

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

Vztah mezi citovou vazbou a aspekty duševního zdraví adolescentních dívek
v institucionální výchovné péči

Relationship between Attachment and Aspects of Mental Health
of Adolescent Girls in Institutional Educational Care

PhDr. Pavla Doležalová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Věra Vojtová Ph.D.

Studijní program: Pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Rok odevzdání: 2018

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma *Vztah mezi citovou vazbou a aspekty duševního zdraví adolescentních dívek v institucionální výchovné péči* vypracovala pod vedením školitelky samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 13. 3. 2018

.....

Pavla Doležalová

Poděkování

Ráda bych vyjádřila poděkování lidem, bez jejichž podpory a přispění by tato práce nevznikala.

Předně děkuji řediteli PhDr. Janu Tomanovi a dalším ředitelům zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a preventivně výchovné péče pro adolescentní dívky za podporu realizace studie. Děkuji rovněž klientkám, které participovaly na této výzkumné studii.

Poděkování patří paní doc. PhDr. Věře Vojtové Ph.D. za odborné vedení práce.

Děkuji Mgr. Zbyňkovi Zichovi, Ph.D. za inspirativní podněty a hluboké filozofické diskuse a Mgr. Ladislavu Kázmérovi za cenné podněty a odbornou pomoc při statistickém zpracování dat.

Děkuji za podporu Antonio Ferrara.

V neposlední řadě děkuji přátelům, kolegům a rodině za trpělivost.

Pavla Doležalová, dne 13. 3. 2018 v Praze

ABSTRAKT

Souvislost citové vazby a vybraných aspektů duševního zdraví není dostatečně teoreticky a výzkumně pokryta. Následující disertační práce přispívá k překlenování uvedeného nedostatku tím, že zkoumá prevalenci citové vazby adolescentních dívek žijících v institucionální výchovné péči v České republice a analyzuje typy citové vazby těchto dívek k blízkým osobám, především k rodičům a souvislosti s určitými faktory jejich duševního zdraví.

Cílem práce je zmapovat a analyzovat souvislosti citové vazby a vybraných faktorů duševního zdraví u sledovaných dívek a navrhnout schématický model rizikových indikátorů duševního zdraví.

Disertační práce se sestává z části teoretické a empirické. V teoretické části jsou analyzovány a shrnuty poznatky vztahující se k citové vazbě a vybraným aspektům duševního zdraví, především k traumatu a disociativním stavům, k sebevražednému chování, užívání návykových látek nebo k resilienci. V části empirické jsou prostřednictvím výzkumného nástroje ECR–RS zjišťovány typy citové vazby u sledovaných dívek k blízkým osobám a analyzovány souvislosti s rizikovými fenomény duševního zdraví pomocí dalších nástrojů.

Na základě zjištěných poznatků, jež jsou v diskusní části práce reflektovány navrhuje autorka schématický model rizikových indikátorů duševního zdraví. Dále shledává, že se jedná o vysoce vulnerabilní skupinu adolescentních dívek, u které lze zlepšovat kvalitu života nasycováním jejich specifických potřeb, posilováním resilientní adaptace a jistých interpersonálních vztahů vhodnými mezioborovými intervencemi a podporami v kontextu současného systému institucionální výchovné péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

citová vazba; trauma; disociativní stavy; sebevražedné chování; užívání návykových látek; životní spokojenost; sebehodnocení; indikátory rizik duševního zdraví

ABSTRACT

The topic of interconnection between attachment and selected aspects of mental health has not been sufficiently covered yet, both on the theoretical and research level. The following dissertation contributes to bridging this gap by examining the attachment prevalence among adolescent girls in institutional educational care in Czech Republic and analyzing the attachment types of these girls to their close people, especially parents, and relationship with certain factors of their mental health.

The aim of this dissertation is to map and analyze connection between attachment and selected factors of mental health of the monitored girls and to suggest a schematic model of the risk indicators of mental health.

The dissertation consists of theoretical and empirical part. The theoretical part analyzes and summarizes the knowledge related to attachment and selected aspects of mental health, especially to trauma and dissociation states, suicidal behaviour, substance use, or resilience. The empirical part identifies the attachment type of monitored girls with the help of ECR-RS – research tool and analyzes the connections with the risk phenomena of mental health with the help of other tools.

Based on the acquired data reflected in the discussion part of the dissertation, the author suggests a schematic model of the risk indicators of mental health. Besides that, she comes to conclusion that the quality of life of the highly vulnerable group of adolescent girls can be increased by satisfying their specific needs and empowering their resilient adaptation and certain interpersonal relationships with the help of appropriate interdisciplinary interventions and supportive tools within the context of the current institutional educational care system.

KEYWORDS

attachment; trauma; dissociation states; suicidal behaviour; substance use; life satisfaction; self-assessment; risk indicators of mental health

Obsah

ÚVOD.....	10
1 SEZNÁMENÍ S TEORIÍ CITOVÉ VAZBY	14
1.1 Východiska a vývoj teorie citové vazby	14
1.2 Význam citové vazby v dětství a dospělosti	17
1.2.1 Citová vazba v dětství	17
1.2.2 Citová vazba a epigenetika	19
1.2.3 Fenomén jistoty a důvěry	20
1.3 Citová vazba v dospělosti	22
1.4 Styly citové vazby v dospělosti	25
1.5 Terminologická nejednotnost	31
2 ASPEKTY RESILIENCE A CITOVÉ VAZBY	33
2.1 Význam resilience.....	33
2.2 Resilience a duševní zdraví.....	34
2.3 Vývojový model rámce resilience	35
2.3.1 Protektivní faktory.....	35
2.3.2 Resilientní charakteristiky	37
2.3.3 Nepříznivé okolnosti	40
2.3.4 Positivní adaptace	41
2.3.5 Resilience a životní spokojenost	43
3 TRAUMA A CITOVÁ VAZBA	45
3.1 Definice traumatu	45
3.2 Traumatická událost a neurologické aspekty	46

3.3	Faktory ovlivňující zranitelnost senzitivních jedinců	46
3.3.1	Trauma a externalizované a internalizované chování.....	47
3.3.2	Trauma a užívání návykových látek	48
3.3.3	Trauma a sebemedikace.....	49
3.4	Vývojové trauma a citová vazba.....	50
3.4.1	Fenomén komplexního vývojového traumatu	51
3.5	Posttraumatická stresová porucha.....	53
3.6	Disociativní porucha spojená s traumatem	55
5.6.1.	Symptomy disociativní adaptace na trauma	56
3.7	Sebevražedné chování.....	58
4	CHARAKTERISTIKY ADOLESCENTNÍCH DÍVEK	
	V INSTITUCIONÁLNÍ VÝCHOVNÉ PÉČI	61
4.1	Důvody umisťování adolescentních dívek do zařízení institucionální výchovné péče	61
4.2	Vulnerabilita dívek žijících v zařízení institucionální výchovné péče	63
4.3	Fenomén užívání návykových látek u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči	64
4.4	Obecné potřeby adolescentních dívek, umístěných v institucionální výchovné péči	65
4.5	Specifické potřeby adolescentních dívek.....	67
5	VÝZKUMNÁ STUDIE.....	71
5.1	Představení výzkumné studie.....	71
5.2	Formulace výzkumného jevu	73
5.3	Výzkumné cíle empirické části práce, výzkumné analýzy	73
5.4	Metodologie	76

5.4.1	Průběh výzkumného šetření.....	76
5.4.2	Etické aspekty.....	80
5.4.3	Přehled použitých výzkumných nástrojů.....	80
5.4.4	Popis použitých výzkumných nástrojů:	81
5.4.5	Procedura zpracování dat.....	87
6	ANALÝZY VÝZKUMNÝCH POZNATKŮ	88
6.1	Výzkumné analýzy	88
6.1.1	Citová vazba	88
6.1.2	Návykové látky.....	94
6.1.3	Životní spokojenost a sebehodnocení.....	99
6.1.4	Sebevražedné chování	109
6.1.5	Traumatické události	111
6.1.6	Disociativní stavy	114
7	VÝSLEDKY EMPIRICKÉHO VÝZKUMU A DISKUSE	116
7.1	Výsledky empirického výzkumu studie.....	117
7.1.1	Zjištění specifických typů citové vazby u dívek v institucionální výchovné péči	117
7.1.2	Analýza souvislostí typu citové vazby s rizikovými fenomény duševního zdraví.....	118
7.1.3	Vytvoření schématického modelu indikátorů duševního zdraví u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči	124
7.2	Limitace výzkumu	126
7.3	Doporučení vyplývající z výzkumné studie.....	127
	ZÁVĚR.....	129
	Seznam použitých informačních zdrojů	132

Seznam vybraných nejpoužívanějších zkratk	151
Seznam tabulek.....	152
Seznam grafů	155
Seznam schémat	156
Seznam příloh a přílohová část.....	157

ÚVOD

Předkládaná disertační práce je inspirována autorčinou dlouholetou zkušeností se systémově koncepční, terapeutickou i výzkumnou prací týkající se prevence, léčby a vzdělávání dětí a dospělých s problémy v oblasti závislostí a duševního zdraví.

Na základě poznatků získaných zejména ze studia zahraniční literatury a v jejich porovnání se současnou praxí jsme si vědomi systémových mezer v kvalitě služeb a v pedagogickém přístupu v zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a preventivně výchovné péče (dále jen „institucionální výchovná péče“).¹

V této disertační práci hodláme přispět výzkumnými poznatky k analyzování typů citové vazby v souvislosti s faktory duševního zdraví u adolescentních dívek žijících v institucionální výchovné péči. Využíváme zde mimo jiné část dat získaných v rámci projektu *Prevence psychosociálních rizik nezletilých žen a matek s rizikovým chováním prostřednictvím korekce vztahové vazby* – tento dvouletý projekt byl grantově podpořen MŠMT ČR.²

Poznatky z této disertační práce přispívají k informované praxi, tedy ke zkvalitnění služeb v oblastech prevence a speciálně-pedagogického, zejména etopedického přístupu. Zkvalitněním služeb zde myslíme zvýšení úrovně prevence a terapeutických intervencí, dále pak provádění pravidelného monitoringu rizikových indikátorů duševního zdraví; v neposlední řadě můžeme hovořit též o využití tohoto výzkumu ve smyslu podpoření systémových změn v institucionální výchovné péči. Zkvalitnění služeb by mělo přirozeně vést ke zlepšení kvality života adolescentních dívek v institucionální výchovné péči, a tak pozitivně ovlivnit aspekty duševního zdraví těchto dívek v jejich budoucím životě.

¹ Zdroje teoretických a empirických poznatků: Při vypracovávání této práce byly využívány zahraniční databáze (např. Pub Med) a zahraniční i české odborné prameny.

² Výzkum probíhal v letech 2016 a 2017 na základě získání grantové podpory z MŠMT ČR - č. 0057/PP/2016. Název projektu zněl: *Prevence psychosociálních rizik nezletilých žen a matek s rizikovým chováním prostřednictvím korekce vztahové vazby*.

Složitost a rozsah komplikací duševního zdraví těchto dívek jednoznačně vyžaduje holistický přístup, bez něhož by intervence zaměřené na poruchy chování a emocí byly velmi limitované. Potřeba holistického odborného pohledu na člověka (klienta – adolescentní dívka v institucionální výchovné péči) vyžaduje multidisciplinární propojení oborů a inovativní přístupy. Vysvítá zde nutnost hledání mostů k pochopení aspektů vzdělávání, duševního zdraví a nacházení co možná nejefektivnějších podpor směřujících k posílení jisté citové vazby, spokojenosti se životem, resilience nebo minimalizace dopadů vyplývajících z rizikového chování u těchto vulnerabilních dívek.

Vzhledem k výrazným problémům těchto dívek v interpersonální a intrapersonální sféře se zdá vhodné zaměřit pozornost na teorii citové vazby a její implementaci do praxe. Zde stojí za povšimnutí, že část dívek žijících v institucionální výchovné péči jsou nezletilé matky, u nichž je třeba zvláště rozvíjet rodičovské dovednosti a posilovat kvalitu jisté citové vazby mezi matkou a dítětem, jež je zásadní pro budoucí život dětí.

Teorie citové vazby tak představuje nosné teoretické zázemí, díky němuž můžeme jednak porozumět vzájemným interpersonálním a intrapersonálním vztahům, ale také rizikovému chování a psychopatologii, jež by dříve zůstávaly nepovšimnuty. Teorie citové vazby totiž umožňuje nahlédnout, že na pozadí jejich rizikového chování a problému v duševním zdraví stojí raná vývojová traumata spojená s nejistými typy citové vazby. Proto se zdá být nezbytné, aby výchovně-pedagogické přístupy více zohledňovaly poznatky z oblasti problematiky citové vazby, jež umožňují zkvalitnění péče o tyto dívky a zlepšení spokojenosti v jejich budoucím životě.

Níže uvedeným výzkumem by autorka ráda přispěla k celkovému rozpracování tematiky citové vazby a vybraných aspektů duševního zdraví, která u nás není dostatečně výzkumně pokryta. To se týká zejména adolescentních dívek žijících v institucionální výchovné péči.

Je zajímavé, že celopopulační školní studie, například mezinárodní srovnávací studie ESPAD³, vůbec nepokrývají institucionální výchovnou péči. To znamená, že u této skupiny

³ Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Úřad vlády České republiky, Praha.

vulnerabilních dívek, ale i chlapců, nejsou sledovány určitá data a významné faktory duševního zdraví a životního stylu, ani faktory spokojenosti se životem či faktory spojené s užíváním návykových látek. Rovněž není zmapovaná prevalence citové vazby u klientů ve stávajícím systému institucionální výchovné péče.

Na základě výše uvedeného formulujeme záměr disertační práce: Jejím úkolem je zmapovat souvislosti citové vazby s vybranými fenomény duševního zdraví a navrhnout schématický model rizikových indikátorů duševního zdraví u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči.

Aby bylo možné realizovat uvedený záměr, stanovujeme následující cíle:

1. Teoretické cíle:

Cílem teoretické části práce je analyzovat a shrnout poznatky vztahující se k citové vazbě a vybraným aspektům duševního zdraví, například k traumatu, k disociativním stavům, k sebevražednému chování, užívání návykových látek a též k resilientnímu chování.

2. Empirické cíle:

V oblasti empirického výzkumu a v souvislosti s jeho interpretací půjde především o A. zjištění specifických typů citové vazby u dívek v institucionální výchovné péči;

B. analyzování souvislostí typu citové vazby s rizikovými fenomény duševního zdraví;

C. na základě zjištěných poznatků vytvoření schématického modelu rizikových indikátorů duševního zdraví u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči.

Souhrnně lze tedy konstatovat, že v následující práci půjde především o:

A. shrnutí významných teoretických poznatků týkajících se citové vazby a vybraných fenoménů souvisejících s riziky v duševním zdraví u cílové skupiny adolescentních dívek;

B. zmapování prevalence typů citové vazby u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči; samotné mapování se bude soustředit především na

- pochopení faktorů stojících v pozadí jednotlivých typů citových vazeb u dívek;
- identifikování souvislostí mezi citovou vazbou a faktory duševního zdraví;⁴

C. vytvoření schématického modelu, který bude navrhovat rizikové indikátory duševního zdraví, jež lze systémově sledovat, analyzovat jejich souvislosti a konsekvence. Při systémovém mapování a analyzování těchto navržených indikátorů rizik duševního zdraví u dívek v institucionální výchovné péči lze následně efektivněji nastavit prevenci a včasnou pedagogicko-terapeutickou intervenci, stejně jako podpořit systémové změny.

Následující práce opírající se o výzkumné šetření se přirozeně sestává z části teoretické a části empirické. Část teoretická je rozvržena tak, aby v logické následnosti pokryla základní tematické okruhy výzkumného záměru. Obsahuje tedy *seznámení s teorií citové vazby* (2. kapitola), dále přibližuje *aspekty resilience a citové vazby* (3. kapitola), zabývá se souvislostí *traumatu a citové vazby* (4. kapitola) a *charakterizuje adolescentní dívky v institucionální výchovné péči* (5. kapitola). Část empirická je věnována jednak samotnému výzkumu a jeho vyhodnocení. 6. kapitola seznamuje s cíli a metodologií výzkumu, 7. kapitola představuje analýzy výzkumných poznatků a kapitola 8. seznamuje s výsledky a s návrhy vyplývajícími ze zjištěných poznatků.

⁴ Předpokládá se, že vhodně zvolená psychoterapeutická intervence zohledňující citovou vazbu může vést k pozitivní prognóze duševního zdraví.

1 SEZNÁMENÍ S TEORIÍ CITOVÉ VAZBY

Vzhledem k tomu, že vlastní tematikou následující disertační práce je otázka vztahu mezi citovou vazbou a aspekty duševního zdraví adolescentních dívek v institucionální výchovné péči, je úkolem této první teoretické kapitoly uvést čtenáře do samotného obzoru teorie citové vazby.

Základní uvedení do problematiky teorie citové vazby vyžaduje stručné nastínění okolností vzniku teorie citové vazby, pojmenování jejích stěžejních předpokladů a rozhodujících proměn. Protože však těžiště následující práce nespočívá v interpretování a v kritickém reflektování teorie citové vazby, ale v realizaci výzkumného šetření, jež se o tuto teorii opírá, jedním z klíčových úkolů této kapitoly je poskytnout čtenáři takový základní vhled do terminologie a konceptů teorie citové vazby, který bude potřebovat k tomu, aby porozuměl celku předkládané práce.

První teoretická kapitola směřuje k tomu, aby co nejstručněji a co nejvýstižněji představila teorii citové vazby ve svých základních aspektech a tím fixovala teoretický základ předkládané studie. V této části též nebude opominuta závažná a dosud nevykrystalizovaná otázka ustálení české podoby původní anglické terminologie.

1.1 Východiska a vývoj teorie citové vazby

Na samém počátku vývoje světově významné teorie rané citové vazby stál J. Bowlby, jehož životní zkušenost osobní ztráty v rodině dala směr též jeho odbornému směřování. Lze rozpoznat, že v utváření teorie citové vazby hrála zásadní roli Bowlbyho schopnost nacházet inspiraci v rozličných oblastech uvnitř jeho nebyvale širokého pole zájmů. Bowlbyho zajímala kupříkladu jak otázka evolučního a biologického kontextu člověka,

tak psychoanalytické teorie (zvláště teorie *objektních vztahů*⁵), etiologie a také kognitivní psychologie.

Ve zprávě ‚Maternal Care and Mental Health‘ (Bowlby in WHO, 1951), vypracované pro Světovou zdravotnickou organizaci (WHO), vyslovil Bowlby ve své době poměrně odvážný předpoklad, že pro duševní zdraví dítěte je klíčový zážitek vřelosti, intimity, přetrvávající citové vazby s matkou nebo náhradní matkou. Potřeby matky i dítěte by měly být identické a matka by měla být vyladěna na vývojové potřeby dítěte. Mateřství má být radostné a uspokojující.

Bowlby dále zdůraznil, že deprivace a opačné zkušenosti se mohou projevit v psychosociálních oblastech, a to v průběhu celého lidského života (Bowlby, 1951). Připomeňme jen, že v době publikování zmíněné zprávy nemálo laiků a odborníků věřilo, že pro zdravý vývoj dítěte je prvořadě pouze saturování biologických potřeb.

Poté co se začala prosazovat platnost Bowlbyho tvrzení, vzrůstal zájem nejen o další výzkum citové vazby u dětí, ale přirozeně též o zkoumání citové vazby dospělých a partnerských vztahů (Hazan & Shaver, 1987, Mikulincer & Shaver, 2008, Crowell et al. 2008).

Blízkým výzkumným spolupracovníkem a následovníkem implementace teorie do praxe byla M. Ainsworthová. Ona sama se též na počátku své kariéry nejprve přiklápěla k tomu, že chování u dětí má souvislosti se zážitky krmení, avšak na základě svých pozorování začala rozpoznávat i jiné významné souvislosti.⁶

Ainsworthová (Mooney, 2010) si ve svých pozorováních všimla, že se děti chovali stejně v Africe i v USA, ale africké matky byly více pečující a vřelejší, než byly matky dětí v Baltimore (Maryland, USA), které ve svých výzkumech porovnávala spolu s matkami africkými. Ainsworthová vypožadovala jak rozdíly v chování matek v Ugandě a USA, tak universálnost chování jejich dětí, čímž teorie citové vazby nabyla mezikulturní opodstatnění. Ainsworthová věřila, že se děti na celém světě chovají podobně, když jsou separované od primární vztahové osoby, a toto své přesvědčení se snažila prokázat.

⁵ Psychoanalytická teorie objektních vztahů zdůrazňuje význam intersubjektivitu, všímá si úzké souvislosti formování sebepoznání a formování poznání druhých.

⁶ Ainsworthová realizovala své výzkumy v Ugandě, Evropě, USA, přičemž ve svých výzkumech se obracela k problematice kontextu kulturních souvislostí.

V Baltimoru rozvíjela výzkum a taxonomii teorie citové vazby a výzkumnou proceduru nazvala „strange situation“. Tato výzkumná procedura představuje přibližně dvacetiminutový postup, během něhož se střídají rodiče i cizí lidé u hrajících dětí v neznámém pokoji. Vlastním účelem postupu bylo determinovat dětské vazebné chování.⁷

Na základě tohoto postupu Ainsworthová vytvořila taxonomii dětského chování. Podle dlouhodobých systematických experimentů rozpoznala různé projevy dětí v prvním roce i rozdíly v druhém roce v oblasti sociálních vztahů. Její experimenty pomohly rozdělit citovou vazbu na tři skupiny (na typ „jistý“, typ „nejistý-vyhýbavý“ a typ nejistý-ambivalentní) a později byla doplněna ještě skupina o disorganizovaný typ citové vazby. Tyto poznatky byly významné pro budoucí terapeutické intervence a pro další odbornou práci s rodinami.

Bowlby (2010) podobně jako Ainsworthová kladl důraz na důležitost funkce vazebného chování v rodině. Vnímá citovou vazbu jako klíčovou pro zdravý vývoj a vytvoření systému seberegulační ochrany a rozvoj psychosociální odolnosti.

Bowlby (2010) prezentoval též myšlenku environmentálních faktorů raného života, to i přesto, že jeho pohled na problematiku byl v okruhu psychoanalytiků chápán jako kontroverzní. Druhá myšlenka – dnes nahlížená jako jeho původní idea – naznačovala, že emocionální postoje rodičů k dítěti mají vliv na jeho život. V té době byl ovšem kladen důraz na Freudovu psychoanalytickou teorii týkající se vnitřního světa dítěte, zaměřené především na jevy jako krmení, vyměšování, sex, spojení s rodiči, fantazie.

Přes počáteční obtíže se teorie citové vazby stala respektovanou teoretickou perspektivou. V současné době jsou autoři, kteří se jí věnují, hojně citováni a lze pozorovat výrazný rozvoj výzkumu nejen pro oblast dětské citové vazby, ale v posledních několika desítkách let se stále více prosazuje i výzkum ve sféře dospělé citové vazby.

Teorie citové vazby si samozřejmě našla přízeň v českém odborném prostředí. Připomeňme, že též světově uznávaný český psycholog Z. Matějček se nechal inspirovat právě Bowlbym

⁷ Pro výše uvedený experimentální postup se Ainsworthová rozhodla proto, že v Baltimorských obydlích nebylo možné přímo testovat tzv. „jistou bázi“ („secure base“), a to kvůli vysoké míře stresu v prostředí mezi americkými černochy žijícími ve složitých socioekonomických podmínkách.

ve svém zkoumání klinických oblastí deprivovaných dětí v institucionálních výchově v ČR, a to spolu s dalšími spolupracovníky J. Langmaierem, V. Bubleovou a J. Kovaříkem (Matějček et al. 1997).

K mladším generacím odborníků zabývajících se citovou vazbou lze jmenovat A. Sroufa, K. Bartholomewovou, C. Zeanaha, J. Cassidyovou, P. R. Shavera, A. B. Weidmana, J. Crowella, C. Hazanovou, R. Ch. Fraleye, M. Dozierovou, M. Miculincera a mnoho dalších. V českém prostředí se v současnosti výrazně a sofistikovaně zabývá problematikou citové vazby L. Lacinová, na Slovensku J. Hašto. Mnoho odborníků stále více přispívá k rozvoji poznatků jak ve výzkumné oblasti, tak i k implementaci poznatků do klinické, sociální a pedagogické praxe.

1.2 Význam citové vazby v dětství a dospělosti

1.2.1 Citová vazba v dětství

Za zmínku nesporně stojí psychoanalytické podněty, které inspirovali původní autory rozvíjející teorii citové vazby. Freud (1998) chápal ranou citovou vazbu jako ambivalentní identifikaci, která funguje jako část orální fáze, kde sexuální pud je dynamickým projevem libida v duševním životě.

Objekt – matka (jako sexuální cíl) – je inkorporován skrze sycení potravou, ovšem interakční kvalita fyzického kontaktu při krmení zůstává v pozadí. Ztrátu a odloučení vnímal Freud (1998) tak, že emocionální intrapsychický obraz druhého člověka po ztrátě musí být upozaděn, aby bylo možné se od něj psychicky odpoutat a tím emocionálně oddělit. Přátelství Freud (1998) spojoval se sociálním pudem, který se nevzdává svých sexuálních cílů, v jejich dosažení jim brání odpor, lidé se spokojují s jistým přiblížením – vytváří pevné trvalé vazby mezi lidmi.

Rozdílný pohled přicházel od Bowlbyho, který popisoval citovou vazbu jako škálu citové a kognitivní reprezentace, jež je vytvářena a upevňována od prvních měsíců života dítěte.

V dětství se jedná o dyadický vztah v rané fázi života, který je podkladem adekvátního vztahu k sobě a k druhým (Bowlby, 2010).

Také Vavrda (2005) konstatuje, že již v prvním roce života je dítě schopno na základě vztahové zkušenosti generalizovat svůj vztah k druhým. Zdůrazňuje, že pro duševní zdraví u malých dětí je důležitý vřelý, kontinuální, důvěrný vztah s matkou nebo jinou vztahovou postavou a z čehož oba nacházejí uspokojení.

Kvalitu citové vazby zásadně ovlivňují prvotní intrapersonální a interpersonální vztahy, jež mají vliv na aspekty života. V průběhu života se vrství další významné vztahy, které jsou zásadní pro spokojenost v interpersonálních interakcích a v dimenzi subjektivního prožívání sociální, psychologické i spirituální kvality života.

Citová vazba v dětství je vnímána jako specifické trvalé emoční pouto k významným postavám v průběhu celého života. Citová vazba se projevuje především ve stresu, kdy dítě má potřebu udržovat blízkost se specifickou osobou, ke které má citovou vazbu, podobně je tomu také v dospělosti. V této návaznosti Vavrda (2005) uvádí, že je-li citový vztah problematický, pak neposkytuje tzv. vnitřní *pracovní model*⁸ jakožto bezpečnou základnu pro adekvátní vývoj.

Jak uvádí Pearce (2009), je obecně akceptováno, že děti vytváří citovou vazbu nejen v dyadickém vztahu dítě-matka, ale také v dalších vztazích. Ovšem není jednoznačné, které vztahy mají nejvíce vliv na následný vývoj dítěte.

Vavrda (2005) hovoří o citové vazbě jako o „vztahovém médiu“, v němž se vyvíjí psychika jedince, přičemž je podle Vavrdy třeba si povšimnout, že se v případě citové vazby nejedná o vztah jednostranný, ale oboustranný. Pečující jedinec (např. matka) je introjikován a internalizován.

Jistá citová reprezentace rodičů projevující se ve vzájemném vztahu funguje jako pomocný rámec ego funkce dítěte. Dítě vztahové objekty používá k vyrovnání a k regulaci svých negativních emocí, k zažívání pozitivního uspokojování a učení v sociálních vztazích.

⁸ Jako (vnitřní) *pracovní model* označujeme takový model, který se formuje na základě interakcí dítěte s primární vztahovou postavou a na základě interakce s prostředím; tento model se v dospělosti odráží v mezilidských vztazích.

Prožitky a emoční stavy rodiče jsou pro dítě zrcadlovým obrazem. Schopnost vyladění se rodiče na dítě závisí na míře jeho jistoty, hodnoty sama sebe a stability. Obtíže nastávají, jestliže se rodič cítí ohrožen emočním stavem dítěte a jeho Já, např. rodič, který není schopen nebo nemá kapacitu ustát nepříjemné agresivní impulsy dítěte.

Na základě vývoje výzkumů a vývoje v oblasti teoretické se v současné době u dětí rozlišují čtyři základní styly citové vazby, jež se liší od stylů citové vazby u dospělých lidí. Dle Pearce (2009) rozlišujeme následující styly citové vazby v dětství; jedná se o citovou vazbu

1. ‚jistou‘, případně ‚bezpečnou‘ (*secure*),
2. ‚nejistou ambivalentní‘ (*insecure-ambivalent*),
3. ‚nejistou vyhýbavou‘ (*insecure-avoidant*),
- a 4. ‚disorganizovanou‘ (*disorganized/disoriented*).⁹

1.2.2 Citová vazba a epigenetika

Pojetí epigenetiky nabízí pohled na významnost změn v prostředí ovlivňujícím genetický a psychologický transgenerační přenos informací. Tyto epigenetické poznatky lze dobře rozeznávat v problematice traumat přenášejících se z jedné generace na druhou. Vlivem změn v prostředí nebo u chronického stresu a vývojového traumatu, dochází ke změnám na buněčné bázi genetické informace.

Biologická senzitivita k posttraumatické stresové poruše může být přenesena epigenetickým programováním v době těhotenství (Yehuda et al. 2014). Individuální vulnerabilita biologické i psychické odolnosti může ovlivňovat celkovou odolnost jedince i budoucích generací.

⁹ Upozorňujeme, že se užívá více variant českých překladů anglické terminologie. Co se týká klasifikace typů dětské citové vazby, podržíme se v této práci překladových variant, jež jsou uvedeny v tomto seznamu.

Meaney (2001) vysvětluje, že rozvoj jedince je aktivní proces adaptace, který se objevuje uvnitř sociálního a ekonomického kontextu. Jedince ovlivňují efekty aktivity genů a neurální regulace na stresové podněty z prostředí. Plasticita mozku má výraznou schopnost citlivě reagovat na sociální zážitky v dětství, které utváří strukturu funkčních aspektů mozku v průběhu života (Roth et al. 2011).

Rodičovské prostředí, včetně výchovy ovlivňuje změny a aktivity genů, předává poselství budoucím generacím. Signály od rodičů jsou v jistém smyslu předpovědí budoucího životního vývoje u dětí, jsou příjemně vyživující nebo nepříjemné, mohou být též ohrožující, čímž přispívají k dobrému zdraví nebo naopak k psychopatologickému vývoji. (Barlow et al. 2015).

Ke zlepšení vztahů, zdraví a celkové pohody rodiny je zde možné uplatňovat určité intervence. Různé rodině orientované intervence byly a jsou ověřovány. Efektivita intervencí přispívá ke zlepšení jisté citové vazby mezi dětmi a rodiči v rizikových situacích nebo s problémy v oblasti duševního zdraví. Tyto intervence podporující zlepšení kvality interakcí mezi dítětem a rodiči, ovšem poznatky naznačují, že je třeba se více zaměřit na faktory duševního zdraví a současně na interakce mezi dítětem a rodičem. (Barlow et al. 2015). Podobně v oblasti sociální epigenetiky jsou zmiňované mechanismy souvisejících oblastí faktorů v prostředí vlivu rodiny.

Dalo by se předpokládat, že kvalita rodičovství a sociálního prostředí často předurčují charakteristiky vývoje života a rozměru lidskosti. Z tohoto pohledu ke kvalitě zdraví a života jednotlivce přispívá bezpečný a stabilní sociálně emoční vývoj, který by se měl odehrávat v síti jistých citových rodinných vazeb, v bezpečném a stabilním mezigeneračním prostředí.

1.2.3 Fenomén jistoty a důvěry

Stabilita vztahů v rané fázi dětství a rodinných vazebných vztahů podporuje charakteristické a významné zážitky formování jistoty a důvěry, odolnosti v průběhu života (Waters et al. 2000).

Význam stabilního citového kontaktu v dětství již zmiňovala Kleinová (2005) podobně jako řada dalších autorů. Kleinová přirozeně navázala na Freuda a významně přispěla k dětské psychopatologii především tím, že nekladla tak silný důraz pouze na samotný akt krmení, jakožto na formu fyzického kontaktu, ale že svoji pozornost přesunula především na vlastní citový kontakt. Kleinová se zde soustředila zejména na tzv. symbolické ‚objektní vztahy‘, objevující se již od počátku života. Proto se zdá, že klíčovým objektem vztahu mezi matkou a jejím dítětem se jednoznačně stává ‚prs matky‘. Přičemž je třeba si povšimnout, že pro vnímání dítěte tento ‚prs‘ představuje objekt, který může být inkorporován nejen jako dobrý a uspokojivý, ale též jako špatný a frustrující.

Ukazuje se právě, že to, jak se dítě cítí (zda se cítí spokojeně, zažívá bezpečí a důvěru k blízké osobě), má rozhodný vliv na utváření resilientních kvalit. Pokud dítě zažívá spolu s gratifikací i frustraci, vyvíjí se vnitřní reprezentace citové vazby jako ambivalentní. (Kleinová, 2005).

Kleinová (2005) uvažovala, že se dítě musí vypořádat s konfliktem pudu života a smrti. Pozorovala, že pokud se dítě cítí dobře, prožívá důvěru a bezpečí, pokud převládnu špatné objekty, tak je dítě podezíravé. Vztah k vnitřním objektům je ovlivňován gratifikací a frustrací, takže od počátku života je vnitřní reprezentace ambivalentní. Rozvoj vztahu k matce, otci i dalším osobám je tedy ovlivňován introjikovanými dobrými i špatnými aspekty. V tomto světě různých kvalit introjikovaných aspektů se může rozvíjet i persekuční úzkost. Rané introjikované objekty značně přispívají k vytváření vnitřní reprezentace citové vazby.

Prvním zdrojem úzkosti je zážitek narození, ztráta bezpečí nitroděložního života, kterou dítě vnímá jako ohrožení. První krmení je prvním ‚objektním vztahem‘, který je spojen s orálně libidinózními a destruktivními impulsy. ‚Dobrý prs‘ se stává prototypem uspokojivých objektů a ‚špatný prs‘ trestajících objektů. Aby bylo ego schopno do určité míry integrovat pocity k citovému objektu, je třeba, aby byla persekuční úzkost minimalizována. Jen pokud nastane takový stav, převládne láska a pud smrti ustoupí pudu života. (Kleinová, 2005).

Kleinová (2005) věřila, že gratifikace a láska jsou obranou proti úzkosti. Soustředila se nejen na vztah dítěte s matkou během krmení, ale i na další aspekty působí ochraně – tedy na fyzickou blízkost, na kontakt a naplňování základních potřeb.

Integrace aspektů spokojenosti i úzkosti zvyšuje kapacitu tolerance k vlastním impulsům i k toleranci k ostatním lidem. Kompletní integrace neexistuje, ale čím více se jí člověk přiblíží, tím více získá vhled do oblastí vlastního charakteru a tím silnější bude jeho duševní rovnováha.

Základní podmínkou přežití a následné přirozené separace je utváření pocitu jistoty a postupné důvěry. Pokud nastávají komplikace v budování jistoty, dochází k složité separaci a individuaci; jedinec má tendence se citově vázat k objektu, který nebude reagovat na jeho vývojové potřeby.

V této souvislosti můžeme připomenout, že též Erikson (1968) věřil, že potřeby lásky a vytváření důvěry pokračují od raného dětství v průběhu životních fází. Nenasycené rané potřeby přežívají, dokud se nesetkají s láskou a důvěrou někoho jiného. Erikson (1968) si byl vědom významu vytvoření jistoty a důvěry a jejich vlivu na uspokojivé vztahy a rámce smyslu života.

1.3 Citová vazba v dospělosti

Bowlby předpokládal, že emocionální zaangažovanost vazebných postav od raného dětství významně ovlivňuje další mezilidské vztahy a předznamenává kvality citových vazeb v dospělosti. Bowlbyho předpoklad se potvrzoval v návazných studiích. Obdobně uvažoval (Brisch, 2011) ve své práci, kde uvádí, že rané zážitky mohou předurčovat kvalitu interakcí s druhými lidmi v dospělosti.

Hazanová a Shaver (1987) argumentovali tím, že romantické vztahy dospělých jsou podobné vztahům dítě a rodiče. Rovněž jako jedni z prvních (Hazanová & Shaver, 1984) naznačují, obdobně jako Bowlby, že citová vazba je evoluční reakcí, která zajišťuje bezpečnou a jistou existenci a vývoj. V návaznosti na Bowlbyho, také Miculincer a Shaver (2008)

poznávají, že citová vazba zaujímá významnou roli ve výzkumu regulace emocí v průběhu celého života (též in Cassidy et al. 2008).

Z psychoanalytického vývojového hlediska je vhodné zmínit pohled na individuální fáze budující reprezentaci citové vazby, které rozpoznává Blos (1967). Blos rozpoznává první fázi stabilní jistoty a individuace v dosažení stability zhruba na konci třetího roku života dítěte. Druhou individuální fázi objevuje v adolescenci, přičemž ta souvisí s procesem separace.

Obě fáze jsou senzitivní a vytvářejí možné komplikace ve vztahu k rodičům i autoritám. Obě fáze jsou i vysoce zranitelné z hlediska rámce vytváření osobnostních charakteristik dítěte. Objevují se souvislosti se specifickými odchylkami ve vývoji; jde např. o regresivní tendence, úzkost, náladovost, konfliktnost s autoritou a rodiči. Dochází též paradoxně k regresi spojené s úzkostí, s pozůstatky infantilních traumat, konfliktů ze separace i revoltou od rodičů. Veškerý tento proces je vývojově přirozený, avšak velmi dynamický s mnohdy výraznou emocionální turbulencí. Tyto emoční výkyvy ovlivňují vztahy v rodině, ve škole, s vrstevníky.

Adolescenti tendují navazovat důležité romantické vztahy s vrstevníky, kteří je přijímají a posilují jejich sebehodnotu a kteří jsou tudíž pro ně významným vlivným vztahovým objektem (Tomé et al. 2012; Luciano et al. 2017). Adolescence může být druhá šance pro vyrovnání se s ohrožením a úzkostmi přežívajícími z dětství (Luciano et al. 2017).

Časté výkyvy nálad a změn postojů, hodnot jsou procesem objevování světa. Oddalování se od rodiny a opětovné přibližování je transformační cestou individuace. Období adolescence je pod vlivem senzitivity a změn v neurobiologickém zrání mozku. Spíše se jedná o hledání a vymezování vlastní identity, objevování nových strategií a situací na přechodu do fáze životní dospělosti.

Diamond a Hicks (2004) zdůrazňují význam citové vazby pro rozvoj dlouhodobých romantických intimních vztahů, pro udržování zdraví, vnímání pohody a štěstí, sociální podpory v průběhu života (též in Rholes & Simpson, 2004). Nedávné výzkumy naznačují rozvíjení integrativního pohledu na problematiku citové vazby. Poznatky přinášejí

potvrzení, že jednotlivci rozvíjí řadu specifických citových vazeb v určitých významných vztazích v průběhu celého života (Fraley et al. 2011).

Charakteristiky citové vazby v dětství a v dospělosti jsou si podobné v mnoha obecných projevech interpersonálního života. Vazebné chování v dětství i v dospělosti je charakterizováno potřebou vyhledávat a udržovat určitou míru blízkost a sociálního kontaktu k vyladění homeostatického stavu a zvýšení pocitů psychické pohody.

1.4 Styly citové vazby v dospělosti

Jak již bylo řečeno dříve, u dospělých lidí rozpoznáváme poněkud jiné styly citové vazby než u dětí. Styl citové vazby v dospělosti není tak jednoznačné pro rozklíčování, neboť je reprezentace citové vazby ovlivněna zahuštěnou sítí vícenásobných významných citových vazeb. Můžeme též konstatovat, že k přesné identifikaci stylu citové vazby v dospělosti je nezbytná podrobná kvalitativní analýza významných vztahů.

Pro naše účely uvádíme styly citové vazby u dospělých podle čtyř kategoriálního modelu, s nímž budeme nadále pracovat. Na základě tohoto modelu rozlišujeme následující styly citové vazby (Bartholomew & Horowitz, 1991).

1. „jistý, případně „bezpečný“ (secure) styl;
2. „úzkostně-ambivalentní“, případně „úzkostně-zapletený“ (anxious-preoccupied) styl;
3. „odmítavě-vyhýbavý“ (dismissing-avoidant) styl;
4. „bojácně-vyhýbavý“ (fearful-avoidant) styl.

Povšimněme si, že čtyři kategorie citové vazby jsou tvořeny kombinací dvou dimenzí (vyhýbavost/úzkostnost), přičemž platí, že všechny jednotlivé kategorie představují teoretický prototyp konkrétního stylu citové vazby (Bartholomew & Horowitz, 1990).

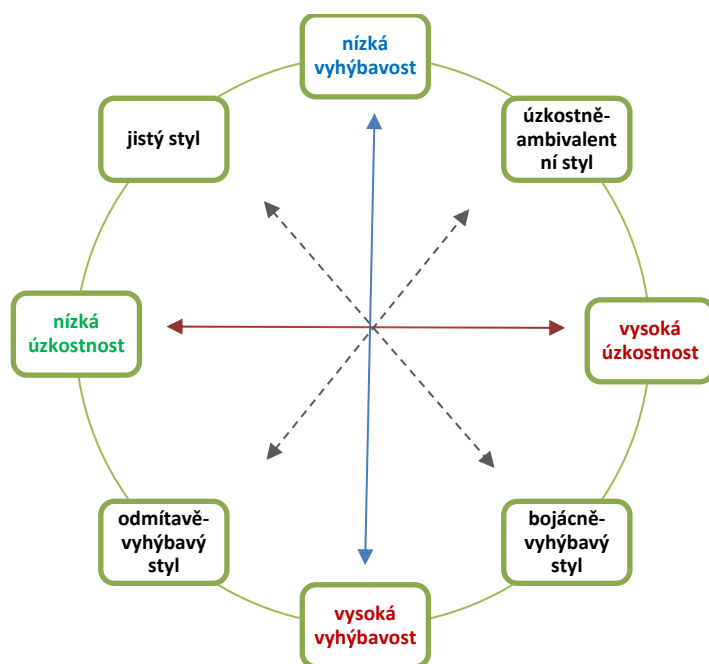
Bartholomewová a Horowitz (1991) upozorňují, že nikdo z probandů jejich výzkumu neodpovídal přesně danému stylu citové vazby; vycházely vždy kombinace stylů citové vazby, kdy jeden styl citové vazby převládal.

Podle Bartholomewové (Mikulincer & Shaver, 2010) veškeré dotazníkové nástroje obsahují dvě dimenze: úzkostnost a vyhýbavost. Dimenze úzkostnosti se propojuje s vnímáním sebe sama, tedy svého Já, naopak vyhýbavost se vztahuje k vnímání druhých. Výše uvedené dimenze zachycuje dotazníkový nástroj Relationship Structures (ECR-RS), který je zaměřený na variace vzorců citových vztahů k blízkým osobám včetně měření dimenzí úzkostnosti a vyhýbavosti (viz např. Fraley et al. 2011). Tento dotazník, jehož variace patří

mezi stále více používané nástroje, byl použit v naší výzkumné studii jako hlavní výzkumný nástroj.¹⁰

V následujícím obrázku (Schéma 1) jasně vidíme schematicky dimenze úzkostnost a vyhýbavost v rámci směřování k určitému stylu citové vazby.

Schéma 1 - Dvoudimenzionální model individuálních odlišností ve vztahové vazbě v dospělosti podle Bartholomewové (Bartholomew 1990, in Mikulincer & Shaver, 2010)



K moderní teorii citové vazby v dospělosti přistupují odborníci z různých perspektiv, existuje tedy několik variant, jak styly citové vazby popsat.

Následující tabulky 1 – 4 popisují charakteristiky čtyř stylů citové vazby (viz též Doležalová, 2016), přičemž v těchto tabulkách je zohledněna perspektiva, jež představuje dimenze pohledu na sebe, druhé a svět (podle ATTACH, 2011).

¹⁰ Podrobněji ke zmíněnému výzkumnému nástroji viz výzkumná část, podkapitola 6. 4. 4)

Jistý styl citové vazby (secure) – viz Tabulka 1.

Styl jisté citové vazby (secure) se vyznačuje stabilitou, vyšší resiliencí a nižší mírou prožívání stresu, jedinec důvěřuje sobě i druhým a cítí se komfortně ve vztazích. Jak uvádějí Lečbých (2012), a to ve shodě s Vavrdou (2005) i Mackem a Lacinovou (2006), pocit bezpečí a jistoty je založen na základě raných vývojových zážitků, přičemž existují i lidé, kteří pocit bezpečí získali až v průběhu dospívání nebo v dospělosti, a to i když vyrůstali v nejistém citovém vztahu. Jistý styl citové vazby je rovněž určitou ochranou před stresem a benefitem pro zdraví a výchovu dětí.

Tabulka 1 - Jistý styl citové vazby (secure).

<i>Důvěra v sebe</i>	<i>Důvěra v druhé</i>	<i>Důvěra ve svět</i>
Jsem hodný milování.	Jistota, bezpečí	Bezpečí
Jsem dobrý.	Důvěryhodnost	Dobré místo k životu
Jsem hodnotný.	Spolehlivost	Předvídatelné prostředí
Jsem kompetentní a autonomní.	Prospěšnost	Zvědavé reagování, vytváření pohybu a směřování ke smysluplnosti.

Odmítavě-vyhýbavý styl citové vazby (dismissing-avoidant) – viz Tabulka 2.

Oproti stylu předchozímu se styl odmítavě vyhýbavé (dismissing-avoidant) citové vazby vyznačuje výraznou distancovaností, vyhýbavostí a emočním chladem v intimních vztazích. Jedinec tohoto stylu si však udržuje pozitivní obraz o sobě samém, zvláště v tom smyslu, že zdůrazňuje svoji nezávislost a vlastní sílu. Lidé v dimenzi odmítavého stylu projevují tendence k samostatnosti a perfekcionismu, neosobnosti a devalvací vztahů (Lacinová et al. 2014).

Tabulka 2 - Odmítavě-vyhýbavý styl citové vazby (dismissing-avoidant)

<i>Důvěra v sebe</i>	<i>Důvěra v druhé</i>	<i>Důvěra ve svět</i>
Milováníhodný, pokud nepotřebuji příliš mnoho.	Jistota, pokud nepotřebuji příliš mnoho.	Bezpečí
Mé pocity jsou divné, je lepší se jim vyhnout.	Jsem důvěryhodný, pokud se nedostanu moc blízko.	Místo, kde žiji je zvláštností.
Zcela kompetentní, mohu udělat vše sám.	Příležitostná užitečnost	Předvídatelný prostor

Zapletený styl citové vazby (preoccupied) – viz Tabulka 3.

Styl zapletené (preoccupied) citové vazby se vyznačuje především citovou ambivalencí. Jedinec zaujímá negativní postoj k sobě samému, ale udržuje si pozitivní obraz druhých. Lidé v této dimenzi zapletené vazby mohou být úzkostní, nepředvídatelní, labilní, bojácní a závislí. Touží po vztahu, neboť druhí lidé mají vliv na vnímání jejich sebeobrazu (Lacinová et al., 2014).

Tabulka 3 - Zapletený styl citové vazby (preoccupied)

<i>Důvěra v sebe</i>	<i>Důvěra v druhé</i>	<i>Důvěra ve svět</i>
Nejsem si jistý, zda mohu být milován.	Rozpoznávám své potřeby jen, když jsem opravdu nespokojený, naštvaný.	Explorace není prioritní.
Mé pocity jsou veliké, nepřijímané.	Nevěrohodní, nespolehliví, nikdy nejsou dostupní, neposkytují pohodu.	Nejistota v bezpečnost světa, nejprve si musím zajistit své potřeby, pak si mohu dovolit něco objevovat.
Cítím se zahlcen emocemi.	Nekonzistentnost.	Svět by mohl být zajímavý, pokud bude reagovat na mé potřeby.

Strachyplně-vyhýbavý styl citové vazby (fearful-avoidant) – viz Tabulka 4.

Styl citové vazby strachyplně-vyhýbavé (fearful-avoidant) se vyznačuje negativním obrazem sebe sama i druhých. Projevuje se nepředvídatelností, strachem z odmítnutí a emočního zranění, chaosem s výraznou traumatickou zkušeností. Často se opakují vzorce chování z dětství. Jedinec se trápí, ale není schopen odejít ze vztahu, má pocity viny a může se chovat v určitých situacích bizarně.

Tabulka 4 – Strachyplně-vyhýbavý styl citové vazby (fearful-avoidant)

<i>Důvěra v sebe</i>	<i>Důvěra v druhé</i>	<i>Důvěra ve svět</i>
Nejsem milováníhodný. Jsem špatný.	Druzí nejsou bezpeční. Druzí mě děsí.	Svět je děsivé místo, není bezpečné.
Nejsem hodnotný.	Druzí nemají hodnotu, nejsou dostupní, neposkytují komfort.	Svět mně nepomůže, abych se cítil lépe.
Pocity mě zahlcují.	Nekonzistentnost, nespolehlivost, hostilita.	Zde není cest k nalezení, bezpečí.
Nepatřím nikam a nikdy nebudu někam náležet.	Nepřijímají mě, neuvažují o mě.	Není bezpečného místa na tomto světě.

1.5 Terminologická nejednotnost

V českém prostředí není překlad termínu ‚attachment‘ dosud jednoznačně ustálen, což platí též pro název samotné teorie. Anglický originál ‚attachment theory‘ bývá překládán obvykle jako ‚teorie attachmentu‘ či jako ‚teorii citové vazby‘.

V našem textu hodláme používat termín ‚citová vazba‘, protože se domníváme, že nejlépe vystihuje teorii, která se zabývá od počátku emocionálním vývojem, který je spojen s chováním, kognitivním rozvojem a socializací. Protože se v následujícím textu nebudeme zabývat tematikou, s jejímž pojmoslovím by mohla výše uvedená terminologie kolidovat, přikloníme se tedy k počestěným výrazovým prostředkům: ‚citová vazba‘, teorie citové vazby‘.

Terminologické vyjasnění terapeutických přístupů vzniklých převážně ve Spojených státech nese obdobné nesnáze, které se týkají pojmenování terapeutického přístupu vycházejícího z teorie citové vazby. Weidman et al (2012) volají po terminologické čistotě, neboť mnoho pojmů úzce souvisí s terapií citové vazby a je používáno variabilně i v anglickém prostředí.

Zde je třeba podotknout, že zastřešující pojem ‚Attachment focus therapy‘ není synonymum pro ‚holding therapy‘, jež není podporována asociacemi profesionálů z důvodu kontroverznosti samotné terapie. Používáme obdobně jako Weidman et al (2012) pojem ‚Attachment-focused therapy‘ označující terapii, která je cílená na posílení jistoty mezi dítětem a rodičem a je zaměřená zejména na řešení citových problémů týkajících se vztahu a rizik v chování a traumatických zážitků. V této práci používáme český překlad ve znění ‚terapie zaměřená na citovou vazbu‘.

Vyhýbáme se pojmu jako „porucha“ citové vazby nebo ‚porucha‘ vztahové vazby, a to z důvodu rizik stigmatizace a diagnostického nálepkování, a to i přes to, že tyto pojmy jsou hojně v české literatuře používány. Dimenze nejistých citových vazeb neznamena abnormality nebo patologie, neexistují klinické diagnózy, ačkoli děti s nejistou dimenzí citové vazby mohou mít určité psychologické problémy. Tyto nejisté styly citové vazby reprezentují adekvátní reakci na zvládání zátěže nebo stresu v interpersonálních vztazích.

Za velmi citlivou záležitost lze samozřejmě též považovat otázku vhodných překladů pojmenování jednotlivých typů citových vazeb u dětí a dospělých. Otázka možností překladu různých historicky podmíněných pojmenování typů citové vazby by si zřejmě vyžádala samostatnou studii – tuto problematiku zde však otevírat nebudeme. Můžeme jen konstatovat, že terminologie jednotlivých typů citové vazby se dosud v českém prostředí neustálila. V této disertační práci budeme pracovat s takovými překladovými variantami, jež jsme využili v podkapitolách 2.2 a 2.3.

2 ASPEKTY RESILIENCE A CITOVÉ VAZBY

Mezi konceptem resiliencí a teorií citové vazby lze spatřovat úzkou souvislost a vzájemné obohacení, i když tyto koncepty byly vyvíjeny na odlišném základě. Celkové vymezení resilience není jednoznačné, ovšem v literatuře se lze setkat s pojetím zaměřeným na souhrn osobnostních charakteristik i dalších faktorů. Citovou vazbu a její kvalitu můžeme považovat za centrální oblast resilience, spolu s individuálními charakteristikami, podpůrným rodinným prostředím a sociálně kulturním kontextem.

Propojení obou teorií podporuje porozumění přirozené pozitivní adaptaci jedince v chování a interpersonálních vztazích (Atwool, 2006). Rovněž se řada studií zabývá významem vztahů, citové vazby a jejich dalších souvislostí. V literatuře jsou zmiňovány vztahy mezi citovou vazbou, resiliencí a fenoménem jistoty mezi adolescenty. Ve studii adolescentů byly zkoumány vztahy citové vazby a resilience, kde se ukázaly korelace mezi jistou citovou vazbou a vyšším skórem resilience. (Shibue et al. 2014).

2.1 Význam resilience

Resilience by měla být vnímána jako dynamický proces zahrnující pozitivní adaptaci uvnitř kontextu významné životní nepřízně (Luthar et al. 2000). Implicitně se proces odehrává mezi dvěma zásadními podmínkami. Jedná se o expozici závažné nepřízně nebo špatného zacházení a dosažení pozitivní adaptace navzdory ohrožení vývojových procesů (Luthar et al. 2000).

Koncept resilience je akceptován i jako individuální dispozice při souhře různých faktorů. Jedná se o dynamický proces resilientního chování, jež se mění v čase na základě interakcí mezi místem a prostředím, interakcí rizikových a protektivních faktorů v životě jedince (Borman et al. 2001).

Míra resilience může být proměnlivá; schopnost čelit nepřízní okolností a adaptovat se je dynamickým procesem, jenž lze pozitivně posilovat a rozvíjet. Záleží na různých okolnostech, významných protektivních faktorech, a to s ohledem na jejich srovnání s rizikovými faktory v určitém daném období a místě (Winfield, 1991).

Resilience zahrnuje elementy vztahující se k duševnímu zdraví a psychické pohody (well being). Zejména se jedná o oblast uvědomování si dostatečné sebehodnoty a sebedůvěry, o oblast víry ve vlastní výkonnost a sebeuplatnění, ve vlastní schopnost udělat změnu a adaptovat se v nových podmínkách, disponovat repertoárem strategií a řešení sociálních problémů, zaujímat optimistický přístup k životu (Connor et al. 2003).

2.2 Resilience a duševní zdraví

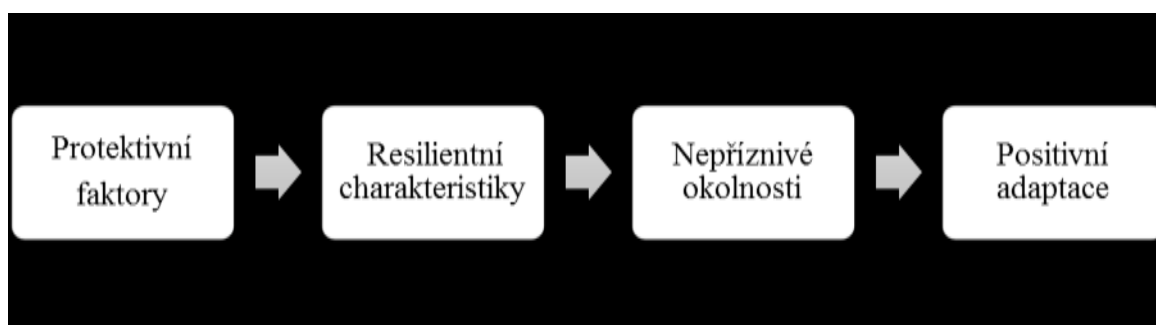
Rozsah resilience je podmíněn oblastmi duševního zdraví. Životní těžkosti zahrnují ztráty a separace, jako je smrt, rozvod, rozchody v rodině, hospitalizace, ztráta přátel (především v adolescenci), rodinné konflikty, odchod dětí mimo rodinu (například do zdravotnického zařízení, do institucionální výchovné péče nebo pěstounské či osvojitelské péče).

Některé nezbytné životní změny mohou být další velkou oblastí komplikací, například stěhování se nebo změna školy, narození sourozence, přechod ze základní školy na druhý stupeň nebo na střední školu. Sem můžeme zařadit též změnu pracovního místa nebo ztrátu tohoto místa. Též přechod z dětství do adolescence nebo z adolescence do dospělosti bývá senzitivním obdobím míry adaptace a schopností zvládání. Nejrizikovější schopnosti zvládání jsou traumatické události – například násilí, šikanování, nehoda, zranění, přírodní katastrofa, vážná dlouhodobá nemoc.

2.3 Vývojový model rámce resilience

Celkovou složitost vlivu jednotlivých dominant resilience si lze představit například v rámci vývojového modelu Lutharové (2000) – viz schéma 2. Vztahy jednotlivých čtyř dominant mohou vytvářet směr flexibilně adaptačního evolučního procesu v životní cestě.

Schéma 2 – Vývojový model rámce resilience volně podle Lutharové (2000).



2.3.1 Protektivní faktory

Protektivní faktory mají svou základnu v osobnostních a biologických charakteristikách. Řada protektivních faktorů se formuje především v interpersonálních vztazích budovaných od dětství, a to spolu s genovou interakcí s prostředím. Howard et al (1999) argumentuje, že spektrum protektivních faktorů v dětství se velmi pravděpodobně manifestuje jako resilientní chování. Zaměření se na rozvoj pozitivních podnětů a posilování protektivních faktorů od dětství směřuje k upevňování adaptivních vzorců chování a k rozvoji regulace afektů. V této souvislosti můžeme spatřovat klíčovou roli souvislosti teorie citové vazby a fenoménu jistoty a důvěry. Posilování protektivních faktorů a kvality interpersonálních vztahů a dalších oblastí resilience je zásadní jak v dětství, tak i v adolescenci, kdy je možné formovat charakter osobnosti, a to nejen v rodinném prostředí, ale i ve škole a mimoškolním prostředí, v institucionální výchovné péči a komunitě.

Z perspektivy změny přístupu a s ohledem na kritiku konceptu resilience (zejména v USA) se dlouhodobě objevují tendence volající po změnách v pedagogické praxi vztahující se

k dynamickému vývoji v adolescenci a zaměření se na pozitivní zdroje jedince a ty cíleně a aktivně podporovat.

Tendence změny pohledu na dynamiku vývoje v adolescenci směřuje k hledání vnitřních protektivních zdrojů a kvalitních vztahů, k posilování životní pohody a spokojenosti, na rozdíl od vyhledávání slabých stránek nebo problémů a stigmatizování adolescentů ‚nálepkami‘ nebo diagnózami.

Skrze propojení protektivních faktorů s kombinací individuálních, rodinných, komunitních a systémových oblastí lze rozvíjet a posilovat individuální sociální kompetence (Luthar et al. 2000). Poznatky potvrzují, že v oblasti individuálních faktorů hraje značný význam sebevnímání vlastních kompetencí, které aktivují mimo jiné též akademické schopnosti, ale též jiné dovednosti i chování (Martin, 2014). Z hlediska rodinných faktorů resilienci posiluje rodičovství s pozitivními postoji rodičů, s jejich emocionální podporou, intelektuální stimulací, vřelostí a dodržování jasných rodinných pravidel (Dvorsky et al. 2016).

Vrstevnické sociální vztahy jsou pro adolescenty významné z hlediska akceptace podporující role přátelských vztahů; sociální přijetí je významným posilujícím protektivním faktorem (Dvorsky, 2016). Široké sociální zdroje, komunitní podpora a rodinná koheze vytvářejí sféru možností pro stimulaci rozvojových zdrojů, které přispívají k lepší kvalitě života adolescentů (Schei et al. 2015). Resilience ve školním prostředí je dle teoretického rámce definována jako protektivní faktor, pokud je prokazatelné podpůrné školní prostředí s pečujícím a láskyplným přístupem v personálních vztazích (Henderson et al. 1996).

Proto není divu, že vysoká profesní úroveň, srozumitelná a přijímaná struktura prostředí a pečující vztahy mezi pedagogy vytvářejí jasnou a bezpečnou atmosféru uvnitř školního prostředí. Přestože existují rozdílnosti ve vztazích mezi pedagogem a studentem, většina pedagogů má velký zájem o studenty. Pedagogové vědí, že zaangažování rodiny do aktivit školy posiluje kohezivní aspekty. Sdílená sounáležitost tak dále přenáší tuto atmosféru na celé klima vztahů ve škole, která jako živý organismus vytváří svou resilientní ochranu.

Coburn a Nelson (1989) zaznamenali, že pedagogové, měli hlubší zájem o resilientní studenty. Vztahy mezi studentem a pedagogem byly založeny na důvěře, pozornosti,

empatii, respektu a vyjádřené péči. Zajímavé ovšem je, že pedagogové se více zajímali a upřednostňovali studenty s resilientními kvalitami (Coburn et al. 1989).

Pedagogové, kteří mají vysoké očekávání od studentů, obecně posilují studenty v jejich jistotě, čímž se snižují nepříznivé efekty stresu a neočekávaných okolností (Barley et al. 2007). Bernard (1995) více specifikuje protektivní faktory ve škole a zmiňuje vliv etiky, vytváření příležitostí pro více vulnerabilní děti v podporujících pozitivních vztazích. Můžeme uvažovat, že inkusivní strategie školy a pedagogů založená na sebedůvěře organismu celé školy vytváří stabilní vztahy mezi studenty a pedagogy, posiluje akademickou úspěšnost a smysluplnost.

2.3.2 Resilientní charakteristiky

Resilientní charakteristiky jsou výsledkem individuálního osobnostního vývoje manifestující se od dětství po dospělost. Do resilientních charakteristik lze řadit například toleranci vůči stresu a negativním afektům, zdravé testování potencionálně rizikových situací. Tyto a další schopnosti mají jedinci s jistou citovou vazbou, vysokou sebedůvěrou a sebehodnotou, pozitivním prosociálním a flexibilním chováním v dané sociální realitě. Resilientní lidé mají kapacitu chápat aktuální nepřízeň situace nebo zvýšený stres jako výzvu a cestu ke změně a růstu.

Charakteristiky související s resiliencí v průběhu životních zkušeností v dětství podle Connora a Davidsona (2003):

- dostatečné sebevědomí podporované na základě akceptace ve vztazích a dosahování cílů a zvyšování vlastní sebehodnoty;
- pozitivní kvalita optimistického postoje k dosažení výkonnosti na základě vnímání vlastní síly a snahy;
- smysl pro vnímání sebevýkonnosti je posilován na základě rozhodnutí a zodpovědnosti;

- iniciativnost a schopnost být kreativně aktivní i zodpovědný za druhé osoby ve skupině, i např. v rodině či mezi sourozenci;
- víra v morální hodnoty, které pomáhají v řešení problémů a neočekávaných změn;
- smysl pro koherenci a pocit zakořenění a přesvědčení o optimistickém smyslu života;
- důvěra v druhé lidi a jejich spolehlivost, pocit respektu a důvěry;
- citová vazba, které je trvalá z časového hlediska a přináší radostné emoce;
- vědomí smysluplnosti v akademických a neakademických aktivitách ve škole nebo v zájmových aktivitách.

Základní charakteristiky resilientních osob můžeme shrnout podle Connora a Davidsona (2003) takto:

- jistá citová vazba k druhým,
- smysl pro humor,
- zaangažovanost a aktivnost,
- rozpoznání limitů a schopnost kontroly a výběru,
- trpělivost,
- aktivně orientovaný přístup k životu,
- orientace na osobní a kolektivní cíle,
- úspěšnost v minulosti,
- optimismus,
- osobní víra,
- zaangažování v podpoře druhých,
- vnímání změny jako příležitost k růstu.

Connor a Davidson (2003) vytvořil škálu dvaceti pěti položek resilience. Vybrané položky zachycují schopnost adaptovat se na změny, všímají si důležitosti blízkých a jistých vztahů, zažitých úspěchů poskytujících důvěru pro nové výzvy apod. (Connor et al. 2003).

Z výzkumných studií vyplývá, že se jedná o shodné nebo velmi podobné charakteristiky adolescentů s rizikovým chováním, kteří byli označeni jako resilientní v určitých kompetencích (Kaye – Tzadok et al. 2016). Rovněž měli adolescenti tendenci k sebe úpravě a k adaptaci po traumatické události. Lutharová (2000) na druhou stranu uvádí, že adolescenti s pozitivní adaptací mají skryté psychologické těžkosti v oblasti duševního zdraví, například depresi, posttraumatickou stresovou poruchu.

Rovněž adolescenti více vulnerabilní nebo s riziky v chování, kteří neměli vysoké očekávání od školy a nesměřovali k dosažení akademické úrovně, vykazovali vyšší resilienci než adolescenti zaměření soutěživě a akademicky. Resilientní adolescenti rovněž měli vyšší satisfakci ve vrstevnických vztazích, než vulnerabilní vrstevníci a celkově jejich životní styl byl aktivní a zdravější (Moreno, 2016)

Nourian et al (2016) zkoumali adolescenty žijící v dlouhodobé institucionální péči. Výsledky ukazují signifikantně vyšší resilienci u dívek a vyšší vzdělanostní úroveň než u adolescentních chlapců žijících v institucionální péči.

Studie potvrzují vyšší resilienci u adolescentů umístěných do institucionální péče, kteří byli v kontaktu se svými biologickými rodiči během institucionálního pobytu a žili v podporujícím výchovně vzdělávacím centru. Na resilienci adolescentů má rovněž vliv řada nepříznivých okolností, kterým rodina čelí v důsledku fáze separace dětí a rodičů. Vysoké benefity měla pro adolescenty rovněž aktivní komunikace s rodiči během tranzitní fáze směrem k osamostatňování a možnosti opětovného návratu zpět. (Nouriam et al, 2016).

Posilování povzbudivé vyvážené komunikace a vytváření sítě vztahů u adolescentů stimuluje vztahovou soudržnost a vzájemný respekt. Určité studie považují za klíčovou například stabilní komunikaci mezi studenty, pedagogy a vrstevníky, jež posiluje mezi vysoce rizikovými adolescenty resilientní adaptaci (Nouriam et al. 2016).

Ve studiích se objevují rozdílné poznatky vztahujících se k psychologickým odlišnostem mezi vulnerabilními a resilientními adolescenty. Více vulnerabilní jedinci, kteří podléhají nepříznivým okolnostem, bývají na druhou stranu obklopováni pozitivními podpůrnými vztahy (Moreno et al. 2016).

Individuální kapacita pro pozitivní adaptaci na nepříznivé okolnosti se mění v různých obdobích života podle věku, charakteristik, vzdělání a dalších aspektů. Nouriam (2016) uvádí, že resilience je vývojový proces a závisí na úrovni vyššího vzdělání, neboť dosažené vzdělání a osobnostní charakteristiky zvyšují resilienci, ale neznamená to, že se u resilientních jedinců nevyskytují problémy s duševním zdravím či jiné těžkosti.

Z hlediska dynamiky vývoje v adolescenci je na místě opatrnost v zobecňování závěrů, zvláště u vulnerabilních adolescentů umístěných do institucionální péče. Studie varují ohledně zjednodušování genderových rozdílů u resilientních a vulnerabilních adolescentů, neboť resilience je ověřený dynamický konstrukt (Luthar, 1991). Shoda však panuje ohledně významu úrovně vzdělání, jež má vysoce pozitivní vliv na rozvoj resilientní kapacity a redukuje dopad nepříznivých okolností. Posilování regulace emocí a resilience může být podpůrnou intervencí v rámci vzdělávání v době adolescence. (Moreno et al. 2016).

2.3.3 Nepříznivé okolnosti

Schopnosti čelit nepříznivým událostem má kumulativní efekt, ovšem za předpokladu propojení protektivních faktorů a podpory nebo terapie. Jedinci s nižší resiliencí v důsledku duševních problémů nebo zdravotního stavu, mohou resilienci zvýšit, neboť je modifikovatelná v terapeutickém procesu (Connor et al. 2003).

Nepřízeň a závažné životní události lze vnímat jako rizikový faktor. Ovšem schopnosti čelit nepříznivým událostem usnadňují kumulativní efekt propojující protektivní faktory na úrovni osobní i v úrovni prostředí.

Do nepříznivých okolností lze řadit různé traumatické události, zejména ty, kterým byl jedinec vystaven v raném dětství. Expozice devastující přírodní katastrofy, válečných událostí nebo fatálnímu narušení integrity, jistot a bezpečí bývá těžkým traumatem. Závažným nepříznivým faktorem v dětství je období strávené v chudobě, úmrtí rodiče nebo vážné onemocnění v rodině, různé další traumatické události výrazně zasahující do života

jedince v dětství. Přesto mnoho lidí je schopno adaptace a sebeúdravy, i přes nepřízeň životních událostí.

Celá řada jedinců je schopna bez pomoci a zásadních podpor překonat úspěšně řadu těžkostí v průběhu života. Jedinci s dobrou resilientní schopností mohou překonávat závažné události. Kořeny této epigenetické paměti zárodků charakteristik resilience lze vysledovat v předchozích generacích v interakci s prostředím (Klosin et al. 2017). Transgenerační paměť a přenesení charakteristik resilience pravděpodobně může pozitivně přispívat k celkové resilienci jedince, který v aktuální osobní realitě je vystaven závažným událostem a je schopen i přes nepřízeň událostí zvládat zátěž.

2.3.4 Positivní adaptace

Adaptivní kvality usnadňují flexibilně otevřít spektrum strategií zvládání. Strategie zvládání pomáhají snižovat stresovou zátěž, směřují k cílenosti a spokojenosti, podporují kvalitu života.

Benard (1993) vybízí ke změně přístupu k pozitivní zodpovědnosti a zacílení se na silné stránky a protektivní faktory. Zdůrazňuje respektující pohled na mladé lidi. Školy a školské instituce by měly vytvářet vize a udávat směr mise, nabídnout jasné široké zdroje rozvojových individuálních příležitostí posilující spektrum sociálně adaptabilních strategií pro mladé lidi (Benard, 1993). V tomto rámci adaptivních kvalit nelze pozitivní adaptaci považovat za synonymum zdraví nebo duševní pohody, zdravého životního stylu či spokojenosti v životě (Moreno et al. 2016).

Model přehledu aspektů resilience využitelných k sebehodnocení adolescentů

Model nabízí adolescentům a dětem podporu ve zvědomování, adaptování a rozvíjení vlastní resilience v určitých oblastech nebo situacích. Níže uvedená tabulka poskytuje přehled aspektů resilience využitelných k sebehodnocení adolescentů (Grotberg in Novotný, 2009 str. 38).

Tabulka 5 - Přehled aspektů resilience využitelných k sebehodnocení adolescentů (Grotberg in Novotný)

Mám	Jsem	Umím
důvěrné a láskyplné vztahy s ostatními: s rodiči, sourozenci, učiteli, přáteli.	milovaný a podporovaný v tom, abych si vytvářel kvalitní vztahy k druhým.	komunikovat: jsem schopný vyjádřit své pocity a myšlenky a dokážu naslouchat druhým.
doma je jasný řád: mám jasná pravidla, když je poruším, dostanu přiměřený trest, naopak zase pochvalu.	schopný lásky: dokážu vyjadřovat náklonnost k druhým a jsem citlivý k jejich potížím	řešit problémy: jsem schopný se vypořádat s problémy a požádat ostatní o pomoc, dokáži být vytrvalý
modely rolí od rodičů, ostatních dospělých a sourozenců, kteří mi ukazují správné a morální chování.	na sebe pyšný: cítím, že mám schopnost dosáhnout úspěchu a odolat zraněním.	kontrolovat své pocity: znám a rozumím emocím, rozpoznávám pocity druhých a kontroluji impulzivní chování.
podporu v tom, abych byl nezávislý: od lidí, kteří mě pochválí za snahu o autonomii.	zodpovědný: akceptuji zodpovědnost a mám důvěru v to, že mohu reagovat rozdílnými způsoby.	porozumět svému temperamentu: mám náhled na vlastní osobnost i na osobnost druhých.
přístup ke zdravotní péči, vzdělání a sociálním službám, tzn., mám stálou přímou nebo nepřímou ochranu tělesného a emocionálního zdraví.	optimistický a důvěřivý: mám důvěru v instituce a lidi, jsem optimistický ohledně budoucnosti a dokážu vyjádřit svoji důvěru v rámci morální struktury.	si najít důvěrné vztahy: dokážu si najít lidi (vrstevníky nebo dospělé), kterým se můžu svěřit a se kterými si mohu vytvořit vzájemnou důvěru.

Budování resilience by měla být součástí výchovy v rodině, ale též i součástí universální školní prevence. U vulnerabilních adolescentů v institucionální péči se jedná sice o jedince, kteří dostávají sociální, psychologickou a vzdělávací podporu cílenou pro budování resilience, nicméně i tak se zde mohou objevovat bariéry systémové, psychologické, pedagogické i materiální. (Richman et al. 1993) navrhuje osm rozdílných forem podpory resilience:

- naslouchání bez posuzování,
- emocionální povzbuzování,
- pomoc vyhodnotit postoje hodnoty a pocity,
- potvrzující podpora,
- možnost sdílení vlastního vnímání situace,
- úcta a respekt,
- respekt s posilováním motivace a podpora osobní vitální síly,
- materiální asistence.

Studie potvrzují (Richman et al. 1998), že vulnerabilní školní děti, které obdržely různý typ podpory, měly lepší výsledky ve škole v různých oblastech než děti, které podporu neobdržely.

2.3.5 Resilience a životní spokojenost

Jak bylo uvedeno výše, pozitivní adaptace vytváří směřování k životní spokojenosti a posiluje takové oblasti kvality života, jakými jsou zdraví, existenční a materiální spokojenost, dobrý vztah k sobě a k ostatním lidem, sociální a rekreační aktivity a zapojení se v komunitě, osobní rozvoj a naplnění smyslu života (Doležalová, 2003).

Zejména životní spokojenost je součástí konceptu kvality života. Pokud uvažujeme o adolescentních dívkách, lze za jeden z hlavních faktorů určujících kvalitu života považovat nejenom zdraví, ale i spokojenost se sebou samým v dané sociální realitě.

S ohledem na životní spokojenost a psychickou i fyzickou pohodu se můžeme zamýšlet nad obsahem kvality života, jenž se odráží v pojmech, kterými jsou například vzdělání, zdraví,

finanční ohodnocení, vztahy a sociální prostředí. Nyní se pokusíme nastínit ty oblasti kvality života, které můžeme vnímat v souvislosti s vývojovými potřebami v určitém čase a v místě života adolescentních dívek dočasně žijících v institucionální péči.

Kvalitu životní spokojenosti ovlivňují tyto domény: a) doména existence a zdravý životní styl; b) doména inkusivní sounáležitosti; a c) doména pozitivní adaptace.

Ad a) Do oblasti existence a zdravého životního stylu můžeme zařadit péči o sebe sama, způsob trávení volného času, kvalitu stravování, vnímání sebehodnoty, smysluplnosti života a osobního směřování.

Ad b) Do oblasti inkusivní sounáležitosti můžeme zařadit vnímání svého místa v sociálním prostředí (v rodině, škole, komunitě). Patří sem tedy vnímání bezpečného místa v sociálním prostředí a rodině nebo ve škole, instituci nebo jiných službách.

Ad c) Pozitivní adaptace je součástí každodenního života s využíváním strategií zvládání, angažovanosti v sociálním prostředí. Jde též o nacházení uplatnění na základě dosaženého vzdělání, získání adekvátního společenského a ekonomického ocenění.

3 TRAUMA A CITOVÁ VAZBA

3.1 Definice traumatu

Charakteristické pro trauma je velmi stresující zážitek nebo zásadní životní traumatická událost, která vede k mnoha změnám psychologickým, emocionálním a biologickým, ke změně postojů i hodnot nebo víry. Expozice traumatu vede k silnému zážitku, který závažně narušuje integritu psychických i fyzických funkcí.

Termín „trauma“ je často definováno jako extrémní stres na základě prožití tragické události. Podle Websterova mezinárodního slovníku (Merriam – Webster, 2017) definujeme trauma jako:

- a) fyzické zranění těla zapříčiněno vnější silou nebo násilím,
- b) emocionální a psychologický stres, který může vytvářet nepříjemné pocity a narušovat chování.

SAMHSA (2015) definuje trauma jako: „individuální odezvu na traumatickou událost nebo několik traumatických událostí nebo řadu nečekaných zážitků poškozujících fyzické či emocionální oblasti nebo ohrožující dlouhodobě nepříznivě individuální funkce a ovlivňující fyzickou, sociální, emocionální a spirituální pohodu, události, prožitky a smysl.“

Podle APA (2017) trauma je emocionální reakce na děsivou událost jako například nehoda, znásilnění, přírodní pohromu. Bezprostředně po traumatické události je typický šok a popření. Dlouhodobější reakce po traumatu se vyznačují nepředvídatelnými reakcemi, retrospektivními vzpomínkami (flashback), napjatými vztahy, somatickými symptomy (bolesti hlavy, nevolnost, únava). Tyto symptomy jsou normální reakcí na „nenormální“ zážitek z prožití traumatu. Lidé, co prožili traumatickou událost, mají řadu různých symptomů i těžkostí, které se manifestují variabilními způsoby, aniž by byli přičítány prožitému traumatu.

3.2 Traumatická událost a neurologické aspekty

Lidé reagují podobně jako zvířata v případě ohrožení, ale lidské reakce jsou složitější vzhledem ke komplexnosti neurobiologického vývoje. Hlavní funkcí při expozici traumatem je přežít. Významně se na reakcích podílí nejstarší struktura mozku, mozkový kmen, tzv. mozek plazů, který je základem instinktivních reakcí, koordinace pohybů, srdeční činnosti a dýchání. (Levine et al. 2002).

Limbický systém („savčí mozek“) a prefrontální kortex bývají při expozici traumatem odpojené. Limbický systém, jehož částí je hypothalamus, hipokampus a amygdala, je odpovědný za fyziologické emocionální a sociální reakce, získává impulsy z mozkového kmene („mozku plazů“) a je přemostěním k prefrontálnímu mozku.

K traumatizování dojde, když neokortex („lidský mozek“, vývojově poslední vzniklá část mozku) vyruší některé instinktivní obranné reakce – útok, útěk nebo zamrznutí. Reakce na trauma je tedy výsledkem vyvolaného nedokončeného cyklu, který nebyl propojený mezi mozkovým kmenem, limbickým systémem a neokortexem. Vlivem traumatu není nervový systém poškozený, ale je v nevyváženém stavu. Cílem údravy a transformace by měla být snaha integrovat „tři části mozku“ k nalezení vyváženosti nebo znovu prožívání smysluplnosti a celistvosti života.

3.3 Faktory ovlivňující zranitelnost senzitivních jedinců

Zranitelnost (vulnerabilita) vůči traumatu je rozdílná podle věku expozice traumatické události, průběhu a době trvání, hloubce a intenzitě traumatu. Zranitelné jsou děti, staří lidé, jedinci s určitým postižením, ženy, které reagují na traumatickou událost senzitivněji než více resilientní dospělí jedinci. Senzitivní jedinci nemají vytvořeny dostatečné adaptivní obrany a jsou méně odolní vůči stresovým situacím, psychické zátěži, problémům s duševním a fyzickým zdravím.

Shore (Shore, 2001; van der Kolk, 1995, 1998; Siegel, 1999; Perry et al. 1995) tvrdí, že predispozice k psychickým poruchám, včetně posttraumatické stresové poruchy (PTSP) lze hledat v osobní historii nebo ve stresujících událostech z raného vývoje například: zanedbávání, tělesné a sexuální zneužívání, selhávání raných vazeb, jednotlivé traumatické události, jako je hospitalizace, smrt rodiče, autonehoda, exodus, násilné události.

Existuje předpoklad, že lidé, kteří v raném dětství zažili trauma spojené s citovou vazbu, mají později v životě omezené schopnosti regulovat emocionální napětí, pochopit smysl traumatických zážitků (Rothschild, 2000). Levine (2002) na základě důkazů, jsou zvýšeně senzitivní zvláště malé děti. Podobně další autoři dokazují vysokou zranitelnost a senzitivitu vůči traumatické události v raném dětství v prvním roce života, ale také již i v prenatálním období vývoje (Stern, 1998).

Rothschild (2000) rovněž uvádí, že u traumatizovaného kojence nemusí nevyhnutelně vzniknout dysfunkce nebo psychické problémy, v důsledku vývojového traumatu. Kojenecké období je velmi významné pro vytváření bezpečné citové vazby, ale není jedinou příležitostí, kdy může člověk zažívat jistou citovou vazbu, neboť vlivem plasticity mozku a dlouhodobého terapeutického působení nebo jistého vztahu, lze dosáhnout změn v reprezentaci stavu mysli. Např. mnohé děti, které byly deprivované nedostatečným vztahem v dětství, ho dokáží do velké míry nahradit později v životě vztahem s nejlepším kamarádem, výjimečným učitelem nebo romantickým partnerem (Doležalova, 2009).

3.3.1 Trauma a externalizované a internalizované chování

Řada studií dokládá vysokou prevalenci rané expozice traumatu a rozvoje psychopatologie v průběhu života, zejména se jedná o kriminální chování a psychiatrické komplikace. (Schimmenti et al. 2015; Craparo et al. 2013) zážitek traumatu v raném dětství, emocionálně zneužití ve spojení se neurobiologickými a temperamentovými dispozicemi má významnou roli v rozvoji vážných psychopatických charakteristik sledovaných u delikventů. Efekt nejisté, disorganizované rané citové vazby byl výrazně spojen s agresivním chováním, vysokou úrovní úzkosti a deprese u jedinců v residenční péči (Shechory, 2007).

Dvě tendence zobrazující se v externalizovaném a internalizovaném chování lze spatřovat ve spojení s raným vývojovým traumatem a citovou vazbou. I když pojetí externalizovaných a internalizovaného chování není zcela jednotné a symptomy se prolínají lze jej obecně rozlišovat. Dle čtyřleté longitudinální studie u zkoumané skupiny 214 školních dětí, vyplývá, že dispozice dětí k těmto dvou rozdílným tendencím chování mají hlavně děti z vysoce rizikového rodinného prostředí, minoritních skupin nebo kultur (Eisenberg et al. 2009).

Například externalizované chování převládá agresivní, impulsivní, hyperaktivní chování, jež je více prevalentní u chlapců. Ovšem i emocionální problémy, frustrace, agrese, úzkost jsou součástí agresivního a delikventního chování více časté u chlapců. Typickým delikventním externalizovaným chováním je podvádění, krádeže, lhaní, vandalismus, záškoláctví, vulgární chování. Naopak internalizované chování, například: úzkostné poruchy, deprese, somatické problémy, poruchy nálad, poruchy příjmu potravy, nižší impulsivita, smutek, beznadějnost nebo negativní myšlení se více objevuje u dívek.

Na druhou stranu řada projevů chování bývá podobná jak u chlapců, tak i u dívek, například potřeba vyhledávat nové i rizikové impulsy. Pravděpodobně pro to, že i dívky mají tendence se chlapcům přizpůsobovat v určitém rizikovém chování a genderové rozdíly nelze zcela striktně oddělovat na základě jednoduché dichotomie bez komplexního screeningu a následných informací.

3.3.2 Trauma a užívání návykových látek

Traumatické události prožité v dětství bývají základem pro rozvoj disorganizované citové vazby. V průběhu dospívání a dospělosti se problémy spojené s traumatem manifestují do variabilní komorbidity, a to včetně rozvoje závislostí na návykových látkách (Dozier et al. 2008) in Cassidy, Shaver (2008). Řada studií prokazuje spojení užívání drog a nejistou citovou vazbou a zejména s disorganizovanou citovou vazbou (Golder et al., 2005; Lachlan, 2010). U lidí se závislostí na alkoholu byla prokázána vyšší vulnerabilita v souvislosti s traumatem v dětství (Schwandt et al, 2013) in Doležalova (2016). Emoční zneužívání

a sexuální zneužití v dětství v rodinném prostředí hraje roli v etiologii poruch spojených s užíváním drog (Barnard, 2011).

Reakce dítěte na trauma v rizikovém sociálním prostředí sebou nese škálu projevů v úrovni chování, emocí, tělových reakcí nebo i sebemedikační formou užívání drog. Barnardová (2011) ve svém výzkumu sledovala několik generací, u kterých se opakovalo užívání drog, v souvislosti s multinásobným traumatem a přenosem těchto zážitků na další generace. Nepodnětné a zanedbávající rodinné prostředí od raného dětství je závažným prediktorem rozvoje vývojového traumatu, zvláště u rodin, kde je v anamnéze řada rizikových faktorů, jako je užívání drog, sebevražda člena rodiny, duševní problémy nebo problematické užívání alkoholu nebo drog. Pokud dítě vyrůstá v prostředí stresu a ohrožení nebo nejistoty, mohou se kumulovat traumatické události s různou mírou závažných konsekvencí a reakcí rozdílných podle věku a individuálních dispozic (Doležalová et al. 2017).

V tomto módu rodinného destruktivního nebo ohrožujícího systému může být trauma ve spojitosti s nepříznivým vývojem a nejistou citovou vazbou v dětství nesnadnou výzvou pro multidisciplinární klinickou praxi.

3.3.3 Trauma a sebemedikace

Jedním z mechanismů zvládání traumatu a odpojením se od emocionální bolesti může být sebemedikace. Opiáty nebo jiné návykové látky tlumící psychosomatické problémy a bolesti jsou nekontrolovatelně distribuovány mezi vysoce rizikové jedince (Craig et al. 2014; Kingston et al. 2009) V souvislosti se současnými globálními trendy rizik v oblasti veřejného zdraví a vysoké prevalence předávkování a úmrtí u adolescentů a dalších rizikových skupin (Martins et al. 2015) se nabízí mimo vysoké dostupnosti a systémových problémů také souvislost s teorií sebemedikace (Khantzian, 1997). Sama tendence k užívání návykových látek může být cestou k sebeléčbě. Flores (2004) uvádí, že rané trauma a nenasycení potřeb jsou nahrazovány sebemedikací prostřednictvím užívání drog.

Jednotlivci s nejistými citovými vazbami nebo disorganizovaným typem citové vazby se mohou sami snažit uzdravit své trauma. Tyto problémy spojené s typickými zážitky úzkosti, nejistoty, studu, bezmoci vedou k seberegulaci pomocí externích zdrojů, jakými jsou užívání drog nebo rizikové chování, jak popisuje Wedekind et al. (2013) in Doležalová (2016).

3.4 Vývojové trauma a citová vazba

Vývojové trauma se nejčastěji objevuje na pozadí interpersonálních vztahů v dětství mezi prvotními pečovateli, zejména v primární rodině, náhradními rodiči nebo pěstouny. Primární vztahové postavy ovlivňují duševní zdraví a jeho kapacitu pro seberegulaci emocí, vnímání sama sebe, hloubku důvěry, strachu. (Allen, 2001) uvádí, že prožitek traumatu v dětství má vliv na a) deficity v citové vazbě a sociálních funkcích; b) neurologický vývoj mozku; c) kognitivní funkce; e) chování; f) sebepojetí a sebevědomí; g) hodnoty a postoje.

Interpersonální trauma spojené s citovou vazbou v dětství je příčinou mnoha biologických, sociálních a psychologických symptomů nebo problémů v souvislosti s frustrací, depresí, agresivitou, pocity viny, užívání drog, sebevražedným chováním, problémy s koncentrací, poruchy příjmu potravy, rakovinou, komplikacemi v sociálních vztazích (Raby et al. 2017; Martin et al. 2017; Schechter et al. 2017; Monteleone et al. 2017; APA 2013; Nissen, 2016; Bifulco et al. 2006).

Trauma spojené s citovou vazbou v dětství ovlivňuje nedostatečnou gratifikací všechny vývojových potřeb, které nemusely být dostatečně rozpoznány primární vztahovou postavou-matkou, pokud sama měla traumatické zážitky v raných citových vztazích. Děti, které byly vychovávány v institucionálním prostředí v raném dětství, nemusí mít naplněnou dostatečně část jejich vývojových potřeb.

Tyto děti mohou být ve vyšším riziku nižší adaptace i schopnosti v překonávání psychické zátěže nebo konfliktních sociálních situací. Jejich strategie zvládání mohou fungovat na bázi vulnerability nebo naopak mohou být natolik resilientní a nacházet zdroje ve zvládání stresujících a náročných situací (Rutter, 2007). Avšak některé osobnosti, jak uvádí (Shore,

2001), mají těžkosti s porozuměním významu určitých sociálních situací, jsou náchylnější k takovým psychickým poruchám a chorobám, jako jsou deprese, rozvoj PTSP, závislostní chování (in Rothschild, 2000). Proto tedy je jisté citové vazbě přikládán fundamentální význam pro zdravý psychosociální vývoj dítěte (Shore. 2001; Siegel, 1999; van der Kolk, 1989).

3.4.1 Fenomén komplexního vývojového traumatu

Kolk (2005) vystihuje termín „Komplexní vývojové trauma“ („Complex Developmental Trauma“) jako chronické a dlouhodobé vývojově nepříznivé události (například: sexuální nebo fyzické zneužití, válka, násilí), objevující se v raném životě často v rodinném systému obsahujícím fyzické, emoční, výchovné zanedbávání a špatné zacházení.

Níže uvádím oblasti nepříznivého vlivu vývoje dítěte vystavené komplexnímu traumatu podle (Cook et al. 2003):

I. Citová vazba

- problémy s hranicemi;
- nejistota ohledně předvídatelnosti světa;
- nedůvěra;
- podezřívavost;
- sociální izolace;
- těžkosti s vyladěním na emocionální stav druhých lidí;
- těžkosti v pochopení perspektivy;

II. Biologické příčiny

- senzomotorický rozvoj;
- problémy s koordinací, vyvážeností, tělového tonusu;

- somatizace;
- zvýšený zdravotní problémy v průběhu života (bolest pánve, astma, kožní problémy, autoimunitní poruchy);

III. Regulace emocí

Těžkosti v regulaci emocí

- těžkosti s vyjádřením a popsáním pocitů;
- problémy s popsáním vnitřních pocitů;
- těžkosti s vyjádřením přání a potřeb;

IV. Disociace

- rozlišení změn v nevědomích stavech;
- amnézie;
- depersonalizace a derealizace;
- dva nebo více rozlišení nevědomích stavů;
- zhoršené vzpomínky pro příčinu určitých událostí;

V. Kontrola chování

Slabá modulace impulsů

- sebedestruktivní chování;
- agrese vůči druhým;
- poruchy spánku;
- poruchy příjmu potravy;
- zneužívání drog;
- výstřední povolnost;
- opoziční chování;
- těžkosti s pochopením a dodržováním pravidel;

- oživení traumatu v chování nebo hře;
- těžkosti v regulaci pozornosti a výkonnostní;
- ztráta zvědavosti;
- problémy ve zpracování nových informací;
- těžkosti v plánování a očekávání;
- problémy s pochopením zodpovědnosti;

VI. Kognitivní problémy

- vzdělávací těžkosti;
- problémy s rozvojem řeči;
- problémy s plánováním;
- problémy s orientací v čase a prostoru;
- smyslové problémy, orientace v prostoru, akustické, vizuální, motorické těžkosti;

VII. Sebepojetí

- ztráta kontinuity, předvídatosti, smyslu pro smysl;
- slabé smysl samostatnosti;
- narušené vnímání vlastního těla;
- nízké sebevědomí;
- hanba a vina.

3.5 Posttraumatická stresová porucha

Symptomy PTSD se mohou objevit kdykoliv po prožití traumatické události, to znamená po několika měsících i letech. Po traumatické události je běžné zažívat stresové reakce. Doporučována bývá odborná podpora a psychoterapie, pokud se symptomy objeví po třech

měsících a způsobují značný distress nebo narušují práci, studium a běžný život (Dorrepal et al. 2014).

Symptomy se mohou projevovat na úrovni fyzické, emocionální, psychické a v kombinaci. Charakteristické jsou tři hlavní symptomy:

- a) Intrusivní opakující se vzpomínky na traumatickou událost, noční můry, záblesk paměti (flashback), spouštěče smyslové, drobné detaily připomínající traumatickou událost (triggers);
- b) emocionální otupění a vyhýbání se lidem, určitým místům, aktivitám, které připomínají trauma;
- c) zvýšená vzrušivost, poruchy spánku, těžkosti s koncentrací, snadno se rozrušit a rozhněvat, pociťovat nervozitu.

Děti a adolescenti, pokud byli vystaveni traumatické události, jsou ve vysokém riziku rozvoje PTSD a řady negativních faktorů spojených s chováním, duševními problémy, vzdáváním (Gillies et al. 2016). Schalinski et al (2017) zkoumali disociativní symptomy spojené s traumatem v dětství u žen a jejich výsledky potvrzují abnormální změny na mozku v důsledku posttraumatické poruchy. V návaznosti Schechter et al (2017) zkoumal matky s PTSD a jejich vztahové reakce a rodičovskou stimulaci svých dětí – kojenců. Nabízí se předpoklad, že odmítavé a nejasné reakce matek s PTSD na přirozené projevy dítěte (např. nelibost, křik) mohly být spouštěčem nevyléčeného traumatu matky z jejího dětství.

V souvislosti se zkoumáním vlivu traumatu na fyzického a duševního zdraví, výzkumy potvrzuje negativní vliv na zdraví v dospělosti u jedinců, kteří byli v dětství zneužívání a zažili traumatické události. Spektrum negativních konsekvencí se objevuje v pozdějším životě v oblasti zdraví u jedinců s prožitkem dětství traumatické události (Wegman et al. 2009). Ovšem i v adolescenci při kumulaci traumatických událostí se objevuje asociace s PTSD, úzkostí a depresí. Více traumatických událostí zažitých v životě u adolescentů se podílí na vyšší závažnosti PTSD, než je tomu u jedinců, kteří zažili jedinou traumatickou událost. Vícenásobné zážitky traumatu u adolescentů nezvyšují vždy zásadně míru úzkosti v kontextu vztahových komplikací (Suliman et al. 2009).

Pravděpodobně charakterové kvality a aspekty odolnosti osobnosti mohou být tlumičem úzkostnosti a nemusí traumatické zážitky být fatální pro adekvátní vztahové interakce.

3.6 Disociativní porucha spojená s traumatem

Jednou z nejčastějších adaptačních mechanismů traumatu je disociace nebo symptomy jsou diagnostikovány jako disociativní porucha. Americký a statistický manuál duševních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) uvádí čtyři:

- a) disociativní porucha (*Dissociative amnesia*) - charakteristická neschopnost si pamatovat osobní informace;
- b) disociativní porucha identity (*Dissociative identity disorder*) charakteristická více, než jednou identitou přítomnou v osobnosti;
- c) porucha depersonalizace – derealizace (*Depersonalization/derealisation disorder*) charakterizovaná pocity, že objekty nebo lidé v okolí jsou nereálné, mění tvar, velikost, jedinec může mít pocity odpojení od svého vlastního těla;
- d) nespecifické disociativní poruchy.

Diseth (2005) prokazuje korelaci disociace s traumaty zažitými v průběhu dětství i souvislosti s fyzickým a sexuální zneužitím. Soukup (2009) uvádí, že disociace má za následek rizika v sociálních vztazích, izolaci a rozvoj osobní patologie. Míra závažnosti disociace koreluje s horší prognózou a výsledkem v léčby. Soukup (2009) na základě své studie potvrzuje vyšší míru disociace u zkoumaných zneužívaných, sebepoškozujících se adolescentů než u těch, kteří zneužívání nebyli. Soukup (2009, s. 8) dále konstatuje, že: „tento koncept disociace bývá často chybně pojímán, role a význam při léčbě psychických poruch bývají podceňovány“.

Disociativní poruchy nejsou často vnímány jako důležité, spíše jako vzácné nebo jako ztotožňovány s konverzními poruchami psychogenními a neepileptického záchvatům

(Herman et al. 2008; in Soukup, 2009). V souvislosti s dalšími výzkumy jsou potvrzeny signifikantní disociaci u traumatizovaných dětí a adolescentů. Z hlediska lepší perspektivy porozumění fenoménu traumatu a disociace může být pohled na PTSD a somatické poruchy jako specifická forma disociativního procesu kategorizována jako disociativní porucha spojená s traumatem ,trauma-related dissociative disorders‘ (Diseth, 2005).

Soukup (2009) doporučuje na základě ověřování nástroje a dobrých psychometrických parametrů v českém prostředí dotazníku A-DES, aby psychiatrickí pacienti prošli screeningem na disociace. Jedná se hlavně o pacienty s více symptomy, např. hyperaktivitou, impulsivitou, s horší schopností regulace emocí s poruchou pozornosti a hyperaktivity.

5.6.1. Symptomy disociativní adaptace na trauma

Příčinou disociativní poruchy je nejčastěji trauma a PTSD symptomy (Mayo Clinic, 2017). Disociace často vznikají v dětství na základě dlouhodobého fyzického, sexuálního nebo emocionálního zneužívání, nepředvídatelného domácího prostředí. Stres, válka, přírodní katastrofy také vytváří disociace jako obrannou reakci.

Během dětství se stále tvoří osobnost a identita, takže dítě je více zranitelné a neschopné zvládnout a překonat trauma. Dítě se učí disociovat, aby odolalo traumatickému zážitku, a tato reakce je mechanismem zvládání stresujících situací. Disociace umožňuje dítěti přežít dlouhodobé traumatizování a zachovat si zdání normálnosti maskovaným sociálním přizpůsobováním v prostředí.

Disociace je popisována široce, jako narušení funkcí spojených s pamětí, odpojením se od myšlení, emocí a těla. Ovšem může se projevit jako rozmlžení identity nebo jako vícečetná porucha osobnosti. Dochází ke zkreslení času, prostoru, sledu událostí. Úplné odpojení lze zažít při životu nebezpečné události, např. při zneužití může dítě zakoušet, že se pozoruje vně svého těla a že necítí žádné pocity. Disociace je nejběžnější a nejzáhadnější symptom traumatu, který umožňuje unést nesnesitelné zážitky, např. napadení divokým

zvířetem. Projevuje se zamrznutím nebo ztuhnutím, snížením srdeční činnosti, imobilitou, centrální mozková soustava (CNS) je v nevyváženém, ale funkčním stavu.

Zážitek raného traumatu ovlivňuje kognitivní schopnosti a regulaci emocí. Pokud se nahromaděná energie neodplaví, může disociace přerůst do chronické podoby psychiatrického onemocnění a jiné symptomatologie. Zdá se, že jde o množinu příbuzných forem rozštěpení vědomí, které se váží na psychiatrická onemocnění (Rothschild, 2000 in Doležalova 2009).

U depersonalizace má člověk zdání neskutečnosti sebe sama, odcizení od těla, svých tělesných pochodů, má pocity, že neovládá své tělo, je oddělen o své psychiky, smyslové podněty vnímá, jaké cizí a izolované. Derealizace je často propojena s depersonalizací, okolí je prožíváno jako neskutečné, objekty a místo, kde se člověk nachází, se jeví jako neznámé. Z praxe vyplývá, že u dětí, které jsou dlouhodobě traumatizovány, se objevují takové reakce, které jsou diagnostikovány jako psychické poruchy, poruchy zhoršování školního výkonu, učení a řeči, chování, rizikové chování a mohou se zvýraznit v adolescenci.

Formy adaptací umožňují dítěti zvládnout traumatickou událost a zachovat si pocit normálnosti. Postupně se vytváří „falešné Já“ a zkreslené pojetí sebe sama. Formování specifické identity u dětí může být skryto pod rouškou sociálně konformního chování. Rozsah svých psychických problémů či psychopatologie dokáží jedinci utajovat a v dospělosti skrývají vědomě či nevědomě pravou realitu traumatických kořenů svého vývoje. (Herman, 2001, 154 – 155). Příčiny psychopatologických symptomů mohou být po celý život skryty i nejbližšímu okolí a nemusí souviset s mírou celkové inteligence, někteří tito jedinci jsou vysoce inteligentní a úspěšní, charismatičtí a sociálně velmi viditelní.

Symptomy a signály disociativní poruchy podle Mayo Clinic (2017):

- 1) Ztráta paměti (amnesie) nebo částí paměti na události, lidi a osobní informace;
- 2) pocit odpojenosti od sebe sama a svých emocí;
- 3) vnímání lidí a věcí okolo, že jsou nereálné zdeformované;
- 4) rozmazané vnímání vlastní identity;

- 5) značné napětí a problémy ve vztazích, na pracovišti nebo dalších důležitých oblastech života;
- 6) neschopnost ovládat emoce nebo stres;
- 7) duševní problémy, například deprese, úzkosti, sebevražedné myšlenky a chování.

3.7 Sebevražedné chování

Sebevražedné chování adolescentních dívek je narůstajícím apelem pro profesionály veřejného a duševního zdraví. Současně mezioborové snahy kladou důraz na prevenci, to znamená i na větší angažovanost škol a zařízení institucionální výchovné péče. Globálně sebevražednost adolescentů je vyšší u mladých chlapců, než u dívek a narůstá kumulace souvisejících rizikových faktorů (Abraham et al. 2017). Ovšem v porovnávacích studiích lze vysledovat rozdílnostmi v jednotlivých zemích, kde například je vyšší sebevražednost dívek, což může souviset s rozdílnou metodologií sběru dat a dalšími faktory (Bridge et al. 2006).

Stejně jako je tomu v zahraničí, musí být tato tabuizovaná problematika otevřeně diskutována i v českém školním prostředí. Zejména speciálně pedagogická praxe a hlavně institucionální výchovná péče se s touto problematikou potýká bez celkové jasné analýzy rozsahu problémů v systému a existence koncepční systémové podpory.

Definování sebevražedného chování

Úmyslné sebepoškození nebo stupňovitá sebedestrukce má na pozadí formu překonání osobní emocionální bolesti a je apelem k ‚volání o pomoc‘. Podle (HHS, 2012) sebevražedné chování lze charakterizovat jako:

- a) sebevražedné představy – přemýšlení o sebepoškození nebo zabití sama sebe;

b) sebevražedný pokus – osudné přímé potencionálně poškozující chování s jasným záměrem zemřít;

c) sebevražda – smrt zapříčiněná přímým sebepoškozením s jasným záměrem zemřít.

Národní strategie prevence sebevražd (např. v USA) řeší již velmi systémově prevenci a redukci sebevražedného chování mladých lidí (HHS, 2012). Existuje řada intervencí, podpůrných programů pro rodiny, pedagogy, individuální podpora založená na komunitní bázi a lokálních dostupných službách včetně využívání technologií jako jsou mobilní aplikace zaměřené na preventivní intervence a včasnou pomoc. Strategické intervence směřují k propojování zdravotních nástrojů a metod s využíváním moderních technologií zaměřených na prevenci, diagnostiku, léčbu a zdravý životní styl. Strategické intervence jsou často orientovány na kombinaci zvyšování psychosociální edukace, redukci stigmatizaci související s duševním onemocněním a preventivní eliminací sebevražedného chování.

Sebevražedné chování v období adolescence

Sebevražedné chování v období adolescence je vnímáno WHO jako globální problém veřejného zdraví ve všech zemích. Dle epidemiologických dat WHO z roku 2015 je odhadováno, že 800 000 osob spáchá sebevraždu každý rok (tj. jedno úmrtí každých 40 sekund). Z globální perspektivy je sebevražda druhou vedoucí příčinou úmrtí ve věku 15 až 29 let (WHO, 2017). V České republice u mladých lidí mezi 15 a 29 lety je sebevražda druhou nejčastější příčinou smrti a nejčastějším důvodem úmrtí dívek od 15 do 19 let a u věkové kategorie od 20 do 29 let, se jedná o 30 procent ze všech úmrtí mladých žen (Winkler, 2017).

Nárůst opakování sebevražedného chování u adolescentů zvyšující riziko dokonání sebevraždy. Adolescenti se sebevražednými pokusy často mají mnohonásobné problémy v duševním zdraví, například: deprese, psychiatrická komorbidita, užívání návykových látek. Mnoho signálů se manifestuje v průběhu života, které mohou být podceněné

a v komunitním sociálním prostředí nebo v úzké rodině nevnímané. Přes 90% sebevražd se vyskytuje u osob s problematikou v oblasti duševního zdraví (Moscicki, 1997). Mnoho jedinců v riziku sebevražedného chování v adolescenci má hlavní problémy s depresemi a úzkostmi. Deprese v adolescenci signifikantně zvyšují rizika sebevraždy v rané dospělosti. Nejčastější příčinou sebevražd jsou poruchy osobnosti, poruchy nálad, duševní poruchy spojené s užíváním drog, trauma a PTSD, schizofrenie. Téměř 80 % sebevražd je u neléčených jedinců v době smrti (Moscicki, 1997).

Maniglio (2011) ve svém výzkumu adolescentů dochází k zjištění, že riziko sebevraždy je spojeno s řadou rizikových faktorů, jako je např. sexuální zneužití v dětství. Taktéž na základě novějšího výzkumu Brown et al (2017) prezentují, že v komunitním i klinickém prostředí u adolescentů existuje mnoho faktorů souvisejících se sebevražedným chováním, zejména interpersonální komplikace ve vztazích, stresory, neurobiologické faktory, sociální vliv, těžkosti s regulací emocí, nepříznivé zážitky z dětství. V dalších poznatcích se ukazují jako vysoce rizikové faktory právě závislost na alkoholu, drogách a tabákových výrobcích. Z Fergussonova (2002) zkoumání vyplývá, že dalšími rizikovými faktory jsou školní neúspěchy a nepříznivé vztahy ve škole, dále nezaměstnanost a brzké neplánované těhotenství.

Rozsáhlou oblastí rizikových faktorů jsou dysfunkční a rizikové rodiny. Individuální zátěže rodin mají souvislosti se sebevražednými symptomy v dětství a adolescenci. Existuje mnoho studií prokazujících historii sexuálního zneužití, zanedbávání v rodině, nedostatečné komunikace v rodině, separace, úmrtí, ztráty nebo psychopatologie u jednoho z rodičů. Zdá se, že výraznou dominantou jsou právě rodinné rizikové faktory (Wagner, 1997). Kvalitní screening může lépe zobrazit reálnou míru rizik v rodinném prostředí u potencionálně ohrožených a zranitelných jedinců. Jak vyplývá se zahraničních zkušeností, identifikování rizik a jejich míry závažnosti je prioritou v systémových národních opatřeních. (Brent et al. 2009).

4 CHARAKTERISTIKY ADOLESCENTNÍCH DÍVEK V INSTITUCIONÁLNÍ VÝCHOVNÉ PÉČI

Pro vulnerabilní adolescentní dívky v institucionální výchovné péči jsou charakteristické obranné reakce projevující se nedostatečné regulaci emocí a chování, které můžeme rozdělit na externalizované a internalizované poruchy chování.

Internalizované (vnitřní) poruchy chování a emocí (rizika v psychosociálním vývoji, ve školním prostředí, např. sociální izolovanost) se objevují i se značnými komplikacemi v rodinném soužití i ve vztazích ve školním kolektivu.

Externalizované (vnější) poruchy chování, které se typicky začínají objevovat v adolescenci, zahrnují užívání návykových látek, rizikové chování a neschopnost regulace emocí, jejichž původem může být neléčené trauma s pozdějším vývojem symptomů, právě v oblasti externalizovaných poruch chování. Poruchy chování a emocí a interpersonální násilí vykazují vzájemné souvislosti (Myra et al. 2017). Z praxe je evidentní tendence k nárůstu jak internalizovaných, tak externalizovaných poruch chování u adolescentních dívek s historií traumatu.

4.1 Důvody umístování adolescentních dívek do zařízení institucionální výchovné péče

Hlavní důvodů umístování adolescentních dívek do institucionálního zařízení speciálního školství lze také rozdělit do tří kategorií, které se ovšem prolínají a souvisí s jejich vulnerabilitou. I při podrobné analýze však v některých případech není zcela zřetelné, co je příčinou a co je důsledkem problémů. Proto je vhodné nezapomenout, že období adolescence jako velmi emocionálně turbulentní a testující limity společnosti a autority.

První kategorií jsou dlouhodobé problémy *se zvládnutím negativních emocí*. Zde jde zejména nemožnost a neschopnost zvládat emoce, které pak vyústí v nevhodné chování k autoritám, rodičům a pedagogům. Konsekvencemi je pak záškoláctví, útekovost, agresivita, krádeže,

lhaní, impulsivita, neschopnost se ovládat a řešit adekvátně konflikty. Výzkumy potvrzují, podobnost charakteristik adolescentů a souvislost těchto charakteristik s jejich vulnerabilitou. Adolescenti v institucionální výchovné péči jsou vysoce vulnerabilní skupinou z perspektivy duševního zdraví a s možnými problémy vývoje jejich psychosociální situace v dospělosti.

Ve Velké Británii, ale též v porovnání s dalšími státy, zhruba poloviny adolescentů v institucionální péči mají výrazné problémy v emocionální složce a v chování, a to v souvislosti s disorganizovaným stylem citové vazby (Bifulco et al. 2016). Tito adolescenti nemají od dětství saturované vývojové potřeby. Tyto vývojové mezery psychosociálního vývoje a zrání osobnosti vyžadují multidisciplinární klinický přístup, což znamená nejen speciálně výchovný, ale hlavně komprehensivní terapii (Ford et al. 2007).

Druhou kategorií lze charakterizovat jako *rizikové chování*, jež je pro období adolescence typickým vyrovnáváním se s normami, hranicemi v interpersonálních interakcích a hledáním smysluplnosti a významu přechodu do dospělosti. V tomto období se rizikové chování projevuje v experimentování nebo užívání drog, sexuálně rizikovém chování, sebepoškozování. Značné množství adolescentních dívek s duševními komplikacemi, jako jsou deprese, poruchy nálad apod., často má negativní vztah k sobě, projevuje sebevražedné tendence a sebedestruktivní chování, neboť a v osobní historii si nesou zážitky sexuálního zneužití (LeBoeuf et al. 2017).

Třetí kategorií lze nazvat *individuální charakteristiky* související na jedné straně s biologickými a genetickými dispozicemi, duševními riziky nebo zdravotními problémy, na druhé straně s typem citové vazby a sociálním výchovným prostředím. Literatura týkající se citové vazby a traumatu, zejména násilí, zneužití v dětství zaujímá významné místo v detailech spojených s riziky v individuálních charakteristikách vývoje jedince. Poznatky zdůrazňují vysokou vulnerabilitu, jež může být chápána jako individuální psychologická sensitivita k rozvoji problémů v duševním zdraví nebo k rozvoji psychopatologie.

4.2 Vulnerabilita dívek žijících v zařízení institucionální výchovné péče

V zahraničních studiích byli porovnávány a mapovány charakteristiky adolescentů žijících v institucionální a neinstitutcionální výchovné péči. U adolescentů v institucionální péči poznatky ukazují, že se jedná o vysoce vulnerabilní jednotlivce, a to především vzhledem k neodhaleným traumatům z dětství a psychosociální zátěži. S ohledem ke speciálně vzdělávacím potřebám vulnerabilních jedinců je vhodné se orientovat na motivaci k rozvoji pozitivních charakteristik.

Vulnerabilní adolescenti mohou mít limitované psychosociální zdroje zvládání těžkostí. Hůře zvládají nezávislý život po opuštění rezidenční péče. Přestože u některých z nich je patrná vyšší resilience a motivace ke zlepšení spokojenosti života vlastními silami, u mnoha adolescentů bývá nízká zaměřenost na budoucnost, což zhoršuje jejich adaptaci.

Můžeme si všimnout, že vulnerabilita adolescentů v institucionální výchovné péči musí čelit stigmatizaci a lehkému sklouznutí k exkluzi ze sociálně blízkých vztahů, jak s vrstevníky, tak s rodiči nebo vychovateli a pedagogy. Adaptaci na přechod z instituce do životní reality ztěžují předsudky týkající se psychiatrických problémů nebo i problémů s delikvencí. Výrazná vulnerabilita může být zapříčiněna též pobytem v zdravotní instituci nebo souhrou jiných faktorů, které determinovaly umístění dítěte mimo vlastní rodinu.

Podobně ze studií je průkazný negativní vliv na komplexní vývoj a rozvoj mozku a jejich psychosociální vývoj dětí umístěných v raném věku do institucionální péče (Sroufe, 2005). Pokud adolescenti byly již jako děti v raném dětství (0-6 let) umístěny do institucionální péče, tak se objevovala rizika neuropsychického vývoje (EMCDDA, 2009; Bifulco et al. 2016).

Jiné studie adolescentů, jež v raném dětství žili mimo rodinu, měli nižší rozvoj posttraumatické stresové poruchy (PTSD) a efektivně odolávali vlivu životní nepřízně, násilí (Scorgie et al. 2017). Období adolescence je vysoce senzitivní zvláště pro dívky umístěné v institucionální výchovné péči. Tyto dívky jsou sami o sobě více zasahovány spektrem nepříznivých okolností. Hlavním aspektem tohoto spektra jsou komplikované rodinné

vztahy, související i s přenosem transgeneračních rizik a historických rodinných traumat (Doležalova, 2014).

Propojenost a kumulace rizik nebo symptomů klade důraz na stanovení a upřesnění jasného vymezení potřeb adolescentních dívek z multidisciplinárního hlediska. V tomto ohledu by mohlo jít o nastavení tzv. ‚case managementu‘, čili řízení orientovaného na individuální potřeby těchto adolescentních dívek a založeného na snaze maximálně je podporovat na jejich pozitivní a smysluplné životní cestě.

4.3 Fenomén užívání návykových látek u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči

Fenomén užívání návykových látek mezi adolescentními dívkami žijícími v institucionální výchovné péči je z perspektivy školství a individuálních zdravotních rizik podceněnou realitou, která vytváří tenze mezi legislativními normami a specifickými potřebami jedince a možnostmi zaměření prevence, léčby nebo i ‚harm reduction‘.

Tyto dívky již dlouhodobě užívaly nebo užívají (většinou v době vycházek a odjezdů na víkendy k rodině) různé nelegální drogy; jsou tedy vysoce rizikovou a vulnerabilní skupinou z perspektivy duševního a veřejného zdraví. Zejména kouření tabákových výrobků u adolescentních dívek (rovněž adolescentních chlapců) žijících dočasně v institucionální výchovné péči je všeobecně akceptováno. Z adiktologického hlediska se jedná o závislostního chování a je třeba realizovat screening v celém systému a zabývat se mírou rizik pro jedince a je vhodné se zamyslet na otázkami prevence, intervence a léčby. Jedná se o všeobecně rozšířený fenomén mezi těmito vulnerabilními adolescenty. Tuto realitu dokládají nedávné výzkumné poznatky. Dívky žijící v institucionální výchovné péči mají na rozdíl od běžné školní populace mnohonásobně vyšší prevalenci užívání všech drog (Doležalová et al. 2017).

Nezbytné je zmínit, že i v našem zkoumaném souboru adolescentních dívek všechny pravidelně a dlouhodobě kouří. Pokračují v každodenním kouření, i když jsou umístěné

ve školských zařízeních. Fenomén kouření ve školských zařízeních je především zdravotním rizikem pro tyto mladé lidi a je třeba se vážně zabývat indikovanou prevencí, včasnou intervencí a léčbou.

Problematika kouření v institucionální výchovné péči je tabuizovaným a systémově neřešeným zdravotním rizikem, vyžadující komplexní rámec opatření z oblastí adiktologické, speciálně pedagogické a zdravotní. Zde je třeba dbát též o nalezení řešení, které je v souladu s legislativou, případně hledat inspiraci v zahraničních zkušenostech.

4.4 Obecné potřeby adolescentních dívek, umístěných v institucionální výchovné péči

Uvažujeme-li o běžných potřebách vulnerabilních adolescentních dívek, pravděpodobně se nebudou odlišovat od potřeb většiny adolescentů. U vulnerabilních dívek v institucionální výchovné péči samozřejmě platí, že je třeba nahlížet na jejich individuální specifické potřeby, a to především s přihlédnutím ke kontextu institucionální výchovné péči. Zde se např. nacházejí dívky, které pravidelně užívaly návykové látky, zejména tabákové výrobky mimo ústavní výchovu. Specifickou skupinu představují nezletilé těhotné dívky nebo matky, jež některé užívaly návykové látky, a tedy právě ty představují vysoce vulnerabilní skupinu.

Hodláme-li lépe porozumět potřebám adolescentních dívek, můžeme využít rámec pěti základních vývojových potřeb, které jsou nasycovány v několika vývojových úrovních. Podobně jako v teorii citové vazby se v tomto pojetí jedná o gratifikaci potřeb v dětství, které stimulují senzomotorické podněty na úroveň dětské existence. V průběhu vývoje se pochopitelně vývojové potřeby ztlačně proměňují.

Pesso rozvíjel terapeutický systém Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP), který je vhodný pro regulaci emocí a léčbu emocionálních deficitů. Od počátku vývoje terapeutického systému v roce 1961 bylo tvořeno schéma rámce naplňování pěti vývojových potřeb (Pesso et al. 2009).

První potřebou je jisté *místo* v mysli matky i otce, dále v lůně a v děloze matky a po narození v primární rodině a širším rodinném systému, ve škole a s dalšími lidmi společnosti. Jedná se o bezpečné a dobré místo na světě.

Druhá potřeba *výživa* se netýká jen konkrétního vyživování a sycení potravou, ale člověk potřebuje konkrétní péči, doteky, podněty a rozvíjející impulsy, také síť emočně vyživujících vztahů a kreativní záliby sebezrovoje a vzdělávání, které výživně posilují různé oblasti inteligence, zejména emoční inteligenci.

Třetí základní potřebou je *ochrana* před „toxickými“ vlivy prostředí – tu tvoří nejen děloha, ale též ochrana v náruči rodičů, pocit bezpečí v širší rodině, ve škole a přátelských vztazích. Při saturování potřeby ochrany v dětství se vytváří kapacita pro schopnost fungovat aktivně mezi lidmi, chránit sebe i ostatní, být odolný, být aktivně si vědom pocitu ohrožení a rozlišovat bezpečí od ohrožení sebe i druhých. Postupně si je jedinec vědom n podpory a symbolické rovině, což znamená být si vědom, že nejsem sám a mám zkušenosti zvládat těžkosti s dobrou podporu v rodině, přátel, pedagogů a dalších významných osob.

Čtvrtou potřebou je *podpora*, která posiluje kapacitu síly a entuziasmu, pozitivního náhledu na budoucnost, vlastní sebehodnotu a sebevědomí. Člověk se necítí být oslaben, že je na vše sám, ale má podporu ostatních nebo má již v dospělosti dostatečně rozvinutou kapacitu podpory ve své mysli pro sebe i druhé.

Pátou potřebou jsou *limity*, které musí být pružné; podobně jako je pružná biologická děloha, měla by být pružná též i rodina. Rovněž společnost musí dávat flexibilní limity a svobodu, bez pocitu ohrožení v naplňování a směřování individuálního smyslu života. V případě páté potřeby jde tedy o potřebu pružných vývojových limitů. Dobré flexibilní limity poskytuje rodina a umožňuje zkoumat a testovat životní realitu, zažívat formy kontroly, zvládat různé i nepříjemné emoce a poskytuje vývojově se měnící pevnost a pravidla. Limity je třeba zažívat i ve výchově a vzdělávání nebo i ve vztazích. Potřeba limitů a dalších vývojových potřeb poskytuje člověku rámec spokojenosti a duševní pohody.

4.5 Specifické potřeby adolescentních dívek

Z hlediska porozumění současným potřebám speciálně-pedagogické praxe lze rozpoznat potřebnost rozvoje adiktologického přístupu v zařízeních institucionální výchovné péče. Zdá se, že právě kombinace přístupu adiktologického a speciálně-pedagogického v zařízeních institucionální výchovné péče aktuálně reaguje nejen na obecné, ale též na specifické potřeby adolescentních dívek.

Tabulka 6 - Specifické potřeby adolescentních dívek (umístěných v institucionální výchovné péči) – Podle Doležalové (2014)

<i>Adiktologické potřeby</i>	<i>Psychologické, psychiatrické potřeby</i>	<i>Speciálně-pedagogické potřeby</i>	<i>Ekonomické a právní potřeby</i>	<i>Individuální potřeby</i>
základní zdravotní péče	terapie traumatizace	vzdělávání	zaměstnanost	mobilita
indikovaná prevence, léčba závislostí, prevence a léčba HIV a jiných krví přenosných chorob (hepatitidy)	zdravá sexualita, intimita	rozvoj resilience, komunikační dovednosti, řešení konfliktů, zvládání zátěžových situací	udržení a rozvoj pracovních návyků	bydlení
gynekologická porodnická péče, plánování rodiny, sexuální poradenství	terapie duševních problémů a komorbidit	podpora rodičovských dovedností	finanční poradenství	péče o dítě během institucionální výchovné péče
nutriční poradenství	terapie zaměřená na citové vazby	podpora funkčních vztahů	právní orientace a poradenství	spiritualita, religiozita
dentální péče	destigmatizace	rozvoj inkluze ve škole a v sociálním prostředí komunity	podpora a trénink v získání zaměstnání	gramotnost, kulturně senzitivní dovednosti

Potřeby adolescentních dívek se od adolescentních chlapců liší v řadě oblastí vývojových stádií, například v psychických, fyzických, duševních oblastech, odlišují se komunikačními vzorci, rolemi, odolností vůči stresu, specifickými individuálními potřebami. Jestliže se zaměříme na adolescentní dívky v institucionální výchovné péči, lze u nich identifikovat potřeby, na které je třeba nahlížet komplexně, což znamená z hlediska zdravotního, sociálního, psychického, vzdělávacího, spirituálního.

Kvalita péče a zjišťování potřeb adolescentních dívek se odráží ve Standardech kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče (Pacnerová et al. 2015). Tyto standardy jsou znakem procesu zvyšování a udržení kvality péče na základě komplexních analýz potřeb klientů. Zavádění standardů kvality a jejich praktické využívání je součástí prováděcího předpisu k zákonu č. 109/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů (Pacnerová et al. 2015). Standardy kvality péče reagují na vývojová období klientů a na dynamiku související s měnícími se potřebami adolescentů a jejich zdraví, vzdělávání a sociální inkluze. Standardy tedy nastavují základní rámec kvality péče. Avšak také praxe by měla cíleně a pružně zohledňovat specifické potřeby adolescentních dívek.

Sociálně psychologická a vzdělávací oblast v sobě zahrnuje několik prolínajících se potřeb. Zmíníme potřebu navazovat vrstevnické vztahy, které jsou z hlediska adolescence velmi významné nebo i emocionální vztahy s důležitými pedagogickými pracovníky. Tyto pozitivní vrstevnické vztahy nebo vztahy s pedagogickými pracovníky mohou být pro dívky smysluplné a nadějně pro vytváření pocitu důvěry a jistoty. Naplňování potřeby vztahové důvěry a intimity v adolescenci se odehrává v období významném pro modulaci neuroplasticity mozku a tedy pro možnosti emoční reparace.

Jako klíčové období adolescence se zde rýsuje snaha o posilování kvality vztahů, snaha podporující rozvoj regulace emocí nebo pomoc v podpoře směřování dívek k seberealizaci a dalšímu vzdělávání. Nejenom uspokojivé vztahy založené na důvěře, sebeovládání a regulace emocí, ale především dosažené vzdělání a soběstačnost umožňuje nezávislost a posiluje kompetence těchto vulnerabilních dívek. U této vulnerabilní skupiny má pro jejich

rozvoj osobnostních a resilientních aspektů a kvality života zásadní roli vzdělávání (Vojtová et al. 2012).

Vzdělávání předurčuje perspektivy v budoucnosti těchto dívek a jejich adekvátní uplatnění a ohodnocení. Vzdělání a ekonomické aspekty sebou nesou řadu překážek, ale i mnoho výzev a možností v perspektivě života v dospělosti.

Problémy v oblasti zdraví a specifických potřeb je třeba zakomponovat hlouběji do rozvoje kvality služeb v institucionální výchovné péči. Zejména u adolescentních dívek se zážitky traumatu v dětství se ukazuje náchylnost k užívání drog a k dalším zdravotním problémům (Foster et al. 2014). V oblasti léčebných programů v institucionální výchovné péči je nutné se zaměřit na zneužívání drog a nových syntetických drog, kouření a narůstajícího užívání léků (zejména opiátů – léků proti bolesti) Flores (2013).

Adolescentní dívky v ústavní výchovné péči se setkávají s vážnými riziky související s gynekologickými problémy, sexuálně přenosnými chorobami, zanedbanou dentální péčí v důsledku nedostupnosti zdravotních služeb.

Problémy spojené s rizikovým životním stylem u adolescentních matek ovlivňují zásadně jejich zdraví i zdraví dítěte. Výzkumy prokazují, že kouření během těhotenství přináší řadu zdravotních rizik (Jones et al. 2013). Včasné intervence a trénink odmítání kouření pomocí materiálních a finančních odměn redukuje kouření během těhotenství u uživatelů návykových látek, což má patrný vliv na zvýšení abstinence u vysoce zranitelné populace (Orleans et al. 2001).

Ženy mají často vysokou úroveň spektra zdravotních a sociálních zátěží (WHO, 2013); zde můžeme hovořit o změnách v socioekonomické situaci, o chudobě, užívání drog a o výskytu duševních poruch, pokusů o sebevraždu. Dále sem spadá též bezdomovectví, výkon trestu, problémy s dostupností služeb aj. Symptomy poruch spojených se závislostním chováním a problémy s duševním zdravím zahrnují u i poruchy příjmu potravy (Curtis & Davis, 2014).

Speciální potřeby adolescentních dívek můžeme sledovat i v oblasti konfliktu se zákonem, např. u pachatelů trestné činnosti – a s tím spojenými riziky se separací od rodiny, bariérami

v zaměstnání a institucích a individuálními překážkami. Komplikace a znevýhodnění se může projevit i v stigmatizaci adolescentních dívek, těhotných adolescentních dívek v institucionální výchovné péči.

Stále jsou patrné mezery v poskytování služeb pro jedince v riziku exkluze, neboť jsou jedinci s duševními problémy, kteří užívali drogy a stále jsou izolováni na okraji společnosti. Toto může být důsledek historických vytvořených stereotypů, které mohou zabraňovat včasnému přístupu k léčbě, zvláště pokud se jedná o adolescentní dívku nebo těhotnou nezletilou ženu. Adolescentní dívky v průběhu hospitalizace nebo institucionální výchovné péče mohou být častěji morálně souzeny. Praxe ukazuje, že adolescentí dívky musí odolávat negativním rasovým stereotypům a kritice nebo nepřijetí v rodině. Nebývá výjimkou ani nízká důvěra v instituce nebo formální autority a tyto bariéry mohou přispívat k sociální izolaci.

5 VÝZKUMNÁ STUDIE

5.1 Představení výzkumné studie

Využitím více výzkumných nástrojů jsme získali rozsáhlý rezervoár dat, jenž nám umožňuje analyzovat fenomén citové vazby ve vztahu k fenoménům duševního zdraví u sledovaných dívek. Použití detailní analytické práce je klíčovou metodou zkoumání umožňující reflektující interpretace jednotlivých významů rizikových faktorů duševního zdraví v sociálním prostředí a realitě interpersonálního a intrapersonálního kontextového pole života.

Jedinečnost této studie tedy spočívá v hledání skrytých souvislostí mezi prevalencí citové vazby a fenomény duševního zdraví u vysoce vulnerabilní skupiny dívek v institucionální výchovné péči, tedy u skupiny, jež není běžnými populačními studiemi zachytitelná a prozkoumaná.

Takto rozsáhlá studie nebyla doposud provedena v této cílové skupině a nebyly známe poznatky o závažnosti jejich vulnerability a poznatky o konsekvencích psychosociálních a zdravotních rizik, které se mohou manifestovat v následném životě dívek. Tyto poznatky by měly dále směřovat ke změně tradičního pedagogického paradigmatu péče o tuto skupinu dívek a k transformování systému zaměřeného na specifické komplexní potřeby dívek.

Samotný výzkum probíhal v roce 2016 na základě získání grantové podpory z MŠMT ČR – č. 0057/PP/2016 v rámci oblasti primární prevence rizikového chování na rok 2016. Název jmenovaného projektu zněl: „Prevence psychosociálních rizik nezletilých žen a matek s rizikovým chováním prostřednictvím korekce vztahové vazby“. Výzkumná část projektu byla schválena Etickou komisí Národního ústavu duševního zdraví. Analýza sběru dat probíhala v Centru epidemiologického a klinického výzkumu pro drogy a drogové závislosti – Národní ústavu duševního zdraví v Klecanech, v České Republice.

Studie citové vazby a základní empirické poznatky

Teorie citové vazby nabízí rozsáhlý rámec k porozumění významným evolučním biopsychosociálním jevům, mezi které můžeme zařadit například socializační faktory, reakce na trauma a stres, mechanismy zvládání, psychosociální pohodu, komorbiditu a psychopatologii. Poznatky o citové vazbě se vztahují k fenoménům kvality života a přesahují do dimenzí spokojenosti v určitých oblastech kvality života, jakými jsou např. láska, zdraví, duševní pohoda.

Počátky zkoumání citové vazby a chování dětí byly rozvíjeny a pozorovány v laboratorních podmínkách nebo v přirozeném prostředí v situacích. Systém citové vazby a chování v dospělosti je mnohem náročnější jak na vymezení, tak i na zkoumání. Výzkumné studie totiž byly zaměřeny na narativní vyjádření a méně na pozorování chování. Ke studiím citové vazby v dospělosti bylo využíváno řady dotazníkových nástrojů nebo rozsáhlých rozhovorů, na rozdíl od obvyklého pozorování chování u výzkumů zaměřených na citovou vazbu v dětství (Hazan & Shaver, 1994).

Současné teoretické i empirické poznatky o citové vazbě podněcují multidisciplinární zájem. Teorie citové vazby je přesahově přínosná mimo jiné svou mezioborovostí, jež umožňuje její uplatnění v různých odborných sférách. Nejvyšší potenciál této teorie však můžeme shledávat v klinické oblasti péče o děti a dospělé, tedy v psychosomatickém, pedagogickém, a sociálním bádání ústícím do klinické praxe. Poznatky teorie citové vazby přispívají k poznání o významných fenoménech lidských vztahů a porozumění jejich dopadů na kvalitu sociálního života a v rozměru společnosti. Klasické i současné studie poskytují bohaté zdroje poznatků týkajících se citové vazby v dětství, a to na rozdíl od menšího množství studií o citové vazbě v adolescenci a dospělosti.

5.2 Formulace výzkumného jevu

Smysluplnost uspokojivých vztahů v rodině predikuje typologii citové vazby a přenosu vzorců v kontextu prostředí rodiny a v kontextu širších sociálních vztahů. Jistá citová vazba podporuje rozvoj kvalit interpersonálních interakcí, socializaci, kognitivní procesy a chování. Kvalita citové vazby má přesahy v interpersonální a intrapersonální úrovni a ovlivňuje sociální realitu jedince.

Předpokládáme, že určitý typ citové vazby u vulnerabilních adolescentních dívek v institucionální výchovné péči může mít souvislosti s traumatickými zážitky, manifestacemi negativních strategií zvládání, jakými je například užívání drog. Domníváme se, že určitý typ citové vazby souvisí s rizikovými faktory v duševním zdraví, a proto onen určitý typ citové vazby může mít komplexní rizikové konsekvence v průběhu dospělosti.

Vyvstávají otázky, jaká se zobrazuje prevalence specifického typu citové vazby u cílové skupiny. Jaký typ citové vazby směřuje k dimenzi úzkostnosti a vyhýbavosti k důležitým emocionálním cílům u sledovaných dívek? Jaká je tedy typologie dívek ohledně prevalence citové vazby ve vztahu k matce, otci, partnerovi, kamarádovi v souvislosti s dalšími aspekty duševního zdraví a rizikovými faktory?

5.3 Výzkumné cíle empirické části práce, výzkumné analýzy

A. Empirické cíle

Na základě myšlenek uvedených výše a v návaznosti na teoretické poznatky zachycené v teoretické části formulujeme nyní empirické cíle. V rámci námi realizovaného výzkumu půjde především o:

- A. zjištění specifických typů citové vazby u dívek v institucionální výchovné péči;
- B. analyzování souvislostí typu citové vazby s rizikovými fenomény v oblasti duševního zdraví;
- C. na základě zjištěných poznatků navržení schématického modelu rizikových indikátorů v oblasti duševního zdraví u dívek z institucionální výchovné péče.

B. Výzkumné analýzy

Na základě výše stanovených empirických cílů rozvrhujeme analýzy do následujících okruhů výzkumných otázek:

Otázky zaměřené na citovou vazbu

A) Analýza prevalence jednotlivých typů citové vazby ve vztahu k vybraným blízkým osobám (s využitím ECR – RS).

- A1) Analýza domén (úzkostnost, vyhýbavost) vztahujících se k citové vazbě k vybraným blízkým osobám.
- A2) Analýza prevalence jednotlivých typů citové vazby ve vztahu k vybraným blízkým osobám.

Otázky zaměřené na užívání návykových látek

B) Analýza prevalence užívání vybraných návykových látek u sledovaných dívek a komparace výsledků z jiných dostupných dat o chování obecné školní populace adolescentů (s využitím ESPAD 2015 a CASI – A).

- B1) Užívání tzv. legálních návykových látek.
- B2) Užívání dalších vybraných návykových látek.

Otázky zaměřené na životní spokojenost a sebehodnocení

C) Analýza životní spokojenosti a sebehodnocení u sledovaných dívek v institucionální výchovné péči (s využitím ESPAD 2015, RSES, SVLS).

- C1) Analýza životní spokojenosti a sebehodnocení u sledovaných dívek v komparaci s referenční skupinou (ESPAD 2015).
- C2) Analýza životní spokojenosti a sebehodnocení u sledovaných dívek ve vztahu k typu citové vazby ke svým rodičům.

Otázky zaměřené na sebevražedné chování

D) Analýza rozdílů v sebevražedném chování u sledovaných dívek v porovnání s referenční skupinou (s využitím ESPAD 2015 a ETISR – SF).

Otázky zaměřené na traumatické události

E) Analýza traumatických události u sledovaných dívek a jejich vztahu k jednotlivým typům citové vazby k rodičům (s využitím ECR – RS a ETISR – SF).

- E1) Analýza traumatických události u sledovaných dívek a jejich vztahu k jednotlivým typům citové vazby k rodičům.
- E2) Analýza rozdílů obecného traumatu u sledovaných dívek a jejich vztahu k jednotlivým typům citové vazby k rodičům.

Otázky zaměřené na disociativní stavy

F) Analýza disociativních stavů u sledovaných dívek a jejich vztahu k jednotlivým typům citové vazby k rodičům (s využitím ECR – RS a ADES).

5.4 Metodologie

Volba kvantitativně orientované analýzy dat výzkumné studie byla založena na možnosti procesu hledání hlubších souvislostí porozumění jednotlivým dimenzím citové vazby, dále porozumění souvislostem citové vazby s riziky v oblasti duševního zdraví a užívání návykových látek. Kvantitativní deskriptivní analýza dat nahlíží variabilním způsobem na jednotlivá data a z širšího pohledu je analyzuje a následně propojuje a interpretuje.

Na základě získaných dat se pokoušíme určit regresní model, který může přispět k objektivnímu pochopení faktorů stojících v pozadí jednotlivých typů citových vazeb u dívek v institucionální výchovné péči (prostřednictvím výzkumného nástroje Experiences in Close Relationships – závislá proměnná) a zároveň se snažíme identifikovat vybrané faktory v oblasti duševního zdraví. Znalost těchto faktorů a jejich lepšího porozumění by mělo pomáhat vhodně sestavovat intervence, kterými by byly pozitivně ovlivňovány oblasti citové vazby, minimalizovány rizikové faktory tak, aby toto odborné působení v budoucnu vedlo ke zkvalitnění duševního zdraví.¹¹

5.4.1 Průběh výzkumného šetření

Studie byla částečně provedena z projektu číslo LO1611, s názvem: Prevence psychosociálních rizik nezletilých žen a matek s rizikovým chováním prostřednictvím

¹¹ Můžeme zde hovořit o ovlivnění, jež by vedlo k proměně oderážející se např. snížením skóre na stupnici A-DES, nebo posunem nejisté citové vazby k jisté citové vazbě.

korekce vztahové vazby, za finanční podpory MŠMT a programu NPU I v NUDZ v roce 2016.

V průběhu roku 2016 byla realizována rozsáhlá pilotní studii v ČR u specifické cílové skupiny nezletilých dívek. Dosud nebyla provedena obdobná studie v této oblasti ani ověření použitých výzkumných nástrojů a proveditelnost ve zmíněné ohrožené skupině nezletilých dívek. V průběhu roku 2016 byl projekt realizován dle harmonogramu a všechny cíle byly naplněny.

Popis výzkumného souboru

Velikost výzkumného souboru bylo 122 respondentek. Jednalo se o dívky ve věku 15 – 19 let, které byly v průběhu roku 2016 umístěny ve školských zařízeních ústavní či ochranné výchovy.

Základní demografické údaje sledovaných dívek jsou tyto: Největší skupina dívek byla ve věku 16 let (49 %) a ve věku 17 let (33 %). Většina sledovaných dívek navštěvovala střední školu (32 %), přičemž je třeba si povšimnout toho, že téměř 44 % dívek uvedlo „jiné“ varianty týkající se vzdělání. Oněmi jinými variantami můžeme rozumět především přerušení či vyloučení, případně ukončení vzdělání. Česká národnost byla zastoupena nejvíce (68,0 %), romská národnost tvořila téměř (20%), zbývající část děvčat se hlásila k jiné národnosti.

Harmonogram výzkumné studie

Teoretická příprava na výzkum byla realizována v roce 2015. Samotná studie, sběr dat a zpracování započaly během ledna 2016, přičemž sběr dat trval do prosince 2016. Žádost o schválení realizace výzkumné studie Etickou komisí Národního ústavu duševního zdraví byla též schválena rozhodnutím č. 112/16 v roce 2016.

Studie byla od počátku zamýšlena jako kvantitativní výzkum. Základním vstupem do analýz byly odpovědi respondentů na následující standardizované dotazníky:

- 1) *Experiences in Close Relationships* (ECR–RS) – hlavní analytický nástroj, na jehož základě byli respondenti kategorizováni do čtyř skupin, dle typů citové vazby;
- 2) *The Adolescent Dissociative Experiences Scale* (A–DES) – zaměřený na měření disociativních symptomů (J. Armstrong, F., W. Putnam, E. Bernstein Carlson);
- 3) *Rosenbergova škála sebehodnocení* (Rosenberg, 1965);
- 4) Škála životní spokojenosti (Diener et al. 1985).

Rovněž byly použity další nástroje, viz níže: Popis použitých výzkumných nástrojů.

Vybrané instituce pro výkon ochranné a ústavní výchovy obdrželi pozvání na seznámení se s realizací výzkumu. Byl dohodnut souhlas ředitelů institucí a vstup výzkumného pracovníka do zařízení k provedení sběru dat.

Ředitelé školských zařízení byli podrobně informováni o studii na jejich společné poradě v Diagnostickém ústavu Hodkovičky, Praha. Ředitelé o této studii informovali odborné pracovníky ve svých zařízeních a jejich prostřednictvím oslovovali dívky, které spadají do cílové skupiny (ženy a dívky ve věku 15 –19 let).

Dívkám byla předložena žádost o účast ve studii, a to společně se základními a srozumitelnými informacemi k plánované studii. Pokud oslovené dívky projeví zájem o účast na výzkumu, byly vyzvány k podpisu informovaného souhlasu a k samotné účasti na sběru dat. Ředitelé školských zařízení, kteří nesou odpovědnost za provoz zařízení, spolupodepisovali informovaný souhlas.

Během zadávání výzkumných nástrojů v místě instituce účastnice výzkumu obdržely ‚Informace pro respondentky‘ a taktéž podepsaly zmíněný ‚Informovaný souhlas s účastí ve studii‘. Byla zachována anonymita poskytnutých údajů dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, což především obnáší, že jméno ani jiné identifikační údaje dívek nebudou uvedeny v žádném tištěném dokumentu či výstupu z výzkumu. Získaná data od jednotlivých respondentek byla označena kódem, který neumožňoval zpětnou identifikaci.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že účast ve výzkumu byla dobrovolná a bylo možné bez udání důvodu účast odmítnout, a to i v průběhu výzkumu. Taktéž na jakoukoliv z otázek měly respondentky možnost neodpovídat a případně vyjádřit nesouhlas se zpracováním určitých údajů nebo informací.

Zadání, zodpovězení dotazů a vyplnění výzkumných nástrojů trvalo 60 minut. Výzkumný pracovník následně zpracoval přepis dat z jednotlivých vyplněných nástrojů do excelových tabulek, v SPSS a byla provedena podrobná statistická analýza výsledků. Veškerá písemná a elektronická data a výsledky jsou bezpečně uloženy u výzkumné pracovnice v NUDZ.

Spolupracující školská zařízení ústavní a ochranné výchovy

Výzkumné studie se účastnila tato školská zařízení:

- Diagnostický ústav a Středisko výchovné péče, Praha 4;
- Výchovný ústav, středisko výchovné péče a střední škola Jindřichův Hradec;
- Výchovný ústav, středisko výchovné péče, střední škola a školní jídelna Černovice;
- Výchovný ústav, dětský domov se školou, střední škola, základní škola a školní jídelna, Počátky.

5.4.2 Etické aspekty

Jak již bylo uvedeno dříve, výzkumná část projektu byla schválena Etickou komisí Národního ústavu duševního zdraví. Respondenti obdrželi a podepsali:

a) *Informace o výzkumné studii pro respondenty*. Tyto informace představovaly zaměření a účel výzkumné studie, cíle výzkumu, příslib zachování anonymity, taktéž informace o uložení a dalším nakládání s daty (viz příloha č. 1)

b) *Informovaný souhlas s účastí ve výzkumné studii* obsahoval například taktéž informaci o zaměření výzkumné studie a seznámení s významem studie, dále poskytoval informace o ochraně soukromí osobních údajů, o dobrovolnosti účasti a též o případných rizicích a o možnosti kdykoliv odstoupit nebo se neúčastnit výzkumu ochrana před újmou či poškozením (viz příloha č. 2).

Za vylučovací kritéria byly považovány a) akutní onemocnění nebo b) neschopnost udělit informovaný souhlas (viz příloha č. 2).

Veškeré dokumenty v elektronické i písemné formě jsou bezpečně uloženy v Národním ústavu duševního zdraví u vedoucího studie v souladu s etickými požadavky.

5.4.3 Přehled použitých výzkumných nástrojů

1. *Dotazník struktury vztahů – Experiences in Close Relationships* (zkratka: ECR-RS), český překlad: Lečbych et al (2012).
2. *The Adolescent Dissociative Experiences Scale* (zkratka: A-DES) – zaměřený na měření disociativních symptomů (J. Armstrong, F. W. Putnam, E. Bernstein Carlson); český překlad: J. Soukup, B. Storchová (2009).
3. *Early Trauma Inventory – Záznam časných traumatických událostí* (zkratka: ETISR-SF).

4. *Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents*. Název česky: Komplexní index závažnosti užívání návykových látek pro adolescenty, upravená verze s vybranými položkami (zkratka CASI-A); český překlad: Doležalová, P., Dolejšová A. (2016).
5. *Rosenbergova škála sebehodnocení* – Rosenberg self-esteem scale (zkratka: RSES /SES) Rosenberg (1965).
6. *Škála životní spokojenosti* – Satisfaction With Life Scale (zkratka: SWLS); Diener et al. (1985).

5.4.4 Popis použitých výzkumných nástrojů:

Původní název: *The Relationship Structures Questionnaire*

Zkratka: ECR–S

Název česky: Dotazník struktury vztahů

Položek: matka, otec, partner, kamarád (celkově 36)

Popis: struktury vztahů

Dotazník ECR–RS (Fraley et al. 2011) byl vytvořen pro zmapování globální dimenze citové vazby jednotlivce k citově významným osobám. Sebeuposuzující dotazník ECR–RS v 36 položkách umožňuje odkrýt souvislosti citové vazby ke konkrétním cílovým osobám: k matce a otci, partnerovi nebo kamarádovi nebo je možné dotazník použít i k dalším významným cílovým osobám.

Respondent položky vyplní zvlášť pro každou cílovou osobu. Položky jsou hodnoceny na sedmi bodové Likertově škále (1=silně nesouhlasím – 7=silně souhlasím). K dimenzi vyhýbavosti se vztahuje šest položek a tři položky se vztahují k dimenzi úzkostnosti.

Vyhodnocení výsledků vypovídá o úzkostnosti nebo vyhýbavosti k jednotlivé osobě. Průměrem skóre u vyhýbavosti i úzkostnosti dostaneme ke všem čtyřem typů cílových osob,

výsledkem se skóre globální vyhýbavosti či úzkostnosti. Psychometrické vlastnosti ECR-RS nabývají vysokých hodnot reliability Cronbachova alfa od 0,85 do 0,92 (Fraley et al. 2011). V měření struktury vztahů u adolescentů se projevila silná validitu (Feddern et al. 2014).

Ukázky položek ECR–RS (česká verze):

Vyhýbavost (avoidance):

Pomáhá mi, když se v případě potřeby mohu obrátit na tuto osobu

Obvykle s touto osobou prodiskutuji své problémy a starosti.

S touto osobou všechno prodebatuji.

Připadá mi snadné se spoléhat na tuto osobu.

Necítím se dobře, když se mám svěřovat této osobě.

Raději této osobě nedávám najevo, jak se v hloubi duše cítím.

Úzkostnost (anxiety):

Často si dělám starosti, že na mně této osobě skutečně nezáleží.

Bojím se, že mě tato osoba může opustit.

Trápím se tím, že tato osoba nebude o mě stát tak, jak já stojím o ni.

Původní název: *The Adolescent Dissociative Experiences Scale*

Název česky: Dotazník Škála disociativních zážitků pro adolescenty

Zkratka: A–DES

Položek: 30

Zdroj zahraniční: J. Armstrong F., W. Putnam, E. Bernstein Carlson. Originál nástroje (Putman, 1997).

Zdroj český: J. Soukup, B. Storchová.

Dotazník Škála disociativních zážitků pro adolescenty (A–DES) je screeningový sebesposuzovací dotazník pro zjištění frekvence a míry závažnosti disociativních zážitků u adolescentů; je vhodný k intervencím nebo k diagnostickému rozhovoru.

Dotazník se vyznačuje dobrými psychometrickými vlastnostmi validity v různém kulturních prostředí. Není dostačující k určení diagnózy disociativní poruchy, rovněž není vhodný ke zkoumání somatoformních poruch.

Respondent odpovídá na 30 položek dotazníku, které se zaznamenávají označením na 11bodovou stupnici označenou 0 – 10, kde 0 znamená nikdy a 10 stále. Položky dotazníku A–DES zkoumají následující například tyto oblasti:

1. disociativní amnézie;
2. absorpce a imaginativní zaujetí, včetně zmatení mezi realitou a fantazií;
3. zážitky pasivního ovlivňování/vměšování (ztráta volní kontroly nad vlastním tělem a vnímáním);
4. depersonalizace a derealizace (pocit oddělenosti od vlastního těla a světa); obsahuje položky a na disociovanou vztahovost (pocit, že mezilidské vztahy jsou nevypočitatelně proměnlivé a neoprávdové). (Soukup et al. 2009).

Původní název: *Early Trauma Inventory Self Report-Short Form*

Název česky: Záznam časných traumatických událostí

Zkratka: ETISRS–F

Položek: 29

Zdroj zahraniční: J. Douglas Bremner, Emory University, School of Medicine, Atlanta GA

Zdroj:(Bremner et al. 2007).

Krátký sebesposuzovací dotazník ETISRS–F měří dětské trauma objevující se před 18 rokem. Zahrnuje následující traumatické oblasti: fyzické, emocionální, sexuální zneužívání a celkové trauma; zaměřuje se na frekvenci, nástup, emocionální vliv a další aspekty. Jedná

se o nástroj s dobrou validitou, vnitřní konzistencí a reliabilitou v různých kulturních prostředích.

Respondent označuje položky odpovědní ano jako 1 nebo ne jako 0. Na konci dotazníku jsou tři položky dotazující se na výběr jedné události, která měla největší dopad na jeho či její život a další dvě položky měří následné reakce, například strach nebo depersonalizaci (Bremner et al. 2007).

Původní název: *Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents*

Název česky: Komplexní index závažnosti užívání návykových látek pro adolescenty, upravená verze s vybranými položkami

Zkratka: CASI–A

Položek: 48 položek originál, 31- česká verze

Zdroj zahraniční: Meyers K, McLellan A., T, Jaeger J., L, Pettinati H., M. Treatment Research Institut (TRI, USA)

Zdroj český Doležalová, P., Dolejšová A. (2016) Komplexní rozhovor užívání návykových látek pro adolescenty.

Tento nástroj využívá otázky uvedených typů: Jak často jste užil/a za poslední rok tabák? Jak často jste užil/a za poslední rok konopné látky? Jak často jste užil/a za poslední rok amfetaminy? Další otázky se zaměřují na rodinné údaje, sociodemografické údaje.

Jedná se o polostrukturovaný klinický dotazník pro adolescenty v léčebném procesu.

CASI–A moduly a jejich individuální položky byly vybrány a revidovány dle teoretických podkladů, klinické zkušenosti, získané během pilotního ověřování u fokusních skupin. Rámec CASI–A odhaduje rizikové faktory, průvodní symptomatologii a konsekvence u adolescentů užívající drogy, alkohol v sedmi oblastech: vzdělávací statut, užívání alkoholu/drog use, vztahy v rodině, vztahy s vrstevníky, právní status, psychiatrický stav, trávení volného času.

CASI–A není diagnostický nebo screeningový nástroj, ale spíše klinický rámcový nástroj, který mapuje příslušné informace k naplánování průběhu léčby a k evaluaci léčebného výsledku.

CASI–A je vhodný k administraci v různém prostředí léčby nebo následné léčby adolescentů. Tento dotazník poskytuje obecné předběžné podklady v klinickém využití, má dobrou validitu a vnitřní konsistenci. Informace mohou shromažďovat hned po přijetí klientů do léčby i nekliničtí pracovníci týmu.

Původní název: *Rosenberg self-esteem scale*

Název česky: Rosenbergova škála sebehodnocení

Zkratka: RSES / SES

Položek: 10

Zdroj zahraniční: Rosenberg. (1965)

Zdroj český: Blatný (1994)

Jedná se o dotazník původně sestavený pro adolescenty, kde subjektivní deseti položková škála měří globální sebehodnocení. Rosenberg (1965, s. 31) definoval sebehodnocení jako: „pocit jedince, že je ‚dostatečně dobrý‘.“¹²

Globální sebehodnocení se pojímá jako jednodimenzionální konstrukt relativně stálé vnímání hodnoty vlastního já (např. Rosenberg, 1965). Avšak Machanová (2009, s. 76)

¹² Originální formulace: „the feeling that one is „good enough“ (Rosenberg 1965, p31)

uvádí, že „globální sebehodnocení je vnitřně strukturováno na dvě složky, které reprezentují mínění o sobě jednak z hlediska vlastní kompetence, jednak z hlediska sociálně definované hodnoty.“

Dotazník obsahuje pět pozitivně orientovaných otázek a pět negativně orientovaných otázek, kdy respondent vyjádří míru souhlasu na pětibodové škále Likertova škále. Dotazník se vyznačuje dobrými psychometrickými kvalitami.

Původní název: *Satisfaction With Life Scale*

Název česky: Dienerova škála životní spokojenosti

Zkratka: SWLS

Zdroj zahraniční: Diener et al. (1985)

Položek: 5 měřících globální kognitivní komponenty životní spokojenosti.

Participantů se vyjadřují, zda souhlasí, či nesouhlasí na sedmibodové škále k jednotlivým položkám. Struktura subjektivní pohody obsahuje emocionální a kognitivní komponenty životní spokojenosti.

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) realizovaná v letech 2015, 2003.

Pro analytické komparace byly použity vybraná data z ESPAD 2015, 2003. Jedná se o každé čtyři roky opakující se mezinárodní studii koordinovanou Evropskou agenturou pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) lokalizovanou v Lisabonu v Portugalsku.

Studie ESPAD je zaměřená na kouření, pití alkoholu, užívání nelegálních návykových látek, hraní hazardních a počítačových her mezi studenty ve věku 15-16 let. Sběr dat a realizaci studie zajišťuje Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, úřad vlády České republiky (NMS, 2015).

5.4.5 Procedura zpracování dat

Ke statistické deskriptivní analýze dat byl použit program *SPSS s variací statistických metod*, například analýza rozptylu ANOVA; byly použity neparametrické metody analýzy dat, hlavně Spearmanův korelační koeficient.

Byly zpracovány komparativní analýzy dat dívek z institucionální výchovné péče v porovnání s referenční skupinou u těch položek, u kterých to bylo možné porovnat s patnácti až šestnáctiletými dívkami ze studie ESPAD 2015, a to v ukazovatelích:

1. prevalence užívání návykových látek;
2. pokusy o sebevraždu;
3. životní spokojnost;
4. sebehodnocení.

Byly realizovány statistické analýzy výskytu jednotlivých typů citové vazby sledovaných dívek k emocionálně blízkým osobám (především k oběma rodičům); další analýzy se zaměřily vztah sledovaných dívek k sobě samým a k dalším proměnným, a to například:

- k užívání návykových látek (užívání návykových látek nehraje ve vztahu k citové vazbě významnou úlohu);
- k životní spokojnosti a k sebehodnocení (významné vztahy);
- rané traumatické události (významné vztahy);
- výskyt disociativních zážitků (významné vztahy).

K poznatkům jsme dospěli za pomoci sestavení regresního modelu, který pomůže lépe pochopit faktory stojící v pozadí jednotlivých typů citových vazeb u dívek v institucionální výchovné péči (*Experiences in Close Relationships* – závislá proměnná) a který zároveň pomůže identifikovat ty faktory, které by pomocí vhodně sestavené intervence bylo možné ovlivnit způsobem směřujícím ke korekci této citové vazby v budoucnu.

6 ANALÝZY VÝZKUMNÝCH POZNATKŮ

6.1 Výzkumné analýzy

Zpracovali jsme variabilním testováním rozsáhlé analýzy pomocí statistické metodologie (například ANOVA). Pro tuto disertační práci jsme dále testovali vybrané významné rizikové fenomény v oblasti duševního zdraví, které mohou ovlivňovat konsekvence kvality života u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči. Každá jednotlivá analýza predikuje určité faktory vztahující se k oblasti duševního zdraví.

6.1.1 Citová vazba

A) Analýza prevalence jednotlivých typů citové vazby ve vztahu k vybraným blízkým osobám (s využitím ECR – RS).

Pro analyzování jednotlivých typů citové vazby byly zvoleny citově blízké osoby, a to dle metodiky dotazníku ECR–RS (Fraley et al. 2011). Zaměřili jsme se na analyzování typu citové vazby k matce, otci–, příteli, kamarádovi/kamarádce. Vzhledem k teorii citové vazby a k záměru této výzkumné studie jsme se rozhodli pro uvedené osoby z důvodu jejich citové významnosti. U sledovaných dívek jsme se zaměřili více na význam matky jako prvotní vztahové figury – tento aspekt jsme dále aplikovali v ostatních částech analýz.

A1) Analýza domén (úzkostnost a vyhýbavost) vztahujících se k citové vazbě k vybraným blízkým osobám.

V této části se věnujeme „parciálním doménám“ vztahujícím se k citové vazbě. Na analýzu těchto „částečných“ ukazovatelů následně navazuje analýza a rozčlenění sledovaných dívek do čtyř typů citové vazby.

Celková míra úzkostnosti/vyhýbavosti byla sečtena jako aritmetický průměr u všech čtyřech vazeb a v oblasti úzkostnosti/vyhýbavosti k vybraným čtyřem citovým cílům.

Tabulka 7 - Popisná statistika dvou domén (úzkostnost, vyhýbavost) vztahujících se k vybraným citovým cílům; adolescentní dívky žijící v institucionální výchovné péči.

Citový cíl	Minimum	Maximum	Průměr	Standardní odchylka	Medián	Počet odpovědí (N)
Doména vyhýbavost (avoidance)						
Matka	1,00	7,00	3,50	1,80	3,17	118
Otec	1,00	7,00	4,41	1,68	4,50	101
Partner	1,00	6,17	2,63	1,41	2,33	109
Kamarád	1,00	6,67	2,97	1,45	3,00	110
Celková míra vyhýbavosti	1,17	6,33	3,35	0,95	3,33	121
Doména úzkostnost (anxiety)						
Matka	1,00	7,00	3,48	1,95	3,17	118
Otec	1,00	7,00	3,48	1,85	3,33	100
Partner	1,00	7,00	4,06	2,03	4,33	109
Kamarád	1,00	7,00	3,40	1,93	3,00	110
Celková míra úzkostnosti	1,00	7,00	3,61	1,38	3,58	121

Z výsledků prezentovaných v Tabulce č. 7 je vidět, že míra vyhýbavosti u sledovaných dívek je nejvyšší v případě citového cíle „otec“ (průměrné skóre 4,41; standardní odchylka 1,68). Naopak nejnižší míra vyhýbavosti je ve vztahu k „partnerovi“ (průměrné skóre 2,63; standardní odchylka 1,41).

Párový t-test statistickou významnost těchto rozdílů ve vyhýbavosti mezi citovými cíli „otec“ a „partner“ jednoznačně potvrdil ($t=7,28$; $p\text{-hodnota}<0,001$). Statistická významnost rozdílů v míře vyhýbavosti byla potvrzena párovým t-testem i v případě citových cílů „matka“ (průměrné skóre 3,50; standardní odchylka 1,80) versus „partner“ ($t=4,27$; $p\text{-hodnota}<0,001$).

Celkově je tedy patrné, že míra vyhýbavosti je v průměru vyšší ve vztahu k oběma rodičovským cílům (matce i otci), než je tomu v případě vztahů k partnerovi, příp. ke kamarádovi/kamarádce.

V případě domény úzkostnost je patrné, že nejvyšší míra úzkostnosti se vyskytuje ve vztahu k partnerovi (průměr 4,06; standardní odchylka 2,03). Míry úzkostnosti ve vztahu k ostatním citovým cílům (matce, otci, příp. i kamarádovi/kamarádce) se vyskytují přibližně na stejné úrovni.

Tabulka č. 7 rovněž prezentuje údaje o celkové míře úzkostnosti a vyhýbavosti, které byly spočteny jako aritmetický průměr napříč čtyřmi citovými cíli. Průměrná celková míra vyhýbavosti (3,35) byla o něco nižší než průměrná celková míra úzkostnosti (3,61) – párový t-test rovnosti rozdílů: $t=-1,82$; $p\text{-hodnota}=0,072$.

A2) Analýza prevalence jednotlivých typů citové vazby ve vztahu k vybraným blízkým osobám.

Pro analýzu určení konkrétního typu citové vazby u matky/otce/kamaráda/přítele byly dle metodologie ECR–RS (Fraley et al. 2011) aplikovány následující skóre:

- skóre pro úzkost do 2,07 a skóre pro vyhýbavost do 3,89 = jistý typ citové vazby;
- skóre pro úzkost do 2,07 a skóre pro vyhýbavost od 3,90 = odmítavě-vyhýbavý typ citové vazby;
- skóre pro úzkost od 2,07 a skóre pro vyhýbavost do 3,89 = úzkostně-ambivalentní typ citové vazby;

- skóre pro úzkost od 2,07 a skóre pro vyhýbavost od 3,90 = strachyplně-vyhýbavý typ citové vazby.

Tabulka 8 - Procentuální rozložení čtyř typů citové vazby k vybraným blízkým osobám, adolescentní dívky žijící v institucionální výchovné péči

Typ citové vazby	Citový cíl (%)			
	Matka	Otec	Partner	Kamarád/ka
Jistý	28,8	16,0	17,4	20,9
Odmítavě-vyhýbavý	4,2	11,0	5,5	10,9
Úzkostně-ambivalentní	31,4	18,0	59,6	51,8
Strachyplně-vyhýbavý	35,6	55,0	17,4	16,4
Celkem odpovědí (N)	N=118	N=100	N=109	N=110

Tabulka č. 8 přehledně zachycuje rozložení čtyř typů citové vazby k vybraným blízkým osobám. Nejdříve se věnujeme citové vazbě pouze k matce a k otci, neboť právě u těchto dvou „nejvýznamnějších“ citových figur je nejvíce zastoupená právě „strachyplně vyhýbavá“ citová vazba (matka u 36 % sledovaných dívek, otec u 55 %), resp. i „úzkostně-ambivalentní“ citová vazba (matka 31 %, otec 18 %) – viz Graf č. 1.

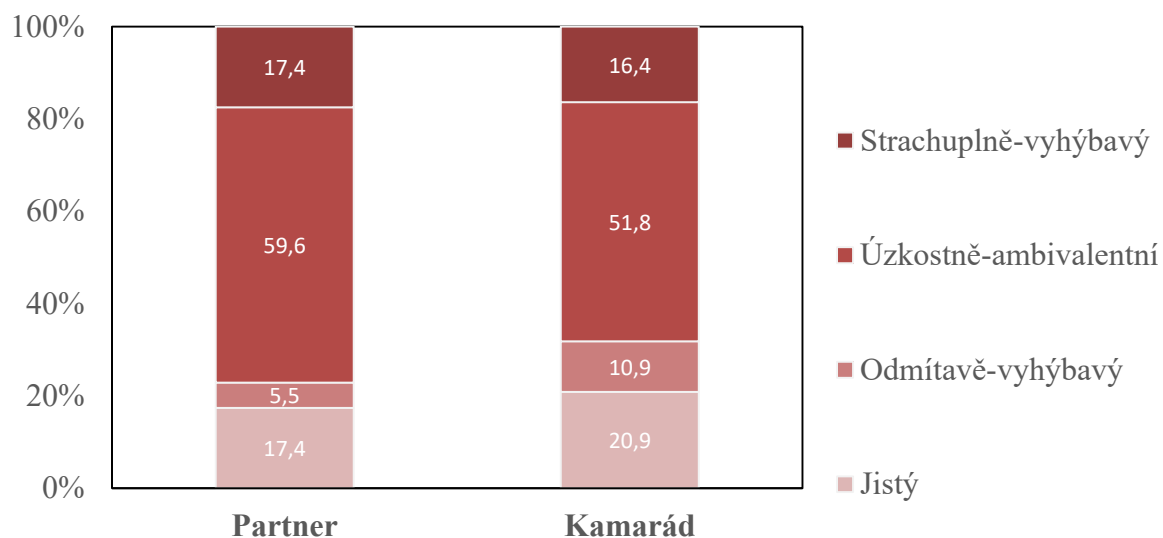
Lze tedy vidět, že v případě citové vazby k rodičům jsou nejvíce zastoupeny „rizikové typy“ citové vazby podle ECR–RS, a to ve více než u poloviny sledovaných dívek. „Jistá“ citová vazba je přitom u sledovaných dívek zastoupena ve výrazně menšinové míře (jistá citová vazba k matce u 29 % dívek; jistá citová vazba k otci jen u 16 % sledovaných dívek).

Graf 1 - Výskyt typů citové vazby (%) k rodičům



V případě citové vazby k příteli a kamarádovi/kamarádce je nejčastěji zastoupen „úzkostně-ambivalentní“ typ citové vazby, a to až v 60 %, resp. 52 % případů, jak vyplývá z Grafu č. 2. „Jistá“ citová vazba je i v těchto případech zastoupená v relativně nízkém počtu: k partnerovi u 17 % dívek, ke kamarádovi u 21 %.

Graf 2 - Výskyt typů citové vazby (%) k partnerům a kamarádům/kamarádkám



Tabulka 9 - Procentuální rozložení vybraných typů citové vazby k oběma rodičům, adolescentní dívky žijící v institucionální výchovné péči

Typ citové vazby k oběma rodičům	%
Jistý typ vazby k matce i otci	5,7
Strachyplně-vyhýbavý typ vazby k matce i otci	19,7
Jiný typ	74,6
Celkem odpovědí (N)	N=122

Tabulka č. 9 shrnuje procentuální zastoupení vybraných typů (kombinované) citové vazby k oběma rodičům současně. Příslušná kategorizace vznikla vzájemnou kombinací dvou vybraných typů, kterých zastoupení považujeme za nejdůležitější, a to jak z hlediska naší analýzy, tak i praktických souvislostí.

Jednalo se tedy o výskyt „jistého“ typu vazby k (oběma) rodičům oproti „strachyplně-vyhýbavé“ vazbě (k oběma rodičům).

Do kategorie „jistý typ“ byly proto zahrnuty ty dívky, které měly na základě analýzy provedené v předešlém kroku (viz Tabulka č. 8) „jistou“ citovou vazbu, a to jak ke své matce, tak i ke svému otci.

Do kategorie „strachyplně-vyhýbavý typ“ byly opět zahrnuty ty dívky, jejichž citová vazba k oběma rodičům spadala v předešlé Tabulce č. 8 souhlasně do skupiny „strachyplně-vyhýbavá“ vazba.

Do kategorie „jiný typ“ byly klasifikovány všechny ostatní dívky, které měly ke svým rodičům jiné nebo rozdílné typy citové vazby; anebo taky dívky, u kterých se jeden z rodičů v jejich životě nevyskytoval.

Z Tabulky č. 9 lze vidět, že pouze necelých 6% dívek málo jistý typ citové vazby k oběma svým rodičům. Naopak, téměř 20% sledovaných dívek mělo jak k otci, tak i ke své matce, strachyplně vyhýbavou citovou vazbu.

Uvedená „kategorizace“ sledovaných respondentek dle typů citové vazby ke svým rodičům, popsaná v tabulkách č. 8 a č. 9, byla aplikována i v dalších částech našich analýz prezentovaných v následujícím textu – viz dále podkapitoly: 7.1.3, 7.1.4 a 7.1.5.

6.1.2 Návykové látky

B) Analýza prevalence užívání vybraných návykových látek u sledovaných dívek a komparace výsledků z jiných dostupných dat o chování obecné školní populace adolescentů (s využitím ESPAD 2015 a CASI – A).

Nejdříve jsme se zaměřili na analyzování užívání tzv. legálních návykových látek (tabák, alkohol – prevalence v posledním měsíci), poté dalších vybraných NL (prevalence v posledním roce).

Prevalence užívání NL mezi sledovanými dívkami žijícími v institucionální výchovné péči je následně porovnávána s posledními dostupnými údaji o rizikovém chování obecné školní populace dospívajících dívek získanými z české vlny mezinárodního projektu ESPAD 2015 (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) – viz i (Csémy et al. 2003). Pro testování statistické významnosti rozdílů v úrovni užívání NL mezi sledovanými dívkami a „referenční skupinou“ dívek ze studie ESPAD byl použit tzv. Pearsonův chí-kvadrát test dobré shody.

B1) Užívání tzv. legálních návykových látek

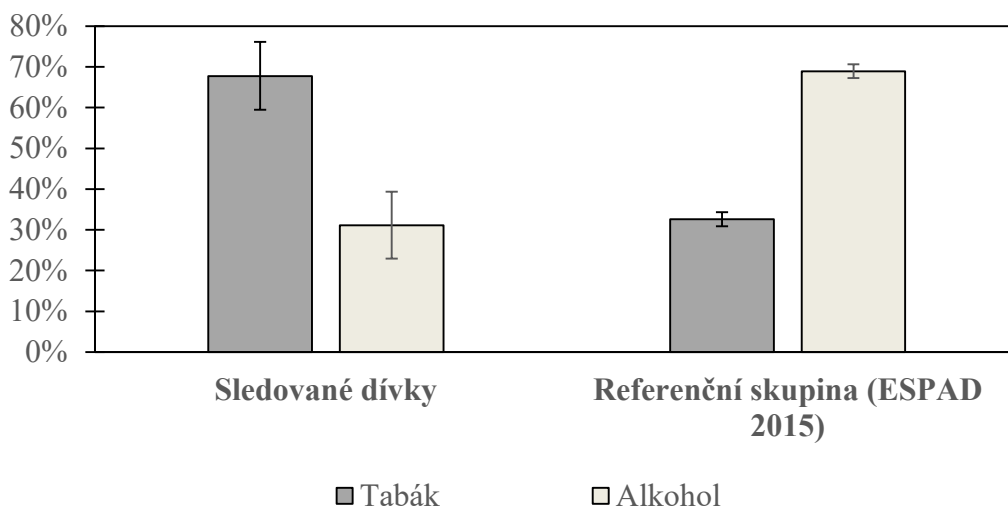
Tabulka 10 - Analýza rozdílů v úrovni užívání návykových látek (NL) mezi sledovanou skupinou dívek a referenční skupinou ze školní populace (ESPAD 2015), prevalence užívání NL v posledním měsíci (%).

Druh návykové látky		Tabák	Alkohol
Skupiny	Sledovaná skupina	67,8%	31,1%
	Referenční skupina	32,6%	69,0%
Poměr % u sledované skupiny vs. % u referenční skupiny		2,1	0,5
Pearsonův chí-kvadrát test (stupně volnosti), p-hodnota (oboustranná)		64,072 (1), $p < 0,001$	76,109 (1), $p < 0,001$

Poznámka: Jako referenční skupina byl použit vzorek N=2886 dívek ve věku 15-16 let ze studie ESPAD, realizované na českých školách v roce 2015.

Tabulka č. 10 společně s Grafem č. 3 srovnávají úroveň užívání tabáku a alkoholu mezi skupinou sledovaných dívek žijících v institucionální výchovné péči a mezi dívkami z obecné školní populace.

Graf 3 - Úroveň užívání NL u sledované a referenční skupiny, užití dané látky v posledním měsíci (% , 95% CI)



Poznámka: 95% CI – 95% interval spolehlivosti

Více než dvě třetiny dívek ze sledované skupiny (68 %) užilo tabák v posledním měsíci, což představuje více než dvojnásobek oproti referenční skupině (33 %). Naproti tomu, v případě alkoholu jsou výsledky naší analýzy zcela opačné. Konzumaci alkoholu v posledním měsíci uvedla jenom necelá třetina sledovaných dívek (31 %) oproti téměř 70 % v případě dívek z referenční skupiny.

Jak ukazují i výsledky chí-kvadrát testů, pozorované rozdíly v úrovni užívání NL jsou v obou případech vysoce signifikantní (p -hodnota < 0,001).

B2) Užívání dalších vybraných návykových látek

Tabulka 11 - Analýza rozdílů v úrovni užívání návykových látek (NL) mezi sledovanou skupinou dívek a referenční skupinou ze školní populace (ESPAD 2015), prevalence užívání NL v posledním roce (%)

Druh návykové látky		Kanabis	Amfetaminy	Těkavé látky
Skupiny	Sledovaná skupina	60,7%	44,3%	18,2%
	Referenční skupina	29,3%	2,4%	2,6%
Poměr % u sledované skupiny vs. % u referenční skupiny		2,1	18,2	7,0
Pearsonův chí-kvadrát test (stupně volnosti), p-hodnota (oboustranná)		54,108 (1), p<0,001	518,363 (1), p<0,001	90,335 (1), p<0,001

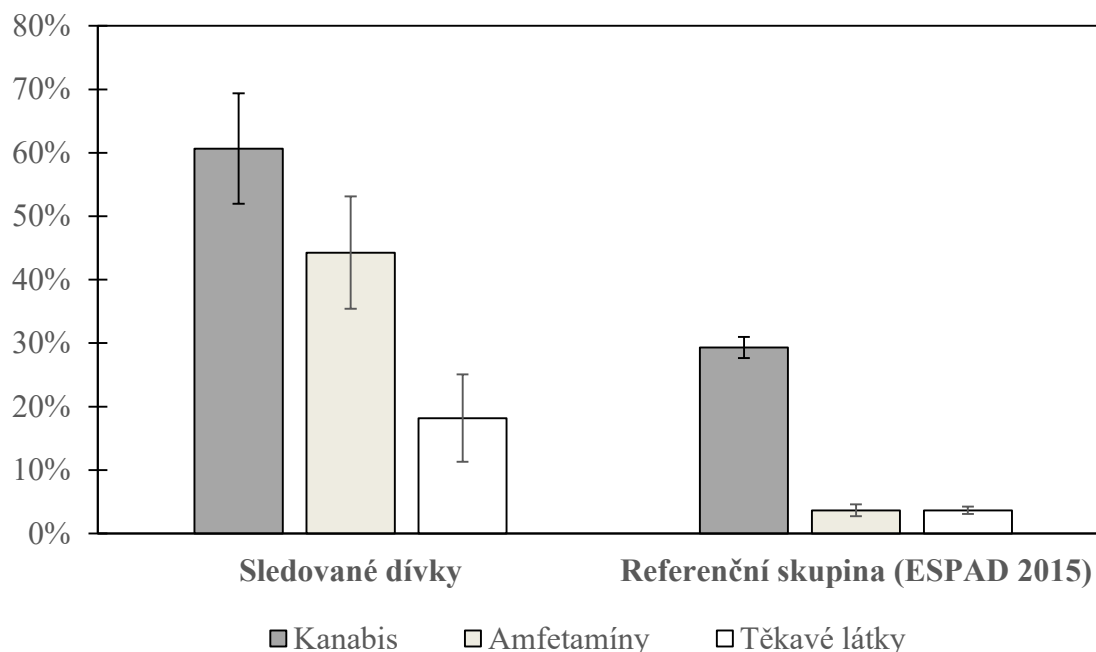
Poznámka: Jako referenční skupina byl použit vzorek N=2886 dívek ve věku 15-16 let ze studie ESPAD, realizované na českých školách v roce 2015.

Tato analýza, jak je patrné z tabulky č. 11 je zaměřena na analyzování užívání tzv. dalších NL; zde se jednalo zejména o nelegální návykové látky a těkavé látky (NL).

Tento výběr NL jsme zvolili z důvodu jejich zdravotních rizik a z důvodu možnosti komparace dat s referenční skupinou ze studie ESPAD (prevalence v posledním roce).

Tabulka č. 11 společně s Grafem č. 4 prezentují výsledky srovnávací analýzy mezi skupinou sledovaných dívek a děvčaty z obecné školní populace, a to v úrovni užívání dalších vybraných NL. V daném případě jsme se zaměřili na užívání kanabisu, amfetaminů a těkavých látek, tedy dalších NL, kterých užívání u mladé a dospívající populace je poměrně rozšířené.

Graf 4 - Úroveň užívání NL u sledované a referenční skupiny, užití dané látky v posledním roce (95% CI)



Poznámka: Prevalence užívání amfetaminů u referenční skupiny (ESPAD 2015) byla spočtena jako užití některé ze tří možných látek: "extáze", "metamfetamin (pervitin)" anebo "amfetaminy (obecně)". 95% CI – 95% interval spolehlivosti

V průběhu posledního roku, více než dvě pětiny dívek ze sledované skupiny (61 %) užilo kanabis, 44% užilo NL ze skupiny amfetaminů a 18% těkavé látky. Oproti referenční skupině se jedná v daném ohledu o vskutku markantní rozdíly.

Úroveň užívání kanabisu je u sledovaných dívek více než dvojnásobná, u těkavých látek sedminásobná a v případě amfetaminů až 18násobná. Statistické rozdíly prezentované výsledky chí-kvadrát testů jsou ve všech obou případech vysoce signifikantní (p -hodnota < 0,001).

6.1.3 Životní spokojenost a sebehodnocení

C) Analýza životní spokojenosti a sebehodnocení u sledovaných dívek v institucionální výchovné péči (s využitím RSES, SVLS a ESPAD 2015).

Tato analýza se sestává ze dvou podanalýz:

C1) Analýza životní spokojenosti a sebehodnocení u sledovaných dívek ve vztahu k typu citové vazby ke svým rodičům;

C2) Analýza životní spokojenosti a sebehodnocení u sledovaných dívek v komparaci s referenční skupinou (ESPAD 2015).

Dříve než přistoupíme k jednotlivým podanalýzám, zaměříme pozornost na popisné statistické ukazatele životní spokojenosti a sebehodnocení u sledovaných dívek žijících v institucionální výchovné péči.

Tabulka 12 - Popisná statistika odpovědí ohledně životní spokojenosti (dle Diener, 1986) a sebehodnocení (dle Rosenberg, 1965) u sledovaných dívek žijících v institucionální výchovné péči

	Min	Max	Průměr	Standardní odchylka	N (počet odpovědí)
Skóre na Dienerově škále životní spokojenosti (SVLS)	1,00	5,00	3,29	1,01	94
Skóre na Rosenbergově škále sebehodnocení (RSES)	1,00	4,00	2,39	0,63	115

Tabulka č. 12 poskytuje souhrnný přehled o rozdělení odpovědí sledovaných dívek na otázky ohledně jejich celkové životní spokojenosti a sebehodnocení.

V případě Skóre na Dienerově škále životní spokojenosti (dále SVLS) se podle Dienera (1986) se jednalo o baterii pěti otázek s odpověďmi na pětistupňové Lickertově škále (1= „zcela souhlasím“ až 5= „zcela nesouhlasím“).

U každé respondentky byla odpověď na danou otázku ohodnocena uvedenými body na této škále. Body byly následně zprůměrovány napříč otázkami. Takto získané „průměrné skóre“ z odpovědí vlastně představovalo „průměrnou odpověď“ respondentky z baterií otázek

na pětistupňové škále odpovědi. Uvedený postup byl použit i v případě deseti položkové baterie zaměřené na sebehodnocení Skóre na Rosenbergově škále sebehodnocení (RSES; dle Rosenberg, 1965), ovšem pouze s tím rozdílem, že Lickertova škála odpovědí byla čtyřstupňová. Nižší hodnoty takto spočtených skóre tak indikovaly vyšší životní spokojenost i vyšší sebehodnocení.

C1) Analýza životní spokojenosti a sebehodnocení u sledovaných dívek ve vztahu k typu citové vazby ke svým rodičům.

V této části jsme se zaměřili na analýzu rozdílů v životní spokojenosti a sebehodnocení ve vztahu k vybraným typům citové vazby k blízkým osobám sledovaných dívek žijících v institucionální výchovné péči. Pro testování statistické významnosti sledovaných rozdílů byla použita metoda jednocestné analýzy variance (ANOVA).

Za citový cíl byl nejdříve vybrán vztah k oběma rodičům současně, následně pak citová vazba k matce a otci odděleně. Kategorizace sledovaných dívek dle typu citové vazby vycházela z předešlých analýz prezentovaných v Tabulce 13 a Tabulce 14.

Tabulka 13 - Výstupy z jednocestné analýzy variance (ANOVA), testování vztahu mezi životní spokojeností a sebehodnocením (závisle proměnné) k typu citové vazby k vybraným citovým cílům (oba rodiče, matka, otec), adolescentní dívky v instituc. vých.

Citový cíl - oba rodiče^{a)}	
Závisle proměnná	ANOVA
	F statistika (stupně volnosti 1, stupně volnosti 2); p-hodnota (oboustranná)
Skóre na Dienerově škále životní spokojenosti (SVLS)	1,383 (2, 91); p=0,256
Skóre na Rosenbergově škále sebehodnocení (RSES)	3,670 (2, 112); p=0,029
Citový cíl - matka^{b)}	
Závisle proměnná	ANOVA
	F statistika (stupně volnosti 1, stupně volnosti 2); p-hodnota (oboustranná)
Skóre na Dienerově škále životní spokojenosti (SVLS)	3,355 (2, 88); p=0,039
Skóre na Rosenbergově škále sebehodnocení (RSES)	9,433 (2, 109); p<0,001
Citový cíl - otec^{b)}	
Závisle proměnná	ANOVA
	F statistika (stupně volnosti 1, stupně volnosti 2); p-hodnota (oboustranná)
Skóre na Dienerově škále životní spokojenosti (SVLS)	0,834 (2, 75); p=0,438
Skóre na Rosenbergově škále sebehodnocení (RSES)	1,572 (2, 91); p=0,213

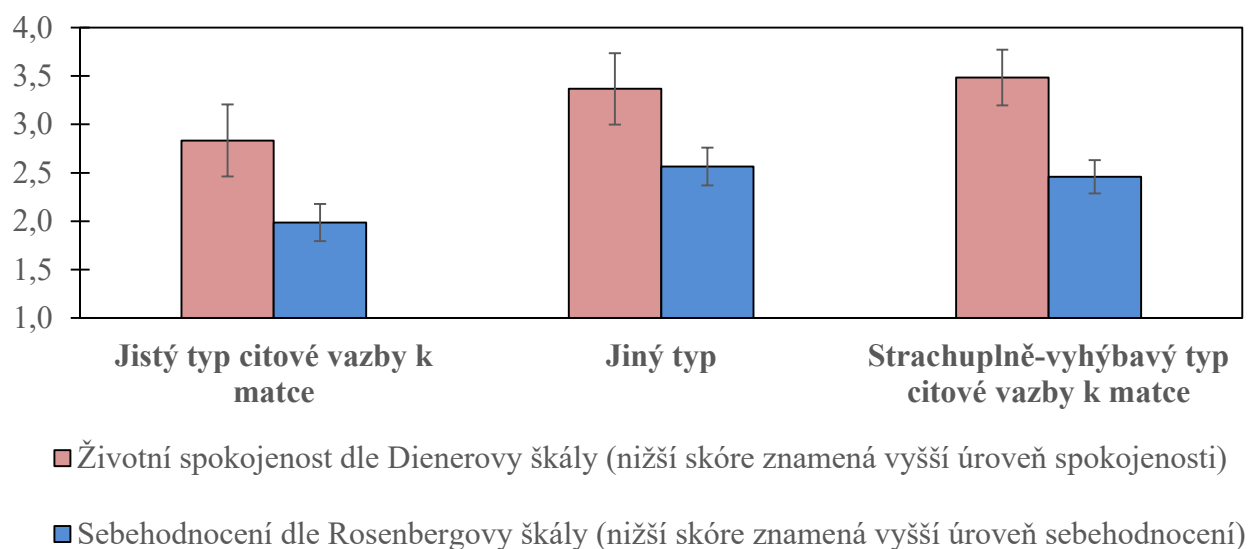
Poznámka: ^{a)} Kategorizace dívek do tří skupin podle typu citové vazby k oběma rodičům je totožná podle postupu použitým v Tabulce č. 9; tj. „jistý typ“ (5,7%), „strachyplně vyhýbavý typ“ (19,7%), „jiný typ“ (74,6%).

^{b)} Dívky byly seskupeny do následujících tří skupin podle typu citové vazby k matce/k otci: „jistý typ“, „strachyplně vyhýbavý typ“, „jiný typ“ (sloučení typů „odmítavě-vyhýbavý“ a „úzkostně-ambivalentní“ do jedné skupiny) – viz i Tabulka č. 8.

Tabulka č. 13 prezentuje výsledky použité statistické metody (ANOVA), a to odděleně dle vybraného citového cíle. Pro přehlednost prezentovaných statistických výstupů navazují na uvedenou tabulku také následující grafy – Graf č. 5 a Graf č. 6.

Z Tabulky 13 je patrné, že životní spokojenost, měřená Dienerovým dotazníkem, statisticky významně souvisela s citovou vazbou k matce (p -hodnota < 0.05): F statistika = 3,355 (2, 88); $p = 0,039$. Dívky s „jistou citovou vazbou“ ke své matce se cítily významně více spokojeny se svým životem, než tomu bylo u dívek se „strachuplně-vyhýbavou“ citovou vazbou (průměrné skóre 2,83 vs. 3,49;) – viz Graf č. 5.

Graf 5 - Rozdíly v životní spokojenosti a sebehodnocení (průměr, 95% CI) mezi vybranými typy citové vazby k matce



Poznámka: Typy citové vazby „odmítavě-vyhýbavý“ a „úzkostně-ambivalentní“ byly sloučeny do jedné skupiny pod názvem „jiný typ“ citové vazby k matce. 95% CI – 95% interval spolehlivosti.

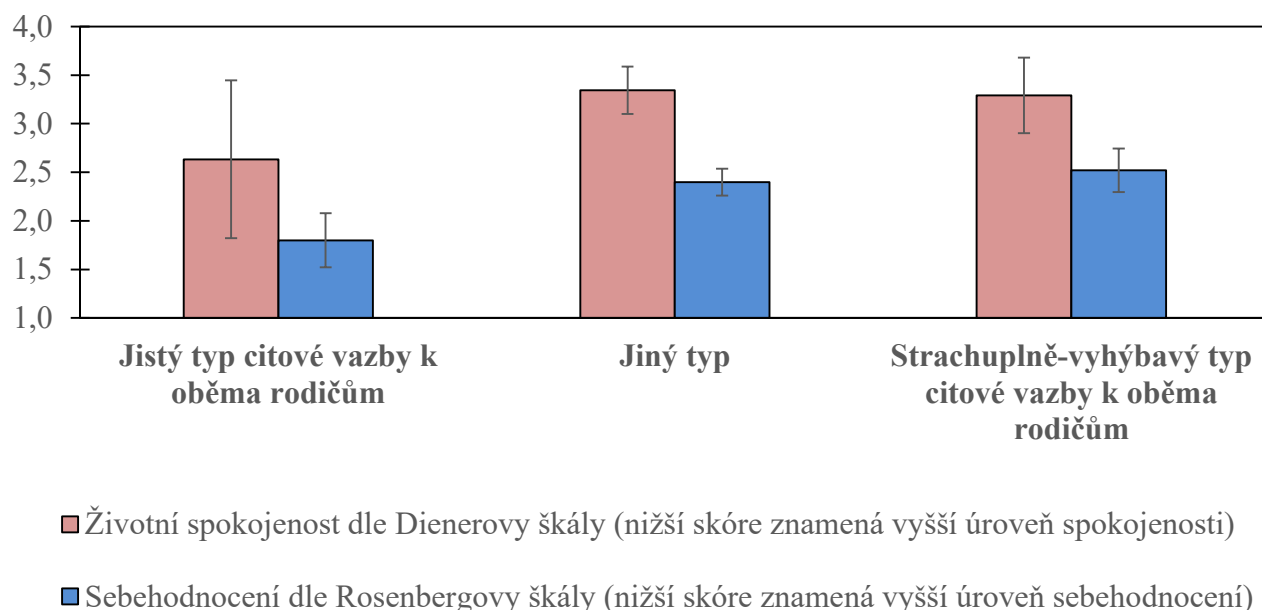
V případě citové vazby k otci se však neprokázal statistický významný vztah: F statistika = 0,834 (2, 75); $p = 0,438$. Podobně tomu bylo i v případě „kombinace“ citové vazby k oběma rodičům současně: F statistika = 1,383 (2, 91); $p = 0,256$.

V daném případě je však nutné poznamenat, že „jistou“ citovou vazbu k oběma rodičům současně mělo pouze necelých 6 % sledovaných dívek – viz Tabulka č. 9, příp. i široký interval spolehlivosti u této skupiny dívek v Grafu č. 6.

Rovněž tak je z Tabulky č. 13 vidět, že sebehodnocení, měřené Rosenbergovým dotazníkem, statisticky významně souviselo s citovou vazbou jak k matce (F statistika=9,433 (2, 109); $p<0,001$), tak i s kombinací citové vazby k oběma rodičům současně (F statistika=3,670 (2, 112); $p=0,029$).

Jak vidět např. i na Grafu č. 5, dívky s „jistou citovou vazbou“ ke své matce měly významně lepší sebehodnocení než dívky se „strachuplně-vyhýbavou“ citovou vazbou (průměrné skóre 1,99 vs. 2,46). Podobně tak bylo u dívek s „jistou citovou vazbou k oběma rodičům současně“ (Graf č. 6). Typ citové vazby (jenom) k otci však, ani v tomto případě, s úrovní sebehodnocení statisticky významně nesouvisel: F statistika=1,572 (2, 91); $p=0,213$.

Graf 6 - Rozdíly v životní spokojenosti a sebehodnocení (průměr, 95% CI) mezi vybranými typy citové vazby k oběma rodičům



Poznámka: Kategorizace dívek do tří skupin dle typu citové vazby na základě postupu použitým v Tabulce č. 9. 95% CI – 95% interval spolehlivosti.

C2) Analýza životní spokojenosti a sebehodnocení u sledovaných dívek v komparaci s referenční skupinou z obecné školní populace (ESPAD 2015, ESPAD 2003).

V další části byla data o celkové životní spokojenosti a sebehodnocení sledovaných dívek porovnána s obdobnými dostupnými údaji, sesbíranými v rámci českých šetření ESPAD 2015 a ESPAD 2003. Dotazník ESPAD 2015 obsahoval totožnou baterii pěti otázek pro výpočet životní spokojenosti SVLS dle Dienera (1985). Podobně, šetření ESPAD 2003 disponovalo totožnou deseti položkovou skupinou otázek pro výpočet sebehodnocení RSES dle Rosenberga (1965), která byla aplikována i v našem výzkumu.

I navzdory skutečnosti, že v datech dostupných z českých vln šetření ESPAD (Csémy et al. 2003) byly použity stejné dotazníkové nástroje, je však nutno v tomto bodě poznamenat, že Lickertova škála odpovědí pro výpočet životní spokojenosti SVLS podle Dienera byla v šetření ESPAD 2015 sedmi úrovněv na rozdíl od naší pětiúrovňové. Za účelem možné komparace výsledků s našimi daty jsme proto museli skóre z odpovědí na SVLS u referenční skupiny ESPAD 2015 dodatečně přetransformovat do navzájem srovnatelných ukazatelů.

Vycházeli jsme přitom z předpokladu, že celkové skóre získané z odpovědí na obou Lickertových škálách (či už 7úrovňové nebo 5úrovňové) v zásadě odráží ten samý latentní konstrukt – v daném případě tedy úroveň „celkové spokojenosti se životem“.

Když tedy rozsah všech možných naměřených hodnot reprezentujících tento (spojitý) konstrukt rozdělíme na daný počet stejně širokých intervalů, tak výsledná kategorizace těchto hodnot, získaných pomocí obou původních Lickertových škál, je v zásadě srovnatelná.

Uvedený postup byl proto použit jak u sledované skupiny dívek žijících v institucionální výchovné péči (původně 5stupňová Lickertova škála s rozpětím celkového skóre od 1,00 do 5,00), tak u referenční skupiny dívek z obecné školní populace šetřené v rámci ESPAD 2015 (původní škála 7stupňová, s rozpětím celkového skóre od 1,00 do 7,00).

V naší analýze se rozsah všech možných hodnot vypočtených skór rozdělil u obou srovnávaných skupin na pět stejně širokých intervalů – tj. v prvním případě se rozsah od 1,00 do 5,00 rozdělil na pět stejně širokých částí; v druhém případě se rozsah od 1,00 do 7,00 rozdělil na pět stejně širokých částí. Takto získané kategorie odpovědí na otázky

týkající se celkové životní spokojenosti jsme následně pojmenovali: kategorie 1=“velmi spokojená“, kategorie 2=“spíše spokojená“, kategorie 5=“velmi nespokojená“.

Výsledky obou srovnávacích analýz, tedy ohledně SVLS a RSES, prezentují následující dvě tabulky – Tabulka č. 14 a tabulka č. 15.

Tabulka 14 - Rozdíly v kategorizaci odpovědí na otázky ohledně celkové životní spokojenosti (dle Diener, 1985) mezi sledovanou skupinou dívek a referenční skupinou ze školní populace (ESPAD 2015)

			Dienerova škála životní spokojenosti (kategorie)					Celkem odpovědí
			Velmi spokojená	Spokojená	Ani spokojená- ani nespokojená	Nespokojená	Velmi nespokojená	
Skupina	Sledovaná skupina	Počet	9	18	25	26	16	94
		% v rámci skupiny	9,6%	19,1%	26,6%	27,7%	17,0%	100,0%
	Referenční skupina	Počet	566	984	828	316	171	2865
		% v rámci skupiny	19,8%	34,3%	28,9%	11,0%	6,0%	100,0%
Statistický test	Pearsonův chí-kvadrát test (stupně volnosti), p-hodnota (oboustranná)		50,600 (4), $p < 0,001$					
Symetrické ukazatele	Spearmanova korelace (SE), p-hodnota (oboustranná)		0,109 (0,019), $p < 0,001$					
	Pearsonova korelace (SE), p-hodnota (oboustranná)		0,117 (0,021), $p < 0,001$					

Poznámka: Jako referenční skupina byl použit vzorek N=2865 dívek ve věku 15-16 let ze studie ESPAD, realizované na českých školách v roce 2015.

Tabulka 15 - Rozdíly v kategorizaci odpovědí na otázky ohledně sebehodnocení (dle Rosenberg, 1965) mezi sledovanou skupinou dívek a referenční skupinou ze školní populace (ESPAD 2003)

			Sebehodnocení dle Rosenbergovy škály				Celkem odpovědí
			Vysoké	Střední	Nízké	Velmi nízké	
Skupina	Sledovaná skupina	Počet	15	60	26	14	115
		% v rámci skupiny	13,0%	52,2%	22,6%	12,2%	100,0%
	Referenční skupina	Počet	193	1144	334	24	1695
		% v rámci skupiny	11,4%	67,5%	19,7%	1,4%	100,0%
Statistický test	Pearsonův chí-kvadrát test (stupně volnosti), p-hodnota (oboustranná)		63,880 (3), $p < 0,001$				
Symetrické ukazatele	Spearmanova korelace (SE), p-hodnota (oboustranná)		0,065 (0,028), $p = 0,006$				
	Pearsonova korelace (SE), p-hodnota (oboustranná)		0,090 (0,032), $p < 0,001$				

Poznámka: Jako referenční skupina byl použit vzorek N=1695 dívek ve věku 15-16 let ze studie ESPAD, realizované na českých školách v roce 2003.

Jak ukazují výsledky v Tabulce č. 14, sledované dívky žijící v institucionální výchovné péči byly ve srovnání s referenční skupinou výrazně méně spokojené se svým životem. Můžeme například vidět, že téměř 45 % sledovaných dívek bylo se svým životem buďto „nespokojených“ (27,7 %) nebo „velmi nespokojených“ (17 %)“.

Naproti tomu v rámci referenční skupiny ESPAD 2015 bylo takovýchto dívek přibližně 17 % („nespokojených“ 11 % + „velmi nespokojených“ 6 %). Hodnota Pearsonovi chí-kvadrát statistiky poukazuje na skutečnost, že pozorované rozdíly v životní spokojenosti mezi sledovanou a referenční skupinou jsou vysoce statisticky signifikantní (p -hodnota < 0,001).

Na tuto skutečnost obdobně poukazují i oba použité korelační koeficienty (Spearmanův korelační koeficient pořadí a Pearsonův korelační koeficient), které jsou také signifikantní, a to rovněž na hladině významnosti $p < 0,001$. Jejich kladná znaménka indikují, že průměrné skóre z odpovědí na baterii otázek ohledně životní spokojenosti bylo u sledované skupiny dívek vyšší (a tedy „horší“) než u referenční skupiny (referenční skupina ESPAD 2015 byla kódována hodnotou „0“; sledované dívky byly kódovány jako „1“).

Co se rozdílů v sebehodnocení týče, analogické výsledky poskytují i data prezentována v navazující Tabulce č. 15. Sledované dívky v institucionální výchovné péči měly významně horší úroveň sebehodnocení, než tomu bylo u referenční skupiny vybrané z obecné školní populace (ESPAD 2003).

Z tabulky lze například vidět, že přibližně 12 % sledovaných dívek v institucionální výchovné péči mělo sebehodnocení „velmi nízké“, přičemž v rámci referenční skupiny to bylo jenom 1,4 %. Pozorované rozdíly v sebehodnocení byly i v tomto případě statisticky významné – Pearsonova chí-kvadrát statistika = 63,880 (3), p -hodnota < 0,001.

6.1.4 Sebevražedné chování

D) Analýza rozdílů v sebevražedném chování u sledovaných dívek v porovnání s referenční skupinou (s využitím ESPAD 2015 a ETISR – SF).

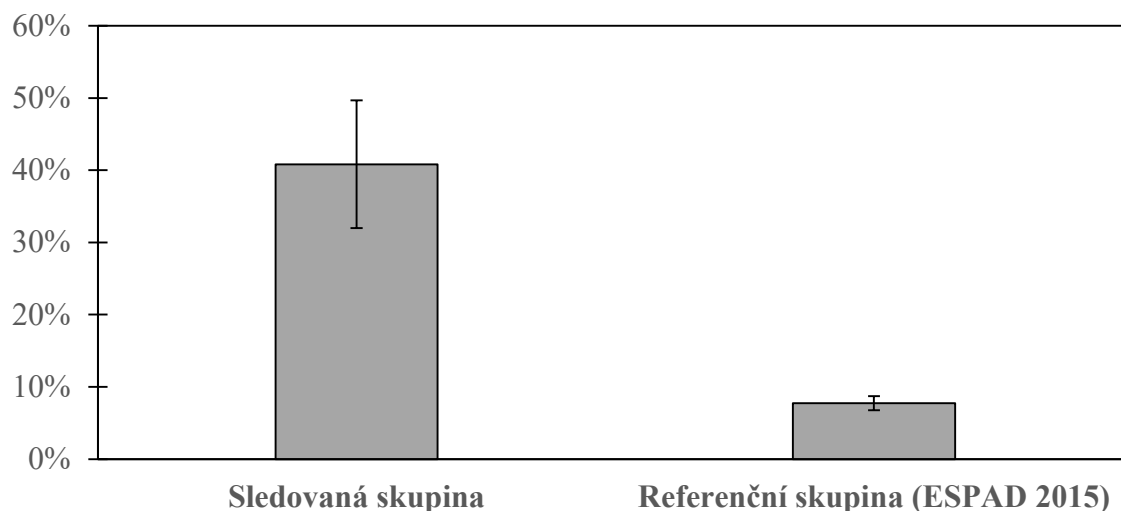
V analýze sebevražedného chování se věnujeme porovnání sledovaných dívek s referenční skupinou, která je dobře srovnatelná i ve statistických parametrech. K prevalenci a zjištění rozdílů v sebevražedném chování u sledovaných dívek s referenční skupinou jsme použili opět data z české studie ESPAD 2015. Jako v předchozích analýzách jsme použili stejné statistické testy, pro konzistenci těchto analýz.

Tabulka 16 - Rozdíly v prevalenci sebevražedných pokusů mezi sledovanou skupinou dívek a referenční skupinou ze školní populace (ESPAD 2015), celoživotní prevalence

Skupina	Sledovaná skupina (%)	40,83%
	Referenční skupina (%)	7,74%
Poměr % u sledované skupiny vs. % u referenční skupiny		5,3
Statistický test	Pearsonův chí-kvadrát test (stupně volnosti), p-hodnota (oboustranná)	152,828 (1), p<0,001
Symetrické ukazatele	Spearmanova korelace (SE), p-hodnota (oboustranná)	0,227 (0,031), p<0,001
	Pearsonova korelace (SE), p-hodnota (oboustranná)	0,227 (0,031), p<0,001

Poznámka: Jako referenční skupina byl použit vzorek N=2886 dívek ve věku 15-16 let ze studie ESPAD, realizované na českých školách v roce 2015.

Graf 7 - Výskyt sebevražedných pokusů u sledované skupiny dívek ve srovnání s referenční skupinou (% , 95% CI), celoživotní prevalence



Poznámka: 95% CI – 95% interval spolehlivosti

Jak lze vyčíst z Tabulky č 16, celoživotní prevalence sebevražedných pokusů v rámci skupiny sledovaných dívek žijících v institucionální výchovné péči představovala téměř 41%. V rámci referenční skupiny však tomu bylo „pouze“ u necelých 8%. Viz též Graf č. 7.

Výskyt sebevražedného chování byl tedy u sledovaných dívek více než pětinasobný. Personův chi-kvadrát test potvrdil vysokou statistickou významnost v pozorovaných rozdílech (p -hodnota $< 0,001$).

Na výraznou souvislost mezi sebevražedným chováním a vulnerabilitou sledovaných dívek (na rozdíl od obecné školní populace) poukazují i oba korelační koeficienty, jejichž hodnoty jsou na úrovni 0,227 (referenční skupina ESPAD 2015 byla kódována hodnotou „0“; sledované dívky byly kódovány jako „1“).

6.1.5 Traumatické události

E) Analýza časných traumatických událostí u sledovaných dívek ve vztahu k vybraným typům citové vazby k rodičům (s využitím ECR – RS a ETISR – SF).

V této části analýz jsme se zaměřili na zhodnocení výskytu časných traumatických událostí u sledovaných dívek v institucionální výchovné péči. Nejprve byl hodnocen samotný výskyt těchto traumat, následně pak byly analyzovány rozdíly v jejich výskytu mezi skupinami sledovaných dívek z pohledu vybraných typů jejich citové vazby k rodičům (kategorizace dle předešlé Tabulky č. 9).

Použitým analytickým nástrojem byl dotazník ETISR–SF (Bremner et al. 2007) věnující se čtyřem základním oblastem časných traumat, a to obecnému traumatu (s 10 otázkami), výskytu fyzického zneužívání (5 otázek), emocionálního zneužívání (5 otázek) a sexuálního zneužívání (6 otázek).

Na každou příslušnou otázku respondentky odpovídaly formou ano/ne, tedy jestli se u nich v dětství daná událost/trauma vyskytovala, či nikoliv. Každé kladné odpovědi na danou otázku bylo přisouzené bodové skóre s hodnotou „1“. Suma všech kladných odpovědí na příslušnou oblast traumatických událostí pak představovala celkové skóre respondentky v daném ohledu. Následující Tabulka č. 17 podává základní přehled čtyř sledovaných oblastí časného traumatu u dívek v institucionální výchovné péči.

Tabulka 17 - Popisná statistika odpovědí ohledně časných traumatických událostí u sledovaných dívek žijících v institucionální výchovné péči

	Min	Max	Průměr	Standardní odchylka	N (počet odpovědí)
Skóre obecného traumatu	0,00	10,00	4,43	2,35	95
Skóre fyzických trestů	0,00	5,00	3,40	1,55	93
Skóre emocionálního zneužívání	0,00	5,00	2,79	1,74	94
Skóre sexuálního zneužívání	0,00	6,00	2,26	2,06	89

E1) Analýza výskytu traumatických událostí u sledovaných dívek v souvislosti s vybranými typy citové vazby k rodičům.

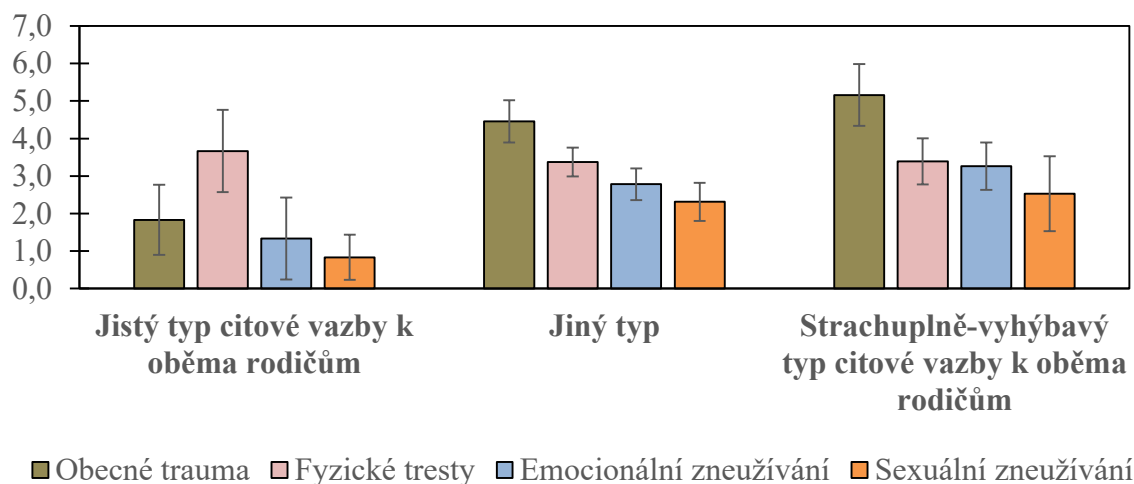
Pro testování rozdílů ve výskytu časných traumatických událostí mezi kategoriemi sledovaných dívek z pohledu typu citové vazby ke svým rodičům byla opětovně použita metoda jednocestné analýzy variance (ANOVA). Výstupy z analýzy prezentuje následující Tabulka č. 19, na kterou navazuje Graf č. 8.

Tabulka 18 - Výstupy z jednocestné analýzy variance (ANOVA), testování vztahu mezi oblastmi časných traumatických událostí a typem citové vazby k rodičům, adolescentní dívky žijící v institucionální výchovné péči

Citový cíl – oba rodiče ^{a)}	
Závisle proměnná	ANOVA
	F statistika (stupně volnosti 1, stupně volnosti 2); p-hodnota (oboustranná)
Skóre obecného traumatu	4,942 (2, 92); p=0,009
Skóre fyzických trestů	0,095 (2, 90); p=0,909
Skóre emocionálního zneužití	2,919 (2, 91); p=0,059
Skóre sexuálního zneužití	1,644 (2, 86); p=0,199

Poznámka: ^{a)} Kategorizace dívek do tří skupin podle typu citové vazby k oběma rodičům je totožná podle postupu použitým v Tabulce č. 9; tj. „jistý typ“ (5,7%), „strachyplně vyhýbavý typ“ (19,7%), „jiný typ“ (74,6%).

**Graf 8 - Rozdíly mezi skóry u vybraných traumat (průměr, 95% CI)
dle typu citové vazby k oběma rodičům**



Poznámka: Kategorizace dívek do tří skupin podle typu citové vazby k oběma rodičům totožná podle Tabulky č. 9; 95% CI – 95% interval spolehlivosti.

Graf č. 8 podává přehled o rozdílech v průměrných skóre čtyř sledovaných oblastí časných traumat mezi třemi vybranými typy citové vazby k oběma rodičům (kategorizace do typů citové vazby dle Tabulky č. 9).

Z grafu je vidět, že u dívek s „jistým“ typem citové vazby k matce i k otci byl výskyt traumat výrazně nižší, než tomu bylo v rámci kategorie respondentek s "úzkostně-vyhýbavým" typem citové vazby. Výrazné meziskupinové rozdíly je možné pozorovat především v případě obecného traumatu a emocionálního zneužití. Statistickou významnost těchto rozdílů potvrdily i výstupy z jednocestné ANOVY (Tabulka č. 19). V případě obecného traumatu byly rozdíly signifikantní na hladině významnosti $p < 0,01$ (F statistika=4,942 (2, 92); $p=0,009$); u emocionálního zneužívání byly signifikantní spíše na hladině významnosti $p < 0,1$ (F statistika=2,919 (2, 91); $p=0,059$).

Vztah mezi fyzickým trestáním a citovou vazbou k rodičům se statisticky nepotvrdil: F statistika=0,095 (2, 90); $p=0,909$. Podobně, vztah mezi sexuálním zneužíváním a citovou vazbou k rodičům nebyl statisticky významný: F statistika=1,644 (2, 86); $p=0,199$.

6.1.6 Disociativní stavy

F) Analýza disociativních stavů u sledovaných dívek a ve vztahu k jednotlivým typům citové vazby k rodičům (s využitím ECR – RS a A–DES).

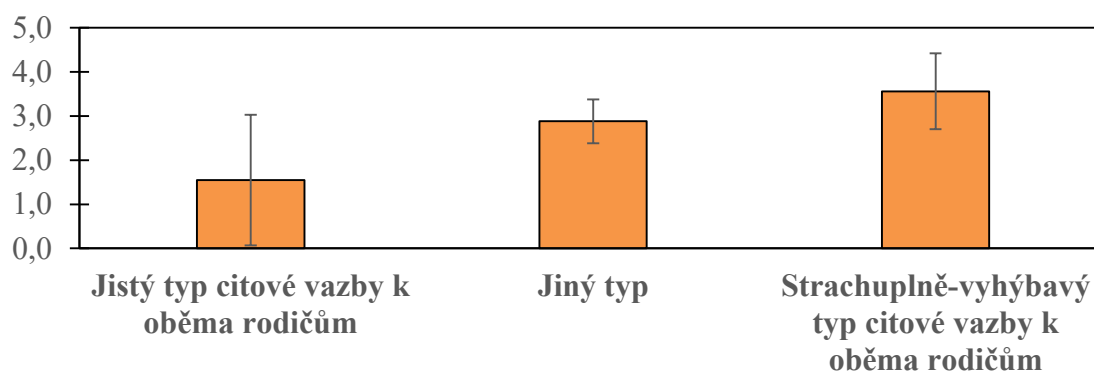
Poslední analýza je zaměřená na disociativní stavy, jež byly zjišťovány pomocí dotazníkového nástroje A–DES. Tato analýza pomocí nástroje A–DES také zpřesňuje výskyt raných traumatických zážitků. Dále jsme analyzovali disociativní stavy k typům citové vazby k oběma rodičům, a to stejnými statistickými testy, jako tomu bylo v předchozích analýzách.

Tabulka 19 - Popisná statistika naměřených skóre disociativních stavů u sledovaných dívek v institucionální výchovné péči

Min	Max	Průměr	Standardní odchylka	N (počet odpovědí)
0.00	9.03	2.94	2.12	97

Za hranici patologické disociace je považován průměrný skóre 4,0. V našem případě průměrný skóre sledovaného souboru činí 2,94 – je tedy pod hranicí hodnoty označující patologickou disociaci.

Graf 9 - Rozdíly v úrovni disociativních zážitků (průměr, 95% CI) dle typu citové vazby k oběma rodičům



Poznámka: Kategorizace dívek do tří skupin podle typu citové vazby k oběma rodičům totožná podle Tabulky č. 9; 95% CI – 95% interval spolehlivosti.

Typ citové vazby k oběma rodičům koreluje s A-DES skóre. U rizikovějšího typu citové vazby, tedy u strachyplně-vyhýbavého typu, se vyskytuje vyšší hodnota A-DES skór, což znamená častější přítomnost disociativních zážitků, a tedy i přítomnost zážitků spojených s traumaty v průběhu dosavadního života u sledovaných dívek.

7 VÝSLEDKY EMPIRICKÉHO VÝZKUMU A DISKUSE

Účelem teoretické části disertační práce bylo analyzovat a shrnout poznatky vztahující se k citové vazbě a vybraným aspektům v oblasti duševního zdraví. Shrnuli jsme významné poznatky týkající se citové vazby se zaměřením na adolescentní dívky nebo ženy a problematiku duševního zdraví.

V empirické části jsme se zaměřili na zjištění typu citové vazby a faktorů stojící v pozadí jednotlivých typů citových vazeb u dívek v institucionální výchovné péči, analyzovali jsme a porovnávali typy citové vazby a domény úzkostnost a vyhýbavost s rizikovými fenomény duševního zdraví. Zkoumali jsme a analyzovali souvislost citové vazby k vybraným emocionálním cílům a vztah citové vazby k fenoménům jako je trauma, sebevražedné chování, užívání návykových látek, spokojenosti se životem nebo sebehodnocení u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči.

Na základě zjištěných poznatků vytvoříme schématický model rizikových indikátorů duševního zdraví. Díky tomuto modelu by bylo možné indikátory duševního zdraví systémově sledovat a vyhodnocovat, a to i v rámci epidemiologických dat. Dále navrhneme oblasti, které je možné zlepšit v kvalitě péče o vulnerabilní adolescentní dívky.

Zkoumání citové vazby a duševního zdraví adolescentů v institucionální výchovné péči je věnováno pouze několik zahraničních nebo českých studií (Bubleová et al. 1997; Bifulco, 2016). V České Republice byly provedeny rozsáhlé studie pod vedením prof. Matějčka, které vycházely z teorie citové vazby a které propojovali problematiku duševního zdraví a sociálních souvislostí Matějček (2008).

Matějček si zřetelně uvědomoval unikátní přispění teorie citové vazby, fenoménu jistoty a potřeb dětí, ke zlepšení oblastí kvality života. Rozsáhlé poznatky Matějčka a jeho následovníků nebyly dostatečně zohledněny ve vztahu k praxi. Lze konstatovat, že pouze tyto poznatky měly v určité míře vliv na zlepšení systému péče o děti v institucionální výchovné péči.

Rovněž Matějček poukazoval, stejně jako mnoho dalších expertů, na význam vlivu kvality citové vazby s významnou vztahovou figurou (matka, rodiče, partner, kamarád a další

důležité osoby). Matějček s kolegy poukazoval na potřebu konsistentní, důvěryhodné, dostupné a senzitivní vazebné figury od raného dětství. Přítomnost takové figury podporuje vytváření hlubokého „smyslu jistoty“ a důvěry v sebe sama a v druhé, taktéž posiluje vzorce chování v blízkých vztazích a kapacitu adaptivní resilience.

7.1 Výsledky empirického výzkumu studie

Naše studie vychází z ukotvené teorie (například Bowlbyho teorie citové vazby), na kterou jsme navázali se záměrem zmapovat souvislosti citové vazby a fenoménů duševního zdraví. Na základě poznatků jsme hodlali dále navrhnout schématický model rizikových indikátorů duševního zdraví u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči. Teoretické cíle byly zaměřeny na analyzování a shrnutí významných poznatků vztahující se k citové vazbě a k vybraným aspektům duševního zdraví, empirické cíle samotného výzkumu byly zaměřeny na analyzování a hledání souvislostí mezi citovou vazbou a duševním zdravím.

Zaměřili jsme se na tedy na

- A) zjištění specifických typů citové vazby u dívek v institucionální výchovné péči;
- B) analyzování souvislostí typu citové vazby s rizikovými fenomény duševního zdraví;
- C) na základě zjištěných poznatků vytvoření schématického modelu rizikových indikátorů duševního zdraví u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči.

7.1.1 Zjištění specifických typů citové vazby u dívek v institucionální výchovné péči

Rozložení citové vazby v obecné populaci je kvalifikovaně odhadováno. Distribuce jisté citové vazby odpovídá cca 60 %, zhruba 25% populace odpovídá vyhýbavé citové vazbě, 11% úzkostné citové vazbě (Mickelson et al. 1997).

Ve srovnání deseti studií a meta-analýzy dat rozložení citové vazby u dětí umístěných v institucích bylo zjištěno, že pouze 18% dětí připadá na jistou citovou vazbu, 28% odpovídá vazbě nejisté a 54% dětí vykazuje disorganizovanou citovou vazbu, nebo nebylo klasifikováno. A ve srovnání s dětmi vyrůstajícími v rodinném prostředí děti žijící v institucionálním prostředí byly ve velkém riziku nejistého a disorganizovaného typu citové vazby (Lionetti et al. 2015).

Taktéž náš výzkum prokázal zajímavé rozložení typů citové vazby u sledovaných dívek v institucionální výchovné péči. V předcházejících analýzách jsme zaznamenali, že tedy pouze necelých 6% dívek reprezentovalo jistý typ citové vazby k oběma svým rodičům, zatímco téměř 20% sledovaných dívek mělo jak k otci, tak i ke své matce, strachyplně vyhýbavou citovou vazbu (Viz Tabulka č. 9). Prevalence citové vazby u námi sledované cílové skupiny v institucionální výchovné péči rovněž poukazuje na nízké zastoupení jisté citové vazby a spíše se jedná o rizikové typy citové vazby k vybraným emocionálním cílům – názorně je to vidět na rozložení typů citové vazby v Grafu č. 1 a Grafu č. 2. Uvedené poznatky jasně prokazují vysokou vulnerabilitu sledovaných dívek, a to zvláště s ohledem na jejich budoucí životní perspektivu.

7.1.2 Analýza souvislostí typu citové vazby s rizikovými fenomény duševního zdraví

Souhrnně výsledky našeho rozsáhlého testování ukazují prokazatelné významné souvislosti určitého typu citové vazby s vybranými sledovanými aspekty duševního zdraví, které jsme dále identifikovali jako rizikové indikátory. Nastíníme zprvu zásadní body. U sledované skupiny dívek se markantně projevila vysoká míra vyhýbavosti a strachyplně-vyhýbavá citová vazba k oběma rodičům s prokazatelnou souvislostí s ranými traumatickými událostmi. Míra úzkostnosti byla rovněž vysoká k oběma rodičům, ale byla významně vyšší k partnerovi. Dále se ukazuje velmi nízké rozložení jistého typu citové vazby k oběma

rodičům. Tyto dívky mají také výrazně nižší spokojnost se životem a vykazují nižší sebehodnocení. Jasně se potvrzuje též vysoké procento zážitků traumatu z dětství a disociativních zážitků. Avšak alarmující je markantní výskyt pokusů o sebevraždu u těchto dívek. Jednoznačně výsledky prokazují, že sledované dívky mají výrazně vysokou prevalenci užívání návykových látek oproti porovnání s běžnou školní populací ze studie ESPAD. Celkově se z našeho výzkumu potvrdila výrazná vulnerabilita adolescentních dívek v institucionální výchovné péči.

Podívejme se na jednotlivé sledované domény citové vazby:

U námi sledovaných dívek doména vyhýbavosti je nejvyšší v případě „otec“ a naopak nejnižší míra vyhýbavosti je ve vztahu k „partnerovi“. Jednoznačně se potvrdila Párový t-test statistickou významnost rozdílů ve vyhýbavosti mezi citovými cíli „otec“ a „partner“. Podobně se potvrdila statistická významnost rozdílů v míře vyhýbavosti i v případě „matka“ versus „partner“. Celková míra vyhýbavosti je v průměru vyšší ve vztahu k oběma rodičům, než je tomu v případě vztahů ke kamarádovi/kamarádce a partnerovi. Rozdíl je patrný v doméně úzkostnosti. Nejvyšší míra úzkostnosti se vyskytuje ve vztahu k partnerovi, ale k ostatním citovým cílům se vyskytuje přibližně na stejné úrovni.

Doména úzkostnosti citové vazby spíše souvisí s nižší sebehodnotou, strachem ze separace, vysoké potřeby mít společnost, vysokou potřebou intimity. Vysoká potřebu mít přátele a potřeba pozornosti (dospělého) může vést k vynucování si blízkosti a k (nevědomě) manipulativnímu jednání. Doména úzkostnosti úzce související s obavou ze ztráty blízkosti a zájmu druhého se může pojit s bázlivostí, nedůvěrou a strachem s odmítnutím.

Doména vyhýbavosti naznačuje nedůvěru, hněv, naštvanost, vyhýbání se blízkosti, problémy se sebehodnocením. Kořeny vyhýbavosti vyvstávají pravděpodobně z odmítání v dětství a nezažití vřelosti a láskyplného přijímání. Jedinci s tendencemi k vyhýbavosti jsou spíše naštvaní, izolují se od vrstevníků, projevují se pasivně či aktivně agresivně.

Vyhýbavý citový vzorec obvykle vzniká z odmítání rodiči (Main, 1990). Tendence ke kompulzivité s potřebou blízkosti vyhýbání se vztahové podpoře vede k tomu, že jedinci

raději používají vzorec uzavřenosti a tendencím řešit si věci sám a nedůvěřovat ostatním (Mikulincer et al. 2007). Hlavní tendence strategií je se vyhnout frustraci z odmítnutí, nespokojenosti ve vztahu s nedostupnou cílovou citovou figurou.

Naše poznatky z této studie celkově prokazují, že míra vyhýbavosti je v průměru vyšší ve vztahu k matce i otci, než je tomu v případě vztahů k partnerovi nebo kamarádovi/kamarádce. Ve všech analýzách ovšem vychází poněkud lépe význam vztahu k matce, než k otci. Vztah k otci více souvisí se strachyplným typem citové vazby a ranými traumatickými zážitky, což ale nemusí poukazovat na příčinnou kauzalitu.

Kombinace vysoké úzkostnosti a vyhýbavosti je nazývána ‚vystrašený vzorec citové vazby‘ (‚fearful attachment patern‘). Tato kombinace se váže na rizika v duševním zdraví, jakými jsou užívání návykových látek, sebevražedné chování, deprese, poruchy příjmu potravy, psychosomatické komplikace, trauma a zneužívání v průběhu života (Bifulco et al. 2002; Al-Modallal et al. 2008, Spertus et al. 2003). Také je třeba uvědomit si, že zmíněný vystrašený vzorec citové vazby pravděpodobně souvisí s traumaty zažitými v dětství v důsledku kombinace nejistých nebo ohrožujících vztahů. Zde je možné diskutovat, nakolik například může být vysoce rizikové chování chápáno jako snaha zvládnout a překonat emocionální bolest.

Přirozená tendence v adolescentním období k separaci od rodiny naznačuje potřebu vztahů s vrstevníky, kamarády nebo s partnery a vyšší míru důvěry a potřebu jistoty a dosycování kvalit vnímání jistoty. Předpokládáme, že význam nižší vyhýbavosti i úzkostnosti ve vztazích s partnery a kamarády v období adolescence posiluje individuaci, přechod do dospělosti a postupnou separaci od rodiny. Tyto tendence mohou zlepšovat flexibilitu v interpersonálních vztazích, schopnosti poskytování a přijímání podpory, posilovat důvěru v sebe sama i v druhé, zmírňovat strach ze selhání nebo z odmítnutí. Navazování neformálních vztahů s přáteli, partnery nebo ve skupině i formálních vztahů s odbornými pracovníky v institucionální výchovné péči může posilovat důvěru, spokojenost a dobrou resilientní adaptabilitou.

Naše poznatky z oblasti *životní spokojenosti a sebehodnocení* u sledovaných dívek ve srovnání s referenční skupinou výrazně vykazovaly nízkou spokojenost se svým životem

i sebehodnocení u sledovaných dívek. Lze vidět, že téměř polovina sledovaných dívek bylo se svým životem buďto „nespokojených“ a třetina „velmi nespokojených“, také uváděly významně horší úroveň sebehodnocení, než tomu bylo u referenční skupiny vybrané ze školní populace. V souvislosti s „jistou citovou vazbou“ ke své matce se sledované dívky cítily významně více spokojeny se svým životem, než tomu bylo u dívek se „strachyplně-vyhýbavou“ citovou vazbou. V případě citové vazby k otci se však neprokázal statistický významný vztah. V našem výzkumu se prolíná v jednotlivých analýzách fenomén důležitosti matky pro život vulnerabilních adolescentních dívek. Tedy jako prvotní významné vztahové figury, jež zásadně přispívá k vzniku vnitřní representace citové vazby svého dítěte. V tomto místě je třeba připomenout, že jistou citovou vazbu k oběma rodičům současně mělo pouze necelých 6 % sledovaných dívek. Z poznatků můžeme odvodit zásadní vliv rodinných vztahů, zejména citového vztahu mezi dcerou a matkou a význam jisté citové vazby na míru spokojenosti a sebehodnocení adolescentních dívek.

Nízká životní spokojenost a nízké sebehodnocení hrají roli ve spojení s odmítáním nebo zneužíváním v dětství. Naše výsledky prokazují nízkou životní spokojenost u sledované skupiny dívek. V závislosti na výrazném úzkostném citovém vzorci se jedinec nevnímá jako sebevědomý, hodnotný, milovatelný, hůře může být spokojen ve svém životě.

Zkušenosti s užíváním návykových látek ve skupině sledovaných dívek oproti referenční skupině jsou vsutku markantní rozdíly. Více než dvě třetiny dívek ze sledované skupiny užilo tabák v posledním měsíci, což představuje více než dvojnásobek oproti referenční skupině. V případě alkoholu jsou výsledky naší analýzy zcela opačné. Konzumaci alkoholu v posledním měsíci uvedla jenom necelá třetina sledovaných dívek v porovnání s referenční skupinou. Tento fakt si vysvětlujeme nedostupností alkoholu v období pobytu v institucionální výchovné péči nebo dostupností pouze na víkendových výjezdech do rodin.

V průběhu posledního roku, více než dvě pětiny dívek ze sledované skupiny užilo kanabis, pře čtyřicet procent užilo NL ze skupiny amfetaminů a téměř dvacet procent užilo těkavé látky. Úroveň užívání kanabisu je u sledovaných dívek více než dvojnásobná, u těkavých látek sedminásobná a v případě amfetaminů až 18násobná v porovnání s běžnou školní

populací. Statistické jsou tyto komparativní poznatky ohledně prevalence užívání návykových látek v posledním měsíci nebo roku vysoce signifikantní.

Naše poznatky naznačují značný výskyt řady *traumatických událostí* v raném dětství u sledovaných dívek. Naše poznatky prokazují vysokou míru obecného traumatu i disociativních zážitků, které ale nedosahovaly patologické míry závažnosti. U sledovaných dívek s ‚jistým‘ typem citové vazby k oběma rodičům byl výskyt traumat výrazně nižší, než u dívek s ‚úzkostně-vyhýbavým‘ typem citové vazby. V případě obecného traumatu byly rozdíly statisticky signifikantní podobně u emocionálního zneužívání. Vztah mezi fyzickým trestáním a citovou vazbou k rodičům se statisticky významně nepotvrdil: Podobně, vztah mezi sexuálním zneužíváním a citovou vazbou k rodičům nebyl statisticky významný.

Výskyt *sebevražedného chování* v rámci celoživotní prevalence sebevražedných pokusů u sledovaných dívek je alarmující a představovala téměř 41 %. V rámci referenční skupiny, tedy v porovnání s běžnou školní populací ve studii ESPAD, však tomu bylo ‚jen‘ u necelých 8 %. Výskyt jednoho pokusu o sebevraždu v dosavadním životě byl tedy u sledovaných dívek více než pětinasobný oproti referenční skupině. Tato skutečnost poukazuje na vysokou vulnerabilitu i významné souvislosti se sledovanými fenomény, například nízkou spokojeností se životem, nízkým sebehodnocením a zážitky raných traumat u sledovaných dívek, což představuje značná rizika v budoucí perspektivě života.

Tato vulnerabilita v oblasti duševního zdraví a stylu citové vazby otvírá tendence k vyšší psychopatologii u žen, jak tomu podobně referují další studie (Milani et al. 2004, Cutrín et al. 2017). Tyto zjištění směřují k podpoře individuálních specifických potřeb těchto dívek a zaměření na včasné intervence a léčbu.

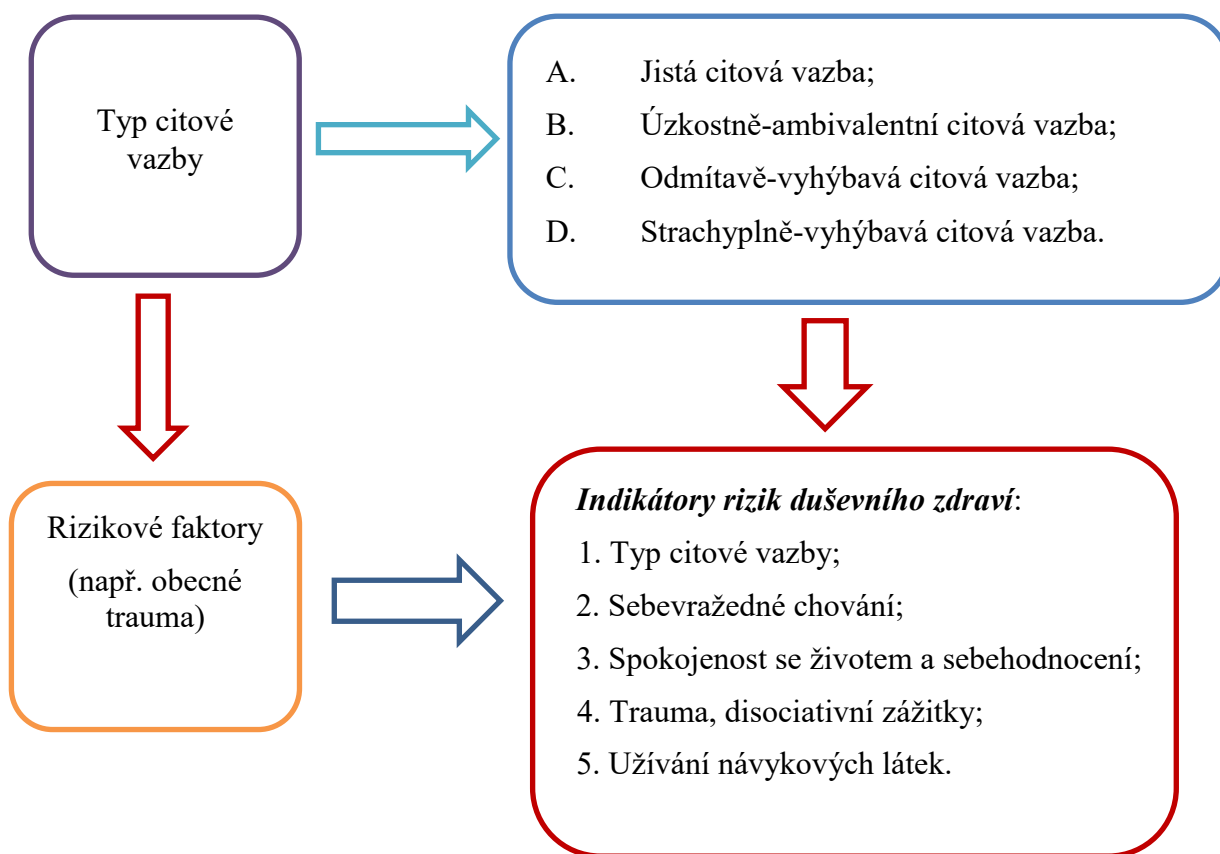
Rizika interpretace výzkumu

Výsledky analýz a) trauma vs. citová vazba; b.) disociativní zážitky vs. citová vazba je nutno porozumět ve smyslu: Typ citové vazby k oběma svým rodičům koreluje se skóre disociativních zážitků, u rizikovějšího typu citové vazby, tedy strachyplně-vyhýbavý typ, se vyskytuje vyšší hodnota zážitků disociativních skór, což znamená častější disociativní

zážitky, tedy zážitky spojené s traumaty v průběhu dosavadního života u sledovaných dívek. Vysoké skóre trauma/disociativní zážitky spíše směřuje ke strachyplně-vyhybavé citové vazbě k rodičům, případně „je to jenom korelace“, ale nejedná se o kauzalitu. To znamená, že by „jistá citová vazba“ k rodičům nesnižuje skóre trauma/disociativní zážitky. Pokud bychom se zaměřili na dlouhodobou terapii zaměřenou na citovou vazbu, včasnou práci s rodinou, tak můžeme očekávat změnu nebo posun směrem k jistému typu citové vazby, ovšem tento předpoklad je s nejistým výsledkem, a tento proces by vyžadoval další zkoumání. V názorných grafech statistických výstupů č. 8 a č. 9 může u čtenáře toto vyvolávat tento zkreslený dojem, jelikož trauma/disociativní zážitky jsou zde zobrazeny jako „závisle proměnné“ a typ citové vazby jako „vysvětlující faktor“.

7.1.3 Vytvoření schématického modelu indikátorů duševního zdraví u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči

Schéma 3 - Schématický model indikátorů rizik duševního zdraví u vulnerabilních dívek



Poznatky získané tímto výzkumem jednoznačně prokazují vysokou vulnerabilitu sledovaných dívek v jednotlivých indikátorech rizik duševního zdraví. Proto docházíme k přesvědčení, že tyto uvedené indikátory by měly být soustavně sledovány a analyzovány z dlouhodobé perspektivy vývoje adolescentních dívek (a samozřejmě též chlapců).

Do schématického modelu jsme zvolili takové indikátory, které dříve nebyly sledovány v institucionální výchovné péči. Do současné doby jsme neměli k dispozici žádná data

týkající se vybraných indikátorů a jejich souvislostí. K sestavení těchto indikátorů jsme dospěli na základě rozsáhlých analýz a výsledků našeho výzkumu.

Schématický model indikátorů rizik naznačuje, že typ určité citové vazby může být rizikovým faktorem – například rané trauma může vést k rozvoji „rizikové citové vazby“ (např. strachyplně – vyhýbavé). Traumatické zážitky mohou být rizikovým faktorem v souvislosti se životní spokojeností a mírou sebehodnocení nebo mohou souviset s prevalencí užívání návykových látek.

Na základě našich poznatků by se tyto indikátory rizik měly dále hlouběji propracovat. K jejich stanovení je třeba využívat spektrum výzkumných nástrojů, podobně jako jsme využili v naší studii. Pokud je adolescentní dívka indikována ke komplexní odborné pomoci, měly by být předem stanoveny indikátory rizik. Komplexní vyhodnocení analýzy indikátorů rizik u každého jednotlivého případu může sloužit k zjištění speciálních potřeb. Následně lze nastavit co možná nejefektivnější komprehensivní rozvojový přístup, a to ve spolupráci s rodinou nebo s dalšími službami a odborníky.

Indikátory rizik duševního zdraví mohou pomoci s vytvořením programu indikované prevence, včasné intervence nebo psychoterapie rozvíjející resilienci a kvalitu života. Indikátory rizik mohou být vhodné ke sběru dat pro epidemiologické účely i mezioborové výzkumy.

7.2 Limitace výzkumu

Limitace výzkumu se týkala tří oblastí – zpracování dat, časové náročnosti a chybějících dat z nevyplněných otázek. Zprvu jsme se zpracovali rozsáhlou administrací s přípravou projektu a procedurou informovaného souhlasu a dalšími etickými požadavky. Časová náročnost se týkala zpracováním a analyzováním velkým množstvím výzkumných dat z několika výzkumných nástrojů. Předpokládali jsme určitou nepřesnost ve vyplňování dotazníků nebo jsme shledali chybějící data, jež mohou být poznamenána terminologickou nejasností, citlivou tematikou některých otázek, například týkajících se rodičů, v případě, že rodiče neexistují nebo je jejich vztah poznamenán traumatickými zkušenostmi z dětství. Časová náročnost se také týkala statistického zpracování a rozsáhlost analýz dat a procesem vyhodnocování poznatků.

Velikost výzkumného souboru je pro naše účely dostačující. Přestože nebyly zodpovězeny úplně všechny otázky u některých dotazníků, zvláště chyběla data u několika u senzitivních otázek týkající se rodiny, tato skutečnost ovšem neměla zásadní vliv na celkové výsledky studie.

V dalších studiích by bylo zajímavé se zaměřit na genderové porovnání dívek a chlapců. Neboť naše studie byla zaměřená na adolescentní dívky, protože studie zohledňovala zaměření právě na dívky. Studie zaměřená na cílovou skupinu dívek byla první tohoto druhu, ale také se jednalo o ekonomické limitace projektu, z kterého tato studie částečně čerpala data.

Z důvodu etických požadavků byla studia anonymní, což ovšem znamená, že nelze na tuto studii navázat výzkumem téže skupiny respondentů, vzhledem k ojedinělosti této studie není možné v současnosti výsledky této studie srovnat s výsledky srovnatelných výzkumů.

7.3 Doporučení vyplývající z výzkumné studie

Tato studie by mohla být dále rozpracována a rozšířena k dalšímu obohacení výzkumných informací o sledované podobné cílové skupině a mohla by přispět k implikací poznatků do odborné praxe.

Studie a poznatky mohou být základem pro systematické vzdělávání pedagogů v oblasti duševního zdraví. V současnosti v našem prostředí, stejně jako v zahraničí není dostatečná nabídka adekvátních tréninků pro pedagogické pracovníky v oblasti duševního zdraví, např. v Anglie nemá až polovina všech pedagogů adekvátní vzdělání v oblasti duševního zdraví a rozvoji adekvátních metod (Weale, 2017).

Naše výsledky z analýz poukazují na související rizika v oblasti duševního zdraví v následné životní perspektivě sledovaných adolescentních dívek. Naše zjištění naznačují zaměření na sledování rizikových indikátorů, jež mohou být významně preventivně řešena, a lze tedy předcházet rozvoji dalších komplikací v oblastech kvality života.

Naše poznatky mohou také přispět k rozšíření preventivních indikovaných intervencí, terapií zaměřené na citovou vazbu a trauma, rozvoj rodičovských kompetencí nebo implementace programů zaměřených na resilienci.

Poznatky by měly přispět ke změně systémových opatření ve vztahu k posunu paradigmatu směrem od pedagogického a psychopatologického či sociálního determinismu směrem k víceborovému komprehensivnímu přístupu k vulnerabilním dívkám. Poznatky by tedy měly vést v neposlední řadě ke změně systému péče o tyto dívky.

V posledních letech probíhá proces transformace institucionální výchovné péče, kdy je kladen důraz na zvyšování kvality péče v kontextu Standardů kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče (Pacnerová et al. 2015). V rámci zvyšování kvality péče je třeba co nejpřesněji analyzovat problematiku duševního zdraví u adolescentních dívek, rozpoznat rizikové faktory a zmapovat rizikové indikátory duševního zdraví.

Na základě poznatků, podpořit rozvoj potřeb, resilience a kvality života adolescentních dívek, Odborná praxe se o tuto oblast postupně začíná více zajímat, ale chybí systémové formální propojení ve speciálních školských institucích s problematikou řešící duševní zdraví.

Oblast duševního zdraví je stále více aktuální v zahraničním školství, vzhledem k větší viditelnosti a destigmatizaci duševního zdraví. K destigmatizačním tendencím přispívá i fakt, že se zvyšuje počet dětí a adolescentů s duševními problémy, vzhledem k lepší diagnostice a otevřenosti komunikace. Rovněž k tomuto propojování oblastí školství a duševního zdraví přispívá i potřeba na zvyšování bezpečnosti ve školských institucích a školách.

Taktéž se domníváme, že by bylo vhodné vytvořit „index vulnerability dívek a chlapců žijících v institucionální výchovné péči“. Tento index vulnerability by se mohl opřít o námi navrhované indikátory rizik duševního zdraví. Tato oblast by si zasloužila ovšem další výzkumné data a mezioborovou spolupráci.

ZÁVĚR

Teoretické cíle práce jsme splnili tím, že jsme zmapovali poznatky ze zahraničních i českých výzkumných zdrojů a sledovali jsme určité fenomény duševního zdraví s typem citové vazby u adolescentních dívek v institucionální výchovné péči.

Na počátku našeho výzkumu jsme předpokládali, že typ citové vazby k oběma vlastním rodičům, tedy k matce i k otci, souvisí s aspekty duševního zdraví. Domnívali jsme se tedy, že typ citové vazby má souvislost s traumatickými zážitky, sebehodnotou, životní spokojeností i sebevražedným chováním a užíváním návykových látek. Proto jsme si v naší výzkumné studii všímali u sledované skupiny určených aspektů duševního zdraví v souvislosti s typy citové vazby k emocionálním cílům, a to zejména k rodičům.

Zjistili jsme, že u sledovaných dívek převládá typ strachyplně-vyhýbavé citové vazby k rodičům a obecně vyšší vyhýbavost k rodičům. U ‚rizikových‘ typů citové vazby (zejména u typu strachyplně-vyhýbavého) jsme zaznamenali signifikantní souvislosti s traumatickými událostmi v dětství, disociativními zážitky, vysokou prevalencí užívání návykových látek, vysokou prevalencí sebevražedného chování a nízkou životní spokojeností a nízkým sebehodnocením na rozdíl s výsledky celopopulační školní studie ESPAD. Taktéž my jsme zjistili, a to v souladu s řadou výzkumných studií, že se typ citové vazby promítá do interpersonálního i intrapersonálního života a má značný vliv na oblasti kvality života.

Předpoklady, jež jsme formulovali na počátku naší výzkumné studie, se nám potvrdily, a záměr této studie byl splněn. Jako klíčové se v našem výzkumu ukázalo, že sledované dívky jsou vysoce vulnerabilní z hlediska jejich další životní perspektivy. Na základě našich poznatků lze této vysoce vulnerabilní skupině adolescentních dívek profesionálně pomoci podporou nasycování jejich individuálních specifických potřeb a zvyšováním jejich resiliентní adaptace vhodnými pedagogickými a terapeutickými intervencemi. Rozhodující může být nastavení adekvátního rámce indikované prevence, a to se zřetelem spíše na regulaci emocí než na korekci poruch chování.

Přednost by měly dostávat přístupy orientující se více na příčiny než na důsledky. Z našeho výzkumu vyplývá, že sledované dívky zažívaly trauma v dětství a že pouze minimum z nich má jistý citový vztah k oběma rodičům. Ukazuje se tedy, že vlivem vývojového traumatu mohlo dojít k rozpojení kognitivní, emocionální a somatické úrovně, což může způsobovat to, že tyto dívky nemají dostatek vitálních zdrojů k regulaci svého chování. Z toho též vyplývá, že u těchto dívek je třeba odbornými intervencemi posilovat především osobní vnitřní zdroje tak, aby se posílila jejich schopnost poznávat, bezpečně zpracovávat vlastní emoce, zažívat životní spokojenost a zvyšovat vlastní sebehodnotu.

Zejména posilováním jisté citové vazby a rodičovských dovedností u těchto dívek můžeme rozvíjet kapacitu jistoty, důvěry, snížit úzkostnost a vyhýbavost, a tak rozvíjet tendence k podpoře jisté citové vazby v kontextu stávajícího výchovně vzdělávacího systému se specifickými vzdělávacími podporami a psychoterapií.

Zjištěné poznatky z našich analýz nás vedly k navržení schématického modelu indikátorů rizik duševního zdraví. Domníváme se, že těchto pět indikátorů, k nimž patří typ citové vazby, trauma a disociativní zážitky, sebevražedné chování, užívání návykových látek a sebehodnocení a životní spokojenost, by mělo být soustavně sledováno a systematicky vyhodnocováno.

Za přínosy této disertační práce považujeme

- a) teoretickou analýzu zohledňující souvislosti citové vazby, raného traumatu a konsekvencí rizik v oblasti duševního zdraví – v českém prostředí na toto téma nebyla dosud publikována žádná srovnatelná studie;
- b) získaný značný počet dat o studované skupině (Tato data je možné v budoucnu využít při realizaci dalších studií.);
- c) využití baterie testů, jež by mohly být v budoucnosti používány k hlubšímu screeningu, rozpoznání míry rizik duševního zdraví a zjištění obecných i specifických potřeb cílové skupiny;
- d) naznačení možnosti zlepšení kvality péče ve smyslu komprehensivního přístupu;

- e) zdůraznění potřebnosti multidisciplinárního přístupu s využitím speciálně-pedagogických, adiktologických, zdravotních a psychoterapeutických intervencí;
- f) zjištění, že nestačí využívat pouze pedagogické výchovné prostředky, ale že je též třeba uplatňovat psychoterapeutické metody zaměřené na problematiku rozvoje jisté citové vazby a na práci s traumatem (Odborné intervence zaměřené na typy citové vazby a na trauma umožňují pracovat se samotnými příčinami, nikoli jen s důsledky manifestující se v rizikovém chování.);
- g) rozpoznání potřeby více pracovat s rodinou s ohledem na jisté a bezpečné vztahy v rodině;
- h) rozpoznání vysoké vulnerability sledovaných dívek;
- i) zjištění, že je třeba u dívek, a především adolescentních matek posilovat komprehensivním přístupem resilientní adaptaci, rodičovské dovednosti a jistou citovou vazbu;
- j) zaznamenání vhodnosti dlouhodobě sledovat indikátory duševního zdraví ve školním prostředí, a to jak v hlavním vzdělávacím proudu, tak i v oblasti speciálního školství;
- k) vzhledem k vulnerabilitě sledovaných dívek se ukazuje jako nezbytné rozvíjet kompetence pedagogických pracovníků v oblasti duševního zdraví.

Teoretické a empirické cíle, jež byly formulovány na počátku práce, se nám podařilo naplnit. Doufáme, že námi realizovaný výzkum bude podnětem pro další výzkumné studie zabývající se souvislostí citové vazby a duševního zdraví, a věříme, že naše poznatky a výzkumná zjištění přispějí ke zkvalitnění odborné praxe.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Abraham, Z., Sher, L., (2017) Adolescent suicide as a global public health issue, *International Journal of Adolescent Medicine and Health*.
- Allen, J., G., (2001) *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*, Chichester, UK, Wiley, s, 460.
- Allen, J., P., Land, D., (1999) Attachment in adolescence, J, Cassidy & P, R, Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research*, New York: Guilford, Child Dev, 2003 Jan-Feb;74(1):292-307.
- Allen, J., P., McElhaney, K., B., Land, D., J., Kuperminc, G., P., Moore, C., W., O'Beirne-Kelly, H., Kilmer, S., L., (2003), A Secure Base in Adolescence: Markers of Attachment Security in the Mother–Adolescent Relationship, *Child Development*, 74(1), 292–307.
- Al-Modallal, H., Peden, A., Anderson, D., (2008) Impact of Physical Abuse on Adulthood Depressive Symptoms Among Women, *Issues in Mental Health Nursing* Vol, 29, Iss, 3.
- American Psychiatric Association, (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, (5th ed,) Washington, D., C.,: American Psychiatric Association, ISBN 0890425558.
- American Psychological Association, Trauma © (2017) Retrieved 20 Oct, 2017, [Http://www.apa.org/topics/trauma/index.aspx](http://www.apa.org/topics/trauma/index.aspx).
- ATTACH (2011) *Hope for Healing, A Parent's Guide to Trauma and Attachment*, Minneapolis, Minnesota: Association for Treatment and Training in the Attachment of Children (ATTACH).

- Atwool, N., (2006) Attachment and Resilience: Implications for Children in Care, Routledge, Child Care in Practice Vol,12, No, 4, pp,315-330.
- Barley, Z., Aphrop, H., Goodwin, B., (2007) Creating a culture of high expectations, Changing Schools, 55, 5.
- Barlow J., Bennett C., Midgley N., Larkin S., K., Wei Y., (2015) Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health, Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1.
- Barnardová, M., (2011) Drogová závislost a rodina, Vyd, 1, Překlad Jiří Bareš, Praha: Stanislav Juhaňák, - Triton, 202 s, ISBN 978-807-3873-868.
- Bartolomew, K., & Horowitz, L., M., (1991) Attachment styl among young adults, A test of a four-catgory model, Journal of Personality and Social Psychology, 1991 Aug; 61(2):226-44.
- Benard, B., (1993), Resiliency requires changing hearts and minds, Western Center News, 6(2), 9-12.
- Bifulco, A., Jacobs, C., & Ilan-Clarke, Y., Spence, R., Oskis, A., (2016) Adolescent Attachment Style in Residential Care: The Attachment Style Interview and Vulnerable Attachment Style Questionnaire, British Journal of Social Work.117, (10).
- Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P, M., Bunn, A., & Beer, N., (2006) Adult attachment style as mediator between child-hood neglect/abuse and adult depression and anxiety, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41(10).
- Bifulco, A., Moran, P., M., Baines, R., Bunn, A., Stanford, K., (2002) Exploring psychological abuse in childhood: II, Association with other abuse and adult clinical depression, Bull Menninger Clin, Summer;66(3):241-58.

- Blatný, M. (1994) Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. Československá psychologie, Praha: AV ČR, 1994, roč. 38, č. 6, s. 48 - 488. ISSN0009-062X.
- Blos, P. (1967) The second individuation process of adolescence, Psychoanal Study Child, 22:162-86, NY.
- Borman, G., D., Rachuba, L., T., (2001) Academic success among poor and minority students: An analysis of competing models of school effects, CRESPAR (Center for Research on the Education of Students Placed At Risk), Report No, 52, Johns Hopkins and Howard Universities, funded by Office of Educational Research and Development.
- Bowlby, J., (1951) Preface, Bulletin of the World Health Organization, 3(3), 357–358.
- Bowlby, J., (2010) Vazba – Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem, Praha: Portál, 1st ed, From original: Attachment and loss-Attachment, London, the Tavistock institute of Human Relations, 1969.
- Brent, D., Greenhill, L., Compton, S., Emslie, G., Wells, K., Walkup, J., Turner, J., B., (2009), The Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study: Predictors of Suicidal Events in an Open Treatment Trial, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48(10), 987–996.
- Bridge, J., A., Goldstein, T, R, and Brent, D, A., (2006), Adolescent suicide and suicidal behavior, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47: 372–394.
- Brisch, K., H. (2011) Poruchy vztahové vazby: Od teorie k terapii Praha. Portál. (Originál publikován 2009).
- Brown, R., C., Plener, P., L., (2017) Non-suicidal Self-Injury in Adolescence, Current Psychiatry Reports, 2017, 19, 3.

- Bubleová, V., Kovařík, J., Matějček, Z., (1997) Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, .69 s. ISBN 80-85121-89-1.
- Coburn, J., & Nelson, S., (1989) Teachers do make a difference: What Indian graduates say about their school experience, Portland: Northwest Regional Educational Laboratory.
- Cohen, J., N., Lojkasek, M., Muir, E., (2006) Watch, Wait, and Wonder: An Infant-Led Approach to Infant-Parent Psychotherapy, Newsletter of the World for Infant Mental Health, 14 (2).
- Connor, K., M., and Davidson, J., R., T., (2003) Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), *Depress, Anxiety*, 18: 76–82.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & Van Der Kolk, B., (Eds,) (2003) Complex trauma in children and adolescents, National Child Traumatic Stress Network.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B., & Marvin, R., (2005) The Circle of Security intervention: Differential diagnosis and differential treatment, In L, J, Berlin, Y, Ziv, L, M, Amaya-Jackson, & M, T, Greenberg (Eds,). *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy*, (pp, 127-151), New York, NY: Guilford Press.
- Courtois, Ch., A., (2004) Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Copyright 2004 by the Educational Publishing Foundation Vol, 41, No, 4, 412–425.
- Craparo, G., Schimmenti, A., & Caretti, V., (2013) Traumatic experiences in childhood and psychopathy: a study on a sample of violent offenders from Italy, *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 10.
- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., Sovinová, H. (2003) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) - Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003 ISBN 80-86734-94-3.

- Cutrín, O., Gómez-Fraguela, J., A., Sobral, J. (2017) Gender Differences in Youth Substance Use: The Effects of Parenting Through a Deviant Peer Group. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* Vol. 26, Iss. 6.
- Department of Education (2016) Mental health and behaviour in schools Departmental advice for school staff, © Crown copyright 2015, Open Government Licence v3,0, DFE-00435-2014, Staženo 21. 4. 2017 z https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/508847/Mental_Health_and_Behaviour_-_advice_for_Schools_160316.pdf.
- Diamond, L., M., & Hicks, A., M. (2004) Psychological Perspectives on Attachment, Implications for Health over the Lifespan, in Rholes, W., S., Simpson, J., A., (2004) Adult Attachment, Theory, Research, and Clinical Implications, NY, London: The Guilford Press.
- Diseth, T., H., (2005) Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors, *Nordic Journal of Psychiatry* Vol, 59, Iss, 2.
- Dolezalova, P., (2014) Uživatelky drog ohrožené stigmatizací, Zaostřeno na drogy 1/2014, Vol 12, Národní monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky, ISSN 1214 - 108.
- Doležalová, P., (2003) Sociálně léčebné aspekty kvality života klientů terapeutických komunit. Rigorózní práce. Masarykova universita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky, Brno.
- Doležalová, P. (2009) Role rodičů, pečovatелů, při práci s traumatizovaným dítětem, Sborník z konference: Křižovatky I 2009, Maclix, Bratislava, 2010.
- Doležalová, P., (2016) Perspektiva teorie citové vazby v léčbě závislostí dospělých klientů, *Adiktologie*, 16(3), 236–244.

- Doležalová, P., Orlíková, B., Kažmer, L., Drbohlavová, B., Csémy, L., (2017) Trauma v dětství a adolescenci, NUDZ, ©Klecany, ISBN 978-80-87142-32-5.
- Dorrepal, E., Thomaes, K., Hoogendoorn, A. W., Veltman, D. J., Draijer, N., & Van Balkom, A. J. L. M., (2014) Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review, *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 10,3402.
- Dozier, M., Mc Clough-Stovall, K., Ch., Albus, K., E. (2008) Attachment and Psychopathology in Adulthood, chapter 30 in Cassidy, J., Shaver, P., R. (2008) *Handbook of Attachment*, sec, edition, New York: Guilford Press.
- Dvorsky, M., R., Langberg, J., M., (2016) A Review of Factors that Promote Resilience in Youth with ADHD and ADHD Symptoms, *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2016 Dec;19(4):368-391.
- Eisenberg, N., Valiente, C., Spinrad, T. L., Cumberland, A., Liew, J., Reiser, M., Losoya, S., H., (2009) Longitudinal Relations of Children's Effortful Control, Impulsivity, and Negative Emotionality to Their Externalizing, Internalizing, and Co-Occurring Behavior Problems, *Developmental Psychology*, 45(4), 988–1008.
- Erikson, E., H., (1968) *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- ESPAD Report 2015, ESPAD Group (2016): Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, 2016© European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2016.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009) Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention, Thematic papers, Office for Official Publications of the

European Communities, Luxembourg (available at:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>),

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Úřad vlády České republiky, Praha.

Fedder Donbaek, D., Elklit, A. (2014) A validation of the Experiences in Close Relationships-Relationship Structures scale (ECR-RS) in adolescents, *Attachment & Human Development* Vol, 16, Iss, 1.

Fergusson, D., M., Woodward L. J., (2002) Mental Health, Educational, and Social Role Outcomes of Adolescents With Depression, *Arch Gen Psychiatry*;59(3):225–231.

Field, C., A.; Cochran, G.; Caetano, R., ; Foreman, M., ; Brown, C., V., R. (2014) Post discharge nonmedical use of prescription opioids in at-risk drinkers admitted to urban Level I trauma centers, *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*: March 2014 - Volume 76 - Issue 3 - p 833–839

Flores, P., J., (2004) *Addiction as an attachment disorder, USA* by Jason Aronson, The Rowman & Littlefield Publishing Group, Inc.

Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R., (2007) Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households, *British Journal of Psychiatry*, pp,319-325.

Foster, K., T., Hicks, B., M., Iacono, W., G., & McGue, M., (2014) Alcohol use disorder in women: Risks and consequences of an adolescent onset and persistent course, *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 28(2), 322–335.

Fraley, R., C., Heffernan, M., E., Vicary, A., M., & Brumbaugh, C., C. (2011) The experiences in close relationships-Relationship Structures Questionnaire: A method for

assessing attachment orientations across relationships, *Psychological Assessment*, 23(3), 615-625.

Freud, S., (1998) *Mimo princip slasti a jiné práce z let 1920-1924*, 13, Kniha, Psychoanalytické nakladatelství, Praha.

Gillies D., Maiocchi L., Bhandari A., Taylor F., Gray, C., O'brien, L. (2016) Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma, *Cochrane Database of Systematic Reviews* , Issue 10.,

Golder, S., Gillmore, M., R., , Spieker, S., & Morrison, D. (2005) Substance Use, Related Problem Behaviors and Adult Attachment in a Sample of High Risk Older Adolescent Women, *Journal of Child and Family Studies*, Vol, 14, No, 2pp, 181–193.

Hašto, J., (2005), *Vztahová väzba, Ku kořenom lásky a úzkosti*, Trenčín: F, Pro mente sana s.,r.,o.

Hazan, C., Gur-Yaish, N., Campa, M. (2004) What Does It Mean to Be Attached? In Rholes, S, W., Simpson, J., A, (2004) *Adult Attachment*, 3, 55-85.

Hazan, C.; Shaver, P., R., (1984) Attachment as an organizational framework for research on close relationship, *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.

Hazan, C.; Shaver, P., R., (1987) Romantic Love conceptualized as an attachment process, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.

Henderson, N., & Milstein, M., (1996) *Resiliency in Schools*, Thousand Oaks, CA: Corwin Press Inc.

Herman, E., Hovorka, J., Praško, J., Nežádal, T., Bajaček, M., & Doubek, P., (2008), *Disociativní poruchy v praxi*, *Psychiatrie pro praxi*, 9, 277–282.

Herman, J., L., (2001) *Trauma a uzdravenie*, *Aspekt*, Bratislava, s, 342, ISBN: 8085549247.

- Howard, S., Dryden, J., Johnson, B., (1999) Childhood Resilience: Review and critique of literature, *Oxford Review of Education* Vol, 25, Iss, 3.
- Kaufman, J., Cook, A., Arny, L., Jones, B., & Pittinsky, T. (1994) Problems defining resiliency: Illustrations from the study of maltreated children. *Development and Psychopathology*, 6, 215-229.
- Kaye-Tzadok, A., & Davidson-Arad, B. (2016). Posttraumatic growth among women survivors of childhood sexual abuse: Its relation to cognitive strategies, posttraumatic symptoms, and resilience. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(5), 550-558.
- Khantzian, E. (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv. Rev. Psychiatry*, 1997 Jan–Feb;4(5), 231–44.
- Kingston, S., Raghavan, C., (2009) The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD, *J, Traum, Stress*, 22: 65–68.
- Kleinová, M., (2005) *Závist a vděčnost a další práce z let 1946-1963*, Triton, Praha, X, 99–109.
- Klosin, A., Casas, E., Hidalgo-Carcedo, C., Vavouri, T., Lehner, B., (2017) Transgenerational transmission of environmental information in *C. elegans*, *Science*, Vol, 356, Issue 6335, pp, 320-323.,
- Lacinová, L., (2015) *Teorie citové vazby v psychoterapii dospělých: Česká republika 2015*, Ed, Skorunka, D., (2015), *Citová vazba, Psychoterapie*, 9 (2), Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy university.
- Lacinová, L., Neužilová Michalčáková, R., (2014) Citová vazba a naplňování základních psychických potřeb v partnerských vztazích v období dospělosti, *Psychologie pro praxi*, 1–2/2014, XLI.

- Lachlan, A., McWilliams, Bailey, S., J., (2010) Associations Between Adult Attachment Ratings and Health Conditions: Evidence From the National Comorbidity Survey Replication, *Health Psychology* © 2010 American Psychological Association, 2010, Vol, 29, No, 4, 446–453.
- Langmeir, J., Matějček, Z. (2011) *Psychická deprivace v dětství*, 4, dopl, vyd, Praha: Karolinum, s. 399.
- LeBoeuf, A, Breton, J., J., Berthiaume, C., Balan, B., Huynh, C., Guile, J., -M., Labelle, R., (2017) Exploratory Study of the Clinical Characteristics of Adolescent Girls with a History of Physical or Sexual Abuse Consulting in a Mood Disorder Clinic, *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), 114–118.
- Lečbych, M., Pospíšilová, K., (2012) Česká verze škály, Experiences in Close Relations (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti, *E-Psychologie, ČMPS*, 6 (3), 1-11.
- Levine, A., P, (2002) *Prebúdzanie tigra, Pro Familia, Humenné*, 232 s, ISBN 80-967964-3-7.
- Levine, P., Kline, M. (2007) *Trauma Through A Childs Eyes*, North Atlantic Books Berkeley, California, s., 509, ISBN, 978-1-55643-630-7.
- Lionetti, F., Pastore, M., Barone, L. (2015) Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis *RSS Child Abuse & Neglect*, 2015-04-01, Volume 42, Pages 135-145, Copyright © 2015 Elsevier Ltd.
- Luciano, E., C., Orth, U., (2017) Transitions in romantic relationships and development of self-esteem, *Journal of Personality and Social Psychology*, 112(2), 307-328.
- Luthar, S., S., (1991) Vulnerability and Resilience: A Study of High-Risk Adolescents, *Child development*, 62(3):600-616.

- Luthar, S., S., Cicchetti, D., Becker, B., (2000) The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work, *Child Development*, 71(3), 543–562.
- Machanová, M., (2009) Fenomén sebehodnocení: Psychometrická analýza dotazníku SLCS-R Brno, 2009 [cit, 2017-11-16], Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/124096/ff_m/>, Diplomová práce, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Vedoucí práce Marek Blatný.
- Main, M., (1990) Cross-Cultural Studies of Attachment Organization: Recent Studies, Changing Methodologies, and the Concept of Conditional Strategies, *Human Development*;33:48-61.
- Main, M., Goldwyn, R., (1998) Adult attachment scoring and classification system Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Maniglio, R. (2011) The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124: 30–41.
- Martin, A., J. (2014) The role of ADHD in academic adversity: disentangling ADHD effects from other personal and contextual factors, *Sch Psychol Q*, 2014 Dec;29(4):395-408.
- Martin, J., Bureau, J., Lafontaine, M., Cloutier, P., Hsiao, C., Pallanca, D., Mainz, P., (2017) Preoccupied but not dismissing attachment states of mind are associated with nonsuicidal self-injury, *Development and Psychopathology*, 29(2), 379-388.
- Martins, S., S., Sampson, L., Cerdá, M., Galea, S., (2015) Worldwide Prevalence and Trends in Unintentional Drug Overdose: A Systematic Review of the Literature, *American Journal of Public Health*, 105(11), 2373.
- Matějček, Z., (2008) Co děti nejvíc potřebují, Portal, Praha, ISBN: 978-80-7367-504-2.
- Matějček, Z., Bubleová, V., Kovařík, J., (1997) Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace, Praha: Psychiatrické centrum Praha, s. 69.

- Mayo clinic (2017) Dissociative disorders, © 1998-2017 Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER), Staženo 16. 8. 2017
<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/dissociative-disorders/symptoms-causes/dxc-20269565?p=1>.
- Meaney, M., J., (2001) Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations, *Annu, Rev, Neurosci*, 24: 1161–92.
- Merriam-Webster (2017) Trauma Staženo 10. 8. 2017, <https://www.merriam-webster.com/dictionary/trauma> .
- Mickelson, K., D., Kessler, R., C., Shaver, P., R., (1997) Adult attachment in a nationally representative sample, *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092-1106.
- Miculincer, M., Shaver, P., R., (2007) *Attachment in adulthood*, Guilford Press, NY.
- Miculincer, M., Shaver, P., R., (2008) *Adult Attachment and Affect Regulation* in Cassidy, J., Shaver, P, R, (2008), *Handbook of Attachment*, Sec, edition, New York: Guilford Press.
- Milani, R., M., Parrott, A, C., Turner, J., J., Fox, H., C. (2004) Gender differences in self-reported anxiety, depression and somatisation among ecstasy/MDMA users, poly-drug users, alcohol/tobacco users and non-drug users. *Addictive Behaviours* 29(5): 965-971.
- Monteleone, A., M., Castellini, G., Ricca, V., Volpe, U., De Riso, F., Nigro, M., Zamponi, F., Mancini, M., Stanghellini, G., Monteleone, P., Treasure, J., Maj, M., (2017) Embodiment Mediates the Relationship between Avoidant Attachment and Eating Disorder Psychopathology.
- Mooney, C., G., (2010) *Theories of attachment: An introduction to Bowlby, Ainsworth, Gerber, Brazelton, Kennell, and Klaus*, St, Paul, MN: Redleaf Press.

- Moreno, C., García-Moya, I., Rivera, F., & Ramos, P., (2016) Characterization of Vulnerable and Resilient Spanish Adolescents in Their Developmental Contexts, *Frontiers in Psychology*, 7, 983.
- Moscicki, E. (1997) Identification of Suicide Risk Factors Using Epidemiologic Studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517.
- Myra, S., M., Ravndal, E., Torsteinsson, V., W., Øfsti, A., K., S., (2017) Pregnant Substance Abusers in Voluntary and Coercive treatment in Norway: therapists' reflections on change processes and attachment experiences, *J Clin Nurs*.
- Nissen, K., G., (2016) Correlates of self-rated attachment in patients with cancer and their caregivers: a systematic review and meta-analysis, *Psycho-Oncology*, 25: 1017–1027.
- Nourian, M., Mohammadi, S., F., Nourozi T., T., K., Rassouli, M., Biglarrian, A., (2016) Resilience and Its Contributing Factors in Adolescents in Long-Term Residential Care Facilities Affiliated to Tehran Welfare Organization, *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(4), 386–396.
- Novotný, S., J., (2009) *Obráz resilience adolescentů v prostředí ústavní péče*, Rigorózní práce, Fakulta sociálních studií Masarykovy Univerzity v Brně, Katedra psychologie, Str. 38.
- Pacnerová, H., Janský, P., Lányová, B., Bártík, P., Holomek, J., Matoušů, P., Vernerová, O., Pícek, M., Myšková, L., (2015) *Standardy kvality péče o děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné péče*, Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, Weilova 1271/6, 102 00, Praha 10, Vydání první, Praha 2015, ISBN 978-80-7481-138-8.
- Pearce, C., (2009) *A Short Introduction to Attachment and Attachment Disorder*, London: Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.

- Putnam, F., W.,(1997) *Dissociation in children and adolescents, A developmenal perspective*, New York, Guilford.
- Raby, K., Labella, M., Martin, J., Carlson, E., Roisman, G., (2017) Childhood abuse and neglect and insecure attachment states of mind in adulthood: Prospective, longitudinal evidence from a high-risk sample, *Development and Psychopathology*, 29(2), 347-363.
- Rholes, W., S., Simpson, J., A. (2004) Attachment theory: Basic concepts and contemporary questions: Theory, research, and clinical implications. In W. S. Rholes, & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 3-14). New York, NY: Guilford.
- Richman, J., M. Rosenfeld, L., B., Hardy, Ch., J. (1993) The Social Support Survey: A Validation Study of a Clinical Measure of the Social Support Process. *Sage Journal* Vol.: 3 issue: 3, page(s): 288-311.
- Roisman, G., Rogosch, F., Cicchetti, D., Groh, A., Haltigan, J., Haydon, K., Steele, R., (2017) Attachment states of mind and inferred childhood experiences in maltreated and comparison adolescents from low-income families, *Development and Psychopathology*, 29(2), 337-345.
- Rosenberg, M., (1989) *Society and the Adolescent Self-Image*, Revised edition, Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Roth, J., (2002) Personal communication, New Orleans, LA: American Group Psychotherapy Association.
- Roth, T., L., & Sweatt, J., D. , (2011) Epigenetic mechanisms and environmental shaping of the brain during sensitive periods of development, *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52(4), 398–408.
- Rothschild, B. (2000) *The Body Remembers, The psychofysiology of Trauma and Trauma Treatment*, W, W, Norton and Company, s,179, NY, ISBN-0-393-70327-4.

- Rutter, M., (2007) Resilience, competence, and coping, *Child Abus Negl* 31:205–209.
- SAMHSA (2015) Trauma-Informed Approach and Trauma-Specific Interventions. [Online] 14. 8 2015. [Citace: 10. 1 2018.] <https://www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions>.
- Scorgie, F., Baron, D., Stadler, J., Venables, E., Brahmbhatt, H., Mmari, K., Delany-Moretlwe, S., (2017) From fear to resilience: adolescents' experiences of violence in inner-city Johannesburg, South Africa, *BMC Public Health*, 17(Suppl 3), 51–64.
- Shechory, M., Somerfield, E., (2007) Attachment Style, Home-Leaving Age and Behavioral Problems Among Residential Care Children, *Child Psychiatry and Human Development*, Volume 37, Issue 4, pp 361–373: 361.
- Shibue, Y., Kasai, M., (2014) Relations between Attachment, Resilience, and Earned Security in Japanese University Students, *Psychol Rep*, 115(1):279-95.
- Shore, A., N., (2001) Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, infant mental health, *Infant Mental Health Journal*, Michigan Association for Infant mental Health, Vol, 22 (1-2), 7-66.
- Schalinski, I., Moran, J., K., Elbert, T., Reindl., V., Wienbruch, C., (2017) Oscillatory magnetic brain activity is related to dissociative symptoms and childhood adversities – A study in women with multiple trauma, *Journal of Affective Disorders* , Volume 218 , 428 – 436.
- Schechter, D., S., Moser, D., A., Aue, T., Gex-Fabry, M., Poinet, V., C., Cordero, M., I., Rusconi Serpa S., (2017) Maternal PTSD and corresponding neural activity mediate effects of child exposure to violence on child PTSD symptoms, *PLoS ONE*, 12(8).
- Schei, J., Nøvik, T., S., Thomsen, P, H., Indredavik, M., S., Jozefiak, T. , (2015) Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey, *BMC Psychiatry*, 15, 108.

- Schimmenti, A., Di Carlo, G., Passanisi, A., & Caretti, V. , (2015) Abuse in childhood and psychopathic traits in a sample of violent offenders, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(4), 340-347.
- Siegel, D., J., (1999) *The developing mind, How relationships and the brain interact to shape who we are*, New York: Guilford Press.
- Siegel, D., J., (2001) Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind, Attachment relationships, „mindsight“, and neural integration, *Infant Mental Health Journal*, 22, 67-94.
- Siegel, D., J., (2006) *Awakening the mind to the wisdom of the body*, Paper presented at The Embodied Mind, Integration of the Body, Brain, and Mind in Clinical Practice Conference, Los Angeles, CA: UCLA Extension and Lifespan Learning Institute, p. 503-531.
- Soukup, J., (2009) *Disociace v období adolescence. Validizace české verze dotazníku Adolescent Dissociative experiences Scale (A-DES) v klinickém a neklinickém souboru adolescentů*, Doktorská disertační práce, 1.LF UK, Praha.
- South Lakes Federation (2014) *Emotional Resilience Useful Resources for Schools.*, sStaženo 21., 4., 2017
<http://www.cumbria.gov.uk/eLibrary/Content/Internet/537/6381/42179103424.pdf>.
- Spertus, I., .L., Yehuda, R., Wong, C., M., Halligan, S., Seremetis, S., V. (2003) Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice.
- Sroufe, A., L. (2005) *Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood*. *Attachment & Human Development* Vol. 7 , Iss. 4.
- Sroufe, L., A., & Waters, E., (1977) Attachment as an organizational construct, *Child Development*, 48, 1184–1199.

- Stern, D., N. (1998) *The Motherhood constellation: A Unified view of parent/infant psychotherapy*, Karnak books, London, Reprinted 2003,2005,2006, © by D, N, Stern, 1995, ISBN 9781855752016.
- Suliman, S., Mkabile, S., G., Fincham, D., S., Ahmed, R., Stein, D., J., Seedat, S., (2009) Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents, *Compr Psychiatry*, 2009 Mar-Apr;50(2):121-7.
- Tomé, G., de Matos, M., G., Simões, C., Camacho, I., AlvesDiniz, J., (2012) How Can Peer Group Influence the Behavior of Adolescents: Explanatory Model, *Global Journal of Health Science*, 4(2), 26–35.
- Tondo, L., Baldessarini, R., J., (2011) Can Suicide Be Prevented? Bipolar Disorder, ADHD, Schizoaffective, Schizophrenia, Geriatric Psychiatry, Major Depressive Disorder, Addiction, Suicide, *Staženo* 10.8. 2017.
- HHS (2012) U. S. Department Of Health And Human Services (HHS) Office Of The Surgeon General And National Action Alliance For Suicide Prevention (2012) *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*, Washington, DC.
- Van Der Kolk, B. (2005) Developmental Trauma Disorder, *Psychiatric Annals*; 35, 5; 374-408.
- Van Der Kolk, B., (1989) The Compulsion to Repeat the Trauma: Re-enactment, Revictimization, and Masochism, *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 2; 389-411.
- Van Der Kolk, B., (1999) The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress, In M, J, Horowitz (Ed.), *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (pp, 301-326), New York: New York University Press.
- Van Der Kolk, B., Filsler R., (1995) Dissociation & the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview & Exploratory Study, *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 505-525.

- Vavřda, V., (2005) Otázky soudobé psychoanalýzy: tradice a současnost, Praha, Nakladatelství Lidové noviny.
- Vojtová, V., Červenka, K. (2012) Edukační potřeby dětí v riziku a s poruchami chování, 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 193 s, ISBN 978-80-210-6134-7.
- Wagner, B., M., (1997) Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior, *Psychological Bulletin*, 121(2), 246-298.
- Waters, E., Hamilton, C., E, Weinfield, N., S. (2000) The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general introduction, *Child Development*, 71(3):678-83.
- Weale, S., (2017) Primary school teachers 'not trained to deal with mental health issues' © 2017 Guardian News and Media Limited or its affiliated companies, Staženo 18.11. 2017 : <https://www.theguardian.com/society/2017/sep/21/primary-school-teachers-not-trained-to-deal-with-mental-health-issues>.
- Wedekind, D., Bandelow, B., Heitmann, S., Havemann-Reinecke, U., Engel, K., R., Huether, G. , (2013) Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients, Wedekind et al, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2013, 8:1.
- Wegman, H., L., Stetler, C. (2009) A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood, *Psychosomatic Medicine*, 71(8):805-812.
- Weidman, A., B., Ehrmann, L., & LeBow, D., H., (2012) *The Attachment Therapy Companion*, ATTACH, W, W, New York: Norton & Company, Inc.
- WHO (1951). Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3(3), 357–358.

WHO (2017) Suicide data, Staženo 18. 8. 2017.

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Winfield, L., F., (1991) Resilience, schooling, and development in African-American youth: A conceptual framework, Education and Urban Society, 24, 5-14.

Winkler, P. (2017) Sebevraždu spáchá 2190 lidí denně, v Česku je sebevražednost nad průměrem pracoviště, NUDZ VP2 Sociální psychiatrie, 0(0), pp, -, Retrieved 20 Dec, 2017. Dotupné na <http://www.nudz.cz/files/pdf/tz-sebevraz-du-spa-cha-2190-lidi-denne.pdf> .

Yehuda, R., Daskalakis, N., P., Lehrner, A., Desarnaud, F., Bader, H., N., Makotkine, I., Meaney, M., J., (2014) Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring, The American Journal of Psychiatry, 171(8), 872–880.

Winfield, L., F., (1991) Resilience, schooling, and development in African-American youth: A conceptual framework, Education and Urban Society, 24, 5-14.

Seznam vybraných nepoužívanějších zkratk

A-DES	Škála disociativních zážitků pro adolescenty (The Adolescent Dissociative Experiences Scale) Viz kap. 6.4.4.
ANOVA	Analýza rozptylu (Analysis of variance) – statistická metoda umožňující ověřit, zda na hodnotu náhodné veličiny pro určitého jedince má statisticky významný vliv hodnota některého znaku, který se u jedince dá pozorovat.
CASI-A	Komplexní index závažnosti užívání návykových látek pro adolescenty, upravená verze s vybranými položkami (Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents) Viz kap. 6.4.4.
ECR-RS	Dotazník struktury vztahů (The Relationship Structures Questionnaire) Viz kap. 6.4.4.
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (European school survey project on alcohol and other drugs) Viz kap. 6.4.4.
ETISRS-F	Záznam časných traumatických událostí (Early Trauma Inventory Self Report-Short Form) Viz kap. 6.4.4.
NL	Návykové látky
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
RSES / SES	Rosenbergova škála sebehodnocení (Rosenberg self-esteem scale) Viz kap. 6.4.4.
SWLS	Dienerova škála životní spokojenosti (Satisfaction With Life Scale) Viz kap. 6.4.4.

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Jistý styl citové vazby (secure).	27
Tabulka 2 - Odmítavě-vyhýbavý styl citové vazby (dismissing-avoidant).....	28
Tabulka 3 - Zapletený styl citové vazby (preoccupied)	29
Tabulka 4 - Strachyplně-vyhýbavý styl citové vazby (fearful-avoidant).....	30
Tabulka 5 - Přehled aspektů resilience využitelných k sebehodnocení adolescentů.....	42
Tabulka 6 - Specifické potřeby adolescentních dívek (umístěných v institucionální výchovné péči)	67
Tabulka 7 - Popisná statistika dvou domén (úzkostnost, vyhýbavost) vztahujících se k vybraným citovým cílům; adolescentní dívky žijící v institucionální výchovné péči.....	89
Tabulka 8 - Procentuální rozložení čtyř typů citové vazby k vybraným blízkým osobám, adolescentní dívky žijící v institucionální výchovné péči.....	91
Tabulka 9 - Procentuální rozložení vybraných typů citové vazby k oběma rodičům, adolescentní dívky žijící v institucionální výchovné péči.....	93
Tabulka 10 - Analýza rozdílů v úrovni užívání návykových látek (NL) mezi sledovanou skupinou dívek a referenční skupinou ze školní populace (ESPAD 2015), prevalence užití NL v posledním měsíci	95

Tabulka 11 - Analýza rozdílů v úrovni užívání návykových látek (NL) mezi sledovanou skupinou dívek a referenční skupinou ze školní populace (ESPAD 2015), prevalence užití NL v posledním roce (%).....	97
Tabulka 12 - Popisná statistika odpovědí ohledně životní spokojenosti (dle Diener, 1986) a sebehodnocení (dle Rosenberg, 1965) u sledovaných dívek žijících v institucionální výchovné péči	99
Tabulka 13 - Výstupy z jednocestné analýzy variance (ANOVA), testování vztahu mezi životní spokojeností a sebehodnocením (závisle proměnné) k typu citové vazby k vybraným citovým cílům (oba rodiče, matka, otec), adolescentní dívky žijící v instituc. vých.	101
Tabulka 14 - Rozdíly v kategorizaci odpovědí na otázky ohledně celkové životní spokojenosti (dle Diener, 1985) mezi sledovanou skupinou dívek a referenční skupinou ze školní populace (ESPAD 2015)	106
Tabulka 15 - Rozdíly v kategorizaci odpovědí na otázky ohledně sebehodnocení (dle Rosenberg, 1965) mezi sledovanou skupinou dívek a referenční skupinou ze školní populace (ESPAD 2003)	107
Tabulka 16 - Rozdíly v prevalenci sebevražedných pokusů mezi sledovanou skupinou dívek a referenční skupinou ze školní populace (ESPAD 2015), celoživotní prevalence	109
Tabulka 18 - Popisná statistika odpovědí ohledně časných traumatických událostí u sledovaných dívek žijících v institucionální výchovné péči.....	111

Tabulka 19 - Výstupy z jednocestné analýzy variance (ANOVA), testování vztahu mezi oblastmi časných traumatických událostí a typem citové vazby k rodičům, adolescentní dívky žijící v institucionalizované výchovné péči	112
Tabulka 21 - Popisná statistika naměřených skór disociativních stavů u sledovaných dívek v institucionální výchovné péči.....	114

Seznam grafů

Graf 1 - Výskyt typů citové vazby (%) k rodičům	92
Graf 2 - Výskyt typů citové vazby (%) k partnerům a kamarádům/kamarádkám	92
Graf 3 - Úroveň užívání NL u sledované a referenční skupiny, užití dané látky v poslením měsíci (% , 95% CI).....	95
Graf 4 - Úroveň užívání NL u sledované a referenční skupiny, užití dané látky v poslením roce (95% CI).....	98
Graf 5 - Rozdíly v životní spokojenosti a sebehodnocení (průměr, 95% CI) mezi vybranými typy citové vazby k matce	102
Graf 6 - Rozdíly v životní spokojenosti a sebehodnocení (průměr, 95% CI) mezi vybranými typy citové vazby k oběma rodičům.....	103
Graf 7 - Výskyt sebevražedných pokusů u sledované skupiny dívek ve srovnání s referenční skupinou (% , 95% CI), celoživotní prevalence	110
Graf 8 - Rozdíly mezi skóry u vybraných traumat (průměr, 95% CI) dle typu citové vazby k oběma rodičům	113
Graf 9 - Rozdíly v úrovni disociativních zážitků (průměr, 95% CI) dle typu citové vazby k oběma rodičům	114

Seznam schémat

Schéma 1 - Dvoudimenzionální model individuálních odlišností ve vztahové vazbě v dospělosti podle Bartholomewové (1990, in Mikulincer & Shaver, 2010)	26
Schéma 2 - Vývojový model rámce resilience volně podle Lutharové (2000)	35
Schéma 3 - Schématický model indikátorů rizik duševního zdraví u vulnerabilních dívek.....	124

Seznam příloh a přílohová část

Příloha č. 1 - Informace o výzkumné studii pro respondenty	- 1 -
Příloha č. 2 - Informovaný souhlas s účastí ve výzkumné studii.....	- 2 -
Příloha č. 3 - Dotazník struktury vztahů (ECR-RS; Fraley et al. 2011)	- 5 -
Příloha č. 4 - The Adolescent Dissociative Experiences Scale (zkratka: A- DES)	- 9 -
Příloha č. 5 - Early Trauma Inventory (zkratka: ETISR-SF).....	- 13 -
Příloha č. 6 - Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (zkratka CASI-A)	- 15 -
Příloha č. 7 - Rosenberg self-esteem scale (zkratka: RSES /SES)	- 23 -
Příloha č. 8 - Satisfaction With Life Scale (zkratka: SWLS)	- 24 -

Příloha č. 1 - Informace o výzkumné studii pro respondenty

Vážená slečno,

byla jste požádána o účast ve výzkumné studii s názvem: “Prevence psychosociálních rizik nezletilých žen a matek s rizikovým chováním prostřednictvím korekce vztahové vazby“.

Jak bude probíhat Vaše zapojení do výzkumné studie?

Účast na výzkumné studii je zcela dobrovolná. Pokud nebudete chtít, nemusíte na jakoukoliv z otázek v dotaznících odpovídat, a to bez udání důvodů. Můžete vyjádřit nesouhlas se zpracováním určitých údajů a informací. Výzkumné studie se nemusíte účastnit. Váš případný nesouhlas s výzkumem nebude mít vliv na kvalitu poskytované péče a vztahy s odborným personálem v rámci zařízení, jehož jste klientkou.

Průběh studie byl projednán a schválen vedením školského zařízení, v němž využíváte péči, Ředitel/ka zařízení umožní Vaše uvolnění z programu nebo z výuky. Při zpracování informací z dotazníků bude zachována anonymita.

V rámci účasti ve studii budete požádána, abyste vyplnila několik dotazníků a jeden souhlas.

- 1) Nejprve Vám sdělíme informace o výzkumné studii a zodpovíme Vaše dotazy, Budete požádána o dobrovolnou spolupráci a budete vyzvána k podpisu informovaného souhlasu, Pokud nebudete chtít, nemusíte se výzkumné studie účastnit bez udání důvodu.
- 2) Celkový čas pro vyplnění dotazníků bude max, 2 hodiny, Přítomen bude výzkumný pracovník, který vám předá dotazníky a po jejich vyplnění je od Vás převezme. Po celou dobu bude přítomen psycholog, pedagog nebo terapeut.
- 3) Informovaný souhlas s účastí ve výzkumné studii.

Další informace získáte na uvedeném e-mailu, rovněž stížnosti můžete posílat na tento

e-mail: xxx nebo na adresu: Národní ústav duševního zdraví Topolová 748, 250 67 Klecany.

Příloha č. 2 - Informovaný souhlas s účastí ve výzkumné studii

Informace o výzkumném projektu

- Výzkumná dotazníková studie ve školských zařízeních zaměřená na ženy ve věku od 15 do 19 let
- Název projektu: Prevence psychosociálních rizik nezletilých žen a matek s rizikovým chováním prostřednictvím korekce vztahové vazby

Účel výzkumné studie

Vážená slečno,

byla jste požádána o účast ve výzkumné studii s názvem: “Prevence psychosociálních rizik nezletilých žen a matek s rizikovým chováním prostřednictvím korekce vztahové vazby“.

Cílem této výzkumné studie v rámci projektu je: A) zjistit a zmapovat rizika v oblasti duševního zdraví, typy citové vazby u žen a matek v institucionální výchovné péči ve školských zařízeních, B) zjištění klíčových indikátorů potřeb a rizik u nezletilých matek, stanovení potřebnosti preventivních intervencí zaměřených na redukci dopadu traumatu v souvislosti s citovou vazbou C) zpracování metodiky screeningu a intervence, D) vzdělávací semináře pro odborné pracovníky specializovaných školských zařízení.

Účast na sběru dat je dobrovolná a lze bez udání důvodu na jakoukoliv z otázek neodpovídat a příp. vyjádřit nesouhlas se zpracováním určitých údajů nebo informací. Bude zachována anonymita poskytnutých údajů dle zákona 101/2000 Sb, o ochraně osobních údajů (jméno ani jiné identifikační údaje nebudou uvedeny v žádném tištěném dokumentu/výstupu z výzkumu. Data budou označena kódem, který neumožní zpětnou identifikaci. Váš případný nesouhlas s výzkumem nemá vliv na výchovně vzdělávací péči.

Postup realizace výzkumné studie

Po zařazení do výzkumné studie budete požádána, abyste absolvovala následující program:

1) Vstupní informace, Nejprve bude předána informace o účelu výzkumné studie a přínosu. Budete požádána o dobrovolnou spolupráci na výzkumné studii.

2) Realizační den sběru dat: Během tohoto dne bude proveden sběr dat (pomocí baterie dotazníků), Budete uvolněna z programu nebo z výuky, Ve spolupráci se školskými pracovníky bude případně nahlédnuto do kartotéky a budou sebrány doplňující údaje, Celkový čas sběru dat: max., 2 hodiny na osobu nebo na skupinu, Sběr dat se bude konat v nerušené místnosti, Na sběru dat bude participovat studentka Kliniky adiktologie 1, LF UK a VFN v Praze.

3) Možná rizika a diskomfort

Celkově účast ve studii a podstoupení sběru dat nemá žádná známá rizika nebo zdravotní komplikace, mohou se objevit výkyvy nálad a emocí.

4) Obecný přínos výzkum

a) Výzkumná studie přispěje ke komplexnímu obohacení a zefektivnění pedagogicko-terapeutických intervencí a zkvalitnění praxe. Následné využívání dat nebo jeho části mohou podpořit zejména terapeutické, poradenské, pedagogické intervence v praxi a mohou sloužit k dalšímu vzdělávání odborníků b) Ze získaných poznatků se předpokládá prezentace, publikace výsledků.

5) Osobní přínos účasti ve studii

Přínos účasti ve studii pro Vás osobně spočívá kromě přispění k rozvoji širšího poznání, také k lepšímu sebepoznání. Můžete jasněji rozpoznat určité vzorce svého chování. Dále je možné tyto poznatky využít v pedagogickém i terapeutickém procesu.

6) Důvěrnost informací

Vaše totožnost ve studii bude důvěrná a anonymní. Výsledky výzkumné studie, včetně přepisu rozhovoru mohou být publikovány pro vědecké účely, avšak nebudou obsahovat jakoukoli identifikaci s Vaší osobou. I přes to mohou být data včetně identifikace účastníků přezkoumána etickou komisí či příslušnými inspekcemi.

7) Ukončení studie

Účast ve studii je zcela dobrovolná a můžete ji kdykoli ukončit. Toto rozhodnutí nebude mít vliv na Vaše vzdělávání a výchovnou péči. Pouze Vás žádáme, abyste toto rozhodnutí neprodleně sdělila vedoucímu výzkumného týmu. Vaše účast může být ukončena ze strany vedoucího zařízení v případě zjištěného zdravotního rizika, nemoci nebo Vaší nepřítomnosti v době plánovaného sběru dat.

8) Potvrzení (autorizace)

Potvrzuji, že jsem si přečetla výše uvedené, že mi bylo poskytnuto dostatek informací o výzkumné studii-projektu a že mi byly zodpovězeny veškeré mé otázky. Všemmu jsem dobře porozuměla a dobrovolně se zúčastňuji této výzkumné studie. Jsem si vědoma, že tento souhlas mě nezavazuje žádných zákonných práv. Jsem si vědoma toho, že se mohu kdykoli svobodně rozhodnout vzít svůj souhlas s účastí ve studii zpět.

Tento formulář bude podepsán ve dvou kopiích, z nichž jedna zůstane ve Vaší kartotéce.

Děkuji za Váš čas i ochotu poskytnout informace pro tuto výzkumnou studii. Zavazujeme se dodržet výše uvedené. Za tým realizátorů studie: PhDr. Pavla Doležalová

V Praze dne.....podpis.....

a) Souhlasím s poskytnutím informací a sběrem dat z dotazníků v rámci výzkumné studie.

b) Souhlasím s nahlédnutím do kartotéky v rámci výzkumné studie.

V dne..... Podpis

Souhlasím s realizací výzkumné studie v zařízení. Podpis ředitele:

V dne..... Podpis.....

Příloha č. 3 - Dotazník struktury vztahů (ECR-RS; Fraley et al. 2011)

Níže uvedená tvrzení se zabývají tím, jak se cítíte v blízkých vztazích, Odpovězte na každé tvrzení tím, že označíte číslo, které nejlépe vystihuje, do jaké míry s tvrzením souhlasíte či nesouhlasíte.

Prosím zodpovězte následujících 10 otázek o Vaší matce (nebo o osobě, kterou za matku považujete):

1. Když něco potřebuji, pomůže mi obrátit se na tuto osobu.

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

2. S touto osobou obvykle rozebírám své problémy a starosti,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

3. S touto osobou probírám věci,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

4. Je pro mě snadné být na této osobě závislý,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

5. Není mi příjemné se této osobě otvírat,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

6. Této osobě raději neukazuji, jak se v hloubi duše cítím,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

7. Často se obávám, že tato osoba o mně skutečně nestojí,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

8. Bojím se, že mě tato osoba může opustit,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

9. Obávám se, že tato osoba o mě nebude stát tolik, jako já stojím o ni,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

Prosím zodpovězte následujících 10 otázek o Vašem otci (nebo o osobě, kterou za otce považujete),

10. Když něco potřebuji, pomůže mi obrátit se na tuto osobu,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

11. S touto osobou obvykle rozebírám své problémy a starosti,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

12. S touto osobou probírám věci,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

13. Je pro mě snadné být na této osobě závislý,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

14. Není mi příjemné se této osobě otvírat,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

15. Této osobě raději neukazuji, jak se v hloubi duše cítím,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

16. Často se obávám, že tato osoba o mně skutečně nestojí,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

17. Bojím se, že mě tato osoba může opustit,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

18. Obávám se, že tato osoba o mě nebude stát tolik, jako já stojím o ni,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

Prosím zodpovězte následujících 10 otázek o Vašem partnerovi/partnerce, Poznámka:

Pokud nyní nejste s nikým v partnerském nebo manželském vztahu, odpovězte na tyto otázky ve vztahu k bývalému partnerovi nebo vztahu, který byste s někým rádi měli,

19. Když něco potřebuji, pomůže mi obrátit se na tuto osobu,
silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím
20. S touto osobou obvykle rozebírám své problémy a starosti,
silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím
21. S touto osobou probírám věci,
silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím
22. Je pro mě snadné být na této osobě závislý,
silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím
23. Není mi příjemné se této osobě otvírat,
silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím
24. Této osobě raději neukazuji, jak se v hloubi duše cítím,
silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím
25. Často se obávám, že tato osoba o mně skutečně nestojí,
silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím
26. Bojím se, že mě tato osoba může opustit,
silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím
27. Obávám se, že tato osoba o mě nebude stát tolik, jako já stojím o ni,
silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

Prosím odpovězte následujících 10 otázek o Vašem nejlepším kamarádovi/kamarádce,

28. Když něco potřebuji, pomůže mi obrátit se na tuto osobu,
silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím
29. S touto osobou obvykle rozebírám své problémy a starosti,
silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

30. S touto osobou probírám věci,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

31. Je pro mě snadné být na této osobě závislý,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

32. Není mi příjemné se této osobě otvírat,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

33. Této osobě raději neukazuji, jak se v hloubi duše cítím,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

34. Často se obávám, že tato osoba o mně skutečně nestojí,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

35. Bojím se, že mě tato osoba může opustit,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

36. Obávám se, že tato osoba o mě nebude stát tolik, jako já stojím o ni,

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

Příloha č. 4 - The Adolescent Dissociative Experiences Scale (zkratka: A-DES)

F

A-DES

Judith Armstrong, PhD, Frank W. Putnam, MD, Eve Bernstein Carlson, PhD
Český překlad: PhD. Jan Soukup, Mgr. Barbara Blazubová, PhD

Datum: _____ Věk: _____

Instrukce:

Tento dotazník zkoumá různé typy lidských prožitků. U každé otázky zakroužkujte číslo, které nejlépe vyjadřuje, jak častý je tento prožitek pro vás. „0“ zakroužkujte v případě, že se vám to neděje nikdy, „10“ v případě, že to zažíváte stále. Pokud popsany prožitek máte občas, ale ne pořád, zvolte takové číslo mezi 1 a 9, které nejlépe vystihuje, jak častá tato zkušenost pro vás je. Všechny otázky se vztahují na vaše prožitky ve stavu, kdy NEJSTE pod vlivem alkoholu ani jiných drog.

Příklad:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

1. Když se dívám na televizi, čtu si nebo hraji video hry, jsem tak zabrána do děje, že vůbec nevím, co se děje kolem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

2. Ve škole mi učitelé vracejí moje testy nebo úkoly, o nichž nevím, že bych je kdy psala.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

3. Mám silné pocity, které jako by nebyly moje.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

4. Někdy mi něco velmi dobře jde a jindy nejsem tu samou věc vůbec schopna udělat.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

5. Od známých se dozvídám, že dělám nebo říkám věci, na které si já vůbec nepamatuji.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

6. Připadám si jako v mlze nebo jako bych byla všemu vzdálena a věci kolem mě se zdají neskutečné.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

7. Nejsem si jista, jestli jsem určitou věc opravdu udělala, nebo jestli jsem jen myslela na to, že ji dělám.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

8. Podívám se na hodiny a uvědomím si, že uběhl nějaký čas a já si nemohu vzpomenout, co se dělo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

9. Slyším ve své hlavě hlasy, které nejsou moje.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

10. Když jsem někde, kde být nechci, uním se v duchu přenést někam jinam.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

11. Tak dobře lžu a předstírám, že tomu sama věřím.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

12. Uprostřed nějaké činnosti se přistihnu jako bych se náhle „probudila“.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

13. Nepoznávám sama sebe v zrcadle.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

14. Zjišťuju, že někam jdu nebo něco dělám a vůbec nevím proč.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

15. Někde se ocitnu a nepamatuju si, jak jsem se tam dostala.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

16. Mám myšlenky, které jako by nepatřily mně.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

17. Zjišťuju, že umím zahltnout tělesnou bolest.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

18. Nemůžu přijít na to, jestli se určité věci skutečně staly, nebo jestli jsem o nich jen snila či přemýšlela.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

19. Přistihnu se, že dělám něco, o čem vím, že je špatné, dokonce i když to opravdu dělat nechci.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

20. Lidé mi říkají, že se někdy chovám tak zvláštně, že to vypadá, jako bych byla někdo jiný.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

21. Připadá mi, jako by uvnitř v mé mysli byly zdi.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

22. Nacházím texty, kresby nebo dopisy, které jsem určitě napsala nebo udělala já, ale nevzpomínám si na to.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(nikdy) (stále)

23. Připadá mi, že něco uvnitř mě samé mě nutí dělat věci, které dělat nechci.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

24. Zjišťuju, že nejsem schopna rozlišit, jestli si na něco jenom vzpomínám, nebo jestli se mi to v té chvíli opravdu děje.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

25. Přistihnu se, že jsem mimo svoje tělo a pozoruju se, jako bych byla někdo jiný.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

26. Moje vztahy s rodinou a s mými kamarády se náhle mění a já nevím proč.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

27. Připadá mi, že moje minulost je skládačka, a některé díly v ní chybí.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

28. Tolik se vžívám do svých hraček nebo plyšových zvířátek, že mi připadají živé.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

29. Mám pocit, že uvnitř ve mně je několik různých lidí.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

30. Cítím, že mi moje tělo nepatří.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)										(stále)

Příloha č. 5 - Early Trauma Inventory (zkratka: ETISR-SF)

Zaznamenejte odpovědi vymazáním nehodícího se ano/ne,

Část 1. Obecná traumata, před věkem 18 let.

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Byl/a jste někdy vystaven/a život ohrožující přírodní katastrofě? | Ano | Ne |
| 2. Byl/a jste účastníkem závažné nehody? | Ano | Ne |
| 3. Utrpěl/a jste závažné zranění nebo měla jste závažné onemocnění? | Ano | Ne |
| 4. Zažil/a jste někdy smrt nebo závažné onemocnění vašich rodičů nebo vašeho vychovatele? | Ano | Ne |
| 5. Zažil/a jste rozvod nebo rozchod vašich rodičů? | Ano | Ne |
| 6. Zažil/a jste někdy smrt nebo závažné zranění vašeho sourozence? | Ano | Ne |
| 7. Zažil/a jste někdy smrt nebo závažné zranění vašeho kamaráda? | Ano | Ne |
| 8. Byl/a jste někdy svědkem násilí k druhým, včetně členů vaší rodiny? | Ano | Ne |
| 9. Trpěl někdo z vaší rodiny psychickým nebo psychiatrickým onemocněním anebo zažil zhroucení? | Ano | Ne |
| 10. Měli vaši rodiče nebo vychovatelé problémy s alkoholismem nebo s užíváním drog? | Ano | Ne |
| 11. Viděl/a jste někdy někoho zabít? | Ano | Ne |

Část 2. Fyzické trestání, před věkem 18 let.

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Dostal/a jste někdy facku otevřenou dlaní? | Ano | Ne |
| 2. Byl/a jste někdy popálena horkou vodou, cigaretou nebo něčím jiným? | Ano | Ne |
| 3. Byl/a jste někdy uhozen/a nebo kopnut/a? | Ano | Ne |
| 4. Byl/a jste někdy zasažena nějakým hozeným předmětem? | Ano | Ne |
| 5. Byl/a jste někdy tlačena/a, strčena/a? | Ano | Ne |

Část 3. Emoční zneužívání, před věkem 18 let.

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Byl/a jste často ponižován/a nebo zesměšňován/a? | Ano | Ne |
|---|-----|----|

- | | | |
|--|-----|----|
| 2. Byl/a jste často ignorován/a nebo byl ve vás vytvářen pocit, že se s vámi nepočítá? | Ano | Ne |
| 3. Bylo vám často řečeno, že nejste dobrý/á? | Ano | Ne |
| 4. Byl/a jste většinu času vychováván/a chladným, bezstarostným způsobem anebo byl ve vás vytvořen pocit, že nejste milován/a? | Ano | Ne |
| 5. Stávalo se často, že vaši rodiče nebo vychovatelé často selhali v pochopení vašich potřeb? | Ano | Ne |

Část 4. Sexuální události, před věkem 18 let.

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Dotýkal se Vás někdy někdo v intimních místech (např., prsa, stehna, genitálie) způsobem, který vás překvapil nebo jste se cítil/a nepohodlně?
..... | Ano | Ne |
| 2. Zažil/a jste někdy, že někdo otíral o vás své genitálie? | Ano | Ne |
| 3. Byl/a jste někdy přinucen/a dotýkat se jiné osoby v intimních místech jejího těla? | Ano | Ne |
| 4. Měl někdo s vámi sexuální styk proti vaší vůli? | Ano | Ne |
| 5. Byl/a jste někdy přinucen/a k orálnímu sexu proti vaší vůli? | Ano | Ne |
| 6. Byl/a jste někdy přinucen/a líbat někoho spíše sexuálním než milujícím způsobem? | Ano | Ne |

Pokud jste odpověděl/a "ANO" pro některý z předchozích dotazů, zvažte, která událost měla největší vliv na váš život, a v souvislosti s tím odpovězte na následující otázky. Při odpovědích uvažujte o tom, jak jste se cítila v průběhu události:

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Zažil/a jste intenzivní strach, děs a bezmocnost? | Ano | Ne |
| 2. Zažil/a jste mimotělní zážitek, jako byste se na sebe díval/a zvenčí nebo jako byste byl/a ve snu? | Ano | Ne |

Příloha č. 6 - Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (zkratka CASI-A)

Část 1: Obecné informace

Demografické údaje

1. Datum narozen:
2. Věk:
3. Pohlaví: 1 = Muž
2 = Žena
4. Etnický původ: 1 = český
2 = romský
3 = jiný, napište jaký
5. Těhotná/s dítětem: 0 = Ne 1 = Ano
6. Participant/ka ve škole: 1 = navštěvuji střední školu
2 = navštěvuji SOU nebo OU
3 = vyloučen/a
4 = přerušení
5 = ukončení
6 = prodloužení
7 = absolvoval/a základní školu 8 = jiné
7. S kým v současné době žijete? 1 = se svou matkou a otcem
2 = pouze se svou matkou

3 = se svou matkou a otčím 4 = se svou matkou a příbuzným

5 = pouze se svým otcem

6 = se svým otcem a nevlastní matkou

7 = se svým otcem a příbuzným

8 = adoptivní rodič

9 = prarodiče

10 = jiní příbuzní

11 = pěstoun

12 = žiji sám/sama

13 = jiné

Část 2: Dospívající užívající návykové látky (včetně alkoholu a tabáku)

Typické užití návykové látky (včetně alkoholu a tabáku) u dospívajícího

0 = Žádné užití v uplynulém roce 5 = Dvakrát nebo vícekrát za měsíc

1 = Jeden až desetkrát za rok 6 = Jednou týdně

2 = Občasné užití 7 = Dvakrát nebo vícekrát týdně

3 = Nadměrné užití 8 = Jednou za den

4 = Jednou za měsíc 9 = Více než jednou denně

8. Jak často jste užil/a za poslední rok tabák?

9. Jak často jste užil/a za poslední rok volně prodejné léky?

a) Který lék to byl?

10. Jak často jste užil/a za poslední rok alkohol?
 11. Jak často jste užil/a za poslední rok konopné látky?
 12. Jak často jste užil/a za poslední rok amfetaminy?
 13. Jak často jste užil/a za poslední rok barbituráty/sedativa?
 14. Jak často jste užil/a za poslední rok těkavé látky?
 15. Jak často jste užil/a za poslední rok halucinogeny?
 16. Jak často jste užil/a za poslední rok opiáty?
 17. Jak často jste užil/a za poslední rok jiné návykové látky?
- a) Jaké návykové látky to byly?

Negativní důsledky zneužívání návykových látek (včetně alkoholu a tabáku) u dospívajícího

0 = Ne, 1 = Ano

18. Nastalo v posledním roce období, kdy jste nadále užíval/a návykové látky (včetně alkoholu a tabáku), ačkoli to bylo fyzicky nebezpečné nebo jinak nebezpečné (např., řízení, koupání, vodní sporty)?

- a) Pokud ano, byl (a jste zraněný)?

19. Nastalo v posledním roce období, během kterého jste se opakovaně dohadoval/a s rodinou, přáteli nebo autoritou ohledně užívání nebo o domnělém užívání návykových látek (včetně alkoholu a tabáku)?
20. Nastalo v posledním roce období, během kterého jste měl/a nehodu nebo jste byl/a zraněn/a při užívání návykových látek (včetně alkoholu a tabáku) nebo jste měl/a psychické problémy (zhoršení nebo nově vzniklé problémy) v důsledku užívání návykových látek (včetně alkoholu a tabáku)?
21. Nastalo v posledním roce období, během kterého jste strávil/a hodně času činností potřebnou k získání, užití nebo obnovení od užívání návykových látek (včetně alkoholu a tabáku)?
22. Nastalo v posledním roce období, během kterého jste se účastnil/a činností (např., škola) pod vlivem, zmeškal/a jste činnost z důvodu užití, nebo se neúčastnil/a rodinných/společenských činností v důsledku užívání návykových látek (včetně alkoholu a tabáku)?
23. Nastalo v posledním roce období, během kterého jste soustavně užíval/a návykové látky (včetně alkoholu a tabáku) namísto chození do školy nebo namísto věcí, které jste zvyklý/á dělat s rodinou nebo přáteli?
24. Nastalo v posledním roce období, během kterého jste chtěl/a snížit, přestat užívat nebo kontrolovat své užívání návykových látek (včetně alkoholu a tabáku), ale neúspěšně?
25. Nastalo v posledním roce období, během kterého jste si vzal/a návykové látky (včetně alkoholu nebo tabáku) ve větších množstvích nebo na delší dobu, než jste původně zamýšlel/a?

26. Nastalo v posledním roce význačné období, kdy po užití návykových látek (včetně alkoholu nebo tabáku) jste se setkal/a s právními problémy (např., řízení pod vlivem alkoholu, opilost, výtržnictví)?

Historie předávkování návykovými látkami (včetně alkoholu a tabáku) u dospívajícího

0 = Ne, 1 = Ano

27. Měl/a jste v uplynulém roce poruchu (výpadek) paměti kvůli alkoholu?

28. Předávkoval/a jste se v minulém roce někdy návykovými látkami (včetně alkoholu a tabáku)?

Část 3: Rodinná historie

29. Má/měl někdo ve vaší rodině a domácnosti někdy problém s návykovými látkami (včetně alkoholu a tabáku)? Pokud ano, byl/a jste s nimi v době, kdy užívali?

Pozn., Vyplňujte pouze u těch, kteří tvoří součást vaší rodiny a domácnosti,

0 = Ne 1 = Ano 2 = Nevím Aktivně užívající V minulosti užívající

Alkohol, Tabák, Ostatní návykové látky

Alkohol

Tabák

Ostatní návykové látky

- a) Biologická matka
- b) Biologický otec

- c) Nevlastní otec
- d) Nevlastní matka
- e) Osvojitel nebo pěstoun
- f) Adoptivní či nevlastní matka
- g) Biologičtí sourozenci
- h) Adoptivní či individuální pěstounští sourozenci
- i) Ostatní biologičtí rodinní příslušníci
- j) Ostatní lidé, kteří žijí v domácnosti bez biologického vztahu

Část 4: Psychosociální zátěž

V následujících otázkách se budeme ptát na některé služby, které jste mohl/a navštívit.

30. Byl/a jste už někdy u odborníka, jako je psychiatr, školní (výchovní) poradce, terapeut nebo jste byl/a někdy v nemocnici s osobními problémy, vyjma problémů s užíváním návykových látek (včetně alkoholu nebo tabáku)?

0 = Ne

1 = Ano

2 = Nevím

(Pokud ne, přejděte k bodu 30d)

- a) Jaké problémy jste měl/a?
- b) Jaké typy nebo druhy služeb jste navštívil/a?

0 = Ne, 1 = Ano

- i) lůžková/ústavní péče (např., Psychiatrická nemocnice)
- ii) ambulantní péče

- iii) akutní léčbě
- iv) školní poradenství (středisko výchovné péče, pedagogicko-psychologická poradna)
- v) jiné

c) Bydlel/a jste někdy v minulosti mimo domov z jiných důvodů (např., školní problémy, sociální a ekonomické problémy, rodinné problémy, apod.), než v souvislosti s užíváním návykových látek (včetně alkoholu a tabáku)?

0 = Ne

1 = Ano

(Pokud ne, přejděte k bodu 31)

d) O jaký typ bydlení se jednalo?

0 = Ne 1 = Ano

- i) Psychiatrická nemocnice
- ii) Diagnostický ústav
- iii) Středisko výchovné péče
- iv) Výchovný ústav
- v) Dětský domov
- vi) Jiné

31. Už jste se někdy pokusil/a o sebevraždu, už jste někdy mluvil/a o sebevraždě, nebo máte někdy obavy, že byste se mohl/a pokusit spáchat sebevraždu?

0 = Ne

1 = Ano

a) Pokud jste v bodu 31 odpověděl/a ano, jste sebevražedný/á nyní, tj., myslíte na sebevraždu?

0 = Ne

1 = Ano

- b) Pokud jste v bodu 31 odpověděl/a ano, kdy byl váš poslední pokus?
- c) Pokud jste v bodu 31 odpověděl/a ano, před jakou dobou jste se obával/a další?
- d) Pokud jste v bodu 31 odpověděl/a ano, jste v současné době v léčbě?

0 = Ne

1 = Ano

- i) Pokud ano, jak často ji navštěvujete?
- e) Pokud jste v bodu 31 odpověděl/a ano, užíváte léky?

0 = Ne

1 = Ano

- i) Přehled léků:

Příloha č. 7 - Rosenberg self-esteem scale (zkratka: RSES /SES)

Jaký máte pocit sám/a ze sebe (Svůj názor vyjádřete označením jednoho okénka v každém řádku).

Zcela souhlasím		1
Spíše souhlasím		2
Spíše nesouhlasím		3
Vůbec nesouhlasím		4

		1	2	3	4
a)	Vcelku jsem sám se sebou spokojený/á	0	0	0	0
b)	Někdy si myslím, že nestojím za nic	0	0	0	0
c)	Vím, že mám řadu dobrých vlastností	0	0	0	0
d)	Zvládám věci stejně dobře jako jiní lidé	0	0	0	0
e)	Není toho moc, na co bych mohl/a být hrdý/á ...	0	0	0	0
f)	Někdy se cítím zbytečný/á	0	0	0	0
g)	Jsem stejně hodnotný člověk, jako ostatní lidé	0	0	0	0
h)	Přál/a bych si, abych si mohl/a sám/sama sebe víc vážit	0	0	0	0
i)	Mám pocit, že jsem neúspěšný/á.....	0	0	0	0
j)	Mám k sobě pozitivní postoj.....	0	0	0	0

Příloha č. 8 - Satisfaction With Life Scale (zkratka: SWLS)

Zcela souhlasím		1
Spíše souhlasím		2
Něco mezi		3
Spíše nesouhlasím		4
Vůbec nesouhlasím		5

Do jaké míry platí následující tvrzení pro Váš život?

	1	2	3	4	5
a) Můj život se v mnoha ohledech blíží ideálu.	0	0	0	0	0
b) Moje životní podmínky jsou vynikající.	0	0	0	0	0
c) Jsem spokojený/á se svým životem.	0	0	0	0	0
d) Zatím se mi vždy podařilo dosáhnout těch důležitých věcí, které jsem v životě chtěl/a.	0	0	0	0	0
e) Pokud bych mohl/a svůj život prožít znovu, téměř nic bych neměnil/a.	0	0	0	0	0