druhé	důvěra ve svět	potřeby klienta	terapie zaměřená na citovou vazbu
nejsem si jistý/á, zda mohu být milován/a	rozpoznávám své potřeby, jen když jsem opravdu nespokojený/á, našťvaný/á	explorace není prioritní	předvídatelné, konzistentní reakce, bezpečí (role terapeuta jako rodiče)	dosycování potřeb
mé pocity jsou velké, nepřijímané	nevěrohodní, nespolehliví, nikdy nejsou dostupní, neposkytují pohodu	nedůvěra v bezpečnost světa, nejprve musím zajistit své potřeby, pak mohu něco objevovat	strukturovanost, jasnost a limity, pomoc s regulací emocí, dávání hranic	významná postava představuje blízkost (role terapeuta jako rodiče)
cítím se zahlcen/a emocemi	nekonzistentnost	svět by mohl být zajímavý, pokud bude reagovat na mé potřeby	pomoci objevovat a učit se v bezpečném prostředí, učit se být nezávislý/á	vztahy s rodiči

Tabulka 6: Přístupy vhodné pro kategorii U/d

důvěra v sebe	důvěra v druhé	důvěra ve svět	potřeby klienta	terapie zaměřená na citovou vazbu
nejsem milování hodný/á, jsem špatný/á	druzí nejsou bezpeční, děší mě	svět je děsivé místo, není bezpečné	bezpečná podpora a jistota, cítit se bezpečně ve světě, gratifikace potřeb	zaměřenost na nevyřešené trauma, ztrátu bezpečí a jistotu
nejsem hodnotný/á	druzí nemají hodnotu, nejsou dostupní, neposkytují komfort	svět mi nepomůže abych se cítil/a lépe	citlivé a konzistentní dosycování potřeb	přežít, existovat
pocity mě zahlcují	nekonzistentnost, nespolehlivost, hostilita	zde není mé místo, hledám bezpečí	pomoci se učit regulovat emoce, poznávat a přijímat sebe sama	vyhnout se agresivnímu vyhledávání emocí a bezpečí
nikdy nikam nebudu patřit	nepřijímají mě, neuvažují o mně	neexistuje bezpečné místo	smysl sounáležitosti, potřeba někam patřit, bezpečné prostředí v komunitě a ve světě	naučit se udržovat regulaci emocí a agresivity pod kontrolou

3. Attachment v partnerských vztazích

Výzkumy zaměřující se na citovou vazbu v dospělosti ukázaly, že citová vazba se netvoří jen ve vztahu dítě – primární attachmentová figura. Již John Bowlby zmiňoval ve svých prvotních pracích toto přesvědčení. První skutečné rozšíření teorie o partnerské vztahy přišlo v 80. letech minulého století, kdy Weissová (1982) přišla s tezí, že se dají rysy citové vazby, jako je například blízkost, odmítání separace či bezpečná základna, aplikovat do partnerských vztahů. Partneri si navzájem nabízejí a čerpají od sebe pocity bezpečí, útěchu a protestují, pokud hrozí partnerova nedostupnost (Feeney, 1999a). Dle předpokladů založených na tom, že citová vazba je nejvíce podložena vnitřními pracovními modely by tedy partnerský attachment měl být shodný s tím, který máme vytvořený v dané chvíli vůči primární attachmentové figurě (Bartholomew; Horowitz, 1991). Největší průlom přišel s výzkumy Shavera a Hazanové (1987). Ti zkoumali jednotlivé aspekty partnerských vztahů jako například lásku, osamělost či zármutek právě na základě teorie attachmentu. Fraley a Shaver (2000) následně vytvořili seznam podobnosti vztahu pečující osoba – dítě a vztahu partnerského.

- přítomnost a citlivost attachmentové figury přináší pocit jistoty a bezpečí (bezpečná základna)
- attachmentová figura slouží jako zdroj bezpečí, ochrany a pohodlí, je vyhledávána, pokud jedinec cítí ohrožení, či je nemocný
- udržování blízkého tělesného kontaktu
- sdílení společných zážitků a zkušeností
- vzájemné zaujetí a přitahování
- chování a emoce jsou v obou případech spouštěny a tlumeny podobnými podněty
- partneři využívají „žvatlání“ (baby talk), které je podobné řeči pečující osoby a dítěte

Mimo to popsali Shaver, Hazanová a Bradshaw (1988) i dva základní rozdíly mezi těmito dvěma vztahy.

- vztah pečující osoby a dítěte je asymetrický – péči poskytuje pouze pečující osoba
- sex je důležitou součástí partnerského vztahu, ale není přítomen ve vztahu dítě – pečující osoba

Pro pochopení celého konceptu byly vytvořeny 4 základní teze:

1. *„Dynamika emocí a chování ve vztahu pečovatel – dítě a v dospělých partnerských vztazích je řízena stejným biologickým systémem.“*

Dospělý jedinec pocítuje bezpečí a jistotu, když je partner dostupný a citlivý. Za těchto předpokladů může v partnerském vztahu tento jedinec objevovat a prozkoumávat nové oblasti života, ve kterých se například může zdokonalovat. Pokud je jedinec nemocný, či se cítí zranitelný nebo ohrožený, partner mu poskytuje zdroj bezpečí. Na základě toho bylo zjištěno, že dynamika a biologický systém obou vztahů je podobný.

2. *„Individuální rozdíly pozorované ve vztahu pečující osoba – dítě jsou podobné rozdílům, které jsou pozorované v partnerských vztazích.*

Systém citové vazby popsany dle Ainsworth je podobný stylům lásky, které popsal Lee se svými kolegy.

3. *„Individuální rozdíly ve vazebném chování v dospělosti odráží názory a očekávání, které jsou jedinci vytvářeny na základě historie své citové vazby o sobě a vztazích s blízkými. Tyto pracovní modely sebe a druhých jsou relativně stálé, mohou odrážet v partnerských vztazích zkušenosti s pečujícími osobami.“*

Když si jedinec hledá partnera a vytváří tak partnerský vztah, spoléhá na své zkušenosti v tom, jak se druzí pravděpodobně zachovají a využívá své pracovní modely i ve vysvětlení záměru druhých. Pracovní modely zůstávají stálé, skrz ně jedinec může vnímat i svůj partnerský vztah zkrasleně proto, aby odpovídal jeho představám a očekáváním. Teorie attachmentu tak nabízí možnosti si ponechat psychoanalytický pohled na vztahy v dospělosti bez potřeby využití mechanismů fixace či regrese.

4. *„Partnerský vztah představuje vzájemnou interakci citové vazby, poskytuje péči a sex.“*

Partnerský vztah je možné chápat jako vzájemné fungování citové vazby, péče a sexu, které společně umožňují zajištění přežití druhu.

(Fraley; Shaver, 2000)

Dle předpokladů založených na tom, že citová vazba je nejvíce podložena vnitřními pracovními modely by tedy partnerský attachment měl být shodný s tím, který máme vytvořený v dané chvíli vůči primární attachmentové figuře (Bartholomew; Horowitz, 1991). To však neznamená, že vůči konkrétnímu partnerovi musíme mít shodnou citovou vazbu jako vůči svému rodiči či pečovateli. Spíše se jedná o celkový mechanismus navazování vztahů, který je determinován v dětství a je téměř neměnný (pokud se ho nesnažíme měnit v rámci psychoterapie). Dle tohoto mechanismu se dá předpokládat a modelovat stálost a povaha

našich vztahů (Fraley, Shaver, 1999). To dokazují i retrospektivní studie Shavera a Hazana (1987), které zjistily, že lidé s jistou citovou vazbou v partnerském vztahu mají stejný projev citové vazby vůči primární attachmentové figuře a popisují tedy rodiče či pečovatele převážně jako citlivé, pečující a přijímající (Feeney; Noller, 1990).

3.1. Typologie stylů citové vazby v partnerském attachmentu

I v teorii partnerského attachmentu se využívá velké množství různých rozdělení stylů citových vazeb. Rozhodla jsem se zde popsat 4-kategoriální typologii, která je nejpodobnější modelu stavů mysli v dospělosti dle AAI a díky tabulce 2., *Model citové vazby dle Bartholomew a Horowitz*, se dá i tato typologie modifikovat. Tato 4-kategoriální typologie se opět odráží od teorie vnitřních pracovních modelů.

1. Jistý styl citové vazby – Bezpečný stav mysli (F)

Říká: „*Zasloužím si být milován.*“. Tento model říká, že lidé jsou ze své podstaty citliví a přijímající, pokud mají pozitivní vnitřní model druhých. Lidé v této skupině mají pozitivní představu o sobě i druhých.

2. Zapletený styl citové vazby – Zaujatý stav mysli (Ds)

Říká: „*Nezasloužím si být milován.*“. Tento model kombinuje negativní obraz sebe sama a pozitivní obraz druhých. Sebepřijetí je závislé na přijetí a uznání druhých.

3. Odmítavý styl citové vazby – Opomíjející stav mysli (E)

Říká: „*Ostatní jsou nedůvěryhodní a odmítající.*“. Je kombinací pocitu vlastní hodnoty a nedůvěry vůči druhým. Lidé v této kategorii mají tedy pozitivní model sebe sama a negativní model druhých. Jedinec se tímto přístupem v podstatě chrání před bolestí a zklamáním, vyhýbá se vztahům a snaží se udržet si nezávislost.

4. Ustrašený styl citové vazby – Dezorganizovaný stav mysli (U/d)

Říká: „*Nezasloužím si být milován a ostatní jsou nedůvěryhodní a odmítající.*“.

Jedinec v této kategorii tedy nevěří ani v sebe ani v druhé, vyhýbá se blízkosti, jelikož očekává odmítnutí.

(Bartholomew; Horowitz, 1991)

Opět chybí zařazení pro kategorii CC podle dělení stavů mysli s respektem k citové vazbě dle AAI, ale stejně jako v předchozí kapitole se vzhledem k dezorganizovanosti této kategorie dá předpokládat podobné zařazení, jako pro kategorii U/d.

4. Propojení teorie attachmentu se vznikem závislosti

4.1. Neuroendokrinologie attachmentu a centrum odměny

Neuroendokrinnologický výzkum citové vazby se zabývá zejména úlohou oxytocinu a jeho účinky na regulaci emocí (Norman et al., 2012). Oxytocin hraje výhradní roli při vytváření pozitivního vztahu dítěte a matky (Feldman et al. 2007). Právě oxytocinové receptory hrají též důležitou roli v mozkové struktuře známé jako centrum odměny. Působení oxytocinu právě v této mozkové struktuře pravděpodobně upevňuje vazbu matky a dítěte, což znamená, že dítě i matka pociťují vzájemný kontakt jako odměnu. Díky zobrazovacím metodám mozku již víme, že se centrum odměny aktivuje, když se například podíváme na fotografii nám známé osoby. Oxytocinové receptory, nacházející se ve středním mozku se následně propojí s prefrontálním kortexem, kde dojde k vyloučení dopaminu a tím dochází k prožití uspokojení, slasti a odměny (Spitzer, 2003). K aktivaci tohoto systému dochází též při užití návykových látek a hraje tak důležitou roli při vzniku závislosti (Spitzer, 2004).

Centrum odměny je vnitřní autoregulační mechanismus, který zajišťuje potřeby nutné pro přežití organismu. Tyto podněty a situace jsou spojeny se slastnými pocity neboli odměnou, a tak se zvyšuje pravděpodobnost, že budou opakovány a zajistí tak přežití (DiChiara, 1999).

Centrum odměny není anatomicky přesný útvar, je to propojení několika mozkových struktur a to propojení nucleus accumbens (zdroj odměny zvyšuje výdej dopaminu) s ventrální tegmentální oblastí a prefrontálním kortexem. Výdej dopaminu z ventrální tegmentální oblasti do nucleus accumbens je odpovědí na libé situace. Mimo tyto struktury se do vysoce komplikovaného systému zapojuje zbytek limbického systému, paměť a stresové systémy. Paměť je důležitá v zapojení zejména proto, že když si nebude organismus libost pamatovat, nebude ji chtít opakovat. Funkce systému odměny je tedy dosáhnout libosti ale též vyhnout se nelibosti (Schutz, 1998).

S centrem odměny též velmi úzce souvisí vznik závislosti. Návyková látka zde působí jako umělý zdroj odměny. Výdej dopaminu je přitom při požití návykové látky mnohonásobně vyšší než skrz přirozený zdroj odměny. Opakování užití, tím pádem zvýšený výdej dopaminu v nucleus accumbens má za následek změny vlastností i funkcí centra odměny s projevy chování, které jsou známé jako závislost (LeMoal, Koob, 2007). Závislost je v podstatě dysregulace centra odměny, který je též znám jako alostáza. Alostáza je udržování stálosti funkcí organismu za hranicí homeostázy, kde je fyziologie změněna v důsledku nepřiměřených dlouhodobých požadavků. Nároky na udržení stálosti neustále rostou, v důsledku čehož dochází ke zhroucení či poruše (Koob; LeMoal, 2001).

4.1.1. Syndrom nedostatečné odměny

Syndrom nedostatečné odměny je porucha zapříčiněná poškozením v centru odměny a je důsledkem neurologické či biochemické neschopnosti pociťovat odměnu z přirozených zdrojů. Narušení rovnováhy může mít na svědomí dlouhodobý stres, nedostatečná vztahová saturace či nepřítomnost vztahových osob, genetické odchylky či dlouhodobé užívání návykových látek. Tyto biologické změny jsou spojovány s poruchami jako je závislost, kompulsivní přejídání, obezita, Tourettův syndrom či poruchy pozornosti. Důsledkem tohoto syndromu je nedostatečný pocit bezpečí, spokojenosti či přijetí. Limbický systém tak vysílá signály ohrožení a aktivuje se tak snaha nelibé pocity eliminovat. (Blum et al., 1996) Touha užívat návykové látky a jejich kompulzivní užívání jsou pokusy o vyhnutí se nelibosti (Leshner, 1997).

Z předchozí kapitoly je vidno že se působení citové vazby a závislosti potkávají ve stejných mozkových strukturách. Dá se tedy vyvodit, že pokud není dosaženo primární libosti z navazování vztahu a pocítění odměny z citové vazby, logicky dochází k potřebě získat odměnu jiným způsobem, což může být právě užití návykové látky, které pocit odměny působí nejrychleji a nejintenzivněji. To koresponduje i s myšlenkou Florese (2004), že v souvislosti s užíváním návykových látek často hovoříme o potřebě zaplnění prázdného místa uvnitř sebe něčím z vnějšku (sebemedikace). Zároveň se díky popisu syndromu nedostatečné odměny dá předpokládat, že vzájemné působení citové vazby a závislosti je reciproké. Dle předchozího tvrzení by tedy platilo, že závislost způsobuje problémy ve vztazích, což podkládá i řada publikací (Kalina, 2015), zároveň by ale platilo, že problémy v navázání citové vazby či dokonce nepřítomnost primární attachmentové figury by mohli mít jako přímý důsledek užívání návykových látek. Též se dá vyvodit to, že by díky tomu mohly být vhodné stejné přístupy v léčbě závislosti a terapii zaměřené na attachment.

4.2. Problematické vztahy jako predispozice i důsledek závislosti

Samo užívání návykových látek bývá často kompenzací za nespokojenost v partnerském vztahu či neschopnost takový vztah vytvořit. Obvykle mívají závislí pacienti vztahy neuspokojivé, manipulativní a provází je nedůvěra, žárlivost, zklamání či nestabilita. Návyková látka slouží u závislého jako náhrada za mezilidské vztahy i překážka v budování vztahů nových. Zanechání závislosti je spojeno s velkou mírou úzkosti, proto se často stává, že je jedna závislost nahrazena druhou. Někteří lidé i přes zanechání závislosti nejsou schopni změnit své vzorce chování a navazování vztahů, dochází tak ke kompulzivnímu chování,

keré se může projevovat relapsy či poruchy příjmu potravy, a to ať už bulimií či nekontrolovaným přejídáním a následnou obezitou. Tato skupina závislých se není schopna vymanit z bludného kruhu právě kvůli neměnným vztahovým vzorcům, emočním a duševním poruchám. Khantzian (1997) i Flores (2004) předkládají řadu důkazů o tom, že závislí pacienti trpí často i jinými kompulzivními poruchami, proto často nahrazují kompulzivní chování dalším, dokud nedojde k napravení deficitů struktury jejich osobnosti a pocitu nedostatečnosti ve vztazích. Podle výzkumů self psychologů ohrožují dysfunkční vztahové vzorce schopnost se cítit dobře v mezilidských vztazích, tím vznikají vnitřní pracovní modely, jež tyto vzorce ještě více posilují a upevňují. Díky těmto pracovním modelům dochází k nenaplnění vývojových potřeb, což vede k hledání něčeho zvenčí, co by zaplnilo nedostatek ve vnitřní struktuře a tím je tento jedinec ohrožen závislými vzorci chování.

(Flores, 2004)

4.3. Teorie emoční regulace

Teorie emoční regulace je vnitřní program, generující se v interakci s vnějším světem a zdůrazňuje se v souvislosti se situacemi evokujícími emoce (Eisenberg et. al., 1999). Zahrnuje též regulaci emocí skrz změnu vnější situace pomocí chování a její narušení nastává buď skrz omezení vnímání a interpretace sociálních situací (vnitřní úroveň) nebo skrz nepřiměřené chování a emoce (úroveň odpovědi) (Zimmermann, 1999a).

Zimmermann (1999) tak popsal tři základní procesy regulace chování a emocí:

1. Hodnocení a emoční reakce na základě vnější situace a sensorického vstupu.
2. Aktivace chování a hledání možných strategií ke zvládnutí situace.
3. Cílené sebeřízení na základě hodnotících procesů, emoční reakce, aktivace konání a produkovaných strategií zvládnání.

Schopnost regulovat emoce je determinována kvalitou vztahu s primární attachmentovou figurou a strukturami vyvinutými na základě raných vztahových zkušeností (Zimmermann, 1999b).

Dle Kohuta (1977) je pro závislost charakteristické to, že se jedná o nepovedené pokusy regulovat emoce, řízené nezralými či poškozenými psychickými strukturami. Tyto pokusy pokračují, dokud nedojde k úzdravě těchto struktur. Tito pacienti tak budou mít nadále problémy s navazováním vztahů, které budou nahrazovat obsedantně kompulzivním chováním jež má za cíl odvedení od pocitů samoty. Nejistá citová vazba vede k psychickým deficitům a nezdravým vztahovým strategiím trvajícím do dospělosti, které mají za důsledek

poškození sebepojetí. Pokusy o nápravu užíváním návykových látek zhoršují vztahové vzorce i sebepojetí ještě víc a deficity se tak prohlubují.

Khantzian (1982) ve svých pokusech přišel na to, že všichni účastníci studie byli predisponováni k užívání návykových látek se specifickým účinkem kvůli specifickému nedostatku v emoční regulaci. Dle Khantziana má každý závislý preferenci k určité návykové látce právě z toho důvodu, že vyhledává specifický účinek, dle toho, co ho nejvíce trápí. Teorie citové vazby přináší do této problematiky další vhled, a to, že k regulaci emocí z části potřebujeme i druhé, bez ohledu na vlastní schopnosti regulace. Neschopnost přiblížení se k druhým lidem tak vede k hledání regulace mimo mezilidské vztahy.

4.4. Psychoanalytické a psychodynamické pohledy na závislost z hlediska vztahů

4.4.1. Narcistní zranění

Narcismus je dle Kohuta (1972) legitimní vývojový proces odpovídající věku a momentálním dětským potřebám. Kohut se tedy odklání od sobeckého zaměření na sama sebe a od pojetí, že narcistní osobnost je neochotná odložit vlastní uspokojení. Přiklání se naopak k pojetí narcismu jako poruše vztahu vůči okolí (osobám). Díky nedůvěře vůči druhým tak můžeme chápat toto chování jako hledání uspokojení, které si můžu dopřát sám bez pomoci druhých. V léčbě závislosti a narcistního zranění můžeme shledat mnoho podobností. Obzvláště pokud se na závislost podíváme jako na obranu ega proti zraňujícím pocitům (strach, stud). Stejně tak narcismus i závislost mohou vést ke grandióznímu nebo falešnému self, což je důsledek snahy se vyhnout vztahům nebo spíš kryjí neschopnost vztahy vytvářet. Závislost je z tohoto pohledu tedy následkem nenaplnění vývojových potřeb, což jedince ponechává se slabým, zraněným a roztráštěným self.

4.4.2. Egopsychologie

Dle Krystala je základem závislosti porucha objektních vztahů. Závislá osoba tak dle této teorie může mít vůči návykové látce symbolicky vztah podobný, jako vztah k primární attachmentové figuře. Návyková látka tak může nahrazovat funkce, které by měla mít vztahová osoba, která je buď z nějakého důvodu nepřítomná nebo je s ní vztah narušený. Závislý jedinec ve svých představách touží po sjednocení s tímto objektem, zároveň se toho ale hrozí. Nestabilní vztahy, zlostné chování, problémy se sebepéčí a nutkavost užívat návykovou látku se tak stávají destruktivním životním scénářem. Khantzian mluví zejména o

nezdravém sebepojetí. Dle Wurmsera tak užívají závislí lidé návykové látky, protože nemají vyvinuté určité ochrany proti silným afektům. Užíváním se vyhýbají duševním úrazům, jež nejsou pro ostatní lidi traumatické (Riegel et al., 2020). Wolf (1985) hovoří o tom, že užívání návykových látek je selfobjektní přenos, jež je pokusem o nápravu sebe sama právě skrz užívání. Pokud dojde ve vývoji k nedostatečné saturaci dětských vztahových potřeb, je jedinec ohrožen narcistním zraněním. Takový jedinec je ponechán bez vnitřní struktury, má problémy s emoční regulací a jeho pracovní modely jsou špatně nastaveny. Snaží se tak najít selfobjekty, které mu pomohou saturovat jeho nenaplněné potřeby, umožní mu napravit sebepojetí a uzdraví narcistní zranění (Bacal, 1985).

4.4.3. Fixace v orálním stádiu

Fixace v orálním stádiu je nejen jedno ze základních východisek práce Bowlbyho na teorii attachmentu, ale též propojuje tuto teorii se vznikem a udržováním závislosti. Jedná se o jeden z prvotních pokusů vysvětlení mechanismu vzniku závislosti. V prvním stádiu vývoje dítěte dochází dle Freuda k pocítění slasti skrz sání, dotyky a zahřívání. Zkušenost s dostatečnou či nedostatečnou saturací těchto potřeb je základním předpokladem budoucího bytí ve světě. Z prvotního symbiotického období by tak zdravý jedinec měl dospět k rozlišení já od ne-já. K tomuto období se dá vztáhnout i Eriksonovo první vývojové stádium vytváření bazální důvěry. Dochází-li k dostatečné saturaci orálních potřeb, dochází k pozitivnímu pojetí já i ne-já. Jistá míra frustrace je též potřebná právě pro rozlišení já od ne-já. Pokud dojde k jednomu z extrémů, to znamená dítěti jsou potřeby uspokojovány bezbřeze či nejsou poskytovány vůbec, má to na jedince celoživotní následky ve smyslu neustálého hledání orálního uspokojení, které mu nebylo dáno nebo naopak udržování a opakování stavu, jež mu přinášel slast. Z této teorie vyplývá že základním problémem závislých jedinců je nedostatečná saturace potřeby intimity a bondingu (občas zaměňováno s pojmem attachment) ve vývoji (Kooyman, 1993).

(Riegel et al., 2020)

5. Genderová specifika závislosti a její léčby

5.1. Gender

Vzhledem k zaměření na genderová specifika je nejprve nutné vymezit pojem gender. Gender byl původně vnímán pouze jako společensky vytvořené rozdíly mezi pohlavími a pojem se následně ujal i v českém jazyce, nemá ale jasně vyhraněnou definici, je tedy potřeba najít syntézu různých popisů tohoto pojmu pro vytvoření celistvého obrazu, který umožní jeho pochopení (Karsten, 2006). Dle Čermákové (in Oakley, 2000) hovoříme o něčem jako konvenci, což představuje danou kulturou, sociální skupinou a dobou znormalizovaná očekávání pro muže a ženy. Tedy očekáváme, že se budou chovat obě pohlaví rozdílně, zároveň pro každé z nich platí jistý konstrukt „normálnosti“.

V současné době existuje též společenskovědní obor genderová studia, jehož hlavním předmětem je zjistit, které chování je biologicky podmíněno a které je dáno sociokulturním kontextem. Genderová studia pracují zejména s genderovou analýzou. Genderová analýza pracuje na podstatě ženské zkušenosti, která je instrumentem výzkumu, což přináší zásadní zjištění, že hodnocení a tvrzení, jež jsou pokládána za neutrální z hlediska pohlaví, vyjadřují ve skutečnosti mužskou optiku. (Oakley, 2000)

Dalšími důležitými pojmy je genderová role a genderová identita. Genderová role je soubor nepsaných pravidel, jaké chování je klasifikováno jako ženské a jaké je mužské (Preslová in Kalina 2015). Genderová identita potom souvisí s osobní identifikací jedince. Každá společnost a kultura má své ideály mužství a ženství, k nimž se každý jedinec snaží v průběhu života přibližovat. Činí tak kvůli tlaku socializace, která je úspěšně dokončena, když se jedinec ztotožní s jemu přisouzenou genderovou identitou (Oakley, 2000).

Často využíván je též pojem genderové stereotypy, ten je užíván, pokud společnost zaujme jistý postoj vůči chování žen či mužů. Takovým stereotypem může být například to, že pro muže je typičtější soupeření, logické přemýšlení, sebejistota, či manažerské schopnosti. Pro ženy je to zase laskavost, soucit, něha (Valdrová, 2006).

Genderem je důležité se zabývat v léčbě závislosti, protože hraje významnou roli v odlišnosti způsobu užívání, vzniku a udržování závislosti u mužů a žen. Rozdíly jsou ale též v reakcích jejich okolí, společnosti, významně se liší způsoby, jak vyhledávají muži a ženy odbornou pomoc a zejména se liší interakce s psychoterapeuty (Straussner, 2006).

5.2. Genderová specifika závislosti žen

Ženy jsou oproti mužům brány poněkud více jako specifická cílová skupina a je jim věnováno více prostoru v literatuře. Preslová (2003) předkládá možnost, že to je kvůli snaze vyhovět tak zvané ženské otázce. Z teorie genderových studií též vyvstává možnost, že je to kvůli tomu, že instrumentem zkoumání je právě ženský pohled a ten mužský je brán jako neutrální (Oakley, 2000).

Ženská závislost je specifická především tím, že jsou ženy víc stigmatizovány, snaží se více skrývat své problémy a celé téma je mnohem více tabuizováno než například u mužů. Daleko častěji se objevuje pití o samotě. Často dlouhou dobu o problému s alkoholem neví ani nejbližší okolí ženy (Schmidtová, 2007). Bariéry založené na genderových stereotypech či kulturních zvyklostech zabraňují ženám vstup do služeb, čehož následkem je jejich nižší zastoupení v léčbách než mužů. Dle Vobořila (in Kalina 2003) je poměr v léčebných programech ženy:muži 1:3, přičemž reálný obraz celé subpopulace závislých je 1:2. V rámci této stigmatizace se hovoří zejména o fenoménu „dvojit deviance“ (Eto, 1992). Užívající žena selhává v očích společnosti nejen pro své užívání ale též ve své genderové roli, o to více je odsouzená žena těhotná, či mladá matka. Tyto aspekty brání ženám vstoupit do léčebného zařízení, bojí se odsouzení a nepochopení. Vytváří se též genderově specifické pojetí ženských závislostí a to, že u žen je užívání daleko častěji determinováno sociálními faktory a mnohem méně v osobnostními faktory. Ženy tedy mnohem častěji užívají kvůli vztahu s mužem uživatelem. Jejich užívání zpravidla začne společně se vztahem a následně je jejich užívání vztahem udržováno. Mnohem častější je též u žen sexuální zneužívání a traumata, se kterými se ženy následně vypořádávají právě skrz užívání (UNODC, 2004; Arbiter, 2004; Heller a Pecinová, 2007).

U žen je též daleko častější závislost na lécích, zejména se jedná o sedativa, hypnotika či anxiolytika. Velmi často jsou tyto závislosti iatrogenní. Vobořil dokonce prezentuje studie dokazující, že ženám jsou tyto léky předepisované 3x až 4x častěji než mužům. Nejčastější důvody předepisování těchto léků jsou manželské krize či nároky na ženu v její genderové roli v dnešní době. Poměrně často se též stává, že lékaři předepíší benzodiazepiny na příznaky nepřiznaného nadužívání alkoholu, kvůli čemuž vzniká zkřížená závislost (Heller; Pecinová, 2007).

Se závislostí žen se daleko častěji pojí další psychická onemocnění jako deprese, úzkosti, posttraumatická stresová porucha či poruchy příjmu potravy. Posttraumatickou stresovou

poruchou trpí 30-59% závislých žen a jen 12-34% závislých mužů. Co se týče psychotraumatizace v dětství, objevuje se dokonce u 33-90% závislých žen a u 12-42% mužů (Yates; Wilson, 2001; UNODC, 2004; Martens, 2004). Dle Kotkové (2009) je u závislých žen 2x častěji, než u závislých mužů diagnostikována deprese. Pokud neexistuje diagnóza, ženy si mnohem častěji na depresivní prožitky stěžují.

Podle De Leona (2004) ženy z dokončené léčby daleko více profitují než muži, problém je, že daleko méně častěji léčbu vyhledají a též častěji z léceb vypadávají.

Ženy mívají též první zkušenost s návykovou látkou v nižším věku než muži a do užívání bývají „zasvěceny“ staršími partnery (Vobořil, 2003 in Kalina 2003). Rozdíly jsou i v dynamice závislosti žen. Ženy se stávají závislé daleko rychleji, po nižších dávkách a mají méně problémů se zákonem. Setkáváme se u nich ale ve zvýšené míře s prostitucí a zneužíváním. Problémem též je, že si velká část zneužitých žen neuvědomuje, že jisté chování bylo již za hranou. Uživatelky návykových látek mají tendenci navazovat vztahy s násilnickými a dominantními muži a v tomto vztahu přijímají svou podřízenou roli. Nezřídka se stává, že je pro ně toto zacházení bezpečné, jelikož je známé, vzor tohoto chování mužů přebírají často z rodiny od svých otců či dědečků (Preslová in Kalina, 2015). Na takových mužích mají též tendenci si tvořit závislost, čehož tyto muži často zneužívají pod záminkou poskytnutí ochrany a bezpečí. Nutí poté ženu – uživatelku k prostituci či krádežím, často se setkáváme s tím, že ženy si na ulici najdou někoho jen proto, aby je ochránil, následně to je ale ten, co je nejvíc ohrožuje, ony však nedokážou odejít (Kotková, 2009). Velká závislost na partnerovi (většinou uživateli), který bývá často dítětem alespoň jednoho z dětí, a neschopnost od něj odejít, je jednou z hlavních překážek ve všech fázích léčby závislých matek. Tyto ženy ale převážně vědí o rizikovosti života s tímto partnerem a o neschopnosti abstinence ve společném životě. Oproti mužům jsou ale právě ženy schopny opustit závislé vzorce chování kvůli motivaci skrz dítě či rodinu. (Preslová, 2015)

U žen – uživatelk, provozujících prostituci se setkáváme se dvěma modely užívání. První model je, že žena nejprve začne užívat návykovou látku a následně začne provozovat prostituci kvůli získání prostředků na návykovou látku nebo přímo látku samotnou. Druhý model je, že žena nejprve provozuje prostituci a až posléze začne užívat návykovou látku, aby prostituci lépe snášela. Obě skupiny žen na sebe navzájem nemají příliš dobrý pohled a distancují se od sebe. U žen s takovou minulostí se setkáváme s větší stydlivostí, negativním přístupem sama k sobě a vlastnímu tělu, malým sebevědomím a neschopností navazovat normální vztahy (Preslová in Kalina, 2015).

Častou komorbiditou u závislých žen jsou poruchy příjmu potravy. Nejčastěji se jedná o zneužívání pervitinu a alkoholu pro posílení anorektického efektu či nadměrné užívání projímadel. Hojně se u uživatelů návykových látek vyskytuje bulimie, kdy je craving po jídle velmi podobný bažení po droze. Občas se může objevit bulimická symptomatika v období abstinence od návykových látek a může vést k recidivě (Kotková, 2009).

5.3. Genderová specifika závislosti mužů

Ikdyž jsou muži též genderově specifickou cílovou skupinou, věnuje se jim z hlediska specifického přístupu daleko méně pozornosti než ženám. Dle Yatese a Wilsona (2001) se u mužů méně objevují traumatické zkušenosti. Stejně tak je u mužů méně často detekována deprese, pokud zde ale je, mívá obtížnější průběh a zlepšuje se pomaleji než u žen (Buhninger; Platt, 1992). Daleko častěji je u nich ale udáván sklon k sebevraždám a poruchy disociálního typu. Též mají častěji v anamnéze kriminální historii Galanter; Kleber, 1994).

Muži též častěji nastoupí do léčby, méně vypadávají a častěji dokončují. Když dokončí, tak se ale oproti ženám častěji k závislostnímu chování vrátí. Muži musí zpravidla léčbu víckrát opakovat, aby byla abstinence trvalá (De Leon, 2004).

K závislosti mají muži tendence též kvůli snížené psychické odolnosti oproti ženám, jeví se být více agresivní navenek, zároveň jsou ale zranitelnější, obzvláště v období dětství, dospívání a později ve stáří (Straussner; Zelvin, 2006). Dle Kaliny (2000) u mužů velmi často vidíme rysy související s nezvládnutými vývojovými úkoly v adolescenci. Sledujeme chabou identifikaci s vlastní sexuální rolí a svým tělem, osamělost a citovou závislost na původní rodině, nízkou schopnost obstát v mezilidských vztazích, nízká adaptační schopnost a následné úniky do fantazií. Tento popis jde proti genderovým stereotypům muže. Genderové stereotypy kladou na muže nároky o tom, jací by měli být a oni to nezvládají.

V terapeutických komunitách se následně stává, že ženy se staví vůči mužům do mateřských rolí, či k nim přistupují s despektem, což ještě víc prohlubuje krizi jejich mužské identity. Dle Giddense (2001) a Habermase (2003) se tedy až tak nejedná o ženskou otázku, jako o mužskou otázku a o krizi maskulinity, vyrovnání se s nároky kladenými na muže a například vyrovnání se s rolí otce.

Muži oproti ženám užívají návykové látky častěji kvůli navození povzneseného stavu mysli, to znamená více pro zábavu. Zároveň muži spíše začnou s užíváním návykových látek, aby zapadli do nějaké skupiny lidí, či společnosti, či aby se přizpůsobili očekáváním (Haseltine, 2000).

U závislých mužů se objevuje často manipulativní tlak na ženu v těhotenství nebo chvíli po porodu. Oproti ženám obvykle nevnímají potřebu se o dítě postarat či nemívají tendence jít se kvůli dítěti léčit. Naopak dítě vnímají pro svou existenci jako potenciální hrozbu, která by jim mohla odvést partnerku. Svým nátlakem tedy často přesvědčí ženu, aby dítě opustila a vrátila se zpět k užívání a závislému vzorci chování. U uživatelů se na těchto postojích podílí zejména častá absence pozitivního mužského vzoru v dětství, který by je připravil na roli otce a naučil je navazovat a udržovat bezpečné partnerské vztahy. Setkáváme se zde také ve zvětšené míře se sexuální zneužíváním v dětství a následným studem a obavami o svých zkušenostech hovořit. Zneužití muži mívají strach z intimity a sexuality (Kalina, 2015).

Pro mužskou klientelu jsou specifické „macho“ projevy. Chovají se dominantně, navenek agresivně, soupeřivě a zároveň mají problém s odkrytím zranitelnosti a vyjádřením emocí. To odpovídá i na Casrielův popis závislého, který má dle něj „zamrzlé emoce“ (Kalina, 2000), na což nasedá i popis psychologického profilu mužů v terapeutických komunitách:

- chybějící pozitivní mužský vzor, který by je připravil na otcovství a naučil je navazovat bezpečné vztahy s ženami i muži
- sklony ke skrývání nejistoty a strachu ze sexuality a intimity
- neochota přiznat sexuální zneužívání a hovořit o něm
- dominantnost, vnější agresivita, soupeřivost a jiné rigidní vzorce „macho“ chování
- problémy s emočním vyjádřením a odkrytím osobní zranitelnosti

(TCC, 2006)

5.4. Genderově citlivý přístup v léčbě

Genderově citlivý přístup v léčbě závislosti je součástí diskuse odborné veřejnosti zejména posledních 20 let. Existuje několik zařízení, kde se muži a ženy léčí odděleně a tyto programy jim naplňují specifické potřeby. Převážně se ale zaměřuje fokus na potřeby ženské klientely, což vedlo k otevření několika zařízení v západní Evropě určených pouze ženám. V našich podmínkách je doplňován z pravidla již dlouhá léta fungující program o mužské a ženské skupiny či speciální genderové poradenství. I přes neustálé hovory o tom, že jsou léčebné programy více orientované na muže z nich více profitují ženy. Genderově vstřícné služby by měli respektovat potřeby a odlišnosti žen (stigma, dvojí deviace, těhotenství, prostituce, traumata atd.) a být schopné je oddělit od mužů. Zároveň je ale stejně nezbytné, aby tyto programy reagovaly na potřeby klientů mužů a řešily jejich specifická témata (zneužívání,

nepřítomnost mužských vzorů, mužská prostituce atd.). Taková genderově specifická témata a tím i témata genderových skupin mohou být například:

Tabulka 7: Genderově specifická témata (Kooyman, 2005; TCC, 2006 in Kalina, 2015)

Ženy	Muži
stigmatizace, stud, pocit viny, dvojí deviace	absence pozitivních mužských vzorů, které by je připravili na otcovství, či partnerské vztahy
partnerské a rodinné vztahy, odpovědnost	
těhotenství, potraty	neochota připouštět sexuální zneužívání a hovořit o něm
rizikové chování, prostituce	vztahy k autoritám
traumata v anamnéze, zneužívání, znásilnění, domácí násilí	agrese, dominantnost, soupeřivost a jiné "macho" chování
problémy s duševním zdravím	obtíže s emočním vyjádřením a s odkrytím osobní zranitelnosti
životní a rodinné cykly	sklon skrývat nejistotu, strach z intimity a sexuality

Genderově vstřícné služby tak kladou větší nároky na personální obsazenost, ať už z hlediska vyvážení mužů a žen v personálu napříč celou službou, tak z hlediska vzdělání, aby se k specifickým tématům měl kdo erudovaně vyjádřit.

(Kalina, 2015)

Nároky na genderově vstřícné programy a jejich fungování by se daly přemostit z požadavků pro genderovou vstřícnost koedukovaných terapeutických komunit:

1. Bezpečí pro ženy. Nelze dopustit zneužití žen ze strany klientů či mužského personálu. Ženský personál by měl mít zastoupení v každé pracovní směně. Oddělená hygiena mužů a žen, zvláštní vchody, oddělené ložnice a denní místnosti. Dbá se též na bezpečí vnějšího okolí.
2. Personál. Členové týmu musí mít specifické přístupy a dovednosti. Musí být věnována pozornost na muže zaměstnance a jejich úlohu v rámci léčby žen. Úloha mužů by měla být spíše v závěru léčby, v resocializačním období. Dle výzkumů vychází, že ženy, mající z počátku léčby ženskou terapeutku prospívají následně lépe než ženy mající z počátku muže terapeuta. Ženy v týmu by neměly být soutěživé a neměly by nadbíhat mužům, aby byly klientkám bezpečnými vzory.
3. Přístup ke klientům a klientkám. Vztah klientů a personálu by měl být spíš rovný než hierarchický. Přístup personálu musí mít zřetel na genderové odlišnosti a témata. Je

též potřeba zohlednit genderová specifika užívání návykových látek (např. ženy častěji relabují z emočních a vztahových důvodů atp.).

4. Program. V koedukovaných skupinách by nikdy neměla být jen jedna žena, minimálně by měla být vždy přítomna 1/3 žen. Vždy by měla být přítomna terapeutická dvojice, ideálně muž a žena. Součástí programu musí být oddělené ženské skupiny, vedené ženským terapeutem. Program by měl též zahrnovat další vhodné přístupy jako například feministicky informovanou sociální terapii.

(Kalina, 2008)

Zdá se, že je tedy genderově citlivý přístup převážně přístupem soustředěným na ženy. Tento přístup, kde je napříč celým terapeutickým programem zaměřena pozornost převážně na ženy a to ať už členky týmu tak klientky umožňuje opouštění starých vzorců chování, které byly zaměřeny převážně na přežití. Podporuje je v péči o sebe, učí je umění hlídat si své hranice, učí je asertivitě, přijímání pozitivní zpětné vazby, umění prožít blízkost bez sexu a sex bez drog. Na úrovni emocí tento přístup podporuje ženy ve vyjádření hněvu a na kognitivní úrovni jim pomáhá o sobě uvažovat pozitivně. (Martens, 2004a) Na druhé straně stojí Arbiter (2004), který říká, že tento přístup udržuje ženskou stigmatizaci. Pokud se ale podíváme na začátek této kapitoly a na to, jak je popsána genderová analýza, je možná zaměření se na ženskou otázku právě tím vyvážením na obě strany (mužskou i ženskou), kterou genderově citlivý přístup potřebuje.

5.4.1. Závislé matky s dětmi

Jedním z důležitých programů péče o závislé, který reaguje na specifické genderové potřeby je právě umožnění léčby matek společně s dětmi. Profil matek uživatelky je specifický vyšším sociálním znevýhodněním, a nižší socializací, což poukazuje na jejich potřebu změny životního stylu a prostor k osobnostnímu dozrání (De Leon, 2000). Oproti standardním terapeutickým komunitám však nehledáme ideální řešení jen pro matku, ale i pro její dítě. Důležité je tedy zaujetí matky dítětem, její snaha, otevřenost a spolupráce. Práce je též na upevnění společného vztahu a společná terapie matky s dítětem. Specifikem práce je též spolupráce s orgány, starajícími se o práva a bezpečí dítěte (Preslová, 2003).

Pro samotný vstup do zařízení je pro matku nejdůležitější překonat nejrůznější bariéry, od trestajícího přístupu veřejnosti k matkám uživatelkám, až po obavy, že jim bude dítě z péče odejmuto (UNODC, 2004). Podle Preslové (2003) je ale právě strach z odejmutí dítěte častým důvodem nástupu.

Tento typ služby vyžaduje rozšíření personálu o vychovatelky, dětské psychology apod, ale též speciální trénink personálu, větší zastoupení žen, ve kterých mohou klienty spatřovat tzv. mateřské vzory. (Kalina, 2008)

V České republice je takovým typem služby TK Karlov – Sananim. Mimo to se ale rozšiřuje síť doléčovacích center a chráněných bydlení pro matky s dětmi a specifické přístupy pro těhotné uživatelky či závislé matky s dětmi se rozvíjí jako součást mnoha ambulantních či nízkoprahových zařízení. Největší smysluplnost těchto zařízení můžeme spatřit na tom, že matky s dětmi setrvávají v léčbě až třikrát déle než obecná ženská klientela. (Kalina, 2008)

6. Následná péče

Následná péče, která je v České republice též často zaměňována s pojmem doléčování je nedílnou součástí systému léčebné péče pro závislé. Jsou v ní zahrnuty všechny služby a intervence, směřující k udržení dosažených změn a vystoupení z kola změny dle Marlatta a Barretta (1994, in Kalina 2015). Cílem těchto služeb a intervencí je zejména plnohodnotné sociální začlenění do běžného života. Jedná se sice o pomyslnou poslední fázi procesu změny, pro většinu klientů těchto služeb je to ale začátek nového života, který doposud neznaly (Kopečková, 2007). I z toho důvodu je i toto období v životě závislého velmi rizikové a všechny složky následné péče mají tak svou nezastupitelnou úlohu. I z důvodu rizikovitosti tohoto období by dle Kudy (2003) měly mít tyto programy trvání alespoň jednoho roku. Dle Hampla (in Kalina 2003) by se mělo jednat o jakoukoliv formu kontaktu s nějakým takovým typem zařízení se sestupnou tendencí alespoň po dobu 5 let. Dle Nešpora (2000) by mělo takové doléčování a práce na sobě trvat celoživotně.

Jak již bylo zmíněno, nedůležitější je integrace do společnosti (Kuda, 2001), udržení abstinence, získání, prohloubení a udržení vědomostí a dovedností jak předcházet relapsu (McLatchie, Lomp, 1988; Hawkins, Catalano, 1985), změna sebepojetí, osobnostní růst, stabilizace v rámci sociálních jistot (Kalina et al., 2008) a zvládnutí své sociální role (Dvořák, 2003b in Kalina 2003). Nejdůležitější ale je najít specifické potřeby a cíle každého jednoho klienta (Kuda, 2003) a úspěšnost následné péče tkví především ve schopnosti programu párovat tyto potřeby a cíle s poskytovanými službami (Substance Abuse Program Office, 2001).

Ideální je rozdělení programu do fází, aby se dali měřit a sledovat pokroky a změny či nezdary. Kritéria pro úspěšné dokončení však nejsou zcela jednoznačná a měřitelná. Obvykle se hodnotí sociální stabilizace klienta se kterou souvisí zajištění stabilního finančního příjmu ze zaměstnání, stabilní bydlení zmapování a ideálně splácení dluhů (Kuda, 2001). Jako o úspěšném klientovy následné péče se dá však hovořit i tak, že přijímá, že jeho práce na sobě je celoživotní, získává náhled na sebe i svá důležitá témata, je schopen sebereflexe a v případě problému se obrací na odbornou pomoc, je si vědom rizik spojených s užíváním a rozumí důvodům svého užívání v minulosti a z toho důvodů má k dispozici jiné způsoby dosažení například libých pocitů či naopak zbavení se nelibosti.

6.1. Cílová skupina

Cílovou skupinou jsou minimálně 3 měsíce abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách či s problematikou patologického hráčství. Ideální je pokud má za sebou klient alespoň krátkodobou či střednědobou léčbu, avšak postačuje abstinence svépomocí (ideálně prokázaná). Do cílové skupiny patří též rodina a osoby blízké. (Kuda, 2003; Richterová Těmínová, 2008)

6.2. Typy služeb následné péče

V České republice jsou nejčastěji nabízenou následnou péčí tak zvané opakovací léčby v rámci zařízení, v němž je klient v základní léčbě. Délku a frekvenci těchto léčeb si určuje samo zařízení. V následné péči mají svou nezastupitelnou roli svépomocné systémy a jejich 12 kroků a 12 tradic (Nešpor, 2000).

6.2.1. Doléčovací programy

Tzv. doléčování může být poskytováno ambulantně a to ať už individuálně či formou skupin či intenzivně pobytově se strukturovaným programem a volnočasovými aktivitami. Společným cílem je vytvořit podmínky pro abstinenci (Richterová Těmínová, 2008). Součástí těchto programů je nejvíce podpurná psychoterapie, která se zaměřuje zejména na stabilizaci klienta v „novém životě s abstinencí“, její formy jsou skupinové, individuální i rodinné či párové. Téměř nejdůležitější složkou je zahrnutí nácviků prevence relapsu. Cílem je též naučení se trávení volného času bez drog a tak je nezbytnou součástí nabízení volnočasových aktivit a podpora svépomoci v této oblasti. Mimo to může být součástí sociální práce, sociálně právní pomoc při řešení dluhů či v neposlední řadě lékařská péče.

6.2.2. Chráněné bydlení

Nebo též domy na půl cesty či azylové domy jsou důležitou součástí následné péče. Jde o sociální stabilizaci formou dočasného poskytnutí ubytování (Dvořák, 2003a in Kalina 2003). Vychází z předpokladu, že ne vždy mají klienti po léčbě možnost se někde vrátit a obvykle nemají ihned po léčbě prostředky k získání samostatného bydlení. Aby mohlo být chráněné bydlení součástí následné péče musí být propojeno s nějakým doléčovacím programem. Mělo by být časově ohraničené, udává se maximální délka pobytu 1 rok. Dle Dvořáka (2003a in Kalina 2003) by chráněné bydlení nemělo sloužit k úniku před okolním světem, ale naopak zvýšit šanci obstát ve společnosti. Podpora bydlení též zvyšuje úspěšnost doléčování (Hitchcock, Stainback, Roque, 1995).

6.2.3. Chráněné zaměstnávání

Vychází z toho, že velká část klientů nemá pracovní návyky, k jejichž získání a prohloubení může chráněné zaměstnávání v chráněných dílnách napomoci (Kalina et al., 2008; Dvořák, 2003b in Kalina 2003). Následně se doporučuje pomoc v hledání zaměstnání na otevřeném trhu práce k čemuž může napomoci i spolupráce s některými dalšími organizacemi (Richterová Těmínová, 2008). Cílem je, aby klient získal a upevnil si pracovní návyky, získal a udržel si zaměstnání.

(Pavlovská, Makovská Dolanská in Kalina, 2015)

III. Praktická část

1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo porovnat rozdíly a podobnosti u mužů a žen se závislostní poruchou v jejich attachmentu, partnerských a rodinných vztazích a následná implikace výsledků pro využití v praxi.

2. Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů byly vytvořeny výzkumné otázky:

1. Jsou mezi muži-respondenty podobnosti v attachmentu?
2. Jsou mezi muži-respondenty podobnosti v rodinných vztazích?
3. Jsou mezi muži-respondenty podobnosti v partnerských vztazích, popřípadě v partnerském attachmentu?
4. Jsou mezi ženami-respondentkami podobnosti v partnerských vztazích, popřípadě v partnerském attachmentu?
5. Jsou podobnosti mezi oběma soubory?
6. Jsou rozdíly mezi oběma soubory?

3. Výzkumný soubor

K dosažení cíle, tedy zjištění podobností a rozdílů u závislých mužů a žen v citových vazbách, rodinných a partnerských vztazích jsem potřebovala dva srovnatelné soubory. Soubor A – ženy a soubor B – muži. Celý výzkumný soubor čítá 10 respondentů.

3.1 Soubor A

Soubor A jsem již měla vytvořen ve své bakalářské práci, ze které čerpám část dat. V souboru A je 5 žen starších 18 let, které úspěšně dokončily pobytovou léčbu závislosti, abstinují minimálně jeden rok od léčby a aktivně se účastní některé formy následné péče, tedy splňují veškerá kritéria, která jsem zadala k prostému záměrnému výběru tohoto souboru v rámci bakalářské práce. Jedná se o ženy, v době tvorby dat, žijící ve Středočeském kraji a Hlavním městě Praze, ve věku 29-45 let, s délkou abstinence od 5 do 12 let. Čtyři z nich mají závislost na nelegálních návykových látkách a všechny tyto 4 respondentky se léčily v terapeutické komunitě a v době tvorby dat využívaly v rámci následné péče individuální psychoterapie.

Jedna respondentka má závislost na alkoholu, léčila se v ústavní střednědobé pobytové léčbě a v rámci doléčování dochází pravidelně do skupinové psychoterapie a na setkání Anonymních Alkoholiků. Následná péče byla zvolena jako specifikum výběru z důvodu, protože bylo předpokládáno, že osoby participující v nějakém z těchto programů budou mít širší terapeutickou zkušenost, budou mít náhled na témata řešená v rámci výzkumu a tato témata budou mít již zpracovaná. Díky tomu bylo předpokládáno, že dojde k eliminaci možného otevření velmi citlivého, doposud neřešeného tématu, potažmo možné retraumatizaci. Taktéž, pokud by se otevřelo nějaké velmi citlivé téma, díky spolupráci s nějakým programem následné péče by byla možnost, aby se respondent obrátil na svého terapeuta a téma řešil.

3.2 Soubor B

Soubor B teprve byl tvořen v rámci diplomové práce. V souboru B je 5 mužů. Čtyři z mužů byli do výzkumného souboru vybráni metodou záměrného účelového výběru přes instituce. Jeden z mužů byl vybrán metodou prostého záměrného výběru (Miovský, 2006).

Soubor B byl vybírán dle předem stanovených kritérií. Tato kritéria byla stanovena tak, aby byl celý soubor i jeho struktura co nejpodobnější souboru A.

Základní kritéria pro výběr respondentů do souboru B tedy byla:

- Momentální místo pobytu Středočeský kraj nebo Hlavní město Praha
- Věk 29-47 let
- Úspěšně dokončená pobytová léčba závislosti
- Délka abstinence 5-14 let

Výše uvedená kritéria platí pro celý soubor B. Pro možnost porovnání obou souborů a naplnění cíle výzkumu bylo dále za potřebí ještě více specifikovat výběrová kritéria, k získání co nejpodobnější struktury obou souborů. Hledala jsem tedy 4 respondenty se závislostí na nelegálních návykových látkách, po léčbě v terapeutické komunitě, kteří v rámci následné péče dochází do individuální psychoterapie. Pro jednoho z respondentů platila kritéria pro výběr do souboru: závislost na alkoholu, absolvovaná pobytová střednědobá léčba a v rámci doléčování navštěvování Anonymních Alkoholiků.

Jednotlivá vztahová specifika jsem do vlastností souboru B, potažmo do párování se souborem A nezahrnovala, jelikož povaha vztahů a attachmentu jsou cílem zkoumání. Pokud bych soubor B připodobňovala i na základě vztahů, přímo bych ovlivňovala výsledky výzkumu.

Čtyři respondenty do souboru B jsem získala v ambulantních službách poskytujících následnou péči. Služby jsem telefonicky oslovila, zaslala jim po předchozí telefonické domluvě design práce, a pracovníci zařízení následně vybrali dle kritérií vhodné kandidáty, se kterými probrali to, jestli se výzkumu chtějí účastnit. Pokud souhlasili, předali mi na ně po jejich souhlasu kontakt a já jsem se s nimi následně domluvila na realizaci rozhovoru. Jednoho respondenta jsem získala oslovením jedné svépomocné skupiny Anonymních Alkoholiků, z níž se na bázi dobrovolnosti přihlásilo několik potenciálních respondentů, z nichž byl jeden, který odpovídal kritériím pro výběr vybrán.

4. Metody tvorby dat

Sociodemografická data, která byla sbírána jsou:

- věk
- místo momentálního pobytu
- typ dokončené léčby závislosti
- délka abstinence
- úplná/neúplná původní rodina
- současný vztah s členy původní rodiny – uspokojivý/neuspokojivý
- současný partnerský vztah ano/ne
- předchozí partnerské vztahy – počet, délka trvání

Tato sociodemografická data mě zajímala u obou souborů.

4.1. Adult Attachment Interview

Pro soubor A jsem již měla data Adult Attachment Interview vytvořena. Tuto metodu jsem v diplomové práci používala pouze pro tvorbu dat u souboru B.

Adult Attachment Interview je klinická metoda pro zjištění attachmentu v dospělosti, vytvořená v 80. letech 20. století Mary Main, Carol George a Nancy Kaplan (Cassidy, Shaver, 2008). Projevu attachmentu v dospělosti říkáme *stav mysli s respektem k citové vazbě*. Tyto stavy mysli mají respondenti vytvořené k rodičům (primárním attachmentovým osobám) z období dětství (Mikulincer, Shaver, 2007; Vavrda, 2005). AAI se skládá z 20 otevřených otázek, přičemž některé otázky mají ještě své podotázky, pro rozšíření získaných informací. Na začátku rozhovoru jsou otázky zjišťující sociodemografické údaje, kde se respondent narodil, kde žil, s kým, jestli se často stěhoval. V úvodu tedy pomáháme respondentovi vžít se

do dětského období, na které cílíme. Otázky pokračují přes zjišťování vztahu vůči rodičům, kde se tážeme zvlášť na otce a zvlášť na matku. Důležitou součástí těchto otázek je též přiřazení pěti přídavných jmen, která charakterizují vztah s otcem a vztah s matkou. Tato přídavná jména nebo slova jsou pro celý rozhovor často nejdůležitější, jelikož dokážou popsat celý vztah respondenta k oběma z rodičů. Zároveň se díky nim hledají dobře podobnosti mezi jednotlivými respondenty. Následně se rozhovor postupně přesouvá k jádru interview, kde se řeší odloučení, ztráta, násilí, traumata, trestání či intimita v rodině. Všechna zmíněná témata se nemusí vyskytnout u všech respondentů, je ale důležité se na každé jedno téma explicitně zeptat a nevynechat žádnou z otázek. Zároveň je v průběhu rozhovoru důležité se neustále dotazovat, zda respondent otázkám rozumí a chápe jejich význam. Konec interview je zaměřen na odtržení od těžkých témat, probírá adolescenci a dospělost. U respondentů majících děti se ptáme na konci i na vztah s jejich dětmi a na jejich výchovu. Poslední otázky pomáhají rozmělnit možné napětí (Cassidy; Shaver, 2008). Celá administrace rozhovoru trvá 45 – 90 minut.

Je velmi důležité rozhovor provádět přesně dle instrukcí, pořadí otázek musí být dodržováno. Pro provádění rozhovoru je nezbytná jeho znalost. Již při práci s AAI v bakalářské práci jsem prováděla pilotní studii, díky které jsem si tento rozhovor lépe osvojila a až následně jsem dělala rozhovory, které byly přímo využity do práce. Zároveň jsem již v bakalářské práci zmiňovala potřebu výcviku alespoň základní krizové intervence, vzhledem k náročným tématům, která u některých rozhovorů vyvstala. Tento výcvik jsem od té doby absolvovala, a tak jsem alespoň subjektivně měla pocit zajištění většího bezpečí všem respondentům.

4.2. Current Relationship Interview

Metoda Current Relationship Interview (CRI) by se dala popsat jako paralela k AAI. Tuto metodu rozhovoru pro zjištění partnerského attachmentu a povahy partnerských vztahů respondentů jsem nakonec využívala u obou souborů (A i B). Při důkladném prozkoumání potřebných informací ke kvalitní CRI analýze partnerského attachmentu jsem zjistila, že by mi již získané informace od souboru A z mé bakalářské práce nestačily.

Cílem CRI je zjistit reprezentaci citové vazby v partnerském vztahu na základě toho, jak o svém partnerovi respondent hovoří. Stejně jako u AAI se jedná o polostrukturované interview, kde je 15 hlavních otázek, které doplňují podotázky. CRI bylo vyvinuto na základě hypotézy prototypu, která předpokládá, že partnerské vztahy jsou ve své organizaci stejné jako vztahy mezi rodičem a dítětem (Crowell, Fraley, Shaver, 2008).

Rozhovor se nejprve zaměřuje na historii partnerských vztahů, na podobu současného vztahu a na chování obou partnerů ve vztahu. Stejně jako u AAI se při rozhovoru dává důraz i na intonaci hlasu, neverbální chování a další projevy.

CRI je zahájen otázkami na minulost, například v kolika letech navázal respondent první vztah, jaký byl charakter tohoto vztahu apod. Skrz vztahy minulé se dostáváme k vztahu současnému. Zde se dotazujeme na podrobnosti seznámení se, na podobu kontaktu s partnerovou rodinou či na to jaké má respondent povědomí o minulých vztazích svého partnera. Stejně jako u AAI přichází otázka na přiřazení pěti přídavných jmen k tomu, jaký je vztah se současným partnerem. K jednotlivým přídavným jménům či frázím se následně dotazujeme zvlášť na každý výrok, abychom prozkoumali důvod jeho použití. Poté následují dvě sekce otázek, jež jsou zásadní pro získání informací o povaze attachmentu. Jedná se o tzv. jistou základnu (secure base) a bezpečný přístav (safe haven). Tyto otázky se zaměřují zejména na chování partnerů při nemoci druhého, při přetížení, únavě atd. Zaměřujeme se mimo jiné na to, zda partneři navzájem podporují svou nezávislost nebo na období dlouhodobého odloučení partnerů. Celá administrace rozhovoru trvá stejně jako u AAI 45–90 minut.

Vzhledem k tomu, že ne všichni respondenti měli v době tvorby dat partnera, nebyla jsem schopná zjistit partnerský attachment vůči současnému partnerovi u všech. Byla jsem ale schopna odpovědět na výzkumné otázky týkající se toho, jaké vztahy muži a ženy se závislostní poruchou navazují. V tomto kontextu je i nepřítomnost vztahu odpovědí. Díky této metodě jsem tedy nezískala jen výslednou citovou vazbu ale velké množství informací k tématu partnerských vztahů.

5. Metody zpracování a analýzy dat

5.1. Přepis a redukce dat

Všechny rozhovory jsem si po souhlasu ústním i písemným nahrávala na nahrávací zařízení. Po provedení každého jednoho rozhovoru bylo za potřebí daný rozhovor převést do textové formy. Rozhovory jsem přepisovala vždy po provedení rozhovoru z nahrávky. U AAI i CRI je důležité provést transkripci co nejdříve po provedení rozhovoru, jelikož přepisovatel zároveň zaznamenává do přepisu neverbální projevy v průběhu rozhovoru.

Díky metodě transkripce tak došlo k první redukci dat. Pro přesnost přepisu jsem následně využila druhý poslech pro tzv. kontrolu transkripce opakovaným poslechem. Díky tomu jsem

si i lépe zapamatovala jednotlivé rozhovory, následná analýza pro mě tak byla jednodušší. Po druhém poslechu a kontrole textu jsem text redukovala. Z textu jsem při důkladném pročitání vymazala opakující se nebo nedokončené věty, či části vět, které nesdělují identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci nebo věty nevztahující se k tématu. Došlo tak k redukcí druhého řádu (Miovský, 2006). Neustále jsem ale musela myslet na povahu rozhovorů a na vše, čím se potřebuji v následné analýze zabývat, a tak jsem nemohla promazávat tolik.

5.2. Analýza Adult Attachment Interview

Analýzu AAI jsem prováděla pouze u souboru B. U souboru A jsem ji již vytvořila v rámci bakalářské práce. Analýzu AAI jsem provedla alternativním skórovacím systémem Current Relationship Interview (Cassidy, Shaver, 2008; Mikulincer, Shaver; 2007). CRI tedy využívám jak pro tvorbu dat, tak pro jejich analýzu. Rozhodla jsem se tak proto, že skórovací manuál pro CRI je volně dostupný a využila jsem ho již ve své bakalářské práci. Skórovací manuál pro AAI dostupný není a přístup k němu mají pouze lidé, kteří absolvovali výcvik v jeho vedení a analýze. V Čechách přede mnou takto postupovaly ve svých pracích například Zuzana Longauerová (2013) nebo Petra Schmiedová (2011).

Skórovací manuál CRI byl vytvořen Judith Crowell a Gretchen Owens v roce 1998. Kopíruje strukturu rozhovoru CRI a je rozdělen do tří částí.

1. Historie vztahů respondenta
2. Současné chování respondenta a jeho partnera ve vztahu
3. Současný stav mysli respondenta

Pro analýzu AAI je využitelná a pro mou práci potřebná pouze třetí část skórovacího systému CRI, která zjišťuje stav mysli s respektem k citové vazbě. V celém manuálu se při hodnocení AAI pouze zamění slovo partner za slovo rodič. V manuálu je též popsáno, že při hodnocení attachmentu vůči rodiči je potřebné vyřadit hodnotící škálu *Snižování významu attachmentu (Derogation of Partner/Attachment)*. S touto škálou jsem tedy při hodnocení nepracovala. Pro hodnocení se využívá číselných hodnot od 1 do 9. V manuálu se popisují vždy hodnoty 1,3,5,7,9, hodnoty 2,4,6 se využívají, je-li respondent na pomezí dvou popsaných hodnot. Pokud nebyl projev v rozhovoru vůbec zmíněn, využíváme označení písmenem X. Níže jsem alespoň stručně popsala jednotlivé škály, se kterými jsem pracovala a jejich krajní hodnoty.

- Hodnocení intimacy: skór 1=vyhýbání se intimitě nebo její absence; skór 9=extrémně silné pouto, velmi silné hodnocení intimacy

- Hodnocení nezávislosti: skór 1=žádná projevená potřeba nezávislosti/respondent se od rodiče ještě neodpoutal; 9=silné hodnocení nezávislosti/respondent rodiče ve svém životě nepotřebuje, popřípadě se s ním málo stýká
- Projevy hněvu: skór 1=žádný projevený hněv; skór 9=extrémně silný hněv, často a expresivně vyjadřován
- Idealizace: skór 1=žádná nebo malá idealizace, bez skrývání problémů; skór 9=velká míra idealizace, respondent není schopen říct o rodiči cokoli negativního
- Pasivní projev: skór 1=bez přítomnosti pasivity, respondent je schopen odpovědět na všechny otázky; skór 9=plně pasivní, respondent odpovídá nespécificky, stručně, nerozumí otázce
- Strach ze ztráty: skór 1=žádný/minimální strach ze ztráty rodiče; skór 9=velmi silný strach ze ztráty rodiče
- Vliv ztráty nebo traumatu: skór 1=žádné známky traumatu; skór 9=extrémní povaha traumatu ze ztráty, respondent věří, že je rodič stále na živu nebo extrémně dlouho po úmrtí truchlí
- Koherence transkripce: skór 1=vysoká koherence; skór 9=zcela bez koherence

(Crowel, Owens, 1998)

Tuto analýzu jsem prováděla dvakrát, jednou pro matku a jednou pro otce. Díky získaným skórum jsem následně přiřadila ke každému z rodičů u každého respondenta ze souboru B danou citovou vazbu. Pojmenování jednotlivých stavů mysli však není v AAI shodné s tím u CRI. Musela jsem tedy dané kategorie modifikovat. Skórovací manuál CRI též pracuje s dalšími podkategoriemi. Tyto podkategorie ještě detailněji popisují citovou vazbu respondentů a rozpracovávají hlavní kategorie. Vzhledem k tomu, že jsem tyto podkategorie již modifikovala na označení dle Hesse a Main (Cassidy, Shaver, 2008) a použila ve své bakalářské práci, využívám jednotné označení i v této diplomové práci.

Tabulka 8: Značení kategorií stavů mysli v dospělosti dle CRI a dle AAI

CRI	AAI
kategorie S	kategorie F
kategorie D	kategorie Ds
kategorie P	kategorie E

5.2.1. Podkategorie stavů mysli dle CRI – modifikace dle AAI

Kategorie F – Bezpečný stav mysli (secure state of mind)

- ***Podkategorie F1 – Bezpečný stav mysli s poněkud opomíjejícím nebo omezujícím přístupem k citové vazbě (secure state of mind somewhat dismissing or restricting of attachment)*** – Charakteristické je bezpečné pouto k rodiči, které se ale snaží omezovat. Lidé v této podkategorii mají strach z intenzivních emocí, snaží se je bagatelizovat. Dokážou popsat vztah s rodiči a společné prožitky, ty pozitivní se ale snaží nějak znehodnotit či racionalizovat.
- ***Podkategorie F2 – Bezpečný stav mysli s respektem k citové vazbě (secure state of mind with respect to attachment)*** – Nejbezpečnější citová vazba. Lidé v této podkategorii jsou schopni validně, koherentně popsat jak pozitivní, tak negativní zkušenosti s rodiči.
- ***Podkategorie F3 – Bezpečný stav mysli, poněkud zaujatý, s respektem k citové vazbě (secure state of mind, somewhat preoccupied with respect to attachment)*** – Charakteristické je silné ocenění rodiče či verbalizování připoutanosti bez dostatečných zkušeností, jež by to dokazovaly. Jsou popisovány neobvyklé detaily rodiče, avšak jsou opomíjeny či odsouvány do pozadí vlastní prožitky.

Kategorie Ds – Opomíjející stav mysli (dismissing state of mind)

- ***Podkategorie Ds1 – Opomíjející stav mysli s nepozorností k citové vazbě (dismissing state of mind inattentive to attachment)*** – Charakteristický je nedostatek informací s vysokou idealizací rodiče bez schopnosti vysvětlení. Přepis je chudý na detaily. Respondent má problém porozumět nebo odpovědět na některé nepříjemné otázky.
- ***Podkategorie Ds2 – Opomíjející stav mysli se snižováním významu citové vazby (dismissing state of mind devaluing of attachment)*** – Charakteristické je odmítání citů a devalvace všech prožitků s rodiči. Bez sentimentu. Velký důraz kladen na vlastní nezávislost, působí egocentricky. V prožívání citů působí až manipulativně, vztahy jsou vnímány oportunisticky.
- ***Podkategorie Ds3 – Opomíjející stav mysli s tendencí k omezování pocitů k attachmentové figuře (dismissing state of mind restricted in feeling regarding attachment)*** – Odříznutí od prožitků je podobné jako u podkategorie D1, ale zde popis není tak koherentní. Popis vztahů, může působit značně afiliantně, i přes popis velmi

negativní skutečnosti. Je přítomné popírání potenciálně traumatizujících zážitků, jež by na respondenta mohly mít vliv.

- **Podkategorie Ds4** – *Opomíjející stav mysli se strachem ze ztráty (dismissing state of mind fearful of losing attachment)* – Tento stav mysli je charakteristický neopodstatněným strachem ze ztráty nebo smrti rodiče, který je projevován po celou dobu rozhovoru a není nijak opodstatněný.

Kategorie E – Zaujatý stav mysli (preoccupied state of mind)

- **Podkategorie E1** – *Pasivní (passive)* – Charakteristická je pasivita řeči, odpovědi jsou matoucí a nesouvislé. Z výpovědi je těžké poznat, co se dělo v minulosti a co se děje nyní. Respondent sám těžko rozumí vztahu se svými rodiči, nízká koherence.
- **Podkategorie E2** – *Naštvaný (angry)* – Znakem této skupiny je aktivní hněv vůči rodiči, jenž nesplňuje či nesplňoval jeho potřeby a očekávání. Cítí se být zraněný a zranitelný vůči rodiči, jehož obviňuje za své životní neúspěchy. Obvykle jsou velmi intenzivně popisovány podrobnosti negativních zkušeností s rodičem, aby byla u tazatele vyvolána lítost.
- **Podkategorie E3** – *Propletený/Nejasný (enmeshed)* – Pro tyto respondenty je charakteristický nejasný vztah s rodičem. Rodič je popisován jako někdo, kdo nebyl schopen uspokojit potřeby respondenta, zároveň ale respondent sebe i tazatele neustále přesvědčuje o tom, že vztah s rodičem je dobrý. Popis působí až manipulativně. Z rozhovoru je cítit zmatenost, strach, smutek případně ambivalence.
- **Podkategorie E4** – *Kontrolující (controlling)* – Charakteristická je neustálá potřeba být s rodičem v kontaktu a kontrolovat ho. V případě nemožnosti kontaktu, pokud se mu například nemohou dovolat, trpí úzkostí a strachem ze ztráty. Často hovoří o žárlení (na sourozence), intenzivně popisují silné souznění.

Zbylé dvě kategorie U/d: Nevyřešený/dezorganizovaný stav mysli a CC: Neuspořádaný stav mysli – nelze klasifikovat, zůstávají neměnné, tak, jak jsem je popsala v teoretické části v kapitole 1.3. *Projevy attachmentu v dospělosti*.

Následně jsem pracovala s přídatnými jmény či výroky přiřazenými ke každému z rodičů. Tato slova jsem seřadila do tabulek pro lepší orientaci a možnost porovnání.

Mimo analýzu pomocí CRI jsem též využívala metodu kódování pro zjednodušení orientace a systemizaci. Postupovala jsem od kódů nejjobecnějších k těm nejkonkrétnějším. Kódy byly stanoveny dle témat, kterými se v této práci zabývám a napomohly tak k zodpovězení

výzkumných otázek. Následně jsem zvolila metodu trsů (Miovský, 2006), jež mi pomohla v následném porovnávání a další analýze.

Pomocí všech těchto metod jsem zjistila citovou vazbu vůči matce a otci u souboru B. Následně jsem tedy hledala podobnosti v citových vazbách u jednotlivých respondentů skupiny B. Díky metodě kontrastů a srovnávání jsem též měla možnost porovnat jejich rodinné vztahy (Miovský, 2006).

Dalším krokem bylo analyzovat Current Relationship Interview.

5.3. Analýza Current Relationship Interview

CRI jsem analyzovala u obou souborů (A i B). Z analýzy jsem potřebovala získat partnerský attachment. Ten jsem získala u CRI stejným způsobem, jaký jsem popsala v předchozí kapitole u analýzy AAI. Rozdílem bylo, že jsem opět v manuálu zaměnila slovo rodič zpět na slovo partner. Dalším rozdílem bylo ponechání hodnotící škály *Snižování významu attachmentu (Derogation of Partner/Attachment)*, kterou jsem u hodnocení citové vazby k rodičům dle doporučení vynechávala. Analýza tedy opět probíhala za pomoci třetí části skórovacího manuálu CRI. K lepšímu porovnávání jsem opět využila přiřazených přídavných jmen či slov k partnerům. Tato slova jsem seřadila do tabulek a hledala podobnosti. K prozkoumání partnerských vztahů jsem následně využila opět metodu kódování pro zjednodušení orientace a systemizaci. Postupovala jsem od kódů obecnějších, k těm nejkonkrétnějším. Kódy mi pomohly zejména v prozkoumání vztahů jednotlivých respondentů, ve specifikách jejich navazování či opakujících se vztahových vzorcích. Poté jsem opět volila metodu trsů (Miovský, 2006). Takto jsem zanalyzovala rozhovory CRI se všemi respondenty souboru A i souboru B.

Následně jsem hledala podobnosti mezi partnerskými attachmenty u respondentů souboru A a stejně tak jsem hledala podobnosti v partnerských attachmentech mezi respondenty souboru B. Poté jsem metodou kontrastů a srovnávání (Miovský, 2006) hledala podobnosti v partnerských vztazích mezi jednotlivými respondenty souboru A, stejně tak jsem hledala podobnosti v partnerských vztazích mezi jednotlivými respondenty souboru B.

5.4. Genderová analýza

Posledním krokem analýzy bylo porovnání mužů a žen a nalezení podobností a rozdílů ve čtyřech hlavních tématech, jež jsem v této práci zkoumala:

1. Attachment vůči primární attachmentové figuře
2. Rodinné vztahy

3. Attachment vůči současnému partnerovi
4. Partnerské vztahy

Pro zjednodušení jsem opět využívala metody vytváření trsů, jež mi posloužila k seskupení určitých výroků či jevů do skupin. Díky tomu vznikly obecnější, induktivně zformované kategorie. Posloužilo to zejména k hierarchizaci dat a možnosti srovnávání a agregaci. Díky tomu jsem obsáhla vlastnosti souboru A a souboru B, které jsem následně mohla díky obecnějším kategoriím porovnávat. Důležité bylo vytvořit tyto induktivně zpracované kategorie shodně u obou souborů. Následovalo porovnávání obou souborů opět metodou kontrastů a srovnávání. Tato technika pro mě byla velmi užitečná, jelikož mi dovolila sledovat rozdíly i posobnosti obou souborů na základě kategorií vytvořených metodou trsů. (Miovský, 2006) Vzhledem k tomu, že jsem využila genderové analýzy, instrumentem výzkumu pro mě byla ženská zkušenost (Oakley, 2007).

6. Praktický průběh realizace výzkumu

Nejprve jsem koncem roku 2019, kontaktovala několik adiktologických ambulantních služeb ve Středočeském kraji a Hlavním městě Praze poskytujících následnou péči. Rozeslala jsem jim email s informacemi o výzkumu, který chci realizovat. Následně jsem si se třemi, které byly ochotné spolupracovat domluvila osobní schůzku, abych jim představila výzkum a sebe osobně. Domluvili jsme se na spolupráci a ambulance mi do měsíce zaslali kontakty na potenciálně vhodné respondenty, kteří se chtěli výzkumu dobrovolně účastnit. Z nich jsem se nakonec domluvila se čtyřmi vhodnými zájemci. S nimi jsem si telefonicky domluvila místo, datum a čas setkání. Předběžně jsem měla domluvený prostor v jedné z ambulancí, kde bych mohla rozhovory realizovat. Respondentům jsem ale všem nabízela, že možnost je buď prostor ambulance nebo že mohu přijet za nimi domů. Všichni nakonec využili možnosti, že za nimi přijedu. Na 4 rozhovory jsem tedy dojela k respondentům domů. Na místě jsem vždy ještě jednou zopakovala dobrovolnost účasti ve výzkumu, informovala respondenty o jeho cíli a zopakovala možnost od výzkumu kdykoliv odstoupit. Též jsem popsala, čeho se bude rozhovor týkat a zhruba délku jeho trvání. Před samotným zahájením mi každý z respondentů podepsal informovaný souhlas o tom, že bude rozhovor nahráván a že bude využit pro mou diplomovou práci. Stejně tak ještě jednou tento souhlas zazněl ústně vždy na počátku každé z nahrávek. S těmito čtyřmi muži jsem dělala rozhovor AAI, který jsem původně jen rozšířila o 3 otázky týkající se partnerských vztahů. Po realizaci těchto rozhovorů zasáhla celý svět pandemie COVID19. Toto období jsem tedy využila k přepisu a redukci těchto rozhovorů.

V květnu roku 2020 jsem psala na předmět diplomový proseminář design diplomové práce a zjistila jsem, že mám špatně složený soubor B, tedy muže, a že tím pádem dva z realizovaných rozhovorů pro diplomovou práci nemohu využít. Zároveň jsem si díky prostudování metod, které jsem chtěla použít uvědomila, že je potřeba, abych využila celého rozhovoru CRI k získání informací o partnerských vztazích do takové hloubky, kterou si ke své práci představuji a která bude dostatečná ke skórování partnerského attachmentu. Znovu jsem tedy informovala 2 z respondentů, jejichž rozhovory pro mě byly i nadále využitelné, abych je poprosila, jestli by se mnou absolvovali ještě jeden rozhovor, který je zaměřený na partnerské vztahy. Oba souhlasili. Stejně tak jsem se ozvala dvěma respondentům, jejichž rozhovory pro mě již využitelné nebyly, abych jim poděkovala a řekla, že rozhovory s nimi používat do výzkumu nebudu. Mezi tím jsem opětovně kontaktovala ambulance se žádostí o pomoc při hledání nových dvou respondentů. Zaslala jsem jim celý design diplomové práce s nově definovaným výzkumným souborem a opět mi během krátké chvíle odeslali kontakty na potenciálně vhodné muže. Na konci léta roku 2020 se mi podařilo provést rozhovory CRI se dvěma respondenty se kterými jsem již měla hotové rozhovory AAI.

Poté přišla v půlce září roku 2020 druhá vlna pandemie COVID19. Netroufla jsem si tedy s nikým domlout osobní setkání na 2 hodiny intimního rozhovoru. Celý výzkum jsem tedy znovu rozpohybovala až začátkem roku 2021, kdy jsem se znovu ozvala ambulancím, od nichž jsem měla kontakty, jsou-li tito potenciální respondenti stále aktuální a není-li někdo, pro koho momentálně není dobré, abych zasahovala takovým tématem do terapeutického procesu. Následně jsem se ozvala dvěma potenciálně vhodným respondentům, se kterými jsem se domluvila tak, že bychom se setkali osobně, až se epidemiologická situace trochu zlepší. S nikým jsem nechtěla rozhovory provádět online, vzhledem k povaze celého rozhovoru a tomu, že jsem s těmito lidmi neměla vytvořený pracovní vztah a neznala je. Zároveň jsem kontaktovala člena jedné z Pražských skupin Anonymních Alkoholiků, jestli a kdy bych mohla přijít na meeting a vysvětlila mu, oč jde. Po domluvě jsem vyrazila na jedno ze setkání, kde jsem představila výzkum a z dobrovolníků vybrala jednoho, který splňoval kritéria výběru. Nakonec poslední tři rozhovory proběhly začátkem dubna roku 2021. Já i respondenti jsme měli po celou dobu respirátor a dodržovali jsme hygienická opatření. S těmito třemi muži proběhly oba rozhovory AAI a CRI ve dvou různých setkáních. Považovala jsem za příliš dlouhé a náročné udělat oba rozhovory v jeden den. Při každém jednom setkání bylo zopakována dobrovolnost zapojení do výzkumu, možnost od výzkumu kdykoliv odstoupit a též byl podepsán a verbalizován informovaný souhlas s nahráváním.

V průběhu dubna jsem též kontaktovala všechny respondentky z mé bakalářské práce, jestli by byly tak ochotné a udělali se mnou ještě jeden rozhovor kvůli rozšíření výzkumu v rámci diplomové práce. Všechny též souhlasily, a tak jsem v druhé polovině dubna a první polovině května prováděla rozhovory CRI se souborem A, tedy ženami. Tyto rozhovory se všechny uskutečnily u respondentek doma s použitím respirátorů a respektováním hygienických opatření. Opět jsem se všemi probrala veškeré potřebnosti. Všechny rozhovory jsem se snažila vždy v co nejbližší době po provedení přepsat. V průběhu května jsem začala psát teoretickou část a současně prováděla všechny analýzy a skórování. V červnu jsem již celou práci sepisovala a dávala jí formu.

7. Sumarizace rozhovorů

V následující části práce jsem popsala vždy vlastnosti každého z respondentů za využití všech metod tvorby a analýzy dat, pro lepší ilustraci následných výsledků. Též jsem přiložila výsledné skóry pro získání attachmentu, výsledný stav mysli respondentů vůči matce, otci a partnerovi a zároveň jsem vložila tabulku přídavných jmen, slov či výroků přiřazených matce, otci a partnerovi.

Z důvodu anonymity je většina sociodemografických údajů vynechána a jsou změněna jména. Respondenti s tím byli obeznámeni.

7.1. Soubor A – ženy

U souboru A jsem měla data získaná metodou AAI již vytvořena ze své bakalářské práce, avšak data metodou CRI jsem teprve získávala při psaní diplomové práce. Vzhledem k tomu, že některé informace (například věk, či délka abstinence) u souboru A mám tedy díky novým rozhovorům aktualizované, využívám jich.

7.1.1. Aneta

Anetě je 35 let a od léčby se závislostí na pervitinu v terapeutické komunitě abstinuje již čtrnáctým rokem.

Tabulka 9: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI - Aneta

Matka	hodná	starostlivá	milující	pečovatelská	nehrála si se mnou
Otec	přísný	nepřítomný	nespravedlivý	zakazující	milující

Tabulka 10: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Aneta)

Stavy mysli	Matka	Otec
Hodnocení intimity	7	2
Hodnocení nezávislosti	5	7
Projevy hněvu	2	7
Idealizace	3	X
Pasivní projev	2	5
Strach ze ztráty	X	X
Vliv ztráty nebo traumatu	X	7
Koherence transkripce	8	8

Rané dětství popisuje jako veselé, bez problémů. V 6 letech se od nich odstěhoval otec a následně se rodiče rozvedli. Zůstala sama s matkou a s o čtyři roky starším bratrem. Bratr jí byl vždy dáván jako vzor, což jí štkvalo a trápilo.

Otec pro ni byl vzorem, byla na něj fixovaná, velmi jí chyběl. Snažila se mu zavděčit, zalíbit, dělat to, co on chtěl nebo co se mu líbilo. Matka byla dle Anetinych slov spíše „kamarádka“. Díky matčině benevolenci prý Aneta matce brzy „přerostla přes hlavu“, vztah s ní sice měla lepší než s otcem, ale nebyla pro ni autoritou.

Aneta vidí oba rodiče odlišně, matka je ta, kdo ji vychovával a u koho hledala bezpečí, otec je autorita, ke které vzhlíží, ale zároveň s ním nemá blízký vztah. Popisuje vysokou intimitu s matkou, že k sobě měly blízko a velmi detailně hovoří o společných prožitcích, nicméně popis není zcela koherentní s projevem. K otci má zaujatý postoj, vzhledem k tomu, že se k němu snažila přiblížit, ale on byl nedostupný. Otec je nyní již starý a Aneta se o něj dochází starat do domova pro seniory, s matkou je vztah stále kamarádský.

V průběhu rozhovoru je důležitý vztah se starším bratrem, který byl v dětství a dospívání napjatý. Jako konfliktní popisuje též vztah s novými partnery obou rodičů. Blízký vztah popisuje s prarodiči z matčiny strany, kteří byli sice rozvedení, každý měl ale svého nového partnera a k oběma prarodičům i jejich novým partnerům moc ráda jezdila. Z otcovi strany prarodiče nepoznala, umřeli, když byla malá.

Co se týče Anetinych partnerských vztahů, říká, že momentálně vztah nechce. Nechce prý ani děti, necítí se na ně být zralá. Aneta prý neumí navazovat milostné vztahy s muži. Nedělá jí problém navázat vztah přátelský, ve chvíli, kdy ale cítí od muže větší náklonost,

odvrací se od něj, ztrácí vůči němu důvěru. Víc si prý dovede představit navázání milostného vztahu se ženou. Ženy jsou pro ni bezpečné. Aneta hovoří o tom, že to je její velké téma i v terapeutickém procesu. Stále prý hledá svou sexualitu, momentálně si myslí, že je bisexuální, muži ji přitahují též, ale má z nich dle svých slov strach.

Jediný důležitý partnerský vztah, který prožila byl s uživatelem. Byl to zároveň její první vztah. Seznámili se v Anetiných sedmnácti letech, on byl o 3 roky starší a byl na ulici. Byl závislý na pervitinu a užíval nitrožilně. Aneta s ním začala užívat též nitrožilně a v devatenácti letech za ním odešla na squat. Přítel ji nakonec začal prodávat za pervitin, Aneta takto vydržela žít jen necelé dva roky, poté utekla zpět k matce, pro kterou bylo společné soužití možné za podmínky absolvování léčby. Aneta tak odešla do léčby. Tyto zkušenosti s muži pro ni byly natolik traumatizující, že tomu přičítá hlavní důvod své nedůvěry vůči nim.

Vzhledem k současné nepřítomnosti partnera jsem u Anety nehodnotila partnerský attachment.

Tabulka 11: Výsledná klasifikace - Aneta

Matka	F3: Bezpečný stav mysli – poněkud zaujatý, s respektem k citové vazbě
Otec	E2: Zaujatý stav mysli – našťvaný

7.1.2. Michaela

Michaele je 40 let a od léčby závislosti na pervitinu a opiátech v terapeutické komunitě abstínuje již dvanáctým rokem.

Tabulka 12: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Michaela)

Matka	nevypočitatelná	milující	pod tlakem	unavená	úzkostná
Otec	nepřítomný	přísný	zlý	závislý	sebestředný

Tabulka 13: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Michaela)

Stavy mysli	Matka	Otec
Hodnocení intimity	5	X
Hodnocení nezávislosti	6	9
Projevy hněvu	3	9
Idealizace	3	X
Pasivní projev	X	3
Strach ze ztráty	3	X
Vliv ztráty nebo traumatu	X	5
Koherence transkripce	9	5

Vyrůstala v rodině bez otce, ten je opustil krátce po Michaelině narození. Otce vídala jednou za dva týdny. Má bratra, o 6 let staršího, se kterým nikdy neměla dobrý vztah a nyní se s ním nestýká vůbec. Matku v rozhovoru opomíná, neměla na ni čas, i nyní má pocit, že se mívá a nerozumí si. Otec je po smrti, Michaela na něj vzpomíná se vztekem, ve dvanácti letech ji sexuálně zneužil. Sexuální zneužití se u Michaely objevuje od dědečka z matčiny strany.

Michaeliny rodinné vazby nejsou dobré, Michaela cítí velké zranění ze strany obou rodičů. Na otce je naštvaná za to, že ji zneužil, na matku za to, že jí neochránila. O zneužití poprvé promluvila až po otcově smrti. Otec měl problémy s alkoholem, pod vlivem byl zlý a agresivní. Projevy zlosti projevovala Michaela v rozhovoru verbálně i neverbálně.

Nejvíce času trávila s prarodiči z matčiny strany. Zde také došlo k sexuálnímu zneužívání stran dědečka. Když o tom promluvila, nikdo jí nevěřil, a tak si namluvila, že se jí to zdálo. Téma znovu otevřela až v terapeutické komunitě.

Michaela má dvě dcery, 5 a 7 let staré. Každou dceru má s jiným mužem. Momentálně je s partnerem, jež není otcem ani jednoho z jejích dětí. Své vztahy popisuje jako velmi výbušné, krátké, dynamické, ale rychle končící. Většinou prý zjistí, že jí partner nevyhovuje, má pocit, že jí v něčem omezuje. Stejně rychle, jako se zamiluje se prý i „odmiluje“. Sama mluví o tom, že není schopná navázat vztah se „zdravým a nezávislým mužem“. Ve své minulosti popisuje též řadu lesbických vztahů, které pro ni mají stejnou váhu, jako vztahy s muži. Uvažuje o sobě, jako o bisexuálovi.

Z předchozích vztahů popisuje jako důležitý jeden, s uživatelem heroinu, jež jí naučil užívat nitrožilně a díky němuž přešla na opiáty. S tímto partnerem strávila 6 let, po celou dobu vztahu byly na ulici. Vztah byl prý plný násilí, partner jí fyzicky ubližoval a následně ji i

nutil k prostituci. Michaela popisuje, jak bylo těžké ho opustit, i přes to, že ve vztahu bylo násilí věděla, že nedovolí nikomu jinému, aby ji ublížil.

Se současným partnerem nežije. Tráví spolu víkendy a volný čas, většinou jezdí na výlety. Dle Michaely jde hlavně o zábavu a sex. Víc se ani vázat nechce, takhle jí to vyhovuje, stačí, že ho znají její dcery, už to je prý až moc intimní. Jsou spolu přes rok, seznámili se přes internetovou seznamku. On je prý vášnivý sportovec, baví jí jeho dravost a dobrodružnost. Partnera jako jistotu prý rozhodně nevnímá. Asi by se na něj prý spolehnout mohla, ale dělat to nechce. Naučila se spoléhat sama na sebe a s partnerem své cíle, přání ani obavy nesdílí. Když se necítí dobře naopak se od něj odpoutá, neozývá se mu.

Tabulka 14: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Michaela)

Partner	dobrodruh	volný	rozlítaný	zábavný	nezávazný
----------------	-----------	-------	-----------	---------	-----------

Tabulka 15: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Michaela)

Stavy mysli	Partner
Hodnocení intimity	4
Hodnocení nezávislosti	8
Projevy hněvu	1
Idealizace	3
Pasivní projev	X
Strach ze ztráty	X
Vliv ztráty nebo traumatu	1
Koherence transkripce	9
Snižování významu attachmentu	7

Tabulka 16: Výsledná klasifikace – Michaela

Matka	CC: Neuspořádaný stav mysli/ nelze klasifikovat
Otec	E2: Zaujatý stav mysli – našťvaný
Partner	Ds2: Opomíjející stav mysli se snižováním významu citové vazby

7.1.3. Pavla

Pavle je 31 let a sedmým rokem abstínuje po léčbě v terapeutické komunitě se závislostí na pervitinu.

Tabulka 17: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Pavla)

Matka	pečující	opičí láska	manipulativní	úzkostná	závislá
Otec	autoritativní	závislý	pedant	nepřítomný	manipulativní

Tabulka 18: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Pavla)

Stavy mysli	Matka	Otec
Hodnocení intimity	9	1
Hodnocení nezávislosti	1	9
Projevy hněvu	3	9
Idealizace	1	X
Pasivní projev	2	7
Strach ze ztráty	7	X
Vliv ztráty nebo traumatu	X	7
Koherence transkripce	7	5

Když jí bylo sedm let, rodiče se rozvedli a ona zůstala žít s matkou a starší sestrou. S otcem se vídala jednou za 2 týdny. Popisuje ho jako chladného, agresivního, závislého despotu. Ona se však snažila celé dětství a dospívání k otci přiblížit, byla však neustále odmítána, otec upřednostňoval sestru. S matkou byl vztah úzkostný s oboustranným neustálým strachem ze ztráty.

Vztah s matkou popisuje Pavla jako nezdravý, matka ji prý i v adolescenci chovala, oblékala ji do dětského oblečení. Často ji využívala jako nástroj svých manipulací vůči otci. Krajní situací bylo, když matka podala na otce trestní oznámení za sexuální zneužívání Pavly. Pavla si však nic nepamatuje, neví, jestli se něco takového stalo nebo ne, neví tedy jestli to byla jedna z matčiny manipulací, či realita. Byla kvůli tomu ve 12 letech na gynekologii, kde bylo zjištěno že není panna, nicméně doposud neví, kde je pravda a rozpomenout si nedokázala ani v rámci terapie. Tento incident ji od otce zcela oddělil a vztah je téměř nulový až dosud, komunikují spolu jen skrze Pavlina syna. S matkou je vztah stále intenzivní, Pavla se ho ale snaží omezovat.

Prarodiče z matčiny strany byli jako její druzí rodiče, žili společně ve dvougeneračním domě, a tak s nimi měla velmi blízký vztah.

Pavla má šestiletého syna a dvouletou dceru. Obě děti má s jiným mužem, s otcem dcery je vdaná a žije s ním. Pavla hovoří o tom, že kvůli nedostatečné blízkosti otce neustále hledala muže, ke kterému by se mohla přiblížit. Prvního partnera měla v 16 letech, byl o 15 let starší a byl to výrobce drog. Ona se díky němu cítila důležitá, jelikož ji vzal do společnosti starších uživatelů drog a naučil ji injekčně užívat. Toto období pro ni prý bylo velmi traumatické. Pavla hovoří o několika znásilněních na squatech a drogových bytech. Má prý celé období hodně „v mlze“, není schopná seřadit události tak, jak šly za sebou.

Má všeobecně problém s důvěrou vůči mužům, její vztahy prý bývají „jako na houpačce“, hlavně to je prý asi přejatými vzorci chování od matky, kdy je ve vztahu úzkostná a afektovaná. Má za sebou řadu lesbických vztahů, které považuje za hodnotnější ve vzájemném prožívání než ty s muži. Zároveň ji ale muži přitahují víc. Velké téma je pro ni sebevražda bývalého přítele, se kterým má prvního syna. Za jeho smrt se viní, jelikož měla poměr se současným manželem. Bývalý přítel byl transsexuál, prý pro ni byl ideální v tom, že měl tělo muže, ale duši ženy.

Svého současného manžela miluje, stále je pro ni ale v jistých ohledech nečitelný a trochu nebezpečný. Není to prý jím, sama říká, že je skvělý a milující manžel i otec. Prý je to jejím pohledem na muže. Zároveň na něj ale velmi intenzivně žárlí, a to i přesto, že nemá k nedůvěře důvod. Má strach z toho, že ji opustí. Dlouhá odloučení, která jsou pro ni třeba i jen na pár dní, nese špatně. Prý začne mít somatické obtíže, začne jí bolet břicho, občas mívá zimnici. Tento strach ji až paralyzuje. Na partnera se může spolehnout, dává jí prý pocit domova a jistoty. Zároveň u něj vyhledává bezpečí, když se cítí špatně, ví že se o ní postará a zajistí ji pohodlí. Popis přítele je dost nekoherentní, popisuje ho velmi pozitivními slovy, z jejího vyprávění ale vztah vůči němu takový není. Je stále velmi cítit vina a částečně i nepřímé dávání viny manželovi za smrt bývalého přítele.

Tabulka 19: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Pavla)

Partner	pevná skála	bezpečí	jistota	můj muž	respektuje mě
----------------	-------------	---------	---------	---------	---------------

Tabulka 20: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Pavla)

Stavy mysli	Partner
Hodnocení intimity	7
Hodnocení nezávislosti	1
Projevy hněvu	1
Idealizace	3
Pasivní projev	X
Strach ze ztráty	9
Vliv ztráty nebo traumatu	9
Koherence transkripce	4
Snižování významu attachmentu	X

Tabulka 21 - Výsledná klasifikace – Pavla

Matka	Ds4: Opomíjející stav mysli se strachem ze ztráty
Otec	E2: Zaujatý stav mysli – naštvaný
Partner	E3: Zaujatý stav mysli – propletený/nejasný

7.1.4. Štěpánka

Štěpánce je 37 let a od léčby v terapeutické komunitě se závislostí na pervitinu a opiátech abstinuje třináctým rokem.

Tabulka 22: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Štěpánka)

Matka	nenaslouchající	upracovaná	osamocená	bláznivá	bez autority
Otec	závislý	agresivní	zlý	nepřítomný	manipulativní

Tabulka 23: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Štěpánka)

Stavy mysli	Matka	Otec
Hodnocení intimity	2	1
Hodnocení nezávislosti	8	9
Projevy hněvu	5	9
Idealizace	X	X
Pasivní projev	3	3
Strach ze ztráty	X	X
Vliv ztráty nebo traumatu	4	4
Koherence transkripce	5	3

Když jí bylo 6 let, rodiče se rozvedli. Do té doby si otce pamatuje jen matně a spíše v negativních situacích. S matkou byl vztah vždy chladný, upřednostňovaným dítětem byl Štěpánčin mladší bratr. Celkově ale dětem nedávala matka tolik lásky, spíše se o ně starala po hmotné stránce, což znamenalo, že byla neustále v práci. Otce vídala Štěpánka občas o víkendech a snažila se k němu přiblížit, zalíbit se mu a toužila po tom, s ním mít blízký vztah. Otec byl ale chladný a dokázal být velmi zlý, obzvláště v podnapilém stavu, kdy jí i bratra často zesměšňoval a ponižoval. V průběhu rozhovoru byl cítit velký vztek vůči oběma rodičům.

Štěpánka popisuje časté stěhování. Jako malá trpěla poruchami učení a pozornosti, často tak navštěvovala psychiatry a pedagogicko-psychologické poradny. Velmi intenzivně hovoří o nedostatku dotyku, ve smyslu mazlení, matka jí vždy odehnala se slovy, že je kost a kůže, oproti baculatému bratrovi. Štěpánka velmi toužila přibrat na váze, ale nedařilo se jí to.

S oběma rodiči nejvíce zmiňuje situace, kdy se cítila být odmítnuta, či zraněna. Podobné situace popisuje s babičkou z matčiny strany, která jí nejvíce vyčítala, že je jako její otec, kterého neměla ráda. Oproti tomu jako nejlepší popisuje vztah se svou babičkou z otcovi strany, která pro ní byla prý jako matka. Vždy si velmi rozuměly a rozumí si do dnes. Babička prý byla jediná, kdo jí kdy pochválil, či jako dítě pochoval.

S matkou se Štěpánka momentálně snaží vycházet, i když je to pro ni občas těžké. O otce se stará, jelikož je v psychiatrické léčebně na gerontologickém oddělení s degenerací nervové soustavy alkoholem.

Štěpánka má osmiletého a ročního syna. Každé dítě má s jiným otcem, s otcem mladšího syna momentálně žije. Štěpánka popisuje několik důležitých vztahů. První byl v jejích 15 letech se stejně starým mužem, se kterým začínala užívat návykové látky. S ním byla asi 6 let. Počátek vztahu byl prý o velké lásce ale s postupující závislostí se jejich vztah změnil ve vztah plný násilí. Partner jí psychicky i fyzicky týral, vše ale přičítá návykovým látkám. Následně od něj utekla k muži, jenž byl o téměř 20 let starší a byl to výrobce drog. S ním měla prý takový zvláštní vztah, kdy ji trochu suploval otce, cítila se s ním bezpečně, ale zároveň spolu měli milostný poměr. Mezi tím měla v drogové kariéře ještě pár lesbických vztahů, prý to bylo vždy v době, kdy se cítila zranitelná a chtěla co nejvíce upozadit svou ženskost. V té době si prý i stříhala vlasy na krátko a nosila mužské oblečení. Následně popisuje až vztah se svým bývalým manželem, se kterým má osmiletého syna. S ním se seznámila v terapeutické komunitě, vztah nějakou dobu fungoval, po narození syna ale manžel zrecidivoval a ona, aby se zachránila od něj utekla. Vztah s ním ale popisuje jako důležitý a doposud je pro ni bývalý manžel blízkým přítelem.

S momentálním přítelem je necelé dva roky. Relativně krátce po seznámení ještě v období největší zamilovanosti Štěpánka otěhotněla. Dítě si ale velmi přála a přítel jí dával prý to, co dlouhou dobu hledala. Uzemnění, jistotu a bezpečí. Ví, že se na něj může kdykoliv spolehnout a opřít se o něj. Popisuje ho jako velmi klidného, což prý ona ke své ztřeštěné povaze potřebuje. Dává jí pocit „tepla domova“, má i pocit že zapadla do jeho rodiny, což je pro ni velmi důležité. Má též hezký vztah s jejím starším synem. Sama říká, že kdyby nepotkala jeho, pravděpodobně by zůstala sama, protože to, že k někomu takto patří je až zázrak. Zároveň je jedním z mála lidí, co jí je schopen uklidnit, když je rozrušená. Často v rozhovoru hovoří o „medvědím objetí“. Popis je ale nekoherentní, v průběhu rozhovoru se zdálo, že se mě snažila Štěpánka přesvědčit o kvalitě vztahu, která ale z výpovědi cítit není.

Tabulka 24: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Štěpánka)

Partner	naděje plný	podporující	naslouchající	vášnivý	upřímný
----------------	-------------	-------------	---------------	---------	---------

Tabulka 25: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Štěpánka)

Stavy mysli	Partner
Hodnocení intimity	7
Hodnocení nezávislosti	2
Projevy hněvu	1
Idealizace	5
Pasivní projev	X
Strach ze ztráty	7
Vliv ztráty nebo traumatu	8
Koherence transkripce	4
Snižování významu attachmentu	2

Tabulka 26: Výsledná klasifikace – Štěpánka

Matka	E2: Zaujatý stav mysli – našťvaný
Otec	E2: Zaujatý stav mysli – našťvaný
Partner	E3: Zaujatý stav mysli – Propletený/Nejasný

7.1.5. Zora

Zoře je 47 let a po střednědobé léčbě závislosti na alkoholu abstínuje sedmým rokem.

Tabulka 27: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Zora)

Matka	bezmezná láska	závislá	šťastná	pečovatelská	úzkostná
Otec	autoritativní	přísný	naškrobený	moc tam nebyl	spokojený

Tabulka 28: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Zora)

Stavy mysli	Matka	Otec
Hodnocení intimity	9	3
Hodnocení nezávislosti	1	7
Projevy hněvu	X	7
Idealizace	9	4
Pasivní projev	X	3
Strach ze ztráty	9	X
Vliv ztráty nebo traumatu	4	X
Koherence transkripce	9	8

Zora se narodila do úplné rodiny, její rodiče spolu žijí dodnes. Ihned z počátku rozhovoru popsala otce jako třetí dítě své matky, nikdy prý nebyl samostatný. Otce má ráda, ale nikdy k němu nevzhlížela ani spolu neměli blízký vztah. S matkou má naopak až bezhraniční, milující vztah. Sama Zora ho popisuje jako nezdravý a závislý.

Dětství měla Zora šťastné, ve vyprávění je ve většině příběhů popisována matka, otec je opomíjen. Jako dítě se prý neustále bála, že o matku přijde. Nezvládala odloučení, byť na chvíli. S otcem takové zkušenosti nemá. Byl prý hodně pracovitý, a tak moc času doma nebyl. Do 7 let si na něj téměř nepamatuje.

Má mladšího bratra, se kterým má dodnes velmi dobrý vztah. Společně s nimi žila v jednom domě babička z otcovi strany a prý měla s otcem silně závislý vztah. Babička prý nikdy neumožnila, aby matka s otcem fungovali jako rodina, otec tvořil s babičkou samostatnou jednotku a matka s dětmi též. Zora napůl s humorem hovořila o tom, že s jejím otcem a její babičkou by asi nikdo jiný, než její matka nevydržel.

S otcem je vztah stejný doposud, jen má Zora pocit, že ho již stejně jako matka, vnímá, jako dítě. Od matky se snaží neustále alespoň trochu separovat, ale neúspěšně. Často během rozhovoru zmiňuje stále přítomný strach z toho, co bude, až matka zemře, obává se, že sama zemře též, bolestí.

Zora má dospělého syna, jehož otec ji opustil několik měsíců po porodu, jelikož nezvládl její laktační psychózu a poporodní depresi. Zoře deprese po porodu zůstaly, přidala se ještě úzkostná porucha s panickými ataky. Syn je na Zoře silně závislý, momentálně s ní žije, a i když třeba jen odjede do krámu, volá ji, aby s ní byl v kontaktu. Snaží se od sebe syna oddálit, aby nedopadl stejně jako ona a její matka, potažmo její otec a babička, ale nedaří se jí to.

První vážný vztah byl až s otcem jejího syna. Byl ale prý bez emocí, čistě pragmatický. I přes to jí ale jeho odchod velmi zasáhl, měla pocit, že to je vztah na celý život. Zůstala tedy sama se synem, o to intenzivnější pouto si vytvořili. Je na svého syna velmi fixovaná a on na ní prý ještě víc. Syn hraje velkou roli i ve všech partnerských vztazích, které Zora popisuje. Místy se až zdá, jako by roli životního partnera v jejím životě zaujal právě on.

Zořiny vztahy byly všechny navázány se závislými muži. Se „zdravými muži“ si dle vlastních slov nerozumí, nechápe jejich komunikaci a myšlenkové pochody. Říká, že si tolik zvykla na patologii, že ji přijde normální. Popisuje vztahy plné alkoholu a dramát. Jeden

z partnerů jí dokonce po rozchodu ještě 3 roky stalkoval, načež to došlo tak daleko, že dostal soudní zákaz přiblížení se. I zde nakonec figuroval syn, který ho napadl a tím celé sledování skončilo. Zora s oblibou říká, že ji syn již mnohokrát zachránil.

Se současným partnerem nežije v jedné domácnosti, ale jsou spolu již 4 roky. Seznámili se v doléčovací skupině. On se teprve před nedlouhou dobou rozvedl, což byla Zořina podmínka pro to, aby spolu případně mohli žít, nyní tedy čeká, kam se jejich vztah posune. Prý už ale asi nic neočekává, jelikož se s ním trápila doposud a změna jeho přístupu je málo pravděpodobná. Jinak popisuje vztah, jako kdyby se vrátili oba do adolescentních let. Cestují spolu a užívají si spousty společných zážitků, které prý oběma v předchozích vztazích chyběli. Jediné, z čeho má Zora obavy je, že pokud spolu budou bydlet, ona bude hrát roli matky. Vidí v něm stejné vlastnosti, jako má její otec. Co se týče bezpečí a jistoty, tu ji prý partner vůbec nedává. Nemůže se na něj spolehnout, ani vztahem samotným si není jistá. Neví, jestli spolu vydrží, snaží se si držet odstup a na jakoukoliv otázku ohledně zabezpečení pohodlí, jistoty, či starání se v období nemoci odpovídá, že na to má přece syna.

Tabulka 29: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Zora)

Partner	je s ním sranda	bez závazků	sobec	závislý	pracovitý
----------------	-----------------	-------------	-------	---------	-----------

Tabulka 30: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Zora)

Stavy mysli	Partner
Hodnocení intimity	7
Hodnocení nezávislosti	6
Projevy hněvu	7
Idealizace	X
Pasivní projev	1
Strach ze ztráty	3
Vliv ztráty nebo traumatu	X
Koherence transkripce	8
Snižování významu attachmentu	3

Tabulka 31: Výsledná klasifikace – Zora

Matka	Ds4: Opomíjející stav mysli se strachem ze ztráty
Otec	Ds1: Opomíjející stav mysli s nepozorností k citové vazbě
Partner	E2: Zaujatý stav mysli – naštvaný

7.2. Soubor B – muži

Celý soubor B byl zcela nový. Data k souboru B jsem tvořila v rámci diplomové práce dvěma rozhovory, AAI a CRI. Níže jsou, stejně jako u souboru A, sepsané krátké souhrny obou rozhovorů pro komplexnost informací a lepší orientaci v práci.

7.2.1. Matouš

Matoušovi je 31 let a po léčbě v terapeutické komunitě se závislostí na pervitinu a hazardních hrách abstinuje šestým rokem.

Tabulka 32: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Matouš)

Matka	obětavá, až nad rámec	vstřícná	splachovací	nebyla autorita	opak přísnosti
Otec	přísněj	sobec	nebyl tam pro mě když sem potřeboval	arogantní	manipulativní

Tabulka 33: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Matouš)

Stavy mysli	Matka	Otec
Hodnocení intimity	5	3
Hodnocení nezávislosti	6	8
Projevy hněvu	3	8
Idealizace	6	X
Pasivní projev	X	3
Strach ze ztráty	X	X
Vliv ztráty nebo traumatu	X	4
Koherence transkripce	7	4

Vyrůstal v úplné rodině do svých 13 let, kdy se otec definitivně odstěhoval. Již ale do té doby prý otce moc nevidal. Podnikal, a tak byl neustále mimo domov. Má o 5 let staršího bratra, který mu byl dáván vzorem, hlavně co se školy týče, zároveň ale Matouš s úsměvem dodává, že se v dospělosti vše otočilo a nyní je bratrovi dáván za vzor on.

Otce v dětství nijak neregistroval, sám říká, že si „tak nějak všiml, že existuje“ paradoxně až ve chvíli, kdy se odstěhoval. V té době k němu začal vzhlížet, zároveň vůči němu ale cítil velký vztek. Říkal, že se cítil jako rozpolcený, chtěl být jako otec, ale zároveň ho nenáviděl, protože opustil matku. O matce Matouš mluví velmi hezky, jen prý na ně s bratrem byla moc měkká a oni si začali dělat, co chtěli.

Matouš popisuje, že blízko neměl k ani jednomu z rodičů, naučil se prý věci řešit sám tak, aby je k tomu nepotřeboval. Otec tam pro něj prý nikdy nebyl a matka se nikdy

nesrovnala s odchodem otce, což řešila užíváním léků, nechtěl jí tedy ještě přitěžovat. Nesdílný vztah s rodiči přetrvává doposud. O matku se snaží Matouš starat, jelikož sám říká, že jí to dluží, s otcem udržuje převážně pragmatický vztah, jelikož spolu podnikají. Víc ho ale bere jako obchodního partnera než jako otce. Matouš popisuje i situace, kdy se s otcem několikrát popral.

Prarodiče z otcovi strany nikdy nepoznal, umřeli před jeho narozením. U prarodičů ze strany matky trávil jako dítě všechny víkendy a s babičkou má vztah jako s druhou matkou dosud.

Příliš mnoho vztahů za svůj život Matouš neměl. První vztahy popisuje okolo 14 let, bylo to ale většinou nezávazné randění. Matouš popisuje všeobecnou nedůvěru vůči lidem, mužům i ženám. Jako důležitý vztah, ač ne partnerský v průběhu rozhovoru neustále vyzdvihoval vztah s kamarádkou, která je prý jediný člověk, jemuž se on svěří. Mezi muži kamarády nemá.

Se současnou partnerkou je 4 roky a mají spolu dvouletého syna. Partnerku popisuje jako jistotu, která mu tvoří domov a večer na něj čeká. Příliš mnoho času spolu ale netráví, ani si moc nepovídají. Matouš popisuje, že mu přítelkyně často vyčítá, že není sdílný, on to prý ale neumí. I přesto, že možná prý působí chladně, ji ale miluje a nedovede si představit, že by jí a syna neměl. Je to pro něj rodina, pro kterou všechno dělá. Zároveň reflektuje to, že ví, že není moc doma, že to je věc, kterou chce změnit. Nerad by totiž byl stejným otcem svému synovi jako byl jeho otec jemu.

Partnerka pro něj představuje skutečné bezpečí, konkrétně popisuje situace, kdy byl nemocný, či se něco nedařilo a přítelkyně ho dokázala uklidnit a dát mu „pevnou půdu pod nohama“.

Tabulka 34: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Matouš)

Partner	jistota	rodičovství	společný bydlení	obětavá	pochopení
----------------	---------	-------------	------------------	---------	-----------

Tabulka 35: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Matouš)

Stavy mysli	Partner
Hodnocení intimity	7
Hodnocení nezávislosti	4
Projevy hněvu	X
Idealizace	2
Pasivní projev	X
Strach ze ztráty	4
Vliv ztráty nebo traumatu	X
Koherence transkripce	7
Snižování významu attachmentu	1

Tabulka 36: Výsledná klasifikace – Matouš

Matka	Ds1: Opomíjející stav mysli s nepozorností k citové vazbě
Otec	E2: Zaujatý stav mysli – našťvaný
Partner	F1: Bezpečný stav mysli s poněkud opomíjejícím nebo omezujícím přístupem k citové vazbě

7.2.2. Patrik

Patrikovi je 36 let a od léčby v terapeutické komunitě se závislostí na pervitinu, kokainu, alkoholu a hazardních hrách abstinuje pátým rokem.

Tabulka 37: Slova reflektující vztah k rodičům dle AAI (Patrik)

Matka	prostě skvělá	milující	pečovatelská	uzlíček neštěstí	strážný anděl
Otec	pedant	despota	byl jsem rád když nebyl doma	zlej	agresivní

Tabulka 38: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Patrik)

Stavy mysli	Matka	Otec
Hodnocení intimity	9	3
Hodnocení nezávislosti	3	9
Projevy hněvu	X	9
Idealizace	5	X
Pasivní projev	X	5
Strach ze ztráty	7	X
Vliv ztráty nebo traumatu	X	4
Koherence transkripce	4	3

Vyrůstal v úplné rodině do svých 15 let. V té době se jeho rodiče rozvedli. Už dřív prý ale vztah mezi rodiči nefungoval. Matka pro něj byla vším a udělala pro něj vše. Otec byl prý despotickeý pedant, který ho neustále za něco trestal. Patrik popisuje, jak musel klečat v koutě

na políčkách a podobně. Mimo to byl otec trenérem atletického družstva, kterého byl Patrik součástí. Zde ho před ostatními dětmi ponižoval a nadával mu, že je neschopný. Je jedináček.

Otce prý vždy zcela upřímně nenáviděl, za to, že ho trestal, bil a nikdy mu neukázal, že by ho měl rád. Když bylo Patrikovi 21 let, otec umřel na srdeční zástavu. S matkou ho oživovali do příjezdu RZS, Patrik prý po jeho smrti neuronil ani slzu. Cítí se za to provinile, ale sám říká, že to otci patří. Matka je dle jeho slov jeho „anděl strážný“. Expresivně o ní hovoří celou dobu rozhovoru jako o „mamušce“ či „mamulince“. Několikrát prý schytala od otce pár ran za něj.

S matkou je blízký vztah dosud. Navštěvuje ji několikrát týdně a sdílí s ní vše, prý je zároveň jeho „nejlepší kamarádka“. Silně projevuje strach z její ztráty, takový strach je citelný v průběhu celého rozhovoru. Patrik o domácím násilí stran otce sice hovořil spíše vůči své osobě, ale několika větami se zmínil i o fyzickém napadání matky. V ty chvíle se o matku bál nejvíce, byl prý schovaný pod peřinou a modlil se, ať otec umře.

Prarodiče z otcovi strany neměl rád, i když k nim často jezdili. Dědeček z otcovi strany byl prý stejný jako otec a babička neměla v rodině slovo. Z matčiny strany to bylo jiné, tam prý s prarodiči zažíval spoustu dobrodružství, oba byli velmi akční, a tak ho brali pod stan či na výlety.

Vzhledem k tomu, že se ve sportu dostal až na mezinárodní úroveň, neměl prý do nějakých 19 let na vztahy čas, jelikož neustále trénoval, či byl někde na závodech. Změna ve všem přišla po úrazu, kdy nemohl rok závodit. Život bez „drilu“ mu začal vyhovovat a on chtěl víc žít. Začal dohánět vše, co mu do té doby nebylo dovoleno, vystřídal velké množství žen a užíval si.

První vážný vztah přišel v 25 letech. S touto přítelkyní prý propadl alkoholu a drogám nejvíc. Byl to velmi vášnivý a bouřlivý vztah, kdy se neustále vzájemně přitahovali ale zároveň se na sebe nemohli spolehnout. V tomto vztahu Patrik popisuje fyzické násilí ze své strany, za které se velmi stydí.

Se současnou přítelkyní se seznámil dva roky po léčbě v doléčovací skupině. Nyní jsou spolu tedy tři roky a říká, že je to ten nejupřímnější vztah, co zažil. Popisuje, jak si rozumí, tím, že mají podobnou minulost, a říká, že si vlastně nedovede představit žít s někým, kdo si léčbou závislosti neprošel. Sdílejí spolu vše, už jen tím, že se prý znají velmi dobře, díky společné terapeutické zkušenosti.

Přítelkyně je pro Patrika synonymem bezpečí, lásky a domova. Ví, že se dokážou semknout, pokud se něco děje jednomu nebo druhému. Jako velkou společnou zkoušku popisuje opakované potraty přítelkyně, a to i jeden v pokročilém stádiu těhotenství. Dítě chtějí, ale ona dle lékařů prý s největší pravděpodobností dítě není schopna donosit. Uvažují tedy o adopci. Momentálně společně staví dům, Patrik popisuje velké společné plány a budoucnost.

Tabulka 39: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Patrik)

Partner	kreativní	dospělej	plnohodnotnej	plný lásky	porozumění
----------------	-----------	----------	---------------	------------	------------

Tabulka 40: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Patrik)

Stavy mysli	Partner
Hodnocení intimity	9
Hodnocení nezávislosti	5
Projevy hněvu	X
Idealizace	3
Pasivní projev	X
Strach ze ztráty	4
Vliv ztráty nebo traumatu	X
Koherence transkripce	7
Snižování významu attachmentu	X

Tabulka 41: Výsledná klasifikace Patrik

Matka	Ds4: Opomíjející stav mysli se strachem ze ztráty
Otec	E2: Zaujatý stav mysli – našťvaný
Partner	F2: Bezpečný stav mysli s respektem k citové vazbě

7.2.3. Kvído

Kvídovi je 39 let a od léčby v terapeutické komunitě se závislostí na opiátech abstinuje devátým rokem.

Tabulka 42: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Kvído)

Matka	zlá	sobecká	manipulativní	bez citu	chladnokrevná
Otec	podpantoflák	bez komunikace	vlastně nebyl moc doma	zmanipulovatelnej	bez citu

Tabulka 43: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Kvído)

Stavy mysli	Matka	Otec
Hodnocení intimity	1	1
Hodnocení nezávislosti	7	9
Projevy hněvu	9	8
Idealizace	X	X
Pasivní projev	3	3
Strach ze ztráty	X	X
Vliv ztráty nebo traumatu	4	4
Koherence transkripce	5	5

Pochází z kompletní rodiny a jeho rodiče jsou spolu dosud, což pokládá za největší chybu. Již když byl velmi malý, neustále se hádali a svou frustraci prý následně vypouštěli vůči němu. Ani od jednoho z rodičů nikdy neslyšel pochvalu, či cokoliv pozitivního. Byl prý od obou neustále ponižován a trýzněn. Otec prý vyvíjel hlavně psychický nátlak a snažil se do syna vložit své nenaplněné ambice, matka ho ale fyzicky týrala. Kvído například popisuje, jak ho matka strčila ze schodů a on skončil s těžkým otřesem mozku v nemocnici. Po těchto excesech mu ještě nakonec vždy rodiče dávali vinu za to, že se kvůli němu hádají. Ani s matkou, ani s otcem neměl nikdy blízký vztah, oba je nenáviděl, ale zároveň si přál, aby ho alespoň matka měla ráda. Toužil po jejím pohlazení, či vlídném slovu. Otec moc času nebyl doma a když přišel, jen opakoval to, co mu řekla matka.

Kvído má o 10 let starší sestru, která začala trpět v adolescenci poruchami příjmu potravy. Okolo ní prý chodili rodiče jako okolo „křehké květiny“, o to těžší to ale měl Kvído, který neustále poslouchal, že byl nechtěné dítě. Kvído kvůli situaci doma chtěl již ve 13 letech ukončit svůj život a poprvé se pokusil o sebevraždu. Těchto pokusů bylo v následujících letech několik. Kvídovi byla následně diagnostikovaná depresivní porucha, se kterou se léčí dosud.

Momentální vztahy s rodiči jsou na bodě mrazu, vídá se s nimi převážně kvůli synovi, anebo když rodiče něco potřebují. I když přetrvává špatný vztah a velký vztek vůči rodičům, cítí Kvído potřebu se o rodiče postarat, což sám popisuje tak, že tomu nerozumí. Nejvíce má potřebu péče o matku, i když ví, že ona mu péči neposkytlá, má pocit, že to je jeho úloha.

Prarodiče si prý nepamatuje vůbec, dětství má celkově zahalené „do mlhy“. Matně si rozpomíná, ale všeobecně hovoří o tom, že nebyl nikdy v životě skutečně šťastný.

Kvído popisuje svou zmatenost v sexualitě. Dlouhou dobu si myslel, že je gay, má za sebou i pár sexuálních zkušeností s muži, po kterých ale zjistil, že s mužem by žít nedokázal. Důležité byly v jeho životě dva vztahy. Jeden s bývalou manželkou, se kterou prý dodnes nechápe, proč vůbec byl. Po 8 letech vztahu se rozešli přes SMS a od té doby se neviděli, ani u rozvodu. Byl to vztah plný manipulací, který Kvída ještě více upevnil v tom, že se nedá věřit nikomu. Druhý vztah je se současnou manželkou.

Se současnou manželkou má tříletého syna. Manželku popisuje jako velmi kreativní, křehkou ale zároveň neuvěřitelně houževnatou bytost. Ví, že když by se k tomu odvážil opřít se o ní může, ale ani vůči ní nemá tolik důvěry, aby to udělal. Je rád za její velkorysost a to, že rozumí tomu, jaký je. Bezpečí a jistotu má prý ale hlavně v antidepresivech. V mezilidských vztazích vidí jen bolest a zranění. Se sebereflexí říká, že se bojí, aby stejnou nedůvěru vůči světu nepředal i svému synovi. Nedůvěra byla cítit i z celého rozhovoru, Kvído byl sice otevřený, ale dost často slovně nepřímou útočil, snažil se mě znejistit.

Tabulka 44: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Kvído)

Partner	stabilní	výchova dítěte	společný majetek	velká gesta	je s ní sranda
----------------	----------	----------------	------------------	-------------	----------------

Tabulka 45: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Kvído)

Stavy mysli	Partner
Hodnocení intimity	5
Hodnocení nezávislosti	6
Projevy hněvu	2
Idealizace	5
Pasivní projev	X
Strach ze ztráty	X
Vliv ztráty nebo traumatu	X
Koherence transkripce	5
Snižování významu attachmentu	5

Tabulka 46: Výsledná klasifikace – Kvído

Matka	E2: Zaujatý stav mysli – naštvaný
Otec	E2: Zaujatý stav mysli – naštvaný
Partner	Ds1: Opomíjející stav mysli s nepozorností k citové vazbě

7.2.4. Josef

Josefovi je 44 let a od střednědobé léčby závislosti na alkoholu abstínuje pátým rokem.

Tabulka 47: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Josef)

Macecha	zlá	vůbec jí na mě nezáleželo	bez zájmu	bez citu	vypočítavá
Otec	hlavně tam nebyl	upracovaný	egocentrický	práce byla nejdůležitější	majetnický

Tabulka 48: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Josef)

Stavy mysli	Macecha	Otec
Hodnocení intimity	X	X
Hodnocení nezávislosti	9	9
Projevy hněvu	9	7
Idealizace	X	X
Pasivní projev	6	5
Strach ze ztráty	X	X
Vliv ztráty nebo traumatu	X	7
Koherence transkripce	7	6

Josefova matka zemřela při jeho porodu a vzhledem k tomu, že se o něj otec nedokázal postarat, vzala si ho k sobě jeho babička, u té byl prý asi první rok svého života, následně babička onemocněla a nebyla již schopná se o něj postarat, vzal si ho k sobě tedy zpět otec, který si mezi tím našel novou ženu. Macecha Josefa neměla ráda, byla na něj zlá. Otec pracoval v zahraničí a dojížděl za rodinou 1x za dva až tři měsíce, do Josefových šesti let, poté dostal pracovní nabídku v zahraničí na 3 roky, a tak zůstal Josef sám s macechou a dvěma nevlastními sourozenci. Oba byli starší a šikanovali ho, stejně tak se k němu chovala macecha.

Otce nikdy pořádně nepoznal, říká, že by možná i spočítal, kolikrát za život ho viděl. Ani když se otec vrátil po 3 letech, doma moc nebyl. Josef ho popisuje jako „pána co občas přišel na návštěvu“. Macechu nesnášel, dělal naschvály, utíkal z domova, občas i na několik dní. Když mu bylo 16 let, utekl z domova zcela a již se tam nikdy nevrátil. Macecha s otcem ho ani nekontaktovali a až před pár lety mu přišel dopis s oznámením úmrtí otce. Na pohřeb nejel.

Po útěku v šestnácti letech se ve svém prvním zaměstnání seznámil se svou manželkou, se kterou žil přes 20 let. Vlastní rodiče mu nahradili její rodiče. Sám ale popisuje, že právě tím, že vyrůstali a dospívali vedle sebe skoro až jako sourozenci zapříčinilo to, že

jejich vztah byl odsouzen k zániku. Po deseti letech manželství začal partnerku podvádět a říká, že měl v podstatě neustále nějakou „bokovku“. Manželku měl rád, ale spíš jako sestru nebo matku, která se o něj stará, dělá teplo domova, vaří mu a pere prádlo. Posledních deset let vztahu prý žili vedle sebe ale ne spolu, měli oddělené ložnice a pouze spolu vychovávali 2 děti. Staršímu synovi je nyní 18, mladší dceři 14.

Před rokem se s manželkou rozvedl. Se současnou přítelkyní je 4 roky, ale žít s ní nechce. Seznámil se s ní na sezeních Anonymních Alkoholiků, je to prý první žena, co ho bere jako dospělého muže a dovolí mu se tak cítit, což mu imponuje. Zároveň ale vnímá, že se v podstatě až před rokem odstěhoval od své náhradní matky, jak nazývá svou bývalou manželku a že je asi čas zkusit se ve 44 letech postarat sám o sebe.

Současná přítelkyně je hlavně zábava, povyražení a říká, že ji má na trávení volného času. Zamýšlí se ale nad tím, že je to první žena, kterou nepodvádí a je s ní tak dlouho a že to tedy možná jen povyražení nebude. Ve vztahu k ní je ambivalentní, popisuje barvitě hezké zážitky a situace, kdy to zní, že je skutečně zamilovaný, následně ale celý význam vztahu devaluje. Hovořit o bezpečné základně bylo s Josefem těžké. Neustále jako bezpečnou osobu zmiňoval bývalou manželku, kterou ale vnímá spíše jako matku, kterou nikdy neměl. Se současnou partnerkou poprvé v životě subjektivně prožívá partnerský vztah, ale o to větší potřebu nezávislosti na ní má, aby to nedopadlo stejně, jako s bývalou manželkou. Bezpečí a jistotu hledá především sám u sebe.

Tabulka 49: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Josef)

Partner	rovnocenný	plný zážitků	bez výčitek	pro zábavu	přátelský
----------------	------------	--------------	-------------	------------	-----------

Tabulka 50: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Josef)

Stavy mysli	Partner
Hodnocení intimity	6
Hodnocení nezávislosti	5
Projevy hněvu	2
Idealizace	3
Pasivní projev	X
Strach ze ztráty	X
Vliv ztráty nebo traumatu	X
Koherence transkripce	5
Snižování významu attachmentu	5

Tabulka 51: Výsledná klasifikace – Josef

Macecha	CC: Neuspořádaný stav mysli – nelze klasifikovat
Otec	U/d: Nevyřešený/dezorganizovaný stav mysli
Partner	Ds1: Opomíjející stav mysli s nepozorností k citové vazbě

7.2.5. Viktor

Viktorovi je 37 let a od léčby v terapeutické komunitě se závislostí na pervitinu, opiátech a alkoholu abstinuje šestým rokem.

Tabulka 52: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Viktor)

Matka	vtipná	upřímná	povzbuzující	pečující	hodná
Otec	starostlivý	podpůrný	pečující	hodný	klidný

Tabulka 53: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Viktor)

Stavy mysli	Matka	Otec
Hodnocení intimity	7	7
Hodnocení nezávislosti	4	4
Projevy hněvu	X	X
Idealizace	3	3
Pasivní projev	X	X
Strach ze ztráty	X	X
Vliv ztráty nebo traumatu	X	X
Koherence transkripce	8	8

Viktor vyrůstal v kompletní rodině a jeho rodiče jsou spolu dosud. S matkou měl vždy velmi blízký vztah, otce si prý do svých 9 let téměř nepamatuje. Byl hodně v práci a zabezpečoval rodinu, jelikož matka byla doma a starala se o babičku, otcovu matku, která byla po mozkové příhodě. I matku i otce měl vždy velmi rád, celý život mu prý dávali najevo lásku, chválili ho a nikdy ho za nic netrestali, ač sám říká, že to možná byla ta zásadní chyba.

Viktor se popisuje jako věčný snílek, život měl prý celý šťastný. Říká, že u nich v rodině to bylo přesně tak, jak by to být mělo. Matka se starala o domácnost a otec pracoval a rodinu zabezpečoval po technické stránce. Víkendy trávili na chalupě u dědečka a babičky z matčiny strany, kteří prý Viktora vychovávali víc než rodiče, byla to jediná „kárná ruka“ kterou v dospívání dostal. Babička z otcovi strany s nimi žila, jelikož se o ní Viktorova matka starala. Viktor popisuje, že deset let starání se o babičku, která byla na úrovni malého dítěte se podepsalo hlavně na matčině psychickém zdraví. Snášela to ale statečně.

Má o 3 roky staršího bratra, se kterým byli úplně rozlišní a nikdy si moc nerozuměli, každý měl jiné zájmy. Cestu k sobě našli až v posledních letech po Viktorově léčbě. S rodiči má prý vztahy lepší a lepší, čím je on starší a rozumnější. Vůči rodičům cítí závazek kvůli tomu, jak je v období svého užívání trápí a snaží se jim nyní vše vykompenzovat. Stará se o ně, jezdí za nimi, tráví s nimi čas.

Viktor měl za svůj život velké množství vztahů. Říká, že měl ženy skutečně rád. Většina vztahů byla ale toxických, založených na společné potřebě drog. Jediný vztah, který z minulosti vyzdvihuje je sedmiletý vztah s dívkou, kterou znal od dětství. Celý vztah popisuje tak, že ji skutečně miloval, nicméně v důsledku užívání návykových látek se nedokázal ovládat a neustále ji podváděl. Ke konci vztahu docházelo i k fyzickému násilí. Všeho zpětně velmi lituje a jednoho dne by se bývalé přítelkyni rád omluvil.

V současném vztahu je 3 roky. S partnerkou se seznámil v doléčovací skupině a říká, že bližší vztah nikdy nezažil. Partnerku popisuje dlouhým souborem pozitivních slov, z vyprávění je slyšet, že ji skutečně miluje a zároveň si jí velmi váží. Ví, že se o ní může kdykoliv opřít, popisuje ji jako pečující. Když by se cokoliv dělo, či byl nemocný, přítelkyně bude první osoba, kterou bude shánět a u které bude hledat bezpečí a pomoc. Zároveň ale ve vztahu vnímá potřebu určité nezávislosti, kdy by měl mít každý čas sám na sebe. Tento čas se snaží dopřávat nejen sobě ale i své partnerce.

Tabulka 54: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Viktor)

Partner	lásky plný	porozumění	obohacující	věrný	důležitý
----------------	------------	------------	-------------	-------	----------

Tabulka 55: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Viktor)

Stavy mysli	Partner
Hodnocení intimity	8
Hodnocení nezávislosti	5
Projevy hněvu	X
Idealizace	3
Pasivní projev	X
Strach ze ztráty	4
Vliv ztráty nebo traumatu	X
Koherence transkripce	9
Snižování významu attachmentu	X

Tabulka 56: Výsledná klasifikace – Viktor

Matka	F2: Bezpečný stav myslí s respektem k citové vazbě
Otec	F2: Bezpečný stav myslí s respektem k citové vazbě
Partner	F2: Bezpečný stav myslí s respektem k citové vazbě

8. Výsledky

8.1. Soubor A – ženy

8.1.1. Attachment vůči primární attachmentové figuře

Vůči matkám v souboru A není v attachmentu zásadní podobnost. U dvou respondentek se objevuje kategorie *Ds4: Opomíjející stav myslí se strachem ze ztráty*. Obě tyto respondentky popisují vztah s matkou jako úzkostný, přičemž strach ze ztráty a úzkost v nich dle popisu vybuchovala matka sama. Obě mají doposud velmi blízký a úzkostný vztah s matkou a mají problém se od matky separovat, ač se o to obě snaží. U těchto dvou respondentek se nachází shoda ve 3 slovech reflektujících vztah s matkou a to pečovatelská/pečující, úzkostná a závislá. Podobnost je též u obou v expresivním pojmenování lásky, přičemž jednou je použito „opičí láska“ a jednou „bezmezná láska“. U zbylých respondentek je po jednom přítomna kategorie F3, E2 a CC. I u těchto zbylých třech respondentek se objevuje jednou v popisu slovo pečovatelská a úzkostná. Dvakrát se objevuje podobný popis matky, a to unavená a upracovaná. 4 z respondentek využívají pro popis vztahu s matkou nějaký výraz vyznačující lásku. Dvakrát se jedná o slovo milující, jednou „opičí láska“ a jednou „bezmezná láska“.

U vztahu s otci se ale oproti tomu objevují daleko markantnější podobnosti. Čtyři respondentky mají vůči otci *Zaujatý stav myslí – naštvaný* (E2). Všechny čtyři jsou z rozvedené rodiny a vyrůstali v domácnosti, kde otec nebyl přítomen, což je i součástí popisu otce u všech těchto čtyř respondentek. Všechny čtyři používají přímo výraz „nepřítomný“, přičemž zbylá respondentka používá k popisu výraz podobného smyslu a to „moc tam nebyl“. Dvě z respondentek popisují ze strany otce sexuální zneužívání. 4 respondentky vyrůstající bez otce popisují potřebu se k němu přiblížit, zalíbit se mu, cítit jeho lásku a uznání, místo toho ale pociťovali odstrčení a neustálá zranění. Třikrát se u respondentek objevuje popis otce „přísný“, jednou slovo podobného významu „pedant“. Třikrát se objevuje slovo „závislý“, dvakrát „autoritativní“, „zlý“ a „manipulativní“. U otců se objevují pouze u dvou respondentek po jednom popisy, které by se daly vnímat jako pozitivní a to „milující“ a „spokojený“.

Celkově jsou tedy mezi mými respondentkami otci vnímáni daleko negativněji a zároveň jednotněji než matky. Podobnost ve vnímání matek a otců u žen je v použití slova závislý/á, které bylo použito celkem pětkrát, dvakrát u matek a třikrát u otců. Jinak se celkově popisy obou rodičů velmi liší.

8.1.2. Rodinné vztahy

Čtyři z pěti respondentek pochází z rozvedených rodin, přičemž 3 z rozvodů přišli ve věku šesti nebo sedmi let respondentek. Všechny respondentky jsou ze dvou sourozenců, tři jsou starším sourozencem, dvě mladším, věkový rozestup mezi sourozenci je 4-6 let, přičemž se jedná třikrát o čtyřletý rozestup. Tři ze sourozenců respondentek jsou též závislí, přičemž jeden je též po léčbě závislosti.

Jak již bylo zmíněno, matky jsou u všech respondentek vnímány spíše pozitivně, převážně se jedná o úzkostný vztah s matkou. U čtyřech respondentek je uváděn stejný vztah jejich matky s jejich babičkou, přičemž babičky ze strany matky jsou uváděny jako velmi důležité osoby v životě respondentek. Vůči otcům je vztah ze strany dcer ve čtyřech případech popisován jako vzdálený, leč se všechny tyto čtyři respondentky snaží neustále k otci najít cestu a zároveň si získat jeho pozornost a přízeň. Všechny touží být milovanými dcerami.

Momentální vztah respondentek s rodiči je takový, že tři se momentálně starají o nemocné či nějakým způsobem méně soběstačné otce, jedna respondentka popisuje takovou péči vůči oběma z rodičů. Péče o otce jim dle vlastních slov přináší jistou kompenzaci blízkosti, zároveň je ale v průběhu rozhovorů několikrát podprahově zmíněno to, že se tím snaží získat otcův obdiv.

Všechny respondentky popisují velmi častý kontakt s prarodiči, především z matčiny strany, kterými byli hlídáni z důvodu zaneprázdněnosti matky. Tři respondentky popisují jako velmi důležitou osobu ve výchově matky matku. 3 z respondentek s prarodiči žily v jedné domácnosti. Časté jsou nejasné mezigenerační vztahy, kdy jeden z prarodičů figuruje v rodině a nějakým významným způsobem zasahuje do jejího fungování. Buď se objevuje funkce prarodiče jakožto rodiče a hlavního výchovného mechanismu nebo se objevuje koalice prarodiče s rodičem, která tvoří samostatnou funkční jednotku.

U dvou respondentek se objevuje sexuální zneužívání stran otce, u jedné z těchto dvou respondentek i ze strany dědečka.

Čtyři z respondentek mají vlastní děti a pro všechny čtyři jsou děti na prvním místě. Všechny čtyři respondentky též popisují děti, jako záchranný mechanismus v momentech, kdy málem zrelabovaly, kvůli dětem též odešly od partnerů, kteří jim nepřišli jako vhodní otcové.

8.1.3. Attachment vůči současnému partnerovi

U žen byl attachment vůči současnému partnerovi hodnocen jen u čtyř respondentek, jelikož jedna momentálně partnera nemá. Třikrát se objevuje *Zaujatý stav mysli*, dvakrát *E3 – Propletený/Nejasný* a jednou *E2 – Naštvaný*. Jednou se objevuje kategorie *Ds2*. Slova reflektující vztah s partnerem odpovídají popisu dané kategorie, jež byla respondentkám přiřazena. U obou respondentek s kategorií *E2* se objevuje poměrně pozitivní popis partnera s expresivními výrazy jako „pevná skála“ či „medvědí objetí“, popis ale není koherentní s popisovanými zkušenostmi a zážitky. U zbylých dvou respondentek se objevují dva podobné výrazy, jednou se jedná o „nezávazný“ a „bez závazku“, podruhé o „zábavný“ a „je s ním sranda“.

8.1.4. Partnerské vztahy

Počátek partnerských vztahů udávají 4 respondentky ve věku 14 – 15 let, jedna ve věku 17 let. Všechny 5 respondentek udává nedůvěru vůči mužům, či to, že jim nerozumí. Muži jsou pro ně nečitelní a nebezpeční. Většina předchozích vztahů je s uživatelem návykových látek, u jedné z respondentek se objevuje i nyní vztah s abstinujícím uživatelem alkoholu. Všeobecně všechny respondentky souboru A udávají, že mužům – uživatelům rozumí víc než neuživatelům, ví, jaké reakce od nich čekat.

U všech čtyř respondentek se závislostí na nelegálních návykových látkách se objevuje první důležitý partner jako člověk, kvůli kterému začali užívat nitrožilně a odešli s ním na ulici. Tři z těchto žen hovoří o nucené prostituci ze strany přítele a o znásilněních. Dvě z nich popisují sexuální násilí přímo ze strany partnera. Všechny čtyři mají zkušenost s fyzickým násilím ve vztahu, jedna z respondentek dokonce udává potrat v pokročilém stádiu těhotenství z důvodu útoku partnera.

Pro tři z respondentek je zásadní téma ztráty partnera, ať už přímo úmrtí, či nějakého traumatického odchodu. Všechny tři se k této situaci po celou dobu rozhovoru vracejí.

Dvě z respondentek popisují vztah s některým z předchozích partnerů jako pseudorodičovský. Prý v partnerech hledali otce.

Tři respondentky udávají zkušenost s lesbickým vztahem a popisují, že ženy jsou pro ně ve vztahu bezpečnější, necítí se být tolik v submisivní roli. V rámci těchto vztahů též hovoří o

minimalizaci svého ženství – stahování prsou, vlasy ostříhané nakrátko, volné oblečení atp. Prý to bylo z toho důvodu, že se tak cítily bezpečněji. Jedna respondentka popisuje vztah s transsexuálem, jenž pro ni byl důležitý zejména proto, že jí rozuměl, měl dle jejích slov „duši ženy ale tělo muže“. Tři z respondentek hovoří o hledání vlastní sexuality, nejsou si jisty svou heterosexuálníitou.

8.2. Soubor B – muži

8.2.1. Attachment vůči primární attachmentové figuře

V attachmentu mužů vůči matkám se neobjevují žádné zásadní podobnosti. Po jednom se objevuje kategorie Ds1, Ds4, E2, Cc a F2. Dvakrát je tedy přítomen opomíjený stav mysli, jednou bezpečný, jednou zaujatý a jeden neklasifikovatelný. Tento neklasifikovatelný stav mysli je vůči maceše, kterou si sám vybral pro klasifikaci, jako primární attachmentovou figuru, jelikož ho vychovávala nejvíc. U tří respondentů je matka vnímána pozitivně a bezpečně, u dvou je naopak popisovaná velmi negativně. U obou respondentů, kteří popisovali matku negativně se objevuje podobné vyjádření „bez soucitu“ a „bez citu“ a u obou se objevuje popis „zlá“. Mezi respondenty, kteří svou matku hodnotili pozitivně se dvakrát nachází popis „pečující“/“pečovatelská“.

Stejně jako u žen jsou ale značné podobnosti v attachmentu vůči otcům. Třikrát se objevuje kategorie E2: *Zaujatý stav mysli – naštvaný*. Po jednom se poté objevuje kategorie F2 a kategorie U/d, přičemž respondent s kategorií U/d byl též hraniční s přiřazením kategorie E2. Nakonec ale vzhledem k úmrtí matky a komplexnímu pohledu na skóry jsem přiřadila právě tuto kategorii. U čtyřech mužů s nejistou citovou vazbou se objevuje při popisu vztahu s otcem nějaký výraz pro jeho nepřítomnost. Jedná se konkrétně o výroky „nebyl tam pro mě, když jsem potřeboval“, „byl jsem rád, když nebyl doma“, „vlastně nebyl doma“ a „hlavně tam nebyl“. U těchto mužů se objevuje jisté pohrdání otcem, otce vnímají spíše jako někoho, s kým by se měli utkat a ukázat, že jsou lepší než on. Dva z mužů dokonce popisují, že se s otcem poprali. U dvou mužů se objevuje výraz podobného významu, „sobec“ a „majetnický“, u dvou se též vyskytuje významově podobný výraz „přísnější“ a „pedant“. U těchto čtyř mužů je popis otce negativní i v ostatních slovech. Jeden z mužů se liší, je to jediný, který má bezpečný attachment vůči otci i matce a ten oba z rodičů popisuje všemi slovy velmi pozitivně.

8.2.2. Rodinné vztahy

U mužů se rozvod rodičů objevuje pouze ve dvou případech, přičemž ale jeden respondent zmiňuje, že to, že se rodiče nerozvedli byla ta největší chyba. Jednomu z respondentů umřela matka při porodu, a tak ho vychovávala převážně macecha, tento respondent nemá téměř žádné vazby vůči původní rodině.

3 respondenti jsou mladší ze dvou dětí, jeden má dva starší nevlastní sourozence a jeden je jedináček. Dva respondenti uvádí, že závislí jsou i sourozenci, jeden z respondentů uvádí u sourozence poruchy příjmu potravy. Sourozenci jsou ve vnímání respondentů trochu v pozadí, není jim dávana v životě důležitost.

U tří respondentů je zmíněno, že matka nebyla dostatečnou autoritou, že byla příliš hodná. Všichni tito tři respondenti považují matku za milující. Zajímavé je, že čtyři respondenti popisují momentální péči o matku a silné vnitřní nutkání k tomuto chování.

Otce čtyři z respondentů popisují jako chladné a cítí vůči nim převážně nenávisť. U čtyř respondentů je zmíněno, že na ně otci měli přehnané nároky a snažili se skrz ně zrealizovat své nenaplněné ambice. I přes nenávisť však tři z respondentů popisují otce jako vzor, který ale mají potřebu překonat a být lepší než on. U všech těchto tří respondentů je zmíněn fyzický konflikt s otcem.

Tři z respondentů popisují blízký vztah s prarodiči, převážně z matčiny strany a všichni tři popisují jako jednu z nevlivnějších osob v životě matčinu matku. Dva z těchto respondentů udávají negativní vztah vůči prarodičům z otcovi strany, oba dokonce popisují dědečka z otcovi strany jako stejného despota jako svého otce.

8.2.3. Attachment vůči současnému partnerovi

U mužů jsou celkově současné vztahy spíše bezpečné. Třikrát se objevuje nějaký z bezpečných stavů mysli, jednou F1 a dvakrát F2. Dvakrát se objevuje kategorie *Ds1 – Opomíjející stav mysli s nepozorností k citové vazbě*, a to u mužů, jež měli jako jediní dva ze souboru B negativní vztah vůči matce. Slova popisující vztah s partnerem koreluje s charakteristikou přiřazeného stavu mysli. Podobnost je mezi bezpečnými stavy mysli, kde se ve všech třech případech objevuje slovo pochopení/porozumění. U kategorie F2 se u obou respondentů objevuje výraz „plný lásky“ a „lásky plný“. U kategorie Ds1 se objevuje jeden výraz společného významu a to „je s ní sranda“ a „pro zábavu“. U dvou respondentů se objevují dva významově podobné výrazy, jednou to je „rodičovství“ a „výchova dítěte“, jednou „společné bydlení“ a „společný majetek“.

8.2.4. Partnerské vztahy

Muži – respondenti udávají počátek vztahu průměrně mezi 14 – 15 rokem života. V souboru B se objevuje větší množství nezávazných a nedůležitých vztahů v minulosti. Čtyři respondenti popisují jeden předchozí vztah jako důležitý. Společné pro tyto vztahy je především častá nevěra hlavně z jejich strany spojená s užíváním návykových látek, které byly přítomny ve třech těchto vztazích. Tři z respondentů se přiznávají k tomu, že byli strůjci domácího násilí, všichni tři se za to zpětně velmi stydí. Tři z respondentů udávají, že mezilidské vztahy jsou spíše bolest a trápení a že je pro ně těžké důvěřovat komukoliv, ať už ženě či muži. U dvou mužů se objevil výrok, že partnerka supluje nebo suplovala matku. U mužů, jež mají vlastní děti je zároveň často zmiňován velký důraz na rodinu, což je i soudržná síla s partnerkami.

Tři z respondentů se se současnou partnerkou seznámili v rámci nějaké doléčovací aktivity a všichni hodnotí společnou terapeutickou zkušenost jako velké pozitivum. Díky této zkušenosti je prý vztah obohacen o přidanou hodnotu, hlubokou důvěru.

Jeden z respondentů v minulosti uvádí zmatenost ve své sexualitě a několik homosexuálních zkušeností.

8.3. Genderová analýza

8.3.1. Attachment vůči primární attachmentové figuře

Shodné u obou souborů je to, že vnímání matek, je spíše rozlišné, celkově jsou ale matky vnímány spíše pozitivně. Napříč oběma soubory je nejčastěji přítomný některý z *Opomíjejících stavů mysli*, a to Ds4 dvakrát u žen, jedenkrát u mužů a též jedenkrát u mužů kategorie Ds1. Jednou u mužů a jednou u žen se objevuje kategorie *Neuspořádaného stavu mysli* (Cc) vůči matce, ve stejné bilanci je kategorie E2: *Zaujatý stav mysli – našťvaný*.

V každém souboru je jeden respondent, který má *Bezpečný stav mysli*, jednou F2 a jednou F3. Napříč oběma soubory se u matek objevuje výraz „pečující“/“pečovatelská“ a to dvakrát u žen a dvakrát u mužů. U obou souborů je ale celkově shodný pohled na matky v tom, že je popisují značně úzkostně, či celý vztah s matkou popisují jako úzkostný z obou stran. Hlavní rozdíl vnímám v tom, že ženy – respondentky, které popisovali vztah s matkou pozitivně ji vnímali spíše jako „kamarádku“, které se mohly svěřit, ale nebyla autoritou, muži s pozitivním popisem matky ji celkově vnímali jako záchranu, či úkryt před otcem, leč též spíše bez autority.

U otců jsou podobnosti u obou souborů markantní. Celkem se objevuje sedmkrát *Zaujatý stav mysli – Naštvaný* (E2). U všech těchto respondentů je cítit vůči otci velký vztek, především je často zmiňován v souvislosti s otcovou nepřítomností, která je v nějakém výrazu zmíněna celkem osmkrát. Celkem šestkrát, čtyřikrát u žen a dvakrát u mužů, se objevuje nějaký výraz pro to, že byl otec přísný. Rozdíl mezi oběma soubory ve vztahu k otci vnímám v tom, že ženy, ač mají vůči otci stav mysli E2, neustále se k němu snaží přiblížit, zalíbit se mu a být milovány. Muži – respondenti mají sice převážně stejný stav mysli, ale subjektivně mají na otce větší vztek, berou ho spíš jako soka, kterému by se měli postavit, potažmo před kterým by měli ochránit sebe a matku.

Ženy oproti mužům využívají pětkrát u popisu rodičů přídatné jméno „závislý“/“závislá“, u mužů se neobjevuje v popisu ani jednou. Ženy též využívají víc nějaké výrazy pro reprezentaci lásky ve vztahu s rodiči (5x), u mužů se takový popis objevuje pouze jednou.

8.3.2. Rodinné vztahy

U rodičů souboru B – mužů je menší rozvodovost (2x) než u souboru A – žen (4x). Rodiče žen se oproti rodičům mužů rozvedli ve zhruba 2x nižším průměrném věku respondentek.

Osmkrát jsou respondenti ze dvou sourozenců, a zatímco ženy jsou 3 starším ze sourozenců, muži jsou ve čtyřech případech mladším ze sourozenců a jednou se jedná o jedináčka. Celkem pětkrát hovoří respondenti z obou souborů o závislosti sourozenců, jedenkrát potom o přítomnosti poruch příjmu potravy u sourozence. Ženy dávají oproti mužům sourozencům větší důležitost.

Matky jsou oběma soubory vnímány převážně pozitivně a jako milující. Muži více zmiňují matku jako nedostatečnou autoritu. Vůči otci sice vychází oběma souborům stav mysli E2, subjektivně je ale vztah vnímán jinak. Muži více hovoří o naštvání na otce a snaze ho překonat, ženy hovoří o snaze se otci přiblížit a získat otcův obdiv. Rozdílný je zejména momentální vztah s rodiči, kdy ženy popisují ve třech případech péči o otce, jíž se snaží získat otcovu přízeň a přiblížit se mu, což se dle výpovědí daří. Muži zase ve čtyřech případech popisují péči o matku, kterou vnímají jako svou povinnost. Třikrát je popisován jistý „dluh“ vůči matce, který péčí chtějí splatit. U všech tří respondentů se jedná o vykompenzování péče, kterou jim matka dala, ale též období, kdy užívali návykové látky a vůči matkám se nechovali hezky.

Osmkrát se u obou souborů objevuje blízký vztah s prarodiči z matčiny strany. Celkem šestkrát, třikrát u mužů a třikrát u žen, je zmíněna jako velmi důležitá osoba matčina matka.

Ženy vůbec nezmiňují přehnané ambice ze strany rodičů, u mužů se tento fenomén ukazuje 4x. U žen se jako závažné narušení rodinných vztahů objevuje sexuální zneužívání (2x), u mužů je to domácí násilí (3x). Muži též oproti ženám zmiňují fyzický konflikt s otcem (3x). Ženy popisují, že žili v jedné domácnosti s prarodiči (3x) a nejasné mezigenerační vztahy, u mužů se tento fenomén neobjevuje.

8.3.3. Attachment vůči současnému partnerovi

Mezi oběma soubory jsou v attachmentu vůči současnému partnerovi spíše rozdíly. U mužů se objevuje třikrát bezpečná citová vazba, u žen ani jednou. U žen se objevuje třikrát zaujatý stav myslí, který se u mužů nevyskytuje ani jednou. Společný pro oba soubory je opomíjející stav myslí, jež se vyskytuje u žen jednou (Ds2) a u mužů dvakrát (Ds1). U celého souboru A je vztah s otcem spíše negativní (4x kategorie E2), což se projevuje i na vztahu vůči současnému partnerovi. U mužů je nejistý stav myslí – opomíjející pouze u mužů majících spíše negativní vztah s matkou. Společně jsou významově podobné výrazy a to „zábavný“, „je s ním sranda“, „je s ní sranda“ a „pro zábavu“. Tento výraz se objevuje u všech třech opomíjejících stavů myslí.

8.3.4. Partnerské vztahy

U obou souborů se objevuje počáteční věk partnerských vztahů mezi 14–15 rokem. Souhlasné je též to, že v přechodném vztahu, jež respondenti popsali jako důležitý bylo přítomné užívání návykových látek (celkem 7x). Všechny z těchto žen však udávají, že ve vztahu začali užívat nitrozilně, či že ve vztahu užili drogu poprvé, u mužů se tento fenomén ale nevyskytuje.

U mužů i žen se objevuje též to, že mezi opačným pohlavím hledají náhradního otce či matku (2x u žen a 2x u mužů).

Celkem čtyři respondentky hovoří o tom, že byly obětmi domácího násilí, tři z mužů mluví o své roli iniciátora domácího násilí.

Ženy i muži popisují větší porozumění s člověkem majícím zkušenost s užíváním návykových látek či přímo závislostí, napříč oběma soubory se poté vyskytuje momentálně 4x vztah s partnerem, jenž je též po léčbě závislosti a momentálně abstinuje. Všechny tyto čtyři vztahy vznikly v rámci nějaké doléčovací aktivity.

Partnerské vztahy žen – respondentek jsou víc traumatizované. Ženy více mluví o tématu ztráty, kterou muži vůbec nezmiňují, více hovoří o tématu sexuálního násilí a celkově jsou často v partnerských vztazích v roli oběti. U žen se též víc objevuje téma sexuálního vztahu se

stejným pohlavím a větší důvěra vůči ženám než vůči mužům. Muži všeobecně spíše nedůvěřují nikomu, případně jako své bližší přátele označují spíše ženy.

Muži spíše označují své současné vztahy jako bezpečné a jejich popis je koherentní oproti ženám, které svým současným partnerům spíše nedůvěřují, či se snaží si od nich držet odstup.

Tabulka 57: Typy stavů mysli všech respondentů vůči rodičům a partnerovi

	matka	otec	partner
Aneta	F3	E2	X
Michaela	Ds4	E2	E3
Petra	Cc	E2	Ds2
Štěpánka	E2	E2	E3
Zora	Ds4	Ds1	E2
	matka	otec	partner
Matouš	Ds1	E2	F1
Patrik	Ds4	E2	F2
Kvído	E2	E2	Ds1
Josef	Cc	U/d	Ds1
Viktor	F2	F2	F2

9. Diskuse

V diplomové práci jsem se zabývala zejména genderovou analýzou a porovnáním podobnosti a rozdílů vztahů mužů a žen se závislostní poruchou. Celkově až na dva respondenty měli všichni vůči oběma rodičům některý z nejistých typů vazby. Dle Schindlera et al. (2005) se u osob se závislou poruchou osobnosti vyskytuje nejistý typ citové vazby daleko častěji, než u neklinické populace. Největší podobností u obou souborů je vztah s otcem. Z hlediska citové vazby se nejčastěji objevuje kategorie E2 – Zaujatý stav mysli – Naštvaný. To podkládá i článek od Levyho et al. (2015), který píše, že jsou jisté spojitosti mezi typy citových vazeb a konkrétními poruchami osobnosti. Pro zaujatý stav mysli konkrétně uvádí mimo závislé poruchy osobnosti i histriónskou a anxiózní.

Podobnost v obou souborech byla i v nepřítomnosti otce. Nepřítomnost otce je dle Hajného (2001) jedním z faktorů predisponující vznik závislosti. Rozdílný je ale též vliv otce na syny a dcery.

Vliv otce na syna je například ve formování charakteru a v jeho budoucím směřování, v budování identity a pomáhá v psychickém odpoutání od matky (Warshak, 2003). Zejména přehnané lpění na matce a neschopnost se od matky odpoutat byla zmíněna u několika mužů – respondentů, ale i u žen. Zároveň mají otci v procesu dospívání úlohu pomoci synovi vytvořit zdravé superego, které mu umožní zkonsolidovat své chování (Yablonsky, 1995). O vytvoření superega díky překonání oidipovského komplexu hovořil již Freud (1999). Nepřítomnost otce má též za následek neuznávání autorit (Fromm, 1996), což je další z charakteristik osob se závislostní poruchou osobnosti (Houbová, Praško, Preiss, 2004).

Vliv otce na dceru je dle Freuda (1999) podobný. I dívky dle něj prožívají kastrální úzkost, jen se oproti ztrátě penisu, jak tomu je u chlapců obávají ztráty lásky otce – muže (Barša, 2002), což poukazuje na neustálou neukojenou potřebu se k otci přiblížit, zalíbit se mu, získat jeho náklonnost. Na druhé straně se od tohoto pojetí odvrací kleiniánský přístup, jež tvrdí, že otec nemusí být přítomen, stačí, když je přijat jako jedna z primárních postav, následně stačí ženě identifikace s matkou pro zdravý vývoj a navázání bezpečných partnerských vztahů v dospělosti (Chodorová, 1979).

Nemusí se však jednat pouze o fyzickou či mentální nepřítomnost otce v rodině, dle Vaillanta (1983, 1995) se jako zásadní faktor při vzniku závislosti ukazuje též málo vřelý a jinak problematický vztah dítěte a otce.

U mužů se ukazuje fenomén, že negativní vztah s matkou vytváří prostředí pro vznik nejistých partnerských vztahů. To potvrzují i původní výzkumy Mary Ainsworth, která se v baltimorské studii zaměřila právě na vliv matky a způsobu její péče na utváření budoucích vztahů jedince. V těchto průzkumech vyšlo najevo, že pozitivní vztah s matkou přímo úměrně souvisí s následným jistým citovým poutem v partnerském vztahu (Kulísek, 2000).

Zejména u žen – respondentek je přítomen ve výpovědích často popis matky jako „pečující“, „úzkostná“, u mužů je to zase popis matky, která je chrání. Například M. Duncan Stanton (1982) vidí v těchto hyperprotektivních rodičích možnost rozvoje prostředí vhodného k vývoji závislostního chování. Oproti tomu ale výsledky výzkumu Vaillanta (1983) nepotvrdily hyperprotektivní rysy matek jako příčinný faktor vzniku závislosti.

U mužů se objevuje potřeba péče o matku, což popisuje Hajný (in Kalina, 2015) jako logický následek úzkostného prožívání celého vztahu matka X dítě, kdy může matka nadměrnou péčí a úzkostností dítě na jedné straně odrazovat, na straně druhé u něj vyvolávat pocit závazku a toho, že matku nemůže opustit a přestat se o ni starat. Extrémní lpění na matce a neschopnost se od ní odpoutat se objevuje i u ženského souboru.

U mužů se též objevuje nedostatečná mateřská autorita a přehnaná autorita otce. Dle Dudové (2008) má otcovská autorita regulativní vliv na chování syna, což má za jeho nepřítomnosti důsledek nerespektování mateřské autority, jelikož otec v rodinu funguje jako jistý „narázník“ a udavač hranic mezi synem a matkou.

Dalším z fenoménů, které se v diplomové práci ukázali je často zmiňovaná závislost jednoho z rodičů, a to u žen – respondentek, což je dle Steinglasse (1981) jeden z nesporných faktorů predisponující vznik závislosti u dítěte. Závislý rodič se tak může stát vzorem pro dítě, přičemž neustále se měnící nálady a postoje rodiče dítě stále dokola znejišťují, což má za následek celkovou nejistotu a nedůvěru v sebe sama v dospělém životě. Závislost u jednoho z rodičů by mohla znamenat i jistý genetický determinismus u souboru A (Šustková in Kalina, 2015). U těchto žen se též objevuje vyšší míra rozvodovosti než u mužů, což souhlasí se slovy Skály (1987), že rodiny s otcem závislým na alkoholu se jeví méně stabilní a vykazují vyšší rozvodovost.

V souboru B jsou otci často popisováni jako ti, kteří se snažili skrz své syny uspokojit své nenaplněné ambice a byly na ně nadměrně nároční, což je dle Hajného (2001) dalším ze znaků rodin, ve kterých se může objevovat závislost.

Zejména ženy popisují velkou angažovanost prarodičů z matčiny strany v jejich výchově a často nejasné mezigenerační vztahy. Dítě tak vyrůstá v nejistotě, bez definice jasných rolí v rodině, neustále se mění jeho kompetence, svoboda i odpovědnost. Extrémním narušením mezigeneračních vztahů je sexuální zneužívání v rodině, jež popisují dvě respondentky, jedna dokonce ze dvou různých generací, od dědečka a otce. Dle Cuskeyho (1979, in Kalina 2003) až 90 % závislých žen zažilo sexuální zneužívání v rodině.

U tří mužů se objevilo domácí násilí, u dvou žen sexuální zneužívání v rodině a u třech se objevuje sexuální násilí, nucená prostituce či znásilnění v rámci partnerských vztahů. Dle Yatese a Wilsona (2001) bylo zjištěno psychické, fyzické či sexuální zneužívání a násilí u 34 % závislých mužů a 90 % závislých žen.

U obou souborů byla jako velmi důležitá osoba babička z matčiny strany, což podkládá i řada autorů, například Chodorová (1979).

U žen i mužů se objevila řada pro ně důležitých témat, která jsou součástí genderově rozdílných témat dle Kooymana (in Kalina, 2015). U souboru A se jednalo o témata traumatizace v rodinných i partnerských vztazích, vnímání mužů jako potenciálně nebezpečných, znásilnění či nucená prostituce a fyzické násilí. U mužů se jednalo o témata agrese a její zvládnání, případně vyrovnání se s rolí násilníka, absence mužských vzorů, strach z emocí a intimity a problematický vztah k autoritám.

Dle výsledků výzkumu je též zřejmá častější traumatizace již z primární rodiny, se kterou se následně ženy snaží vypořádat právě skrz užívání. Užívání zpravidla započalo ve vztahu s uživatelem, pokud předtím respondentka užívala tak spolu s partnerem přešla na nitrožilní aplikaci, vztahem se následně užívání udržovalo a fixovalo, což například potvrzuje Heller a Pecinová (2007). V důsledku užívání následně došlo k retraumatizaci (znásilnění, sexuální násilí a podobně) a došlo tak ke zvýšené potřebě obrany, tím se často celý kruh závislosti a traumatu fixoval, vzniká tak závislost na traumatu (Kudrle, 2003). Dle Preslové (in Kalina, 2015) však může docházet k této traumatizaci vědomým výběrem partnera, že je podobný otci, či dědečkovi, který má nějaké vlastnosti, které mohou předpovídat například násilnické chování.

Výsledky citové vazby u mých respondentů v současném partnerském vztahu se však neshodují s tvrzením Bartholomew a Horowitz (1991), jež píšou, že partnerský attachment by měl být shodný s tím, jaký máme momentálně vůči primární attachmentové figuře. Dle

Fralehyho a Shavera (1999) se však jedná o jistý předpoklad toho, jak navazujeme vztahy, to by se mělo rovnat tomu, jaký attachment má dcera vůči otci a syn vůči matce.

U respondentek majících děti se objevuje to, že popisují, že je dítě „zachránilo“ před relapsem či nějakým rizikovým chováním v těžkých chvílích, kdy se rozhodovali, kam jejich život bude směřovat, to popisuje i Preslová (2003).

Zajímavý pohled do vztahu rodičů a dětí přináší Verena Kast (2013). Ta hovoří o tak zvaném negativním a pozitivním otcovském komplexu u ženy a u muže a stejně tak hovoří o mateřském komplexu. U mužů jsou negativní otcovské komplexy například reprezentovány silnou nadřazeností otce, kdy se synové cítí méněcennými, i když dělají vše nejlépe jak dokážou, nikdy nejsou dost dobří pro sebe ani pro otce, otec je v roli rivala vůči synovi, syn má pocit, že si soubojem musí otcovu přízeň vybojovat jeho poražením a nejintenzivnější pocity v tomto komplexu jsou pocity nicoty, obav ze vztahů, intimity a nepřijetí druhým člověkem. To vše velmi hezky shrnuje tolik zásadní vztah s otcem, který popsala většina respondentů ze souboru B. Negativní otcovský komplex u ženy se projevuje jako neustálé podceňování se, víra v to, že ostatní si také myslí, že nic nedokáže, přehnaná sebekritičnost a apel na výkon. Tyto ženy jsou citově osamělé, mají pocit, že k nikomu nepatří, a tak neustále hledají emoční nasycení, zároveň se ale od mužů cítí být neustále odmítány, mají pocit, že mají nedostatek ženskosti, že z nich nikdy nebude dobrá žena a matka, a tak neustále hledají nové vztahy, ve kterých jsou opakovaně zraňovány. I tento popis charakterizuje respondentky ze souboru A.

10. Etika a limity

Při přemýšlení nad etikou výzkumu jsem nejprve uvažovala nad etikou samotného záměru, jestli možná rizika výzkumu vykompenzuje možný přínos. Došla jsem k závěru, že vzhledem k tomu, že se jedná o klinický výzkum, přínos mít jistě bude. Dále jsem uvažovala nad etickým přístupem k respondentům, kde jsem dodržela hlavně dobrovolnost účasti ve výzkumu, informovala jsem všechny účastníky o výzkumném záměru a před každým rozhovorem jsem každému respondentovi vysvětlila, co se momentálně bude dít a na co se ho budu ptát. Zároveň jsem zmínila možnost od výzkumu kdykoliv odstoupit, či právo na jakoukoliv otázku neodpovídat. Též jsem se držela udržení anonymity respondentů, proto jsou některá sociodemografická data v textu práce pozměněna, stejně tak jsou vynechány výpovědi, jež by mohly přímo identifikovat konkrétní osobu. Při vše rozhovorech jsem se snažila ptát na otázky citlivě, pokud jsem vnímala křehkost některého z témat, a tak jsem se snažila cíleně nepoškodit žádného z respondentů. Též jsem se po celou dobu tvorby, analýzy i interpretace dat držela správnosti a pravosti dat. Víím, že se mi nedařilo udržet empatickou neutralitu při výzkumu, vzhledem k citlivosti některých z témat. Zamýšlela jsem se též nad svou vlastní bezpečností při provádění výzkumu. Snažila jsem se udržet hranice výzkumu v roli výzkumníka a respondenta. Vzhledem k tomu, že jsem jezdila k respondentům domů, o mé návštěvě vždy vědělo příslušné ambulantní zařízení, jež mi respondenta doporučilo.

Limity výzkumu jsou zejména v nedostatečné saturaci dat, vzhledem k pouhým deseti respondentům. Získaná data tak nemohou být generalizována, i přesto ale mohou být užitečná v klinické praxi, či pro rozšíření tohoto výzkumu. Vzhledem k tomu, že jsem celou práci vypracovávala sama, mohlo dojít k subjektivnímu zkreslení. Ideální by bylo, aby k větší objektivizaci jeden člověk dělal rozhovory a druhý je analyzoval. Taktéž může být limitem nepravdivost výpovědí respondentů, které mohou pozměnit výsledky. Limitem by mohlo být též využití alternativního skórovacího systému k analýze Adult Attachment Interview, a to Current Relationship Interview. Je sice k analýze využíván, lepší je ale originální skórovací systém, pro jehož získání a využití je ale potřebný výcvik. Limitem může být i vlastní překlad manuálu k Adult Attachment Interview a Current Relationship Interview, jež jsem využívala i ve své bakalářské práci, tento nedostatek jsem se ale snažila eliminovat porovnáním s překlady vzniklými v rámci prací Zuzany Loungauerové (2013) a Petry Schmiedové (2011). Dalším z limitů může být velké množství dat, jež jsem vedením dvou rozhovorů u každého respondenta získala, vyčerpala jsem jen částečné množství dat, které jsem potřebovala

k zodpovězení výzkumných otázek. Ze získaných dat by se dalo čerpat ještě pro tvorbu dalších prací.

11. Závěr

Cílem práce bylo porovnat podobnosti a rozdíly u mužů a žen se závislostní poruchou v jejich attachmentu, partnerských a rodinných vztazích a následná implikace výsledků pro využití v praxi.

Nejdůležitějším závěrem je, že jisté podobnosti mezi souborem A a souborem B jsou. Největší podobností mezi oběma soubory je citová vazba k otci, která u mých respondentů vychází jako faktor nejvíce predisponující jejich následnou závislostní poruchu. S tím souvisí i nepřítomnost otce, a to ať už fyzická, či pouze mentální, která se též mezi mými respondenty ukazuje jako faktor predisponující závislost. V práci se ukazuje souvislost mezi citovou vazbou vůči rodiči (zejména matce) a vůči partnerovi. Díky práci zjišťujeme jisté podobnosti v rodinných i partnerských vztazích respondentů souboru A a souboru B, které do jisté míry souhlasí s popsanou teorií v práci. Nejdůležitější podobnosti jsou nepřítomní otcí, vysoká rozvodovost rodičů respondentů, matky, jež nemají u svých dětí autoritu a jsou popisovány jako pečující, leč úzkostné či nejasně vymezené mezigenerační vztahy, jako jejichž nejzávažnější forma se ukazuje u souboru A incest. U souboru B se zase objevuje jako závažné narušení rodinných vztahů domácí násilí. Z výzkumu tedy vyplývá, že mezi respondenty je v hojné míře výskyt nějakých traumatických událostí souvisejících s rodinou či partnerskými vztahy, v důsledku nichž dochází následně i k možné retraumatizaci a tím se čím dál tím víc fixuje závislost na návykových látkách jako snaha o zmírnění nelibosti.

Zjištěné podobnosti mohou napomoci konzistentněji přemýšlet nad skupinou lidí se závislostní poruchou z hlediska citové vazby, rodinných a partnerských vztahů, což může napomoci v jejich terapii, tvorbě tematických skupin či rozšíření rodinné či párové terapie v rámci léčby závislosti. Znalost teorie attachmentu je dobrá pro odborníky pracující s lidmi se závislostí zejména kvůli pochopení vztahu jako jednoho z nejdůležitějších účinných faktorů psychoterapie, kdy při vyhledání terapeuta a navázání vztahu se u klienta nebo pacienta aktivuje vazebný systém a skrz samotný zdravý psychotherapeutický vztah tak může dojít k reparaci citové vazby. To potvrzuje i pozitivní efekt terapeutické komunity, jež funguje pro klienty jako náhradní rodina, na níž se mají navázat, prospívat v ní a následně se zdravě odloučit. I zde je velmi důležitým faktorem úzdravy vztahovost, a to nejen vůči terapeutům ale i mezi klienty navzájem.

V práci byla zjištěna ale i řada rozdílů mezi oběma výzkumnými soubory. Zejména se jednalo o subjektivní vnímání některých situací či věcí, jež na první pohled působily stejně. Největší

rozdíly byly v subjektivním vnímání otců u obou souborů a též byli subjektivně rozdílně vnímány matky, ač výsledky byly podobné. Oba soubory popisují rozdílně své potřeby v partnerských vztazích a též jinak popisují jejich prožívání a své zkušenosti s nimi. Tato zjištění mohou pomoci lépe definovat genderově citlivý přístup v léčbě, či jeho rozšíření o další samostatné služby pro konkrétní genderové skupiny. Z práce totiž vyplývá, že zaměření v rámci genderově citlivého přístupu se zaměřujeme zejména na ženy jako na specifickou cílovou skupinu. Pro muže přitom z práce vyplývá též velká řada specifických témat, která by mohla být využita pro jejich efektivnější léčbu, například větší zaměření na násilí zažívané v primární rodině a následné násilí iniciované samotným mužem, který toto násilí zažil v dětství. Otázkou ale zůstává, byly by takové programy muži využívány stejně, jako ty specificky pro ženy ženami, jelikož u žen je známé, že programy, v nichž je převážně ženská klientela přitahují další ženy.

Tato práce přináší do praxe hlubší vhled do problematiky attachmentu v souvislosti se závislostní poruchou a možnosti terapie zaměřené na attachment při práci s osobami se závislostí, která je zejména citlivá vůči vzájemnému vztahu klienta a terapeuta a doporučuje tak terapeutovi neustále revidovat, kde vztah je, jaké potřeby jsou v tomto vztahu syceny a jakou roli může terapeut v klientově životě hrát. Mimo to je ale možné v širším kontextu využít i metody, jež v této práci byly popsány jako nevyužitelné pro dospělé (AFFT, Dyadická vývojová terapie atp.). Využít se ale dají například v terapeutických komunitách pro matky s dětmi. Vzhledem k tomu, že například u žen se v této diplomové práci objevuje jako častý fenomén závislost u jednoho z rodičů, se dá předpokládat i jistý genetický determinismus a jestliže je jistá citová vazba protektivní faktor z hlediska duševního zdraví, je dobré využít tyto terapie zaměřené na attachment u těchto matek s dětmi pro zvýšení účinnosti léčby nejen pro matku ale i pro dítě. V praxi je možné mimo jiné i využít konkrétní metody zaměřené na léčbu závislosti z pohledu teorie attachmentu, které byly představeny a dříve je již publikovala Pavla Doležalová (2016) a je z nich srozumitelné, na co se u konkrétních osob s konkrétním typem citové vazby v rámci léčby závislosti zaměřit. Práce přináší propojení teorie a praxe, které je cenné a využitelné v klinické práci.

Vzhledem k různému vztahování se mužů a žen vůči matkám a otcům, potažmo ženám a mužům se opět vynořuje důležitost genderově vyváženého personálu v adiktologických službách, v nichž je momentálně větší množství žen. Tento fenomén je viděn již na akademické půdě u studentů adiktologie. Otázkou zůstává, jak obor pro muže víc zatraktivnit.

Práce je vzhledem k danému tématu velmi malá, a tak by bylo užitečné rozšířit výzkum například na větší počet respondentů. Možnost by byla i rozšířit samotnou tuto práci a vyčerpat veškerá data získaná rozhovory a získat tak ještě širší přehled a propojení všech vstupujících informací. Zajímavé by bylo v budoucnu například zkoumat přímo účinnost terapie zaměřené na attachment u osob se závislostní poruchou.

12. Seznam zdrojů

1. Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 319–335). The Guilford Press.
2. Ainsworth, M. D. S. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. In Parkes, C. M., & Stevenson – Hinde, J. (Eds.), *The place of attachment in human behaviour* (3-30). New York: Basic Books.
3. Arbitr, N. (2004). Tending the Heart's Garden. Women in the Therapeutic Community. In: Salas L.E. (ed.) *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Proyecto Hombre. P. 33-42.
4. Bacal, H. A. (1985). Optimal responsiveness and the therapeutic process. In A. Goldberg (Ed.), *Progress in self psychology*. New York, NY, US: The Guilford Press Vol. 1, 202-227.
5. Barša, P. (2002). *Panství člověka a touha ženy : feminismus mezi psychoanalýzou a poststrukturalismem*. Praha, Sociologické nakladatelství.
6. 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(2), 226-244.
7. Bernard, M. (2011). *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton.
8. Blum, K., Cull, J., G., Braveman E., R., Comings D., E. (1996b). Reward Deficiency Syndrome. *American Scientist* 84, 132-145.
9. Bowlby, J. (1990). *Child care and the growth of love*. London: Penguin Books.
10. Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
11. Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
12. Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and Prospect. *New York, American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 52, Iss. 4, 664-678.
13. Brisch, K., H. (2011). *Poruchy vztahové vazby: Od teorie k terapii*. Praha: Portál.
14. Bühringer, G., & Platt, J. (1992). *Drug Addiction Treatment Research: German and American Perspectives*.

15. Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, NY, US: The Guilford Press.
16. Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd ed.)*. New York, NY, US: The Guilford Press.
17. Colin, Virginia L. (1996) *Human attachment*. New York: McGraw-Hill
18. Cook A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2003). *Complex trauma in children and adolescents: White paper*. Allston, MA: National Child Traumatic Stress Network, Complex Trauma (NCTSN) Task force.
19. Crowell, J., Fraley, R., Shaver, P. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. 88. 599-634.
20. Crowell, J. & Owens, G. (1998) *Manual For The Current Relationship Interview And Scoring System. Version 4*. Retrieved (current date) from http://ww.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/cr_i_manual.pdf.
21. De Leon, G. (2004). *Therapeutic Communities: Research-Practice Reciprocity*. In: Salas L.E. (ed.) *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Proyecto Hombre. P. 112-127
22. De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. New York: Springer Publishing Company.
23. Di Chiara G. (1999). Drug addiction as dopamine-dependent associative learning disorder. *European journal of pharmacology*, 375(1-3), 13–30.
24. Doležalová, P. (2016). Perspektiva teorie citové vazby v léčby závislostí dospělých klientů. *Adiktologie*, 16(3), 236–244
25. Dudová, R. (2008). *Otcovství po rozchodu rodičovského páru*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
26. Eisenberg, N., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Guthrie, I.K., Murphy, B.C., & Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child Development*, 70, 513-534.
27. Ettorre E. (1992). *Women and substance use*. Palgrave Macmillan.
28. Feeney, J. & Noller, P. (1990). Attachment Style as a Predictor of Adult Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. 58. 281-291.
29. Feeney, J. A. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (pp. 355–377)*. The Guilford Press.

30. Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother – infant bonding. *Psychological Science*, 18, 965 – 970.
31. Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Lanham, Maryland: The Rowmann and Littlefield Publishing Group, Inc.
32. Fraley, R. & Shaver, Phillip. (2000). *Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions*. *Review of General Psychology*. 4. 132-154.
33. Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Loss and bereavement: Attachment theory and recent controversies concerning "grief work" and the nature of detachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 735–759). The Guilford Press.
34. Freud, S. (1999). The “Uncanny”. In S. Freud (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVII (1917-1919): An Infantile Neurosis and Other Works* (pp. 217-256). London: Vintage.
35. Fromm, E. (1996). *Lidské srdce*. Praha: Český klub.
36. Galanter, M., & Kleber, H. D. (Eds.). (1994). *The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment*. American Psychiatric Association.
37. Giddens, A. (2001). *Sociologie*. Praha: Argo.
38. Granot, D., Maysel, O. (2010). Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*. November 1. 530-541.
39. Habermas, J. (2003). *Budoucnost lidské přirozenosti*. Praha: Filosofia.
40. Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada
41. Hawkins, J. & Catalano, Richard & Miller, Janet. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological bulletin*. 112. 64-105.
42. Hitchcock, H., C., Stainback, R.D., Roque, G. M. (1995). Effects of halfway house placement on retention of patients in substance abuse aftercare. *American Journal. Drug Alcohol Abuse*, 21 (3), 379-390.
43. Houbová, P., Praško, J., & Preiss, M. (2004). *Vyhýbavá porucha osobnosti - diagnostika a kognitivně-behaviorální terapie*. *Solen*, 9(4), 179-185

44. Haseltine, P. F. (2000). Gender Differences in Addiction and Recovery. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine* Vol. 9, Iss. 6, 579-583.
45. Heller, J., Pecinovská, O. (2007). Léčba závislostí u žen. Referátový výběr z psychiatrie. Roč. 6, Speciál II/2007, s. 56-58.
46. Hughes D., Baylin J. (2016). *The Neurobiology of attachment focused therapy – enhancing connection and trust in the treatment of children and adolescents*. New York: W.W. Norton and Company.
47. Chodorow, N.J. (1979). Gender, relation and difference in psychoanalytic perspective. In *Feminism and Psychoanalytic Theory*. New Haven: Yale University Press, 99-113.
48. Kalina, K. (2000), *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*. Praha: Inverze/Sananim.
49. Kalina, K. (2003), *Drogy a drogové závislosti I., II*. Praha: Úřad vlády ČR
50. Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
51. Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada
52. Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
53. Karen, R. (1994). *Becoming attached: First relationships and how they shape our capacity to love*. New York: Oxford University Press.
54. KARSTEN, H. (2006). *Ženy – muži. Genderové role, jejich původ a vývoj*. Praha: Portál.
55. Kast, V. (2013). *Otcové – dcery, matky – synové. Práce s rodičovskými komplexy jako cesta k vlastní identitě*. Praha: Portál.
56. Khantzian, E. J. (1982). Psychopathology, psychodynamics & alcoholism. In Pattison, E. M. & Kaufman, S. E. (Eds.), *Encyclopedic handbook of alcoholism* (581 – 597). New York: Gardner Press.
57. Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard review of psychiatry*. 4. 231-44.
58. Kohut, H. (1971). *The analysis of the Self*. New York: International University Press.
59. Kohut, H. (1972) *Thoughts on Narcissism and Narcissistic Rage*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 360-400.
60. Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. University of Chicago Press.
61. Koob, G.F. & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24, 97-129.

62. Kooyman, M. (1993). The therapeutic community for addicts. Intimacy, parents involvement and treatment succes. Lisse (The Netherlands): Swets and Zeitlinger.
63. Kopečková, Y. (2007). Následná péče v doléčovacích zařízení pro osoby závislé na nealkoholových drogách. Nepublikovaná bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
64. Kotkova, V. (2009) Ženy na detoxu. In: Preslová, I. and Maxová, V., (Eds.) Ženy a drogy, sborník odborné konference, Praha, 15-16/4/2009, Praha: Sananim
65. Kuda, A. (2001). Následná péče, doléčovací programy. In Kalina, K. a kol., Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR, 208-214.
66. Kuda, A. (2008). Sociální rehabilitace a následná péče. In Kalina, K. a kol., Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, 215-224.
67. Kudrle, S. (2003). Trauma a závislost. In. Kalina, K. & kol., Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 130-134.
68. Kulísek, P. (2000). Problémy teorie raného citového přilnutí (attachment). Československá psychologie, roč. 44, č. 5, s. 404-423
69. Lacinová, L. (2015). Teorie citové vazby v psychoterapii dospělých. Psychoterapie. Masarykova univerzita. roč. 9, č. 2, s. 68-76.
70. Lachlan, A., McWilliams, & Bailey, S., J. (2010). Associations Between Adult Attachment Ratings and Health Conditions: Evidence From the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology* 29(4), 446–453.
71. Langmeier, J., Matějček, Z. (2011). Psychická deprivace v dětství. Praha: Karolinum.
72. Langmeier, J., Krejčířová, D. (1998). Vývojová psychologie. Praha: Grada.
73. Le Moal, M., & Koob, G.F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 377-393.
74. Leshner, A. (1997). Addiction is a Brain Disease, and it Matters. *Science*, 278(5335), 45-47.
75. Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J. W., & Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(2), 197-207.
76. Levy, K. N., & Blatt, S. J. (1999). Attachment theory and psychoanalysis: Further differentiation within insecure attachment patterns. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 541–575.

77. Longauerová, Z. (2013). Zkoumání attachmentu metodou AAI. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce: Soukupová, Tereza.
78. Mallinckrodt, B., Daly, K., & Wang, C.-C. D. C. (2009). An attachment approach to adult psychotherapy. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 234–268). The Guilford Press.
79. Martens, J. (2004). Gender approach in the work with female residents in our standard therapeutic communities for drug addicts. P. 128-133 in: Salas, L.E. (ed.) *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Proyecto Hombre.
80. Matějček, Z. (1994). *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál.
81. Matějček, Z., Dytrych, Z. (1994). *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén.
82. Matějček, Z. (1994). *Co děti nejvíce potřebují*. Praha: Portál.
83. Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J. (1997). *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Psychiatrické centrum.
84. McLatchie, B. H., & Lomp, K. G. (1988). Alcoholics Anonymous affiliation and treatment outcome among a clinical sample of problem drinkers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14(3), 309–324.
85. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY, US: Guilford Press.
86. Mikulincer, M. & Shaver, P. (2012). *An Attachment Perspective on Psychopathology*. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*.
87. Mioviský, M. (2006). *Kvantitativní přístup a metody psychologického výzkumu*. Praha: Grada publishing, a.s.
88. Najavits, L. M. (2007). Seeking safety: An evidence-based model for substance abuse and trauma/PTSD. In K. A. Witkiewitz & G. A. Marlatt (Eds.), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 141–167). Elsevier Academic Press.
89. Nevšímal, P. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I., II*. Středočeský kraj/ Hlavní město Praha/ Magdaléna, o.p.s.
90. Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
91. Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349.
92. Oakley, A. (2000). *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál.

93. Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
94. Preslová, I. (2003). Drogově závislé matky a jejich děti. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 9/4. Praha: Úřad vlády ČR.
95. Raby, K. L., Martin, J., Labella, M. H., & Roisman, G. I. (2017). Childhood abuse and neglect, attachment states of mind, and non-suicidal self-injury. *Attachment & human development*, 19(5), 425–446.
96. Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. a kol. (2008), *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 369-385.
97. Riegel, K.D., Kalina, K., Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: Diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál.
98. Seibert, A. C., & Kerns, K. A. (2009). Attachment figures in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 33(4), 347–355.
99. Shaffer, D. R. and Kipp, K. (2010). *Developmental psychology: childhood and adolescence*. 8th ed. Belmont: Wadsworth.
100. Shaver, P., Hazan, C. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524.
101. Shaver, P., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment. In R. J. Sternberg & M. L. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 68–99). Yale University Press.
102. Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Kustner, U., & Eckert. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7, 207-228
103. Schmidt, L. A. (2007). *An Equal Right to Addiction*. San Francisco: University of Carolina, School of Medicine.
104. SCHMIEDOVÁ, P. (2011). *Podoba attachmentu u potomků matek se schizofrenií*. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Soukupová, Tereza.
105. Schore, A. N. (2002). The Neurobiology of Attachment and Early Personality Organization. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 16(3), 249–263.
106. Schütz, A. (1998). Assertive, offensive, protective, and defensive styles of self-presentation: A taxonomy. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 132(6), 611–628.

107. Siegel D. J. (1999). *The developing mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York, London: Guilford Press.
108. Skála, J. a kol. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.
109. Slade, A. (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: research and clinical perspectives. In J. Cassidy & P. Shaver (eds.), *The Handbook of Attachment Theory, Research, and Clinical Applications* (383-416). New York: Guilford Publications.
110. Spitzer, M. (2003). *Verdacht auf Psyche. Grundlagen, Grundfragen und Grundprobleme der Nerveheilkunde*. Stuttgart: Schattauer.
111. Spitzer, M. (2004). *Selbstbestimmen. Gehirnforschung und die Frage: Was sollten wir tun?* Heidelberg: Spektrum.
112. Stanton Duncan, M., Todd, C. T. (1982). *Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. Guilford Press.
113. Steinglass P. (1981). The impact of alcoholism on the family. Relationship between degree of alcoholism and psychiatric symptomatology. *Journal of studies on alcohol*, 42(3), 288–303.
114. Straussner, S. L. A. (2011). Children of substance-abusing parents: An overview. In S. L. A. Straussner & C. H. Fewell (Eds.), *Children of substance-abusing parents: Dynamics and treatment* (pp. 1–27). Springer Publishing Company.
115. Stuchlíková, I., Prokešová, L., Krejčí, M. (2005). *Zvládání emočních problémů školáků*. Praha: Portál.
116. Substance Abuse Program Office (2001). *Substance aftercare and post treatment follow up guidelines*. Florida Department of Children and Families.
117. Štefánková, Z. (2005). Citová väzba v detstve a adolescencii vo vzťahu k emocionálnej regulácii. *Československá psychologie*, 49, 5, 432-445.
118. ŠUBOVÁ, M. (2014) *Hledání identity osob s poruchou attachmentu a možnosti intervence*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta pedagogická. Ústav speciálněpedagogických studií.
119. TCC (2006). *Therapeutic Community Curriculum. Trainers Manual*. SAMHSA News 13 (3). Washington D.C.: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration.
120. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.

121. UNODC (2004). Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lesson learned. United Nation Office on Drugs and Crime – Drug Abuse Toolkit Serie. New York/Vienna: United Nations
122. Vágnerová, M. (1997). Psychologie problémového dítěte. Praha: Karolinum.
123. Vágnerová, M. (2000). Vývojová psychologie. Praha: Portál.
124. Vaillant, G. E. (1983). Natural History of Male Alcoholism V: Is Alcoholism the Cart of the Horse to Sociopathy? *British Journal of Addiction*. Vol. 78, Iss. 3. 317-326.
125. Vaillant, G. E. (1995). *The natural history of alcoholism revisited*. Harvard University Press.
126. Valdřová, J. (2006). Gender a společnost Univerzita. Filozofická fakulta.
127. Vavrda, V. (2005). Otázky soudobé psychoanalýzy. Lidové noviny.
128. Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Telang, F. (2011). Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(37),
129. Vrtbořská P. (2010). O ztraceném dítěti a cestě do bezpečí. Sdružení SCAN.
130. Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. Guilford Press.
131. Warshak, R. (2003). Rozvodové jedy. Praha: Triton.
132. Weiss, R. S. (1982). Issues in the study of loneliness. In L. E. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 71- 80). New York: John Wiley.
133. Yablonski, L. (1995). Otcové a synové – o nejnáročnějším rodinném vztahu. Praha: Portál.
134. Yates, R., Wilson, J. (2001). The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change. In: Rawlings, B., Yates, R. (Eds.). *Therapeutic Community for the Treatment of Drug Users*. Chapter 10. London: Jessica Kingsley Publ.
135. Zimmermann, P. (1999a). Emotionsregulation im Jugendalter. In Friedelmeier, W., Holodynski, M. (Eds.), *Emotionale Entwicklung: Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext* (219-240). Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft.
136. Zimmermann, P. (1999b). Structure and functions of internal working models of attachment and their role for emotion regulation. *Attachment and Human Development*, 1, 55-71

13. Seznam tabulek

Tabulka 1 - Typy stavů mysli v dospělosti	26
Tabulka 2: Model citové vazby dle Bartholomew a Horowitz (1991, str.227).....	33
Tabulka 3: Přístupy vhodné pro kategorii F	35
Tabulka 4: Přístupy vhodné pro kategorii Ds.....	35
Tabulka 5: Přístupy vhodné pro kategorii E.....	36
Tabulka 6: Přístupy vhodné pro kategorii U/d	36
Tabulka 7: Genderově specifická témata (Kooyman, 2005; TCC, 2006 in Kalina, 2015)	50
Tabulka 8: Značení kategorií stavů mysli v dospělosti dle CRI a dle AAI.....	62
Tabulka 9: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI - Aneta.....	68
Tabulka 10: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Aneta).....	69
Tabulka 11: Výsledná klasifikace - Aneta	70
Tabulka 12: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Michaela).....	70
Tabulka 13: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Michaela)	71
Tabulka 14: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Michaela).....	72
Tabulka 15: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Michaela)	72
Tabulka 16: Výsledná klasifikace – Michaela	72
Tabulka 17: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Pavla).....	72
Tabulka 18: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Pavla)	73
Tabulka 19: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Pavla).....	74
Tabulka 20: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Pavla)	74
Tabulka 21 - Výsledná klasifikace – Pavla	75
Tabulka 22: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Štěpánka)	75
Tabulka 23: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Štěpánka)	75
Tabulka 24: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Štěpánka).....	77
Tabulka 25: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Štěpánka).....	77
Tabulka 26: Výsledná klasifikace – Štěpánka.....	77
Tabulka 27: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Zora)	77
Tabulka 28: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Zora).....	77
Tabulka 29: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Zora).....	79
Tabulka 30: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Zora).....	79
Tabulka 31: Výsledná klasifikace – Zora.....	79
Tabulka 32: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Matouš).....	80
Tabulka 33: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Matouš)	80
Tabulka 34: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Matouš)	81
Tabulka 35: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Matouš)	82
Tabulka 36: Výsledná klasifikace – Matouš	82
Tabulka 37: Slova reflektující vztah k rodičům dle AAI (Patrik).....	82
Tabulka 38: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Patrik).....	82
Tabulka 39: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Patrik).....	84
Tabulka 40: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Patrik).....	84
Tabulka 41: Výsledná klasifikace Patrik.....	84

Tabulka 42: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Kvído).....	84
Tabulka 43: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Kvído)	85
Tabulka 44: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Kvído)	86
Tabulka 45: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Kvído)	86
Tabulka 46: Výsledná klasifikace – Kvído	86
Tabulka 47: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Josef).....	87
Tabulka 48: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Josef)	87
Tabulka 49: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Josef)	88
Tabulka 50: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Josef)	88
Tabulka 51: Výsledná klasifikace – Josef	89
Tabulka 52: Slova reflektující vztah s rodiči dle AAI (Viktor)	89
Tabulka 53: Přidělené skóry ke vztahu s rodiči dle CRI (Viktor).....	89
Tabulka 54: Slova reflektující vztah s partnerem dle CRI (Viktor).....	90
Tabulka 55: Přidělené skóry ke vztahu s partnerem dle CRI (Viktor).....	90
Tabulka 56: Výsledná klasifikace – Viktor	91
Tabulka 57: Typy stavů myslí všech respondentů vůči rodičům a partnerovi.....	99