

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

# VZŤAHOVÁ VÄZBA A DEPRESIVITA U ZÄVISLOSTÍ

Attachment and depressivity in addiction



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Mgr. Bc. Daniela Katušáková

Vedúci práce: Mgr. Zuzana Sedláčková, Ph.D.

Olomouc

**2017**

„Ochrana informácií v súlade s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonom a smernicou lektora ku zadaniu témy, odovzdávania a evidencie údajov o bakalárskej, diplomovej, dizertačnej práci a rigoróznej práci a spôsobe ich zverejnenia. Študent zodpovedá za to, že verejná časť záverečnej práce je koncipovaná a štrukturovaná tak, aby podávala úplné informácie o cieľoch záverečnej práce a dosiahnutých výsledkoch. Študent nebude zverejňovať v elektronickej verzii záverečnej práce plné znenie standardizovaných psychodiagnostických metód chránených autorským zákonom (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znenie psychodiagnostických metód môže byť len prílohou tlačenej verzie záverečnej práce. Zverejnenie je možné len po dohode s autorom alebo vydavateľom.“

### **Prehlásenie**

Čestne prehlasujem, že som magisterskú diplomovú prácu na tému: „Vzťahová väzba a depresivita u závislostí“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom vedúcej diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V Bratislave dňa .....

Podpis .....

Ďakujem Mgr. Zuzane Sedláčkovej, Ph.D. za jej cenné rady, ochotu a veľkú trpezlivosť. Ďakujem mojim rodičom, Andrejke, Hugovi a Alexovi. A som vďačná všetkým klientom z oboch zariadení, ktorí vyplnili dotazníky za ich ochotu a čas, rovnako ako aj ľuďom v kontrolnej skupine.

# OBSAH

## ÚVOD

<b>1. TEÓRIA VZŤAHOVEJ VÄZBY</b> .....	7
1.1. Pojem vzťahová väzba.....	7
1.2. Delenie vzťahovej väzby.....	9
1.2.1. Delenie základné podľa Bowlbyho.....	9
1.2.2. Delenie neistých-úzkostných vzťahových väzieb v detstve.....	11
1.2.3. Reprezentácia vzťahovej väzby v dospelosti.....	13
<b>2. DEPRESIA</b> .....	17
2.1. Pojem depresie.....	18
2.2. Etiológia depresie.....	20
2.2.1. Biologické vysvetlenia.....	20
2.2.2. Psychologické vysvetlenia.....	20
2.3. Diagnostika depresie.....	24
2.4. Liečba depresie.....	25
2.4.1. Komorbidita depresie.....	28
<b>3. ZÁVISLOSŤ</b> .....	29
3.1. Pojem závislosť.....	29
3.2. Etiológia závislosti.....	31
3.3. Diagnostika závislosti.....	34
3.4. Liečba závislosti.....	35
3.4.1. Komorbidita závislosti.....	37
<b>4. VZŤAHOVÁ VÄZBA A PSYCHOPATOLÓGIA</b> .....	39

4.1. Psychopatologický vývoj vo vzťahovej väzbe.....	39
4.2. Neistá vzťahová väzba ako etiologický faktor psychopatológie.....	43
4.3. Vzťahová väzba a depresia.....	45
4.4. Vzťahová väzba a závislosť.....	49
<b>5. VÝSKUMNÝ PROBLÉM, CIELE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>52</b>
5.1. Výskumný problém.....	52
5.2. Ciele práce.....	54
5.3. Hypotézy.....	54
<b>6. METODOLOGICKÝ RÁMEC.....</b>	<b>55</b>
6.1. Typ výskumu.....	55
6.2. Skúmaný súbor.....	55
6.3. Metódy zberu dát.....	55
6.4. Zber dát.....	56
6.5. Metódy spracovania a analýzy dát.....	57
6.6. Etické aspekty výskumu.....	58
<b>7. VÝSLEDKY.....</b>	<b>59</b>
7.1. Charakteristika výskumného súboru.....	59
7.2. Deskriptívne vyhodnotenie dotazníka ECR.....	64
7.3. Deskriptívne vyhodnotenie škály BDI-II .....	65
7.4. Histogramy.....	66
7.5. Súvislosť vzťahovej väzby a depresivity.....	69
7.6. Porovnanie vzťahovej väzby a depresivity u skupín.....	70
<b>8. DISKUSIA.....</b>	<b>71</b>

<b>9. ZÁVERY.....</b>	<b>77</b>
<b>SÚHRN.....</b>	<b>78</b>
<b>ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV A LITERATÚRY.....</b>	<b>80</b>
<b>ZOZNAM PRÍLOH.....</b>	<b>86</b>

## ÚVOD

Teória vzťahovej väzby je vývojový model, ktorý je aplikovaný a aplikovateľný v rôznych oblastiach a tiež skúmaný v rôznych súvislostiach. Jednou z oblastí je i psychopatológia. V tejto oblasti sa uplatňuje pravdepodobne aj najviac. Depresia a závislosti sú závažné psychické ochorenia, ktoré významne ovplyvnia kvalitu života človeka. Je veľa faktorov, ktoré vplývajú na ich vznik, rozvoj, udržovanie, ako aj na ich liečbu. Vzťahová väzba môže byť jedným z týchto faktorov. Táto práca je zameraná na skúmanie súvislosti vzťahovej väzby a depresivity, pričom tento vzťah bude skúmaný u jedincov s látkovou závislosťou. Život človeka je život vo vzťahoch. To, aký má vzťah ku sebe, ku druhým ľuďom a ku svetu, vytvára celý jeho psychický priestor. Teória vzťahovej väzby sa snaží vidieť vzťahový svet človeka. Súčasťou jeho vzťahového sveta je i to, ako a prečo sa u neho môže rozvinúť depresia, alebo látková závislosť.

# 1. TEÓRIA VZŤAHOVEJ VÄZBY

Prvá kapitola bude venovaná popisu teórie vzťahovej väzby, v práci je to východiskový bod pre skúmanie jej súvislosti s dvoma psychopatologickými javmi ako sú depresie i závislosti. V kapitole bude definovaný pojem vzťahovej väzby a delenie typov vzťahových väzieb. Delenie je rozdelené do troch častí: na dva základné typy vzťahovej väzby všeobecne, na tri typy neistých-úzkostných vzťahových väzieb v detstve a na štyri typy vzťahovej väzby v dospelosti (jej reprezentácie).

## 1.1. Pojem vzťahová väzba

Dnes už nikto nepochybuje o dôležitosti raných vzťahových skúseností, ktoré sa dajú dokázať už na úrovni neurovied a ich vplyv je tak významný, že zasahuje do vývoja mozgu a do základných regulačných procesov v rámci celého neurofyziologického systému (Grawe, 2007). Štúdie na nehumánných primátoch ukazujú, že ťažká deprivácia stresuje nezrelú osobnosť a má hlboký dopad na centrálny nervový systém (Hughes & Riordan, 2010). Na dôležitosť raného vzťahu dieťaťa a matky poukázali hlavne psychoanalytické teórie, niektoré koncipované ešte pred samotným vznikom teórie vzťahovej väzby od Bowlbyho (Fonagy & Target, 2005).

Vzťahovú väzbu môžeme chápať v širšom i užšom zmysle. Vzťahovej väzbe v jej širšom zmysle ako ranej vzťahovej skúsenosti prisudzujú rozhodujúcu rolu v ďalšom možnom psychopatologickom vývoji človeka všetky psychoterapeutické smery (Brisch, 2011).

Užší pojem vzťahovej väzby je vymedzený na konkrétnu teóriu vzťahovej väzby, ktorú nájdeme aj pod názvom teória pripútania, primknutia či attachmentu, koncipovanú Johnom Bowlbom (Bowlby, 2010). Môžeme ju chápať ako systém regulácie vzťahu, ktorý sa vyvíja na základe mikroprocesových vzťahových opakovaných interakcií s matkou (resp. primárnou blízkou osobou), ako na dieťa reaguje, a tento model sa potom ukladá do implicitnej pamäte a ostáva v pamäťových stopách (Hašto, 2005). Deti pri strachu a úzkosti používajú svoju vzťahovú osobu ako zdroj bezpečia a ochrany. Väzbový systém, z neho vyplývajúce väzbové správanie a potom vytvorená vzťahová väzba ku konkrétnej osobe má evolučné dôvody, aby dieťa prežilo a malo zaistené bezpečie. Pocit bezpečia dieťaťa závisí od schopnosti rodiča byť empatický a naladiť sa na stav mysle dieťaťa, čo vplýva na kvalitu vzťahovej väzby (Hughes & Riordan, 2010). Vzťahová väzba, ako aj väzbový

system, je vo vzájomnom ovplyvňovaní s exploračným systémom (ďalší silný motivačný systém, zodpovedný za aktivity zamerané na „skúmanie“ a poznávanie sveta) a tento neustály proces ich vzájomného striedania a vyvažovania nie je záležitosťou len dojčenského veku, ale trvá po celý život (Brisch, 2011). Väzbový systém je vrozený systém v mozgu a jeho vývoj ovplyvňuje a organizuje motivačné, emočné a pamäťové procesy, hlavne vo vzťahu k významným osobám. Väzbové vzťahy priamo ovplyvňujú vývoj nervovej sústavy (Vavrda, 2005). Teória Bowlbyho stavia do centra vzťah matky a dieťaťa. Toto puto považuje za inštinktívne a okolo neho sa organizuje celá vzťahová skúsenosť dieťaťa, ktorá má svoje dôsledky až do dospelého života (in Heretik, 2007). Bowlby (2010) vymedzuje vzťahovú väzbu ako citovú väzbu, ktorú má dieťa ku konkrétnej osobe, a vďaka ktorej má silnú tendenciu vyhľadávať blízkosť a kontakt tejto osoby, hlavne v situáciách nepohody. Ďalej vymedzuje väzbové správanie, ktoré môže mať rôznu formu a podobu. Dieťa ho používa s cieľom získať, alebo udržať žiaducu blízkosť s väzbovou osobou. Vzťahovú väzbu i väzbové správanie riadi väzbový systém, ktorý je behaviorálnym systémom, resp. štruktúrou v centrálnej nervovej sústave dieťaťa. Autor tiež zdôrazňuje kontinuitu väzbového správania, ktoré nemizne spolu s detstvom, ale naopak pretrváva po celý život. Hašto (2005) uvádza, že ku väzbovému správaniu je komplementárne správanie opatrovateľské alebo rodičovské, v dospelosti napr. pri situácii choroby ako komplementarita medzi dvomi dospelými. Obuch popisuje, že ťažisko teórie vzťahovej väzby je v tom, že dojča má vrozený sklon vyhľadávať blízkosť osoby, ktorej môže dôverovať. Tento sklon aktivizuje väzbové správanie a celé toto správanie je funkciou motivačného systému, ktorý je samostatný a nedá sa odvodiť z iných motivačných systémov (in Heretik, 2007). Podľa Brisch (2011) je teória vzťahovej väzby schopná objasniť len časť celej osobnosti a preto ju môžeme chápať ako dielčiu a teda kombinovateľnú s inými teóriami, s ktorými sa môže navzájom dopĺňať, či sa do nich včleňovať. Titl (2013) medzi štyrmi hlavnými predpokladmi pre vytváranie zrelých vzťahov všeobecne, ako i pre vytváranie dobrých partnerských vzťahov v dospelosti, uvádza ako základný predpoklad (i keď nepostačujúci samostatne) schopnosť bezpečného pripútania, ktorá vyplýva zo skúsenosti bezpečnej vzťahovej väzby ku jednej materskej osobe.



## 1.2. Delenie vzťahovej väzby

Na základe rôznych vzťahových skúseností so vzťahovými (attachmentovými) osobami, teda takými, ku ktorým je vytvorená väzba (pripútanie), môžeme rozlišovať špecifické typy väzieb (Hughes & Riordan, 2010).

### 1.2.1. Delenie základné podľa Bowlbyho

Bowlby na začiatku delil vzťahovú väzbu primárne na dva typy, a to na istú – bezpečnú a neistú – úzkostnú vzťahovú väzbu alebo tzv. bezpečné pripútanie a neisté pripútanie.

**Istú - bezpečnú vzťahovú väzbu** alebo bezpečné pripútanie môžeme nájsť u ročného dieťaťa, ktoré dokáže slobodne preskúmať okolie v neznámej situácii, ktoré nie je vyľakané pri príchode cudzieho človeka, ktoré má povedomie o matkinej existencii behom jej neprítomnosti a ktoré ju víta pri jej príchode, i keď môže byť dočasne znepokojené jej odchodom. Skúsenosť dieťaťa s povzbudzujúcou, podporujúcou a spolupracujúcou matkou mu dá pocit vlastnej hodnoty, vieru v užitočnosť druhých ľudí a priaznivý model pre nadväzovanie budúcich vzťahov. Táto skúsenosť mu umožní s dôverou preskúmať svoje prostredie a účinne s ním zaobchádzať, čím sa posilní jeho pocit kompetencie. Ak sú naďalej rodinné vzťahy priaznivé, tak tieto prvotné vzorce myslenia, cítenia a správania nielen pretrvávajú, ale aj celá osobnosť sa stále viac bude štrukturalizovať smerom ku dobrej a miernej sebakontrolu i odolnosti (Bowlby, 2010). V tomto prípade je dieťa schopné používať svoju matku, resp. osobu, ku ktorej má vytvorenú vzťahovú väzbu, ako bezpečnú základňu, a keď sa vďaka tomu môže cítiť bezpečne, je to pre neho východiskový zdroj pre možnosť exploračie do sveta okolo a tým i vývoja (Hašto, 2005). Analógia medzi Bowlbyho pojmom bezpečná základňa a explorovania dieťaťa z nej je s pojmom od Mahlerovej, kedy v tzv. praktikujucej subfáze dieťa vďaka stále lepšej schopnosti pohybu sa stále viac od matky pokúša vzdalovať, ale vždy sa vracia pre emočné načerpanie (Mahlerová, Pine & Bergmanová, 2006). Dojča si vytvára bezpečnú vzťahovú väzbu vtedy, ak matka citlivo vnímavo a uspokojuje jeho potreby (Brisch, 2011). Ainsworthová zistila, že bezpečne pripútané deti prejavujú výrazné väzbové správanie, čo znamená, že pri odlúčení od matky ju volajú, nasledujú, hľadajú, plačú a sú vo viditeľnom strese, ale na matkin návrat reagujú s radosťou, potrebujú jej telesný kontakt a rýchlo sa dokážu upokojiť a vrátiť ku hre (in Brisch, 2011). Vavrda (2005) popisuje, že bezpečnú väzbu si vytvorí deti, ktoré mali emočne dostupných rodičov, schopných adekvátne

reagovať na signály dieťaťa. Tieto deti na základe ich doterajšej skúsenosti očakávajú, že matka bude dostupná a bude adekvátne a uspokojivo reagovať. Rodič je schopný sa afektívne vyladiť a tiež sa zmieriť občas s rolou pozadia. Možnosť vzájomného ovplyvňovania umožňuje dieťaťu mať pocit kontroly nad interakciou, navigovať rodiča tak, aby vstúpil do kontaktu, rozpoznať stav dieťaťa, vyladil sa na neho a tiež reguloval stavy dieťaťa v zmysle minimalizácie negatívnych zážitkov. Dieťa si tak zažíva vzťahovú skúsenosť, že jeho stav je rodičom empaticky zrkadlený. Tento koncept rovnako uvádza Kohut (1991), ktorý zdôrazňoval dôležitosť schopnosti empatie a zrkadlenia u materského objektu. Kastová (2011) popisuje tiež úspešné pripútanie detí ku svojim rodičom a ich možnosť tak prežívať vo svojej väzbe dôveru a istotu ako zdroj pre ich schopnosť nadväzovať vzťahy s ďalšími osobami vo svojom živote. Bowlby (2010) uvádza, že deti prežívajúce istotu vo vzťahu k oboj rodičom sú sebaistejšie a kompetentnejšie oproti tým, ktoré prežívajú neistotu aspoň voči jednému z rodičov. Dieťa teda môže mať odlišné vzorce vzťahovej väzby ku svojim rodičom (alebo opatrovateľom).

**Neistú – úzkostnú vzťahovú väzbu** alebo neisté pripútanie popisuje Bowlby (2012) u ľudí, ktorí majú sklony k neobvykle častému a silnému väzbovému správaniu, ktoré môže byť dlhodobé a bez zjavných príčin, teda nielen v stave núdze a nepokoja, kedy sa bežne a prirodzene väzbové správanie aktivuje. Necítia žiadnu istotu, že ich väzbové postavy budú dostupné a ochotné reagovať, keď to budú potrebovať, a prijali tak stratégiu zotrvať v ich tesnej blízkosti, aby si ich dostupnosť čo najviac zaistili. V jadre problému je tak obava z nedostupnosti alebo neochoty väzbových postáv. Títo ľudia môžu byť i vnímaní ako nadmerne závislí vo vzťahu. To, či je dieťa v stave úzkosti, istoty, či núdze, je do veľkej miery určené dostupnosťou a ochotou jeho hlavnej väzbovej postavy. Rufo (2009) popisuje neisté dieťa ako neustále sa obracajúce na matku, alebo ustavične sa jej vyhýbajúce, ktoré nie je schopné nadväzovať vzťahy s ostatnými ľuďmi a objektmi. V matkinej neprítomnosti, alebo aj prítomnosti, stráca oporný bod, sťahuje sa do seba a miesto, aby sa otvorilo svetu, jeho psychika mu bráni nadviazať so svetom kontakt. Bowlby (2010) zdôvodňuje, že ak človek nemal skúsenosť s povzbudzujúcou, spolupracujúcou matkou, obvykle to vedie ku osobnostným štruktúram, ktoré budú mať zníženú odolnosť, narušenú sebakontrolu, a to bude mať tendenciu pretrvávajúť. Spôsob štrukturalizovania osobnosti ovplyvní ďalej to, ako človek bude reagovať na budúce nepriaznivé udalosti. Brisch (2011) zhŕňa, že ak sa v interakcii so vzťahovou osobou

potrebám dieťaťa dostáva nedostatočnej alebo nekonzistentnej odpovede, prípadne i žiadnej, rozvíja sa neistá vzťahová väzba.

### 1.2.2. Delenie neistých – úzkostných vzťahových väzieb v detstve

Ďalšie dva subtypy neistej – úzkostnej vzťahovej väzby v delení popísala Bowlbyho spolupracovníčka Mary Ainsworthová (1978) a jednalo sa o neistú väzbu úzkostnú ambivalentnú a neistú väzbu úzkostnú vyhýbavú. Tieto typy charakterizovala na základe výskumu prostredníctvom experimentu „ISS“ – testu neznámej situácie (Infant strange situation), kedy pozorovala ročné deti v situácii odlúčenia od matky a ich opätovného stretnutia. Za najdôležitejší znak bola považovaná reakcia dieťaťa na návrat matky prejavovaná v troch oblastiach a to: 1. ako vyhľadáva dieťa blízkosť matky, 2. ako ľahko sa dá utíšiť, 3. ako rýchlo je schopné dieťa vrátiť sa ku hre. Hašto (2005) uvádza, že dieťa môže vykazovať v testovej situácii inú vzťahovú väzbu s jedným rodičom, a inú s druhým, teda môže disponovať odlišnými vzťahovými väzbami v závislosti od vzťahu ku jednotlivému rodičovi.

**Neistá väzba úzkostná ambivalentná** sa u dieťaťa v testovej situácii prejavuje intenzívnym reagovaním na návrat matky, ťažkosťou sa nechať rýchlo utíšiť a dlhším časom na návrat ku pôvodnej aktivite. Dieťa akoby možnosť utešenia matke znemožňuje, snaha a naliehavosť dostať čo najviac pozornosti sa kríži s ťažkosťou (vzdorom) túto pozornosť využiť (Vavrda, 2005). Kľúčová je tak ambivalencia, lebo dieťa reaguje veľkou nespokojnosťou na odlúčenie, ako i zlosťou pri návrate, kolíše medzi snahou sa priblížiť a odporom z kontaktu, akoby trestalo matku za opustenie, ale súčasne sa aj dožaduje jej prítomnosti (Lečbých & Pospíšilíková, 2012). Dieťa sa tak prejavuje veľkým znepokojením a hnevliвым lipnutím (Hughes & Riordan, 2010). Rodičia takýchto detí sú síce emočne dostupní, ale nespoľahlivo. Dieťa zažíva striedavo adekvátnu reakciu rodiča spolu s jeho nedostatočnou dostupnosťou, ako i častú vzťahovú skúsenosť, kedy rodič dieťa zahltí svojim afektívnym stavom. Dôvodom je nedostatočný rešpekt rodiča a neschopnosť sa na dieťa naladiť, rodič to robí príliš „po svojom“. Rodič nemusí mať kapacitu na odsunutie svojich emočných potrieb do pozadia v záujme dieťaťa. Výsledkom je u dieťaťa pocit neistoty a zdroj záťaže. Dieťa si nemôže byť isté, čo sa vo vzťahu bude diať a ako interakcia dopadne (Vavrda, 2005). Matky týchto detí oproti matkám s deťmi s

bezpečnou vzťahovou väzbou reagujú menej citlivo a empaticky, oscilujú medzi vrelosťou, láskavosťou a odmietaním. Sú viac emočne labilné (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

**Neistá väzba úzkostná vyhýbavá** sa u dieťaťa prejavuje v testovej situácii akoby žiadnym reagovaním na návrat matky, ako i na jej samotný odchod. Dieťa nevyhľadá jej blízkosť, akoby sa jej vyhýbalo, či ju ignorovalo. Javí sa ako ľahostajné, ale na fyziologickej rovine je stres prítomný. Dieťa sa učí potláčať svoje emócie, až s nimi úplne stratí kontakt, resp. ostanú len v telesnej rovine. Používa tzv. minimalizačnú stratégiu, kedy je obmedzené a eliminované správanie vyhľadávajúce blízkosť, čo slúži ku predchádzaniu zážitkov sklamaní, aby dieťa nezažívalo znovu vzťahovú skúsenosť, že na jeho afekt rodič nereaguje emočným vyladením. Rodičia na dieťa nedostatočne reagujú, málo vnímaví, či necitliví, a bývajú málo emočne dostupní. Avšak sú to často zodpovední rodičia, ktorí nedokážu identifikovať afektívne stavy dieťaťa, ako i svoje vlastné afektívne stavy. Môžu byť prítomné i verbálne prejavy bez sprievodnej mimiky, ako i ťažkosti prispôbiť sa vývojovej úrovni dieťaťa v komunikácii s ním (Vavrda, 2005). Matky týchto detí majú obvykle menší fyzický kontakt s dieťaťom, nejasnú komunikáciu, či odmietajú kontakt (Lečbych & Pospíšilíková, 2012).

**Neistá väzba úzkostná – dezorientovaná - dezorganizovaná** je typ väzby, ktorý bol identifikovaný neskôr a býva klasifikovaný súčasne s ďalším typom, či už bezpečným, ambivalentným, alebo vyhýbavým (Vavrda, 2005). V správaní týchto detí sa prejavuje trhlina, narušenie vzorca typu väzby, ktorý obvykle dieťa používa. Dochádza ku epizodám zrútenia sa tejto schémy a toto správanie nie je konzistentné, ťažko sa vysvetľuje a postráda cieľ (Hughes & Riordan, 2010). Hašto (2005) tiež popisuje tzv. prídavný charakter statusu dezorganizovanej väzby ku ostatným typom, a tento status poukazuje na nespracovanú traumu vo vzťahovej väzbe, ktorá má dezorganizačný vplyv na myslenie a cítenie. Autor tiež uvádza, že môže ísť len o 20 až 30 sekundové krátke sekvencie. Brisch (2011) píše, že i u detí s bezpečnou vzťahovou väzbou sa môže v krátkych sekvenciách prejavovať dezorganizované správanie a jeho vzorec býva kódovaný ako doplnkový. Mainová & Solomonová (1990) ako autorky charakterizovania tohto typu väzby popisujú chaotické prvky v reakcii dieťaťa v testovej situácii na odchod aj príchod matky. Upozorňujú na výraznú nepredvídateľnosť v správaní, rýchle a zvláštne striedanie tendencie ku priľnutiu i tendencie ku vyhýbaniu, s krátkym trvaním jednotlivých fáz. Objavuje sa i bizarné správanie ako strnulosť výrazu, chodenie do kruhu, zamrznutosť, či stereotypie (in Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Vavrda (2005) rovnako uvádza správanie dieťaťa v teste

na návrat matky ako podivné, môže napr. úplne stuhnúť, vykazovať rôzne disociačné prejavy, môže sa priblížiť k rodičovi s odvrátenou tvárou, striedavo sa vzdávať a približovať, je akoby v zovretí neriešiteľného konfliktu. Toto správanie často od štyroch až piatich rokov vymizne a je nahradené organizovaným správaním, často príliš kontrolujúcim, avšak vo vnútri dezorganizovaná väzba, resp. jej pracovný model ostáva. Rodičia majú nezrozumiteľné formy komunikácie s dieťaťom, čo má na neho dezorganizujúci vplyv, nepomáhajú mu tým organizovať jeho psychiku a regulovať jeho duševné stavy. Majú často správanie, ktoré dieťa desí, alebo sú sami v úzkosti a v hrôze, prípadne sa správajú nepredvídateľne a dezorganizujúcim spôsobom. Nevyriešiteľný konflikt vzniká pre dieťa v tom, že rodič je zdrojom hrozby, desu, ale má pritom poskytovať upokojenie a bezpečie. Patria sem tri skupiny rodičov: 1.rodičia týrajúci a zneužívajúci; 2.rodičia, ktorí majú ťažkosť kontrolovať svoje emočné stavy, ktoré dieťa desia; a 3.rodičia s nevyriešenými traumatickými skúsenosťami. Rodičia s nevyriešenou traumou sú pre dieťa znepokojujúci v situáciách, kedy môžu zažívať fleshbacky, alebo samotné dieťa v nich môže fleshbeka vyvolávať. U všetkých troch typov rodičov sa dieťa v rámci adaptácie musí snažiť vyladiť na náhle a prudké zmeny i výkyvy v duševných stavoch rodiča, ktoré sú nepredvídateľné. Tieto chaotické reprezentácie potom dieťa zvnútorňuje.

### **1.2.3. Reprezentácia vzťahovej väzby v dospelosti alebo ekvivalenty detskej vzťahovej väzby**

Brennan, Clark & Shaver (1998) upozornili, že pri delení na typy vzťahovej väzby by bolo optimálne nahliadať dvojdimenzionálne, ako na priestor, ktorý je organizovaný dvomi funkciami a to vzťahovou úzkosťou a vzťahovou vyhýbavosťou. Vzťahová úzkosť je definovaná ako strach z odmietnutia, separácie, či opustenia a vzťahová vyhýbavosť obsahuje pocit nepohody v situáciách nesúcich potenciál závislosti na druhom.

Reprezentáciou vzťahovej väzby v dospelosti sa začala zaoberať Mainová a podieľala sa na vzniku „AAI“ – **interview vzťahovej väzby dospelých** (Adult attachment interview), v ktorom boli dospelí dotazovaní na svoju minulosť, pričom spôsob podania vlastnej vzťahovej histórie ukazoval smerom k určitému typu väzby. Interview zachycuje stav mysli, kedy dotazovaný spomína na svoje skúsenosti s primárnymi vzťahovými osobami, a tento momentálny stav mysle odráža vzorce organizácie psychiky, jedná sa o semištrukturovaný rozhovor. V centre záujmu sú rané vzťahy s rodičmi a ako sa vyvíjali

v čase. Na základe AAI sú potom odvodené štyri typy mysle, ktoré sú priradené ku štyrom typom väzby (in Vavrda, 2005).

**Bezpečný stav mysle alebo autonómny, a bezpečne organizovaná vnútorná reprezentácia s oceňujúcim postojom ku vzťahovej väzbe**, sa prejavujú v AAI u dospelých, ktorí rozprávajú o pozitívnych zážitkoch s rodičmi a o situáciách, v ktorých zažívali útechu a láskyplnú starostlivosť. Ak sa v spomienkach objavuje bolesť, odlúčenie, či strata, nie je poškodená schopnosť o tom koherentne a diferencovane hovoriť, je prítomná sebareflexia (Brisch, 2011). Bezpečná vzťahová väzba je spojená s nízkou úzkosťou a nízkou vyhýbavosťou, je spojená s dôverou v lásku od partnera, v podporu, blízkosť i vzájomnosť (Brennan et al., 1998). Jedinec s touto väzbou podáva vyvážený obraz svojich skúseností v interview, má prístup ku spomienkam, nemá potrebu rodičov idealizovať ani zatracovať, je schopný mentalizácie a tiež pružného správania sa vo vzťahoch, tento typ väzby získal bezpečným pripútaním v detstve, alebo zážitkom iného významného vzťahu (priateľský, partnerský, alebo dôsledok psychoterapie), napriek ranej neistej vzťahovej väzbe. Tento typ väzby je jediná neobranná organizácia vzťahu, ostatné sú defenzívne, lebo spracovávajú skúsenosť s menej dostupnými, či nekonzistentnými rodičmi (Vavrda, 2005). V interview sa prejavujú takíto dospelí slobodne, vážia si hodnotu vzťahov, reflektujú pozitíva i negatíva, otvorene prejavujú náklonnosť, či sami poskytujú oporu, od svojich rodičov sú úspešne psychicky separovaní (Hašto, 2005).

**Zaujatý stav mysle alebo zapletený, a nieisto ambivalentne organizovaná vnútorná reprezentácia so zapleteným postojom ku vzťahovej väzbe**, sú odvodené, ak dospelí v AAI počas rozhovoru majú ťažkosti s podaním konzistentného obrazu, rozhovory s nimi sa zdajú byť veľmi únavné, sú plné detailov, zápletiiek a rozporov, ktoré sú často nevedomé (Brisch, 2011). Ľudia so zaujatým stavom mysle pôsobia závislo, úzkostne a ustrašene, často sú pohltení emóciami a negatívnymi postojmi ku vzťahovým osobám (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Pri interview sa prejavuje zahľtenie minulosťou, ich rané zážitky stále ovplyvňujú ich súčasný život a vzťahy. Vyskytuje sa u nich súčasne silný strach zo straty spolu s intenzívnou potrebou vzťahovej blízkosti. Výrazné býva i zaujatie krivdou spolu s ťažkosťou sa separovať od svojich rodičov (Vavrda, 2005). Meyer & Pilkonis (2008) uvádzajú, že dospelí so zaujatým typom väzby prežívajú pocity neistoty a pochybnosti ohľadne toho, že by mohli dostať spoľahlivú podporu. Očakávajú opustenie a neopätovanie svojej náklonnosti. Strach z odmietnutia a opustenia sa často u nich aktivuje mylnými interpretáciami v situáciách, ktoré sú neškodné. Následne potom reagujú

neprimerane silno a negatívne, a to hlavne v situáciách sociálnej interakcie, ktoré vnímajú ako ohrozujúce. A takýchto situácií je na základe ich skresleného vnímania mnoho. Hašto (2005) popisuje, že o raných zážitkoch sa v interview vyjadrujú veľmi nejasno, ich hodnotenia sú menlivé, ambivalentné a nerozhodné. Svoje vzťahy kvôli duševnému uviaznutiu v minulosti nedokážu reflektovať ani analyzovať.

**Opomíajúci stav mysle a dištancovaná – odmietavá – neisto vyhýbavo organizovaná vnútorná reprezentácia so znehodnocujúcim postojom ku vzťahovej väzbe**, sa vyhodnotia u dospelých, ktorí majú v AAI málo spomienok na detstvo (Brisch, 2011). Prejavujú sa dištancovane, od intímnych vzťahov majú odstup, vyhýbajú sa emóciám, hodnotu vzťahov popierajú (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Títo jedinci majú minimálne zážitky emočného zdieľania s rodičmi a preto v blízkych vzťahoch u nich emócie nemajú význam. Emócie nedokážu zdieľať ani rozpoznať. Neverbálne signály sú registrované málo, alebo vôbec (Vavrda, 2005). Meyer & Pilkonis (2008) popisujú, že dospelí s vyhýbavým typom väzby sa v blízkych vzťahoch cítia nepríjemne. Blízke vzťahy sú pre nich zdrojom stresu a v stresujúcich situáciách používajú obrany zamerané hlavne na stiahnutie sa a odstup. V snahe vyhnúť sa frustráciám popierajú vzťahové potreby. Blízkosť, dôvernosť a závislosť vo vzťahoch odmietajú, maximalizujú dištanc i snahu po nezávislosti a samostatnosti. Hašto (2005) uvádza, že môžu bagatelizovať bolestné výchovné metódy, ktoré zažili, alebo môžu referovať o negatívnych zážitkoch bez emócií. Vyskytnúť sa môže i pohrdanie vzťahovými osobami v snahe zachovať „odpojenie“ a deaktiváciu vzťahovej väzby, ktorá by mohla otvoriť pocity odmietnutia, či bolesti a sklamanania.

**Nevyriešený – dezorganizovaný stav mysle a neisto organizovanú vnútornú reprezentáciu vzťahovej väzby s nespracovanou traumou a/lebo stratou** nájdeme vo výpovediach osôb v AAI, ktorých obsah býva dezorganizovaný a dezorientovaný. V obsahu, myšlienkách i emóciách sa objavujú zlomy. V anamnéze sa často vyskytujú traumy, extrémne straty, zneužitie, či týranie, ktoré neboli spracované (Brisch, 2011). Rovnako vzťahy týchto osôb bývajú chaotické a nepredvídateľné. Častá je neschopnosť opustiť osoby, ktoré im môžu ubližovať, pretrvávajú v deštruktívnych vzťahoch, sú neistí a previnilí (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Podávané informácie v interview sú zmätené, nepresné, rozporné, nevyriešená trauma ovplyvňuje emočné reakcie. V emočných reakciách môžu byť depersonalizácie, fugy a amnézie. Táto väzba sa môže prejavovať i silne kontrolujúcim správaním, či už trestajúcim, alebo starostlivým, ktoré má viesť ku

obrannému ovládaníu situácie, aby bola predvídateľná a neopakoval sa zážitok traumatizácie. Tento typ väzby je najčastejšie spájaný s rôznymi formami psychopatológie (Vavrda, 2005). Počas interview sa môže vyskytnúť i úzkosť z dezintegrácie, ktorá je dôsledkom odštiepených a vytesnených traumatických spomienok (Hašto, 2005).

**Človek však pracuje súčasne s dvoma i viac pracovnými modelmi (vnútornými reprezentáciami vzťahovej väzby).** Najväčší vplyv na vnímanie a očakávania človeka, na jeho pocity a správanie, má ten model, ktorý sa vyvinul počas raných rokov. Je zostavený pomerne primitívne a je čiastočne, alebo úplne nevedomý. Pritom môže byť v človeku súčasne aktívny model druhý, ktorý môže byť radikálne odlišný, vyvinul sa neskôr, a môže byť mylne chápaný ako model dominantný (Bowlby, 2012). V praxi sa vyskytujú skôr „prechodové formy typov vzťahovej väzby“, a napr. dezorganizovaný typ sa môže aktivovať len v blízkom vzťahu, pričom v iných oblastiach svojho života môže človek fungovať bezpečne (Vavrda, 2005).



## 2. DEPRESIA

V druhej kapitole bude stručne popísaná depresia ako duševné ochorenie, nakoľko nás v tejto práci zaujíma vzťah teórie vzťahovej väzby a depresivity. V kapitole bude popísaný pojem depresie, jej etiológia, diagnostika a liečba.

Depresia ako duševné ochorenie môže byť niekedy na prvý pohľad veľmi nenápadné, zato však so závažnými dôsledkami pre kvalitu života človeka, ktorý ňou trpí. Praško (2015) upozorňuje, že ľudia postihnutí týmto ochorením môžu byť okolím odsudzovaní a vnímaní ako leniví, pohodlní, či málo snaživí s nedostatočnou vôľou. Rovnako Röhr (2012) píše o častom nerozpoznaní depresívneho ochorenia, ktoré je chápané viac ako slabosť, ktorá sa môže zvládnuť povzbudením, či snažením a vzchopením sa. Hašto (in Hautzinger, 2000) v predslove ku knihe o depresii uvádza depresiu ako najčastejšie sa vyskytujúcu duševnú poruchu, pričom jej veľká závažnosť pre spoločnosť spočíva v stratených rokoch, ktoré zahŕňajú práceneschopnosť, suboptimálne fungovanie, či skrátenie života, a pre samotného človeka niekedy i priepastné utrpenie. Svoje priepastné utrpenie napríklad podáva Styron (2015) vo svojej knihe, kde autenticky opisuje ako zápasil vo svojom živote s depresiou, ktorú okrem iného charakterizuje ako mučivé stavy, ktoré ho mnohokrát viedli ku skoro úplnému ochromeniu. Depresívne poruchy ako patriace ku najčastejším duševným ochoreniam popisuje i Vágnerová (2008). Látalová, Kamarádová & Praško (2015) uvádzajú, že 59 až 87 % obetí suicídia trpelo depresiou. Pritom ale najčastejšia diagnóza obetí suicídia bola depresia neliečená (Rihmer et al., 2006). Takisto pri téme rozšírenej samovraždy (kedy páchatel' suicídia najprv zabije svojich blízkych a potom seba) je zhoda autorov, že hlavnou diagnózou u páchatel'ov je depresia (Eliason, 2009). Skorá a efektívna liečba depresívneho ochorenia preto môže výrazne znížiť úmrtnosť, ktorá je dôsledkom dokonaných pokusov o samovraždu (Látalová et al., 2015).

## 2.1. Pojem depresie

Podľa MKCH-10 (WHO, 2008) depresia patrí medzi afektívne poruchy, teda poruchy nálady. Táto zmena nálady býva spojená i so zmenou v aktivite. Depresiu nájdeme:

1. pod F31 ako súčasť bipolárnej poruchy, fáza depresie je tu popísaná ako zhoršenie nálady a zníženie aktivity

2. dalej pod F32 ako depresívnu fázu, ktorá môže byť ľahká, stredná alebo ťažká, bez či s psychotickými príznakmi. V popise depresívnej fázy je zhoršená nálada, znížená energia a aktivita, narušenie záujmov, koncentrácie, spánku, chuti k jedlu, ľahká unaviteľnosť, zhoršené je sebahodnotenie, sebadôvera, prítomné sú pocity viny a beznádeje, strata libida

3. alebo pod F33 ako periodickú depresívnu poruchu, kde sú prítomné opakované fázy depresie, ktoré môžu byť znovu ľahké, stredné až ťažké. Pričom ťažšie formy periodickej depresívnej poruchy sa často chápu ako pojmy melanchólia, endogénna depresia, či tzv. veľká depresia

V DSM-5 (Barnhill, 2015) nastali viaceré zmeny oproti predchádzajúcim verziám, jednou z nich je aj to, že kapitola o poruchách nálady už nie je, miesto toho sú dve samostatné diagnostické triedy a to: bipolárna porucha a pridružené poruchy zvlášť a depresívne poruchy zvlášť. Pribudli i rôzne nové diagnózy v tejto oblasti, ako: perzistujúca depresívna porucha (dystýmia), disruptívna porucha regulácie nálady, predmenštruačná dysforická porucha, depresívna porucha indukovaná látkami, pretrvávajúca komplexná porucha spojená so zármutkom. Kritéria pre „veľkú depresívnu poruchu“ (major depression disorder) ostali nezmenené.

Diagnostické kritéria pre veľkú depresívnu poruchu sú: depresívna nálada, strata záujmov či potešenia z činnosti, významný pokles či nárast váhy, nespavosť alebo nadmerná spavosť, psychomotorický útlm či vzrušenie, prežívanie viny či bezcennosti, únava alebo strata energie, narušenie myslenia, neschopnosť sústredenia, myšlienky na smrť, samovražedné úvahy či pokusy. Naplnených musí byť aspoň päť príznakov, ktoré trvajú aspoň dva týždne a ovplyvňujú bežné fungovanie, a aspoň jeden z príznakov je depresívna nálada alebo strata záujmov a potešenia.

Depresie môžu byť ako samostatná diagnóza, ale i ako súčasť iných duševných i telesných ochorení a patria pravdepodobne ku najčastejším psychickým poruchám. Vždy

však ide o intenzitu a dĺžku trvania príznakov, pretože tieto všetky pocity a ťažkosti bývajú i normálnymi a zdravými reakciami v živote človeka, prostredníctvom ktorých môže prežívať stratu, neúspech, sklamanie, záťaž a osamelosť (Hautzinger, 2000). Depresia na rozdiel od bežného smútku a žiaľu nad stratou zahŕňa intenzívnejšie pocity viny, bezcennosti, suicídálne úmysly a znižuje funkčné schopnosti, resp. bežné denné fungovanie človeka (Barnhill, 2015). Depresívny syndróm ku najčastejším psychiatrickým syndrómom radí i Dušek & Večeřová-Procházková (2015).

Depresívne symptómy sa môžu vyskytovať jednotlivito alebo i súčasne s ďalšími, pričom medzi ne patria veľmi rôznorodé príznaky, ktoré môžeme rozdeliť medzi emočnú oblasť, imaginatívno-kognitívnu oblasť, motivačnú oblasť, oblasť správania, motoriky a vyzoru a fyziologicko-vegetatívnu oblasť (Hautzinger, 2000). Za hlavné tri okruhy bývajú považované: smutná nálada, spomalené myslenie a utlmená psychomotorika. Rozvinutie syndrómu býva postupné, ale nástup môže byť niekedy aj akútny. Môže začať nešpecifickými telesnými príznakmi. Utlmené a spomalené myslenie sa môže niekedy chybné diagnostikovať ako kognitívny deficit, či príznaky demencie. Telesné ťažkosti sú často v oblasti hrudníka a krku (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

## 2.2. Etiológia depresie

Etiológia depresie zatiaľ nie je úplne známa. Na jej vzniku sa podieľa mnoho vplyvov (Sedláčková, Ocisková & Praško, 2013). Medzi etiologické faktory radíme biologické a psychologické faktory (Heretik, 2007). Krejčířová (2006) uvádza delenie na hereditárne a psychosociálne faktory. Hautzinger (2000) uvádza medzi relevantné biologické a psychologické faktory tieto rôzne modely, ktoré predstavujú rozličné navzájom sa dopĺňujúce uhly pohľadu na depresívnu poruchu: životné udalosti a sociálne faktory, aspekty osobnosti, nedostatok pozitívneho posilňovania a negatívne interakcie, strata kontroly a bezmocnosť, dysfunkčné kognitívne schémy, genetické faktory, porušená neurotransmisia, neuroendokrínologické poruchy, spánok a cirkadiálny rytmus, multifaktoriálne výklady.

### 2.2.1. Biologické vysvetlenia

Genetické štúdie potvrdzujú genetický podklad afektívnych porúch. Všeobecná zákonitosť spočíva v dedení vulnerability ku určitému typu duševného ochorenia a aktivovanie tohto ochorenia závisí od ďalších vnútorných i vonkajších faktorov. V neurobiológii depresie sú dôležité biochemické, neurofyziologické a neuroendokrínologické procesy. Biochemicky sú dôležité zistenia o poklese norepinefrínu pri depresii, o antidepressívnom účinku zvýšenia hladiny noradrenalínu a dopamínu, o výraznom poklese serotonínu pri depresii. Neurofyziologické výskumy zistili abnormity elektrofyziologickej aktivity mozgu počas spánku u depresívnych pacientov a neuroendokrínologické výskumy objavili zvýšený kortizol (Heretik, 2007).

### 2.2.2. Psychologické vysvetlenia

Asi najspoľahlivejšo zistený a spomínaný bez ohľadu na typ teórie je psychologický prvok, ktorým je pojmem straty (Styron, 2015).

## Psychodynamické vysvetlenia

Freud (2002) vo svojej interpretácii depresie, (používa názov „melanchólia“) sa snaží najprv o rozlíšenie „normálneho smútku“ a melanchólie. Smútok je reakciou na stratu, ktorá môže byť konkrétna (smrť) i symbolická (priania, ideály). V tejto situácii straty môžu niektorí ľudia reagovať miesto smútku melanchóliou. Smútok má tie isté rysy ako melanchólia, ale na rozdiel od melanchólie smútok neobsahuje narušenie pocitu seba samého. Melanchólia je tiež ako smútok reakciou na stratu, avšak častejšie je tu strata skôr symbolická, či ťažko rozpoznateľná a nevedomá oproti smútku, kde býva strata vedomá.

Bowlby (2010, 2012, 2013) poruchy vzťahovej väzby (pripútania) považuje za rozhodujúce v etiológii depresívnych a úzkostných porúch. Strata môže byť i intrapsychická a symbolická vo forme rodiča, na ktorého sa nedá spoľahnúť, prerušované pripútania spôsobujú nestabilné vzťahy s rodičmi alebo ich odmietavé správanie. Výsledok je predstava seba ako niekoho, kto je neschopný vzbudiť lásku a predstavy o druhých ako necitlivých a odmietavých, čím vzniká náchylnosť ku reakcii depresiou v neskoršom živote v situácii straty alebo núdze, časté je vnímanie týchto strát ako vlastných zlyhaní kombinované s očakávaním malej podpory od druhých.

Busch, Rudden & Shapiro (2006) píšú o jadrovej dynamickej formulácii depresie, ktorá sa skladá z dvoch všeobecných modelov depresie, pričom prvý hovorí o agresii voči druhým ľuďom, ktorá je však otočená voči sebe samému a druhý model, ktorý sa zameriava na problematickú sebaúctu ľudí s depresiou a ich nadmerné i nenaplniteľné očakávania a nároky voči sebe. Modely sa môžu i kombinovať a za základ pre vulnabilitu ku depresii je považovaná narcistická zraniteľnosť ako ústredný faktor vo vývoji depresie. Pričom v centrálnej dynamike depresie nájdeme okrem narcistickej zraniteľnosti aj konfliktný hnev, prísne superego, z neho prameniace pocity viny a hanby, idealizované a znehodnocované očakávania od seba i od druhých a charakteristické obrany pre ľudí s depresiou ako popretie, projekcia, pasívna agresia, identifikácia s agresorom a reaktívny výtvor. Narcistická zraniteľnosť alebo vulnabilita je sklon a senzitivita reagovať na sklamania a znevažovania výrazným znížením sebaúcty. Vzniká pri raných skúsenostiach či vnímaní straty, bezmocnosti alebo odmietania, separácie alebo odlišnosti, či choroby. Smútok a núdza z vyššie uvedeného sú prežívané ako dôkaz osobného poškodenia, každé ďalšie sklamanie či znevaženie je vnímané ako potvrdenie tohto osobného poškodenia a zlyhania, čo spúšťa hnev voči druhým ľuďom a ten zas pocity viny.

Lahko aktivovaný hnev pri pocite zranenia sa obracia voči sebe a tým ďalej znižuje sebaúctu. Nízka sebaúcta môže vyvolať potom obranné idealizovanie seba alebo druhých, či znehodnocovanie druhých. Spúšťajúcimi faktormi pre depresiu tak môžu byť reálne alebo domnelé straty, reálne alebo domnelé odmietania, zlyhanie v dosahovaní perfekcionistického egoideálu alebo pocity viny a hanby za svoje sexuálne či agresívne fantázie spôsobené prísnyim superegom.

### **Kognitívne vysvetlenia**

Kognitívna najstaršia teória je racionálno emočná terapia od Ellisa, ktorá popisuje tzv. model A - B - C, zložený z aktivizujúcej udalosti (A), postojov a presvedčení (B) a následkov (C). Dôraz je kladený na B - ako vmedzerené premenné, ktoré obsahujú iracionálne presvedčenia a očakávania, často ani neuvedomované, pretože si človek myslí a má pocit, že po udalosti (A) sú hneď následky (C). Rozhodujúce je preto pracovať na kognitívnej reštrukturalizácii, pretože depresia je odvodená od tohto vzájomného procesu, v ktorom myšlienky a postoje pôsobia na jej vznik a udržovanie. (in Baštecká, 2015; Heretik, 2007; Kratochvíl, 2012)

Ďalšie kognitívne vysvetlenie depresie založil A.T.Beck, kde definoval kognitívnu triádu depresie, ktorá obsahuje negatívny obraz seba, sveta i budúcnosti. Základnou myšlienkou kognitívnej teórie je, že poruchy myslenia sú primárne a poruchy emotivity a vitálnych funkcií sú ich následkom. Depresívnymi poruchami myslenia sú automatické myšlienky, v ktorých sa prejavuje množstvo kognitívnych omylov a skreslení ako: zovšeobecňovanie, negatívna selekcia, katastrofické scénáre, vzťahovačnosť a čierno biele myslenie (in Heretik, 2007; in Greenberger & Padesky, 2003).

### **Seligmanova teória naučenej bezmocnosti**

Seligman predpokladal spojenie medzi depresiou a naučenou bezmocnosťou. Tvrdil, že depresia reprezentuje typ naučenej bezmocnosti a je spúšťaná traumatickou udalosťou, ktorú človek nemohol ovplyvniť. Vzniká tak presvedčenie o nezávislosti vlastného správania a následkov, teda postoj beznádeje ohľadne možnosti veci meniť a ovplyvňovať. Metódy, ktoré redukovali naučenú bezmocnosť sa ukázali ako efektívne i pri liečbe depresií. Autor napokon teóriu reformuloval, svoj predpoklad upravil na to, že naučená bezmocnosť je len jedným z rizikových faktorov vzniku depresie. Dôležitým prínosom

jeho teórie je i pojem atribučný štýl, ktorý tiež významne vplýva na vznik depresie, depresívni ľudia pripisujú zlyhaniu vnútorné a stabilné príčiny, zatiaľ čo úspechu pripisujú príčiny vonkajšie a nestabilné. Tým sa ďalej posilňuje vnímanie náhodnosti medzi svojim správaním a následkami a z toho vyvolaný pocit osobnej bezmocnosti (in Hall & Lindzey, 1997).

### **Kognitívno behaviorálne vysvetlenia**

Kognitívno behaviorálne vysvetlenie je založené na teórii učenia. Hlavný postulát je, že depresia je zapríčinená naučeným spôsobom myslenia a konania a tento spôsob je možné preučiť, resp. preodmieňovať z depresívneho na konštruktívny. Po úspešnej zmene spôsobu myslenia a správania je ovplyvnená a pozitívne upravená i nálada, resp. emócie. Behavioristická perspektíva depresiu odvodzuje zo straty alebo trvalej absencie pozitívneho posilnenia od okolia, k čomu sa pripája i nedostatok sociálnych kompetencií depresívnych ľudí. Kognitívna perspektíva vyvodzuje depresiu z poruchy myslenia, pričom jadrové sú maladaptívne kognitívne schémy zložené z postojov a presvedčení, ktoré vplývajú na život človeka a prispievajú ku vytváraniu a udržiavaniu tzv. bludného kruhu. Bludný kruh depresie je emočné prežívanie ako následok previazania, ktoré v sebe zahŕňa vzájomne na seba pôsobiace zložky ako: negatívne myslenie, depresívne emócie, pasívne a vyhýbavé správanie a telesné príznaky depresie. Presnejšie sa jedná o to, že na situačný spúšťač sa napoja automatické myšlienky, ktoré vyvolajú tomu adekvátne emócie, čo vplýva na telesné pocity a ďalej na ďalej na správanie (Praško et al., 2015).

## 2.3. Diagnostika depresie

Diagnosticky je dôležité odlíšiť, či sa jedná len o samostatný symptóm depresívnej nálady alebo syndróm, ktorý zasahuje nielen emócie, ale i myslenie a psychomotoriku alebo sa jedná o samostatnú diagnózu depresívnej poruchy (Kolibáš, 2010). Ďalej sa snažíme odlíšiť, či ide o unipolárne ochorenie, kde sa vyskytujú len depresívne fázy, alebo je to bipolárne ochorenie, prípadne trvalá porucha nálady (Heretik, 2007). Okrem základných klinických metód v psychologicknej diagnostike ako je pozorovanie, rozhovor, anamnéza a analýza spontánnych produktov, používame i testové metódy, do ktorých patria výkonové testy a testy osobnosti (Svoboda, 2010). Dôležitá je snaha o zásadu multidimenzionálnosti a viacúrovňovosti, teda snahy interpretovať a chápať výsledky testov s ohľadom na anamnézu a štruktúru osobnosti. Do špecifických metód psychodiagnostiky depresie, alebo do metód, ktoré sa tiež dajú na psychodiagnostiku depresie použiť, patria napríklad tieto:

1.sebapodhodnocujúce škály a dotazníky depresie: BDI – *Beckova škála depresie* (Beck, 1961), *Wechslerova škála depresie* (Wechsler, 1974), SDS – *Zungova škála depresie* (Zung, 1965), škála depresie ako súčasť multidimenzionálnych osobnostných dotazníkov, napr. MMPI – *Minnesotský mnohofázový osobnostný dotazník*, PI – *Dotazník osobných záujmov*

2.objektívne posudzovacie škály: HAMD – *Hamiltonova škála depresie* (Hamilton, 1960), MADRS – *Montgomeryho a Asbergova škála depresie* (Montgomery, Asberg, 1979)

3.výkonové metódy: WAIS-R, *Bourdonov diskriminačný test*, *Bentonov vizuálno-retenčný test*

4.projektívne metódy: *Rorschachova metóda*, *Slovno-asociačný experiment*, *Hand-test*, *Kresba ľudskej postavy* (Heretik, 2007).

Roth, Preiss & Uhrová (1999) popisujú špecifický štruktúrovaný rozhovor pri diagnostike depresie, ktorý sa skladá zo sedemnástich oblastí, vychádzajúcich z BDI - škály a ďalej uvádzajú špeciálne škály pre deti a pre seniorov, ako je CDI – *Children's Depression Inventory-škála depresie pre deti* a GDS – *Geriatric Depression Scale-škála depresie pre seniorov*.



Pri diagnostike depresie u detí dbáme na to, že prejavy sú síce podobné ako u dospelých, ale u detí sú častejšie somatické prejavy a regresívne prejavy (Krejčířová, 2006).

## 2.4. Liečba depresie

Liečbu depresie môžeme rozdeliť na biologickú a psychologickú.

Do biologickej liečby patrí elektrokonvulzívna liečba (ECT), fototerapia a psychofarmakoterapia (Heretik, 2007). Sedláčková et al. (2013) uvádzajú medzi možnosťami liečby okrem vyššie uvedených aj metódy, kde sa ešte musí upresniť indikácia ako sú: repetitívne transkraniálne magnetické stimulácie (rTMS), hlboké mozgové stimulácie (DBS), stimulácie nervus vagus, spánková deprivácia, spánkový posun a aeróbne cvičenie. Pričom ako hlavnú voľbu v liečbe popisujú podávanie antidepresív, u miernej až stredne ťažkej depresie to môže byť iba psychoterapia a ideálnym je kombinácia farmakoterapie a psychoterapie.

Existujú viaceré výskumy, ktoré potvrdzujú dôležitosť a priaznivé účinky fyzickej aktivity na duševné zdravie, resp. využitie stredne intenzívnej fyzickej aktivity ako doplnkovej terapie pri liečbe duševných ochorení. Autori uvádzajú aj vlastnú skúsenosť, kedy na psychiatrickom oddelení vytvorili skupinu pacientov pre aerobný tréning, do ktorej boli zahrnutí pacienti s ľahkou až stredne ťažkou depresiou, úzkostnými poruchami i závislosťami (Poliaková & Hašto, 2006).

Psychologická liečba zahŕňa rôzne druhy psychoterapií. V zásade by malo ísť vždy o to, aby človek porozumel vlastnej situácii, pochopil svoje ochorenie a vytvoril si lepší vzťah k sebe, ku svetu a ku druhým ľuďom (Vágnerová, 2008).

### **Psychodynamická psychoterapia depresie**

Psychodynamickú psychoterapiu depresie môžeme chápať aj ako metódu na redukciu vulnerability ku depresii. V depresii zohráva dôležitú úlohu neurofyziologická a psychologická vulnerabilita, ktorá predisponuje človeka ku pretrvávajúcim symptómom či ku opakovaniu a návratu depresie. Psychodynamická psychoterapia depresie exploruje vnútorné konflikty a nevedomé problémy, pričom je tu psychodynamický prístup upravený na špeciálnu dynamiku, ktorá depresívne symptómy a syndrómy spúšťa. Je odporúčaná pre pacientov s ľahkou alebo stredne ťažkou veľkou depresiou alebo pre pacientov s

dystýmnou poruchou. Pacientom s ťažkou depresívnou poruchou je odporúčaná až po zastabilizovaní medikáciou. Psychodynamická liečba môže byť realizovaná ako krátkodobá, zameraná na odstránenie depresívnych symptómov alebo ako dlhodobá, zameraná na redukovanie charakterovej a intrapsychickej vulnerability ku opakovaniu depresie. Techniky používané v liečbe sú: klarifikácia; konfrontácia; interpretácia obrany, genézy, konfliktu, superega, prenosu; pozornosť venovaná protiprenosu. Cieľom a úspešným záverom liečby by malo byť to, že pacient je menej náchylný ku reakcii depresiou pri strate, sklamaní, či kritike; dokáže lepšie zvládať depresívne a agresívne emócie; je menej náchylný ku vine a sebaznehodnocovaniu; je schopný realistickejšie vnímať správanie i motiváciu u seba i druhých (Busch et al., 2006). V rekonštrukcii minulosti u depresívnych osobností je potrebné spracovať a sú časté témy kritických rodičov, bolestných odlúčení, odmietnutia a traumy. Riziká nevhodnej liečby sú napríklad vo zvýšení a prehĺbení depresie i suicidálnych tendencií, ak sa klient bude cítiť odmietaný a opustený. (McWilliams, 2015).

### **Interpersonálna psychoterapia depresie - IPT**

Základná myšlienka interpersonálnej psychoterapie je v zameraní sa na spojenie depresie a jej sociálneho a interpersonálneho kontextu. IPT je liečba časovo limitovaná, fokusovaná, zaujíma ju súčasný sociálny kontext pacientovej depresie, jeho súčasné interpersonálne problémy. IPT má tri úrovne: stratégie, techniky a terapeutický postoj. V prvej fáze sa preskúmajú depresívne symptómy, depresia sa uvedie do interpersonálneho kontextu, identifikujú sa problémové hlavné oblasti, vysvetlia pojmy IPT, stanoví rámec liečby a uzavrie liečebný kontrakt. Prvá fáza obsahuje tiež diagnostické posúdenie, zváženie medikácie, poučenie pacienta o depresii a ponúknutie interpersonálnej konceptualizácie pacientovho problému. V strednej fáze terapeut volí stratégie podľa príslušnej problémovej oblasti pacienta, v manuáli sú štyri: zármutok, interpersonálny rozpor v súvislosti s rolou, premeny rolí a interpersonálne deficity. Pacient môže pracovať na jednej hlavnej oblasti, ale môže ich byť aj viac spolu. Sedenia sú zamerané skôr na prítomnosť a súčasné problémy, dianie, udalosti, interakcie, ladenie, symptómy; „tu a teraz“; než na otázky detstva a vývinu. Terapeut je aktívny a podporný. Posledná fáza je zameraná na podnietenie pacientovho uvedomenia a konsolidácie jeho ziskov z liečby, aby si vyvinul spôsoby, ako bude v budúcnosti rozpoznávať a súčasne zvládať depresívne symptómy

(Weissman, Markowitz & Klerman, 2010). Cieľom IPT je zlepšiť interpersonálne fungovanie a zredukovať symptómy. Efektívnosť IPT bola preukázaná mnohými empirickými štúdiami (Levenson, Butler, Powers & Beitman, 2005).

### **Krátka dynamická psychoterapia depresie**

Indikácie ku krátkodobej psychoterapii sa týkajú hlavne neurotických depresií. Dôležité je v terapii nájsť vyvolávajúci zážitok. Ten sa obvykle týka straty objektu, ktorá sa buď udiala alebo hrozí. Strata je spojená s podobnou konšteláciou z raného detstva a stáva sa jej oživením. V dynamike je centrálné, že spúšťajúca udalosť je prežívaná ako strata, ktorá zasahuje sebahodnotenie a znižuje sebaúctu, prežívaná je ako sklamanie a spúšťa agresiu. Hnev však nie je možné kvôli superegu odreagovať, v liečbe tak ide hlavne o spracovanie agresie, ktorá je zameraná voči sebe. Postup sa dá zjednodušene zhrnúť do troch krokov: spracovať sklamanie; pocítiť, prijať a uvedomiť si svoj hnev a spracovať pocity viny z toho prameniace. Medzi aspekty liečebnej techniky patrí: fokus na obmedzený cieľ - na ohraničený konflikt; špeciálny rámec terapie - liečba trvá 10-30 hodín v týždenných intervaloch; anamnéza v rámci prvého interview; psychodynamická hypotéza o genéze symptómov; aktívna a cielená interpretácia len v rámci fokusu - centrovaná na hlavný konflikt; potvrdenie, povzbudenie; pomoc pri zlepšení pacientovej sebareflexie i testovaní reality; práca s prenosom a protiprenosom; prepracovávanie (Beck, 2005).

### **Kognitívno-behaviorálna psychoterapia depresie - KBT**

Tento typ liečby sa snaží o odstránenie depresívneho spôsobu myslenia a o úpravu maladaptívnych vzorcov správania. KBT liečba je indikovaná pre pacientov s ľahkou a stredne ťažkou depresiou. Pacient sa učí zaobchádzať so svojimi symptómami, trénuje si schopnosti pre zvládanie stresu, zlepšuje si sociálnu adaptáciu a sebavedomie. Medzi základné postupy patrí: porozumenie depresii a jej príznakom, plánovanie aktivity, práca s myšlienkami - kognitívna rekonštrukcia, nácvik relaxačných techník, nácvik komunikácie, nácvik asertivity a nácvik metódy riešenia problémov (Praško et al., 2015). KBT je štruktúrovaná a na problém orientovaná, konkrétna a špecifická liečba, ktorá obsahuje kognitívne i behaviorálne metódy. V prvej fáze sa určia kľúčové problémy a vytvorí terapeutický vzťah. V druhej fáze sa sprostredkuje pacientovi terapeutický model.

V tretej fáze sa trénuje budovanie aktivít, ktoré sú zdrojom lepšieho emočného stavu. Štvrtá fáza sa zameriava na sociálne kompetencie a piata fáza je sústredená na kognitívne techniky a prácu s myslením. Cieľom KBT je naučiť pacienta zastaviť tzv. depresívnu špirálu a konštruktívne ju otočiť, čím sa dosahujú zmeny na kognitívnej, behaviorálnej i emocionálnej úrovni (Hautzinger, 2000).

### **2.4.1. Komorbidita depresie**

Častá komorbidita afektívnych porúch je s úzkostnými poruchami a závislosťou na psychotropných látkach (Heretik, 2007) ako i komorbidita depresie s poruchami osobnosti, pričom prevažuje hraničná porucha osobnosti (Sedláčková et al., 2014). Depresívny syndróm sa často vyskytuje spolu s ďalšími psychickými poruchami ako sú: organické psychické poruchy, schizofrénie, schizoafektívne poruchy, syndróm závislosti, niektoré akútne a prechodné psychotické poruchy, reakcie na závažný stres, niektoré poruchy osobnosti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Výskyt depresívneho syndrómu je teda pri depresívnych stavoch rôznej etiológie a často sa kombinuje i s anxióznym syndrómom (Kolibáš, 2010). Depresia môže byť sprievodným symptómom i u mnohých neurologických ochorení. Zvýšené riziko vzniku depresie je u cievnych mozgových príhod; u epilepsie; u roztrúsenej sklerózy mozgomiechovej a iných autoimúnnych či zápalových ochorení; u Huntingtonovej chorey; u Parkinsonovej choroby; u Alzheimerovej choroby; pri traumách centrálneho nervstva; pri chronickej bolesti; pri afázii. Depresia môže byť i vyvolaná terapiou iného ochorenia, pretože veľa druhov liekov môže vyvolávať depresívne symptómy (Roth, Preiss & Uhrová, 1999). Suicídne riziko môže byť závažným faktorom pri liečbe depresie. Koutek & Kocourková (2003) uvádzajú, že existujú rôzne názory o tom, či každé suicídne konanie je duševnou poruchou, či ide o poruchu sebazáchovného pudu a tým má byť vždy suicídne konanie považované za prejav duševnej poruchy. Autori zastávajú kompromisný názor, že časť suicidií súvisí s psychiatrickou poruchou, avšak môže existovať i suicídium bez patologického podkladu. Uvádzajú tiež štatistiku, v ktorej najčastejšia duševná porucha spojená s dokonaným suicídiom je afektívna porucha. Depresívny syndróm je psychiatrickou diagnózou, s ktorou je suicídne konanie spájané najčastejšie.

### 3. ZÁVISLOSŤ

V tretej kapitole bude stručne popísaný pojem závislosti, jej etiológia, diagnostika a liečba. V tejto práci bude pojem závislosti používaný hlavne v zmysle závislosti na psychoaktívnych látkach.

#### 3.1. Pojem závislosť

Podľa MKCH-10 (WHO, 2008) závislosť nájdeme ako možnú súčasť kódov F10 až F19 v skupine duševných porúch a porúch správania spôsobených užívaním psychoaktívnych látok. Tieto poruchy členíme na: akútnu intoxikáciu, škodlivé použitie, syndróm závislosti, psychotickú poruchu vyvolanú užívaním, psychotickú poruchu reziduálnu a s neskorým nástupom, odvykací stav bez či s deliriom, amnestický syndróm. Kódy 10 až 19 potom konkrétne určujú o aký druh psychoaktívnej látky ide, členíme na: alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedatíva a hypnotiká, kokain, iné stimulantie vrátane kofeínu, halucinogény, tabak, prchavé rozpúšťadlá, užívanie dvoch a viac psychoaktívnych látok súčasne.

#### Syndróm závislosti na psychoaktívnych látkach podľa MKCH-10:

*„Súbor behaviorálnych, kognitívnych a fyziologických stavov, ktorý sa vyvíja po opakovanom užití substancie a ktorý typicky zahŕňa silné pranie užiť drogu, narušené ovládanie pri jej užívaní, pretrvávajúce užívanie tejto drogy aj napriek škodlivým následkom, priorita v užívaní drogy pred ostatnými aktivitami a záväzkami, zvýšená tolerancia na drogu a niekedy somatický odvykací stav. Syndróm závislosti môže byť na špecifickú psychoaktívnu substanciu (napr. tabak, alkohol alebo diazepam), na skupinu látok (napr. opioidy) alebo na širšie rozpätie farmakologicky rozličných psychoaktívnych substancií.“ (WHO, 2008, s.198)*

Najzávažnejšou a najrozšírenejšou závislosťou je závislosť na alkohole, závislosť na ostatných psychoaktívnych látkach sa tiež stáva veľkým problémom zdravotníckym i celospoločenským (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Počet alkoholikov je stále vyšší než počet závislých na iných drogách, pričom pomer mužov a žien závislých od alkoholu je 4:1 a rizikom vzniku závislosti na iných drogách sú najviac ohrození mladí ľudia vo veku 15-24 rokov (Vágnerová, 2008). 26 až 55 % ľudí, ktorí boli obeťou suicídia, alebo sa o suicídium pokúsili, trpelo abúzom psychoaktívnych látok, pričom závislosť na návykových látkach popri depresívnych poruchách a impulzivite patrí medzi najčastejšie

prediktory suicidálneho pokusu (Látalová et al., 2015). Riziko suicidálneho správania zvyšuje zneužívanie drog (Kocourková in Krejčířová, 2006).

Pojem závislosť však existuje i v iných kategóriach. Poznáme skupinu tzv. nelátkových závislostí alebo návykového správania, medzi ktoré patrí: patologické hráčstvo, závislosť na nakupovaní, na práci, na sexe, či závislostné správanie v rámci porúch príjmu potravy. Nie všetky však nájdeme v MKCH či DSM. Podľa MKCH-10 patologické hráčstvo je zaradené medzi poruchy osobnosti a správania u dospelých F60 až F69, konkrétne pod F63.0 do kategórie nutkavých a impulzívnych porúch. Závislosť na sexe, alebo nadmerné sexuálne nutkanie je zaradené do sexuálnych porúch, ktoré nie sú spôsobené organickou poruchou, pod F52.7. a závislostné správanie v rámci porúch príjmu potravy patrí do skupiny syndrémov porúch správania spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi, konkrétne pod F50 (WHO, 2008). Nešpor (2011) spája všetky tieto závislosti ako je patologické hráčstvo, závislosť na nakupovaní, na práci, na sexe, či závislostné správanie v rámci porúch príjmu potravy do skupiny návykového správania. Uvádza, že závislosť na nakupovaní nie je síce priamo v MKCH pomenovaná, ale že sa prikláňa ku jej zaradeniu do návykových a impulzívnych porúch pod F63.8., konkrétne ako „iná návyková a impulzívna porucha“. Závislosť na práci popisuje ako reálny problém v praxi, ktorý však v diagnózach nie je. Křivohlavý (2009) popisuje delenie závislostí na dva druhy, na substančnú závislosť a závislosť procesuálnu. V substančnej teda ide o látku, zatiaľ čo v procesuálnej ide o určitý druh činnosti.

**Podľa DSM-5** (Barnhill, 2015) je syndróm závislosti na psychoaktívnych látkach deväť diagnostických znakov, patrí medzi ne: užívanie látky vo väčších množstvách alebo dlhší čas, než bolo v úmysle; pretrvávanie túžby po látke alebo neúspech pri jednom až viacerých pokusov zanechať užívanie látky alebo užívanie dostať pod kontrolu; veľké množstvo času venované na aktivity ohľadne látky, jej získavania, jej užívania, ako i zotavovania sa z jej následkov; opakovaná intoxikácia alebo abstinenčné príznaky zasahujúce do času na plnenie pracovných povinností, či školských povinností alebo povinností v domácnosti alebo fyzicky rizikové užívanie; redukcia alebo úplné vzdanie sa pracovných, spoločenských i rekreačných záujmov, ktoré boli predtým dôležité, kvôli užívaniu látky; trvalé užívanie látky i popri uvedomovaní si jeho dopadu na problémy v spoločenskej, psychologickkej i telesnej oblasti, ktoré buď priamo spôsobuje alebo zhoršuje; zvýšená tolerancia ako nárast najmenej o 50% v užívaní množstva látky a potreba výrazne zvyšovať množstvo, aby bol dosiahnutý pôvodný účinok látky;

abstinenčné príznaky; užívanie látky len na vyhnutie sa abstinenčným príznakom alebo na ich zmiernenie.

### 3.2. Etiológia závislosti

Závislosť na psychoaktívnych látkach je multifaktoriálne podmienená, dôležité je spojenie a vzájomná interakcia medzi somatickými a psychickými vlastnosťami jednotlivca a jeho sociálneho prostredia, ktoré je zložené zo všeobecných sociokultúrnych faktorov, z menších sociálnych skupín i zo situačných podnetov ako je i aktuálna dostupnosť drogy. Do vonkajších etiologických faktorov patria i vlastnosti drogy, ako je zloženie a druh psychoaktívnej látky, pretože jej chcemické zloženie má priamy vplyv na intenzitu a rýchlosť možného vzniku závislosti. Faktory na strane jednotlivca sú: genetické dispozície, biologický základ v individuálnom spracovaní drogy v organizme, motivácia, spôsob emočného prežívania, spôsob uvažovania a hodnotenia situácie, vplyv mechanizmov učenia, tendencia k určitému spôsobu správania, osobnostné vlastnosti. Faktory na strane prostredia sú: spoločnosť, mestské versus vidiecke prostredie, rodina, sociálna skupina, úroveň vzdelania, sociálna deprivácia (Vágnerová, 2008).

Nešpor (2011) uvádza rizikové a protektívne faktory, kedy osobnosť, rodina, vplyvy širšieho prostredia môžu človeka ochrániť pred vznikom a rozvojom závislosti, zatiaľ čo tie isté faktory môžu byť práve i zdrojom pre možný vznik a rozvoj závislosti.

Kalina (2008) vychádza pri vysvetľovaní etiológie závislosti z bio-psycho-sociálneho modelu, vznik a rozvoj závislosti má svoj biologický, psychologický, sociálny i spirituálny predpoklad. Biologickým predpokladom môže byť užívanie psychoaktívnej látky ako analgetika pre chronickú, či zle znášanú bolesť. Psychologickým predpokladom môžu byť: pocity prázdna, zvedavosť na mimoriadne zážitky, narušené hranice, nízke sebahodnotenie, absencia záujmov. Sociálnym predpokladom môže byť pocit vyčlenenia z komunity alebo nízky sociálny status. Spirituálnym predpokladom môže byť absencia pocitu zmyslu svojho života či absencia duchovných hodnôt i autorít.

Procházka (2011) v etiológii popisuje: psychologické teórie závislosti, genetické podklady závislosti, závislosť z pohľadu neurobiológie, vzťahné neurobiologické teórie vzniku závislosti a integratívny model. Medzi psychologickými teóriami závislosti autor uvádza psychoanalýzu, neopsychoanalýzu – egopsychológiu a behaviorálnu psychológiu.

Nižšie budú bližšie popísané: závislosť z pohľadu neurobiológie, závislosť z pohľadu kognitívne-behaviorálnej psychológie a závislosť z pohľadu psychoanalytických teórií.

**Závislosť z pohľadu neurobiológie** je vysvetlená základným postulátom, ktorý hovorí o tom, že alkohol alebo iné psychoaktívne látky pôsobia na system odmeny v mozgu. Drogy nahrádzajú prirodzené zdroje odmeny a pôsobia rýchlejšie, efektívnejšie a intenzívnejšie. Dochádza ku remodelácii neurónovej siete (Řehan, 2007). Neurobiologický model naberá vedúcu líniu vo vysvetľovaní závislosti, zaujíma sa o pôsobenie drogy na mozog, čo má za následok behaviorálne zmeny v zmysle závislostného správania. Pri užívaní drogy stúpa hladina dopamínu a vyvoláva euforizačný účinok, je aktivovaná mezolimbická a mezokortikálna dráha, postupne vznikajú neuroplastické zmeny v mozgu vedúce ku baženiu a vznikajú veľmi pevné spoje, tzv. motivačné okruhy. Pri už rozvinutej závislosti sú niektoré zmeny v mozgu i nezvratné. Vzniká náchylnosť a vysoké riziko ku relapsu, závislý mozog nezvláda odloženie možnej odmeny. Závislosť sa tak stáva chronickým recidivujúcim ochorením mozgu, pri ktorom užívanie drog nadobúda nutkavý charakter, droga je silne a výrazne preferovaná pred všetkými ostatnými zdrojmi odmeny ako jednoduchá a súčasne najintenzívnejšia stratégia (Kalina, 2008).

**Závislosť z pohľadu kognitívne-behaviorálnej psychológie** je porucha, ktorá vzniká ako nevhodý spôsob jednania, teda je dôsledkom maladaptácie. Jedná sa o naučené správanie, ktoré nie je symptómom nejakého konfliktu, či choroby, ale podlieha rovnakým zákonitostiam učenia ako každé iné správanie. Analýzou konkrétneho správania sa dajú odhaliť podmienky, ktoré poruchu udržujú a kontrolujú, či fixujú. Proces preučovania môže navodiť adaptívnejšie správanie. Uplatňujú sa tu pri vzniku a rozvoji poruchy ako aj pri jej náprave procesy klasického i operantného podmieňovania, procesy senzitivácie, procesy generalizácie a učenia modelom. Pri náprave ide o učenie sa zmeniť svoje spôsoby jednania a postupnému uplatňovaniu stále lepšej sebakontroly (Dörner & Plog, 1999). U závislosti sa tiež uplatňuje tzv. redukcia tenzie, (teória Massermana), ktorá je spevňujúcou odmenou posilňujúcou opakované užitie alkoholu. Osoby s vyššou hladinou tenzie si tak môžu napodmieňovať naučenú reakciu a vzorec správania. V závislosti sa tiež prejavuje chybné nastavenie kognitívneho spracovania reality ako i sociálne učenie vedúce ku závislému správaniu. Kognitívne procesy regulujú psychické procesy, pre kontrolu vlastného správania je dôležité myslenie, ktoré môžeme chápať ako operáciu s internalizovanými kognitívnymi schémami (Řehan, 2007).



**Závislosť z pohľadu psychoanalytických teórií** Mikota (1995) delí do troch názorových období, pričom klasické psychoanalytické názory z prvého obdobia zdôrazňujú, že narkotický účinok alkoholu môže predisponovaným jedincom poskytovať regresívny únik od frustrujúcej reality a čiastočné uspokojenie infantilných potrieb, ktoré majú často orálnu, homosexuálnu a masochistickú povahu. V názoroch egopsychologického obdobia strácajú pojmy latentnej homosexuality a primárneho masochizmu výkladovú presvedčivosť, termín orálny charakter sa v egopsychologickej teórii často kryje s pojmom hraničná organizácia osobnosti, avšak nie každý závislý má túto organizáciu osobnosti, takisto ako nie každý človek s hraničnou organizáciou podľahne závislosti. Názory psychologie self popisujú závislosť ako neúspešný pokus napraviť centrálny defekt osobnosti, teda defekt v self. Droga je náhražkou selfobjektu, ktorý má utešovať, akceptovať, dávať sebadôveru, silu a hodnotu. Hašto (2005) popisuje, že pri rôznych typoch závislostí môžeme usudzovať na orálno-regresívne spracovanie základného depresívneho konfliktu, čo znamená, že v snahe zmeniť svoju vnútornú situáciu, resp. svoj psychický stav a náladu, človek zvolí vonkajší objekt, ktorý ho má nasýtiť a upokojiť, pričom týmito objektmi môžu byť rôzne psychoaktívne látky, vrátane alkoholu, ale i jedlo, nákupy, krádeže a patologické hráčstvo. Vnútorným stavom, ktorý aktivuje správanie smerujúce ku nasýteniu, je „depresívny hlad po objekte“ ako túžba po ranom dôležitom objekte, vyplývajúca z raných deprivácií a traumatizácií, ako i z nedostatočnej separácie. Dôvodmi môžu byť: včasné opustenie, hypostimulácia - príliš málo podnetov až zanedbávanie, ako i neoddelenosť od raného objektu. Ľudia s depresiou si často vypomôžu opakovanou intoxikáciou, ale nie u všetkých vzniká závislosť na droge, ktorá má nahradiť stratený objekt (Mikota, 1995). Johnson (2007) popisuje orálny charakter a jeho častú väzbu na drogy akéhokoľvek druhu a chápe ju ako väzbu na prechodný objekt, teda určitý stupeň vývojového štádia, ktorý sa nepodarilo posunúť ku objektnej stálosti. Mikota (1995) považuje za najdôležitejšie psychologické podmienky vzniku a udržovania závislosti dispozíciu ku narcistickým krízam (teóriu Wurmsera) a snahu chrániť sa pred dysforickým afektom beznádeje, ktorý súvisí aj s nedôverou vo vzťahy s druhými ľuďmi. Ľudia so závislosťou na návykových látkach berú drogy, aby vydržali stav trvalej neúnosnej frustrácie, majú pocit, že ich prania a potreby sú nenaplniteľné, čo vzbudzuje neznesiteľnú beznádej, drogy sú prostriedkom na vyhnutie sa tomuto základnému dysforickému pocitu a tiež formou svojpomocnej liečby. Spoločným psychodynamickým faktorom u ľudí so závislosťou je tiež nedôvera v druhých. Čím silnejšia závislosť na návykovej látke, tým väčšia strata vzťahov s druhými ľuďmi. Človek

disponovaný ku narcistickým krízam a narcistickým poruchám si pomocou drogy vyradí z prežívania pocit hanby prameniáci z jeho reálneho sebaobrazu, resp. sebaobrazu poškodeného narcistickou krízou či poruchou. Viacerí autori spájajú tendenciu ku závislosti aj s depresívnou štruktúrou (Dahlke, 2006; Kast, 2010; Riemann, 2007).

### **3.3. Diagnostika závislosti**

Diagnosticky môžeme rozlíšiť u alkoholizmu štyri vývojové štádiá podľa E. M. Jellinka na počiatočné, prodromálne, kruciálne a terminálne štádium a na tieto štádiá sa vzťahujúce typy: alfa, beta, gama, delta a epsilon (in Skála, 1988). Ďalšie delenie v terminológii závislosti na alkohole rozlišuje štyri stupne: úzus, abúzus, návykový abúzus a závislosť (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Podľa frekvencie a motívov sa rozlišuje experimentálne, rekreačné, pravidelné, symptomatické a kompulzívne užívanie (Kolibáš, 2010). Alebo rozlišujeme akútnu intoxikáciu, zneužívanie a závislosť na užívaní, pričom závislosť na psychoaktívnych látkach môžeme deliť na somatickú a psychickú (Vágnerová, 2008).

Diagnostický postup môže obsahovať toxikologické vyšetrenie ako i klinické testy, napr.: CAGE-AID (Fagerströmov dotazník) určený na detekciu príznakov závislosti, SIMA (Novotný, 1991) určený na zistenie somatických následkov, MAST (Selzer, 1971) určený na zistenie sociálnych a psychických následkov zneužívania psychoaktívnej látky (in Kolibáš, 2010). Existujú napr. škály na zistenie abúzu alkoholu a drog ako súčasť MMPI (Minnesotský mnohofázový osobnostný dotazník) a MCMI (Millonov klinický dotazník) a sú to: Hamptonova škála alkoholizmu (Hampton, 1953), Holmesova škála alkoholizmu (Holmes, 1953), Škála drogového abúzu (Panton & Brisson, 1971), Škála heroínovej závislosti (Cavior, 1967), Škála alkoholového abúzu (Millon, 1983), Škála drogového abúzu (Millon, 1983). Ďalej AUI – multiškálový dotazník na užívanie alkoholu (in Heretik, 2007).

### 3.4. Liečba závislosti

Vágnerová (2008) popisuje liečbu závislosti na psychoaktívnych látkach ako obtiažnu a dlhodobú a jej efekt ako nie vždy uspokojivý, asi tretina liečených dokáže natrvalo abstinovať, pričom nevyhnutnosťou je motivácia ku liečbe i ochota spolupracovať. Medzi druhy liečby patrí: farmakologická liečba, liečebný režim, psychoterapeutické metódy, práca s rodinou, svojpomocné skupiny a socioterapia.

Kalina (2008) rozdeľuje metódy do troch rovín a to na predliečebné intervencie, intervencie patriace ku samotnej liečbe a intervencie následnej starostlivosti. Do predliečebných intervencií patrí „harm reduction“, poradenstvo v terénnej a kontaktnej práci, a zvládanie akútnej intoxikácie a odvykacích stavov. Do samotnej liečby patrí psychoterapia, farmakoterapia, terapeutická komunita, rodinná terapia a práca s rodinou. Do následnej starostlivosti patrí sociálna rehabilitácia, prevencia a zvládanie relapsu. Celý systém starostlivosti sa skladá z viacerých zložiek a nimi sú: terénne programy, nízkoprahové kontaktné centrá, detoxifikačné jednotky, substitučná liečba, ambulatná liečba, denné stacionáre, strednodobá ústavná liečba, terapeutické komunity a doliečovacie programy.

Röhr (2015) popisuje štyri fázy v procese liečby: fázu poprenia; fázu zúfalstva, hnevu a sebanenávisti; fázu aktívneho spracovávanía smútku a prevzatia zodpovednosti a fázu „zmŕtvychvstania“.

Raboch, Pavlovský & Janotová (2006) uvádzajú pri liečbe alkoholizmu dlhodobú tradíciu založenú Jaroslavom Skálou u Apolinára v Prahe. Prepracované zásady sú zložené zo skupinovej a režimovej psychoterapie ako aj práci s rodinnými členmi. Aktuálne existuje ústavná liečba na špecializovaných oddeleniach psychiatrických zariadení, ambulatná liečba v ordináciách AT, neštátne zariadenia, rôzne dobrovoľné združenia typu anonymných alkoholikov (AA) a socioterapeutické kluby. V minulosti bola realizovaná tzv. averzívna terapia ako typ biologickej liečby kombinovanej s behaviorálnou, kedy užívaním disulfiramu (Antabusu) a následným napitím sa a zvracaním išlo o vybudovanie podmieneného reflexu. Dnes ak pacient antabus užíva, je o následkoch poučený. Používa sa i acamprosát (Campral), liek na zníženie chuti napiť sa. Terapiu nealkoholových návykových látok autori považujú za ešte náročnejšiu než liečbu alkoholizmu, rovnako je v nej dôraz na skupinovú a režimovú psychoterapiu. I tu existuje ústavná a ambulatná liečba v zdravotníckych zariadeniach ako i rôzne terapeutické komunity a združenia

neštátne, resp. fungujúce cez nadácie a dotácie. Oba typy liečby, liečba alkoholizmu i liečba iných návykových látok, obsahujú možnosť tzv. ochranného liečenia nariadeného súdom na základe spáchania trestného činu pod vplyvom návykovej látky.

Křivohlavý (2009) píše o ideálnej forme terapie, ktorá kombinuje individuálnu i skupinovú psychoterapiu a tiež o dôležitosti vlastného rozhodnutia pre liečbu, čo ovplyvní výrazne jej efektívnosť. Na efektívnosť liečby vplyvajú i ďalšie faktory ako je zdravotný stav, vzdelanie, rodinný stav, zamestnanie a odhady efektivity a účinnosti liečby sú približne 20%. Prevencia je v tejto oblasti veľmi dôležitá, môže zabrániť iniciácii užívania drog prostredníctvom ovplyvnenia postojov mladých ľudí. Vágnerová (2008) popisuje tri zložky prevencie, pričom primárna je zacielená na informovanie, osvetu o negatívnych účinkoch drog a tým ovplyvnenie nezačatia užívania. V sekundárnej prevencii ide o vyhľadávanie už závislých a ich motivovanie ku liečbe a v terciárnej prevencii je zámerom znížiť aspoň negatívne následky užívania („Harm reduction“).

Nešpor (in Řičan & Krejčířová, 2006) nachádza v liečbe a prevencii závislosti od alkoholu a od iných psychoaktívnych látok, ako i u patologického hráčstva mnoho spoločných rysov. V metódach liečby autor uvádza: krátku intervenciu, motivačný tréning, prácu s rodinou, kognitívne-behaviorálnu terapiu, dynamickú terapiu, arteterapiu, ergoterapiu, prácu so životným štýlom, budovanie sociálnych zručností, relaxáciu, telesné cvičenie, anticravingové lieky, terapeutickú komunitu. V prevencii za účinné metódy sú považované aktivity zacielené na školu, rodinu aj širšiu spoločnosť; menšie interaktívne programy; ponuka lepších alternatív než sú drogy; zníženie dostupnosti drog. Oproti tomu najčastejšími chybami v preventívnych programoch sú ich nedostatočná intenzita a nedostatočná interaktívnosť.

Liečba závislosti od psychoaktívnych látok sa skladá z viacerých etáp, medzi ktoré patrí kontaktačná, detoxifikačná, odvykacia a rehabilitačná etapa. Liečba na psychiatrických zariadeniach sa tiež delí podľa typu návykovej látky, na ktorej je pacient závislý, pretože špecifické vlastnosti drogy majú vplyv na špecifické prejavy a priebeh intoxikácie, závislosti i abstinenčného syndrómu, a z toho odvodených špeciálnych postupov hlavne v detoxifikačnej etape, rovnako ako i každý typ psychoaktívnej látky má svoje pridružené psychické poruchy. Priaznivými prognostickými znakmi pre úspešnú liečbu všeobecne sú: neprítomnosť inej psychickej poruchy, harmonicky štrukturovaná osobnosť, sociálna podpora a dobrá sociálna integrácia (Kolibáš, 2010).

Mikota (1995) uvádza, že psychoanalýza síce nie je dobrou metódou pre liečbu závislostí na návykových látkach, ale upozorňuje, že v liečbe pri snahe odkloniť pacientov od drogy a posilniť u nich motívy ku zdravému životu, môže v tejto zmene motivácie často klásť prekážku intrapsychický rozmer, a že by bolo prospešné behaviorálne zásahy prispôsobovať špecifickým individuálnym intrapsychickým poruchám každého pacienta. Teda neznamená to liečiť ich psychoanalyticky, ale rozumieť ich psychodynamike, ktorá pri závislosti pôsobí. Preučenie patologického správania prepojiť s intrapsychickou zmenou považuje za podmienku pevného úspechu. Autor hodnotí závislosti z pohľadu vysvetlenia psychológie self, ktorá popisuje obraz vnútorných konfliktov závislých pacientov a túto hypotézu považuje za najvýstižnejšiu spoza psychoanalytických teórií. V liečbe by sa tak malo spájať reštriktívne režimové spolu s empatickým terapeutickým stanoviskom. Závislý pacient často používa terapeuta ako selfobjekt, od ktorého potrebuje čerpať bazálnu sebaúctu, pre ktorú môže byť introspekcia veľmi ohrozujúca, no je nevyhnutná. Obnovená dôvera v medziľudské vzťahy je dôležitým pilierom abstinencie, je akousi psychologickou zábranou proti recidíve. Bezmyšlienkovité prispôsobenia sa liečebnému režimu často vedú ku recidívam.

Kalina (2008) rovnako upozorňuje, že ak sa liečba nezameria aj na hlbšie vrstvy, ktorými môžu byť rôzne psychologické a vzťahové problémy, vrátane narušených vývojových potrieb, či narušeného rodinného systému, následkom môže byť len dočasná abstinencia, ktorá môže viesť neskôr ku iným typom závislostí alebo ku opätovnému návratu závislosti pôvodnej.

### **3.4.1. Závislosť a psychiatrická komorbidita**

30 až 60% ľudí zneužívajúcich návykové látky trpí súčasne duševnou poruchou (Látalová et al., 2015). Pre stanovenie liečby je mimoriadne dôležité a súčasne i náročné pri diagnostike zistiť možné i iné poruchy, ktoré ak sú pridružené ku základnej diagnóze závislosti, liečbu komplikujú a znižujú jej efekt, prípadne ho úplne maria. Dajú sa rozlíšiť dve skupiny, prvou sú ľudia s psychiatrickou diagnózou, ktorá je primárna a na ňu nasadá závislosť, v zmysle „automedikácie“, čo je časté u úzkostných a depresívnych porúch (príkladov samoliečby je i v histórii mnoho, napr. Kaufmann & Wildegans (2013) uvádzajú, že Vincent Van Gogh tiež používal drogy a alkohol na sebaupokojenie pri svojich ťažkých psychických stavoch a záchvatoch, kedy trpel bipolárne afektívnou

poruchou). Zatiaľ čo druhou skupinou sú závislí, ktorí na základe užívania získajú rôzne psychické poruchy. Najčastejším komorbídnym psychiatrickým ochorením sú depresívne a úzkostné poruchy a za nimi poruchy osobnosti (Kalina, 2008).

Kolibáš (2010) rovnako uvádza, že užívanie psychoaktívnych látok je rizikovým faktorom výskytu rôznych psychických porúch a i naopak sú psychické poruchy rizikovým faktorom pre užívanie psychoaktívnych látok. Najčastejším typom sú afektívne (hlavne depresívne) a úzkostné psychické poruchy, 23% ľudí zneužívajúcich psychoaktívne látky má pridružené afektívne poruchy a naopak 40% ľudí s afektívnymi poruchami zneužíva psychoaktívne látky. Celoživotná prevalencia depresívnych porúch konkrétne u závislých na alkohole je 40% a prevalencia úzkostných porúch je až 70%. U 30% liečených alkoholikov je diagnostikovaná porucha osobnosti.

Depresia je často primárnou alebo sekundárnou psychickou poruchou popri závislosti na alkohole (Heretik, 2007). Depresívna porucha sa u závislých ľudí vyskytuje dosť často (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Množstvo štúdií prezentuje prítomnosť depresívnych porúch ako aj iných psychiatrických komorbídít pri alkoholizme, či už pri závislosti alebo zneužívaní a medzi najvýznamnejšie psychiatrické ochorenie patrí depresia, no je veľmi obtiažne zistiť a určiť vzťah, resp. proces vývoja, či depresívne ochorenie bolo primárne alebo primárnou bola diagnóza závislosti (Šedivá & Dóci, 2012). Po alkoholom navodenej elácii totiž často nastáva depresia a v priebehu závislosti alkohol prestáva účinkovať ako euforizant a depresia sa stáva trvalou (Rado in Mikota, 1995).

## 4. VZŤAHOVÁ VÄZBA A PSYCHOPATOLÓGIA.

V štvrtej kapitole bude popísaná vzťahová väzba vo vzťahu ku psychopatológii, jej možný proces psychopatologického vývoja a vzťahová väzba ako etiologický faktor. Bližšie bude popísaná súvislosť vzťahovej väzby a depresie, a súvislosť vzťahovej väzby so závislosťou.

### 4.1. Psychopatologický vývoj vo vzťahovej väzbe

Aktuálne sa teória vzťahovej väzby čoraz častejšie uplatňuje ako vplyvný explanačný model pre rozvoj psychopatológie v dospelosti. Vzťahová väzba ako emočné puto je nenahraditeľným kontextom pre emocionálny vývin a formovanie osobnosti, je tak protektívnym ako i rizikovým faktorom pre rozvoj psychickej poruchy. Bezpečný typ vzťahovej väzby súvisí s mentálnym zdravím a typy neisté - úzkostné sú rizikovým faktorom (Bednárová & Heretik, 2012). V dospelosti sa v prípade zdravého vývoja detská vzťahová potreba po reálnej dostupnosti väzbovej figúry premení na vnútorné zdroje (symbolické reprezentácie) a externé-interpersonálne vzťahové zdroje (reálne osoby), tieto typy zdrojov sú potom dostupné v situáciách stresu (Colins, Guichard, Ford & Feeny, 2004). Podľa Bowlbyho rôzne druhy úzkosti vždy vychádzajú zo základnej úzkosti súvisiacej so separáciou od objektu vzťahovej väzby. Zlosť býva podstatnou reakciou na separáciu a tiež protestom proti nej. U koreňa všetkých obrán stojí odtrhnutie a deaktivácia základnej a ústrednej potreby vzťahovej väzby, okolo ktorej je usporiadaná všetka skúsenosť (in Mitchell & Black, 1999). Vývojový model teórie vzťahovej väzby môže objasniť i súvislosti medzi nepriaznivými ranými detskými skúsenosťami a niektorými formami porúch osobnosti (Paris & Zweig-Frank, 2001). Kring & Werner (2004) popisujú, že z problematických raných detských skúseností vyplývajú ťažkosti s emočnou reguláciou, ktoré sú časté a špecifické u niektorých porúch osobnosti.

Rufo (2009) uvádza, že prekážky vzťahovej väzby môžu byť rôzne, napr. ak je matka depresívna a nie je dieťaťu k dispozícii, venuje mu menej pozornosti, menej sa s ním hrá a obmedzuje kontakt s ním na základnú starostlivosť. Ale sú aj deti, ktoré sa narodia bez schopnosti vzťahovej väzby a to sú autistické deti. Freybergh (2013) píše, že poruchy vzťahovej väzby siahajú až do prenatalného obdobia. Súvisia aj s celkovým nastavením matky počas gravidity, s tým aký má postoj ku svojmu materstvu a aký imaginatívny vzťah

si už v tejto dobe s dieťaťom vytvára. Existuje priama súvislosť medzi určitými prejavmi neuróz v období dospelosti a prenatalnými zážitkami. Neurózy majú pôvod v detstve a detstvo sa začína už v matkinom tele. Brisch (2011) popisuje, že na dôležitosť prenatalného vývoja vzťahovej väzby sa dá usudzovať aj z testu, ktorý bol urobený so ženami v dobe tehotenstva. Výsledky poukázali na validnú predpoveď vzorca vzťahovej väzby ešte nenarodeného dieťaťa. Ako veľký faktor možnej psychopatológie sú tak vnútorné pracovné modely matky. Skúmanie vplyvu matkiných prenatalných skúseností, hlavne tých spojených s úzkosťou, ukazuje, že vývoj plodu a nasledovná regulácia správania dojčťa je tým ovplyvnená a prejaví sa iritabilitou dojčťa a jeho zníženou schopnosťou riadenia správania.

Bowlby poukazoval predovšetkým na negatívne dôsledky dlhšieho odlúčenia od matky (in Heretik, 2007). Za najnepriaznivejšie udalosti považuje Bowlby (2010) odmietnutie, odlúčenie a stratu. Medzi faktory možnej psychopatológie patrí matkin vplyv ako i dispozície dieťaťa. Do matkinho vplyvu môžeme zaradiť: emócie ohľadne očakávania príchodu dieťaťa, matkine vlastnosti, jej vrodená výbava, jej dlhá história medziľudských vzťahov, jej skúsenosti v jej pôvodnej rodine a spôsob jej správania sa ku dieťaťu. V matkinom správaní je veľmi dôležitá miera telesného kontaktu, nakoľko sa dokáže prispôbiť dieťaťu, jeho vlastnostiam a rytmom, nakoľko sú účinné jej upokojujúce metódy a ako dokáže dieťa povzbudiť a podnecovať, aby sa rozvíjalo. Uvedené schopnosti sa dajú zhrnúť pod pojem „koncept citlivosti“, čo znamená to, ako je matka schopná vnímať signály dieťaťa, správne ich interpretovať a tiež na nich primerane a uspokojivo reagovať. Neistá vzťahová väzba sa objavovala u detí s menej citlivými matkami. Poruchy väzbového správania môžu byť aj pri nadmernej starostlivosti, kedy dieťa prežíva matku ako „zaplavujúcu a intruzívnu“, ktorá rovnako nedokáže citlivo vnímať jeho potreby. Dispozície dieťaťa, ktoré vstupujú do interakcie a ovplyvňujú vzťah matky sú napr.: individuálna potreba spánku, individuálne prejavy plaču, temperament dieťaťa. Apatické dieťa môže podnecovať sklony ku prehliadaniu, zatiaľ čo reaktívne a impulzívne dieťa môže matku preťažovať a ona potom môže mať sklony dieťa odmietat’.

Zásadné je u všetkých porúch vzťahovej väzby to, že na ranné potreby blízkosti a ochrany v situáciách ohrozenia a pri aktivovaní väzbových potrieb prichádzala v extrémnom rozsahu neadekvátne, nedostatočná, alebo rozporuplná odpoveď (Brisch, 2001). Battle et al. (2004) rovnako popisuje vzorce suboptimálnych interakcií medzi



dieťaťom a opatrovateľom ako vedúce ku neprispôsobivému správaniu a prežívaniu, ktoré môže pretrvať až do dospelosti.

Dve významné témy týkajúce sa psychopatológie sú transgeneračný prenos a dezorganizovaná vzťahová väzba. Transgeneračný prenos ukazuje, že vzorce vzťahovej väzby sa predávajú z generácie rodičov na deti. Dezorganizovaná vzťahová väzba sa často spája s traumatickými skúsenosťami rodičov, a býva i spojená s poruchou pozornosti a aktivity u detí. Zneužívané a týrané deti majú často rodičov s podobnými skúsenosťami. Ukázala sa významná korelácia medzi týmto typom väzby a zanedbávaním, či zlým zaobchádzaním (Brisch, 2011). Pöethe (2008) popisuje kazuistiku chlapca, ktorého syndróm hyperaktivity a poruchy pozornosti spájal i s hraničnou poruchou, ktorá zas súvisí s dezorganizovaným typom vzťahovej väzby.

Medzi reakcie a procesy, ktoré sú časté v psychopatológii vzťahovej väzby, patrí na jednej strane sklon klásť nadmerné požiadavky na druhých ľudí a pociťovať úzkosť a hnev, ak nie sú splnené a na druhej strane narušená schopnosť nadväzovať hlboké medziľudské vzťahy. U dieťaťa môže byť reakciou na odlúčenie intenzívne upnutie sa na matku, alebo citové odcudzenie, kedy sa pocity ku matke vytesnia. **Väčšina psychopatológie aj v dospelosti je dôsledkom vnútorných pracovných modelov, ktoré sú nevhodné, nepresné, nepoužiteľné, či plné rozporov a zmätkov.** V niektorých prípadoch je problémom súčasná aktivácia dvoch nezlučiteľných behaviorálnych systémov. Vzťahová väzba je obzvlášť zraniteľná pár rokov po prvých narodeninách. Behom druhej štvrtiny prvého roku sú deti citlivé a pripravené naviazať vzťahovú väzbu. Ak však mesiace ubiehajú ďalej bez možnosti pripútanie rozvinúť, je potom stále ťažšie túto potrebu naplniť (Bowlby, 2010). Odlúčenie a strata nie vždy znamenajú, že väzbová postava je nedostupná dočasne, alebo natrvalo. Matka môže byť fyzicky prítomná, avšak citovo neprítomná. Ďalej môže používať hrozby, že svoje dieťa opustí, čo je častý a vysoko patogénny faktor (Bowlby, 2012).

Poruchy vzťahovej väzby však môžeme chápať nielen v spojitosti s rôznou formou psychopatológie, ale i ako konkrétne „typy porúch vzťahovej väzby“, ako rozdeľuje Brisch (2011) na: absenciu väzbového správania, nediferencované väzbové správanie, prehnané väzbové správanie, tlmené väzbové správanie, agresívne väzbové správanie, väzbové správanie s obrátením rolí, poruchu vzťahovej väzby so závislým správaním a psychosomatickú symptomatiku. Ďalej sa tiež môžu deliť poruchy vzťahovej väzby na

základe časového obdobia, na: poruchy vzťahovej väzby prekonceptné, prenatalne, postnatalne, poruchy vzťahovej väzby raného veku, školského veku a u dospelých.

Vrtbovská (2010) píše o poruchách vzťahovej väzby a ich nožnej liečbe. Dieťa alebo dospelý s vážnou poruchou vzťahovej väzby má poškodené vedomie samého seba. Tzv. „syndróm zlého Ja“ sa prejavuje okrem iného extrémnymi obrannými reakciami a úzkosťou, alebo i panickým strachom z blízkeho kontaktu s druhým človekom. Kontakt s druhými ľuďmi je permanentným stresom, pretože druhí ľudia sú na základe raných traumatických skúseností nevedome vnímaní ako ohrozujúci. Očakávaný je pocit hanby, poníženia a odmietnutie druhým, čo je i na základe mimimálnych signálov pohotovo a projektívne odvodzované. To môže ďalej vyvolať disociáciu, čo znamená odpájanie sa od interakcie, či emocionálne zamrznutie. Vyhýbavý typ vzťahovej väzby s vážnym narušením sa môže u dospelého prejavovať ako bezcitnosť, zatiaľ čo ambivalentný typ vzťahovej väzby s vážnym narušením sa bude prejavovať ako precitlivosť, vzťahovačné vnímanie a zahltenosť sebou a svojimi emóciami. Johnson (2006) uvádza, že z dôvodu, že vzťahová väzba sa vyvíja v najranejšom období, otázky narušenej vzťahovej väzby vývojovo spadajú do oblasti schizoidnej a orálnej, to znamená, že s ňou súvisia i ťažkosti vyplývajúce z týchto vývojových období. Sú to témy ohľadne bezpečia, potrieb a závislosti.

Na záver tejto podkapitoly je dôležité uviesť, že „poruchy vzťahovej väzby“ môžu byť chápané v dvoch základných významoch. V zmysle Bowlbyho (2011) môže byť tento pojem používaný ako nie bezpečná väzba, a teda tým môžu byť myslené všetky typy neistej vzťahovej väzby. Zatiaľ čo druhý význam hovorí o hlbšom a vážnejšom narušení, poškodení, traumatizácii (Brisch, 2011; Vrtbovská, 2010), kedy nejde len o neistý typ väzby.

## 4.2. Neistá vzťahová väzba ako etiologický faktor psychopatológie

Neistá vzťahová väzba ako významný faktor i ako jeden zo zdrojov rozmanitej formy psychopatológie bola skúmaná v rôznych štúdiách. Neistá vzťahová väzba (teda všetky jej typy) sa javí ako rizikový faktor pre úzkosť, hostilitu aj psychosomatické ochorenie, (Hazan & Shaver, 1990), rizikový faktor pre depresiu (Armsden & Greenberg, 1987), a bola preukázaná i jej spojenosť s psychiatrickými poruchami ako skoro vždy spojenými s neistým stavom mysle – čo je prejav neistej vzťahovej väzby (Fonagy & Target, 2005). Lamottová & Pfäfflin (2008) zdôrazňujú, že neistá vzťahová väzba a hlavne nespracované traumatické skúsenosti sa podieľajú na vzniku a udržovaní psychických porúch. Bolo to potvrdené u hraničných pacientov, u pacientov s posttraumatickou stresovou poruchou, u pacientov po sexuálnom zneužití a pri závažných suicidálnych stavoch. Fonagy et al. (1996) vo svojej výskumnej štúdii u psychiatrických pacientov (n=85) našli 90% osôb s neistou vzťahovou väzbou. Maierová (2015) uvádza, že veľa výskumníkov a teoretikov zdieľa názor, že teória vzťahovej väzby ponúka rámec na vysvetlenie predpokladov ku vzniku a rozvoju porúch osobnosti, ako i ku ich liečbe. Napriek tomu, že medzi poruchami osobnosti a typmi väzby určite nie je jednoduchá a priama súvislosť (Bartholomew, Kwong & Hart, 2001), z hľadiska problémov v regulácii blízkosti sa môžu niektoré poruchy osobnosti chápať ako poruchy väzby, pričom závislé poruchy osobnosti majú silnú potrebu po blízkom kontakte a stále ho vyhľadávajú, hraničné poruchy osobnosti zápasia medzi blízkosťou a dištancom (Livesley, Schroeder & Jackson, 1990). Narušenú vzťahovú väzbu môžeme nájsť aj u porúch príjmu potravy, napr. v dvoch autobiografiách od Weissovej (2013) a Štolbovej (2014), kde prvá kniha je zameraná na popis procesu anorektického i bulimického ochorenia a druhá kniha obsahuje hlavne psychické prežívanie v rámci skúsenosti narušeného pripútania, pričom poruchy príjmu potravy sú tu jedným z jeho symptómov. Bowlby (2012) videl významné spojenie medzi neistou väzbou a úzkosťou, depresiou a agorafóbiou.

Neistá vzťahová väzba je jeden z psychogénnych faktorov v etiológii psychických porúch, ktorý sa môže premietnuť ďalej do roviny psychotraumy, alebo do intrapsychického konfliktu, alebo do deprivácie a frustrácie, či do úzkosti a stresu (Heretik, 2007). Dezorganizovaná forma vzťahovej väzby vykazuje najvýraznejší vzťah ku psychopatológii (Vavrda, 2005). Dezorganizovaný typ väzby je významný prediktor duševných porúch (Lečbých & Pospíšilíková, 2012). Brennan et al. (1998) zistili

u skúmaných študentov (n=1407), že bezpečná vzťahová väzba vykazuje nepatrný výskyt porúch osobnosti, zatiaľ čo dezorganizovaný typ väzby vykazoval výskyt vysoký.

Trokanová (2010) vo svojej prehľadovej práci uvádza dôležitosť vzťahovej väzby pri rozvoji schopnosti mentalizácie a regulácie emócií. Schopnosť mentalizácie okrem iného súvisí aj s vývojom štruktúr v mozgu, ktorý je úzko spätý s podmienkami ranej vzťahovej väzby. Autorka popisuje silné spojenie medzi hraničnou poruchou osobnosti a neistým pripútaním, buď dezorganizovaného typu následkom nevyriešenej traumy, alebo ambivalentného typu. Oba typy sú vulnerabilitou pre hraničnú poruchu osobnosti (Hašto, 2005). Vzťahová väzba priamo formuje zrenie stres zvládajúceho systému v mozgu a tento systém pomáha v schopnosti regulovať emócie v interpersonálnych vzťahoch (Schore, 2001, in Trokanová, 2010).

Lorincová (2014) vo svojej štúdií zisťovala rozdiely medzi retrospektívnou vzťahovou väzbou a agresívnymi prejavmi v období mladšej dospelosti. Porovnávala dve skupiny probandov (n1=44, n2=38), ktorých na základe skóre v dotazníku E.M.B.U. (Moje spomienky, ako ma vychovávali) rozdelila do skupiny s emočne vreloú vzťahovou väzbou a do skupiny s odmietavou vzťahovou väzbou. Následne prostredníctvom dotazníka agresivity boli merané agresívne prejavy. Štúdia potvrdila rozdiel medzi emočne vreloú a odmietavou vzťahovou väzbou v rámci agresívnych prejavov, ako sú: fyzická agresivita, hnev a hostilita.

Szilágyiová, Heráková & Lukáčová (2014) skúmali charakteristiky vzťahovej väzby „týraných žien“ umiestnených v zariadení núdzového bývania. V súbore n=20 administrovali dotazník E.M.B.U. (Moje spomienky, ako ma vychovávali) a dotazník ECR (Ako prežívam blízke vzťahy), výsledky porovnávali s kontrolnou skupinou n=20. Autorky zistili významné rozdiely medzi skupinou „týraných žien“ a kontrolnou skupinou. U skupiny „týraných žien“ boli v zapamätanom rodičovskom správaní z detstva prítomné faktory odmietania a nedostatku emočnej vrelosti, nameraná bola vyššia miera úzkosti vo vzťahovej väzbe v dospelosti oproti kontrolnej skupine a prevažovalo neisté pripútanie (71%). Najvyšší podiel mal dezorganizovaný typ väzby (35%).

### 4.3. Vzťahová väzba a depresia

Bowlby ako prvý spájal neistú vzťahovú väzbu s depresiou (Bowlby, 2012). Bowlby (2013) dáva do súvislosti depresívne poruchy a zážitky v detstve, ktoré sú súčasťou potom vytvorenej vzťahovej väzby dieťaťa a jeho vnútorného pracovného modelu vzťahovania sa ku sebe i ku druhým ľuďom a ku svetu. Píše, že beznádej a bezmocnosť, pocity opustenosti, nechcenosti, nemilovanosti a chronický smútok, ako typické pocitové stavy pri depresívnych poruchách, súvisia i s ťažkosťou naviazať a udržať citové vzťahy. Autor uvádza tri možnosti, ktoré sa môžu i rôzne kombinovať. Prvou možnosťou je vzťahová skúsenosť, kedy sa nepodari, aby si dieťa mohlo vytvoriť stabilný a istý vzťah s rodičmi, i keď sa o to môže opakovane pokúšať formou snahy maximálne naplňovať ich požiadavky aj nerealistické očakávania. Vznikne tak silná tendencia chápať každú neskoršiu stratu vo svojom živote ako svoje zlyhanie a svoju vinu, pri snahe o nadviazanie či udržiavanie citového stabilného vzťahu. Druhou možnosťou je vzťahová skúsenosť častej kritiky, devalvácie a odmietania, kedy u dieťaťa vznikne model vlastného Ja ako niekoho, kto je nechcený a nehodný lásky, a model druhých, ktorí sú nedostupní, alebo odmietajúci, či trestajúci. Tretia možnosť je, že dieťa si zažije reálnu stratu rodiča, ktorá okrem iného naruší aj vytvorenie stabilnej vzťahovej väzby. Heretik (2007) uvádza v etiológii depresie separačno-depresívne výskumy Bowlbyho a Spitzza, kde výsledkom je, že sa jedná pri depresii o straty, ktoré sa udiali ešte v predoidipovských štádiách (v ranom detstve).

Súhrnne je možné uviesť, že za predisponujúce faktory ku vzniku depresie Bowlby považuje narušenie adaptívneho systému vzťahovej väzby kvôli neistému a nestabilnému vzťahu s rodičmi, čo sa odrazí v intrapsychickej dynamike ako vytvorenie vnútorného pracovného modelu seba ako osoby nehodnej lásky. Tento model sa potom aktivuje v situácii straty, alebo nepriazne (in Busch et al., 2006).

Riemann (2007) pri popise depresívnej štruktúry osobnosti uvádza množstvo faktorov, ktoré sú totožné s Bowlbyho definíciou neistej vzťahovej väzby, ako sú napr.: neistota, strach zo straty a odmietnutia. Psychodynamika ľudí trpiacich depresiou je veľmi podobná a má totožné znaky ako dynamika neistej vzťahovej väzby v zmysle internalizácie kritického, vyžadujúceho, odmietavého, nedostupného, či zanedbávajúceho rodiča (Busch et al., 2006; Bowlby, 2010, 2012, 2013). Depresia tiež obsahuje tzv. narcistickú vulnerabilitu ako ústredný faktor (Busch et al., 2006), kedy je narušený zdravý sebaobraz

i sebadôvera, ako i dôvera v druhých. A táto narcistická zraniteľnosť je faktor, ktorý rovnako obsahuje i neistá vzťahová väzba (Bowlby 2010, 2012; Hašto, 2005). Ďalším spoločným faktorom je pojmem straty, ktorý je v depresii (Freud, 2002; Styron, 2015) ako i v neistej vzťahovej väzbe považovaný za významný (Bowlby, 2013). Okrem toho, že Bowlby považuje (2012) poruchy vzťahovej väzby za rozhodujúce v rozvoji depresie, špecifikuje podobne ako Freud (2002), že strata môže byť i symbolická a intrapsychická v zmysle nespoľahlivého či odmietavého rodiča. Armsden & Greenberg (1987) tiež spájajú neisté pripútanie s vyššou depresivitou.

Príkladom z histórie by mohol byť napríklad Vincent Van Gogh, ktorý trpel depresiami, vykazoval znaky hlbokkej depresie a jedna z verzií je, že trpel bipolárnou afektívnou poruchou. V jeho anamnéze nájdeme informácie o tom, že bol tzv. „náhradné dieťa“, kedy sa jeho matke prvorodený syn narodil ako mŕtvy. Vincent sa narodil rok po ňom a dostal i jeho meno. Okrem iných následkov, ktoré vstupujú do osobnostného vývoja takýchto detí, môžeme predpokladať i to, že raná vzťahová väzba Vincenta mohla byť týmto traumaticky narušená (Kaufmann & Wildegans, 2013).

Bednárová & Heretik (2012) vo svojej štúdií porovnávali vzťahovú väzbu depresívnych pacientov so vzťahovou väzbou u bežnej populácie a skúmali súvislosť medzi vzťahovou väzbou a depresiou. Štúdia bola robená u pacientov s depresívnou poruchou (n=50) a u ľudí z bežnej populácie (n=50) v kontrolnej skupine. Autori použili tri sebaopisujúce škály. Výsledkom bolo zistenie významného vzťahu medzi mierou depresivity a neistými formami pripútania. U depresívnych pacientov bola častejšie dezorganizovaná a ambivalentná vzťahová väzba oproti kontrolnej skupine. U depresívnych pacientov boli rodičia hodnotení ako menej emočne vreli, viac odmietaví a viac hyperprotektívni, než v kontrolnej skupine. Bolo tiež zistené, že miera depresivity súvisí s odmietaním zo strany otca a s vysokou vzťahovou úzkosťou. Záverečný výstup autorov obsahuje zhrnutie o súvislosti vzťahovej dimenzie úzkosti a rodičovskej nízkej emočnej vrelosti, odmietania a hyperprotektivity ako rizikových faktorov pri vzniku a vývoji depresívnej poruchy. V skúmanom súbore bolo v skupine depresívnych pacientov 88% neisto pripútaných, zatiaľ čo v skupine kontrolnej bolo 78% pripútaných bezpečne a neisto len 22%.

Halamová & Popelková (2015) zisťovali, či reprezentácia vzťahovej väzby ku matke môže byť prediktorom internalizujúcich problémov detí v strednom veku. Na vzorke

(n=151) detí vo veku 9-12 rokov administrovali štyri škály: Škálu istoty, Škálu zjavnej anxiety pre deti, Škálu sociálnej situačnej anxiety a trémy a Sebauposudzujúcu škálu depresivity pre deti. Autorky lineárnou regresnou analýzou zistili, že bezpečná reprezentácia vzťahovej väzby k matke významne negatívne predikuje výskyt internalizujúcich problémov (ako je úzkostné prežívanie a depresivita) u detí v strednom detstve, s výnimkou sociálnej úzkosti. Bezpečne pripútané deti, ktoré vnímali matku ako dostupnú, vykazovali nižšiu frekvenciu i závažnosť symptómov depresivity, ako i nižšiu intenzitu úzkostného prežívania, zatiaľ čo deti neisto pripútané v škálach prejavovali vyšší výskyt depresívnej symptomatológie ako aj intenzívnejšie úzkostné prežívanie.

V prebiehajúcej štúdií depresie bolo jedno zo zistení, že veľká väčšina chronicky depresívnych pacientov v dlhodobej psychoanalytickej terapii trpela v detstve závažnou traumatizáciou (Fischmann, Russ & Leuzinger-Bohleber, 2013).

Amani, Majzoobi & Fard (2017) skúmali u študentiek (n=157) vzťahovú väzbu ako prediktor depresie. Vo svojej korelačnej štúdií použili dve dotazníkové metódy: AAI (Adults Attachment Inventory) a BDI-II (Beckovu sebauposudzujúcu škálu pre depresivitu dospelých). Ich výsledky ukazujú, že neistá vzťahová väzba má významnú pozitívnu koreláciu s depresiou.

Permuy, Merino & Fernandez-Rey (2010) vo svojej štúdií analyzovali u študentov (n=164) vzťahovú väzbu v dospelosti ako kognitívnu vulnerabilitu ku depresii. Použili tri dotazníkové metódy: RQ (Relationship Questionnaire), BDI (Beck Depression Inventory) a PS-II (Personal Style Inventory). Zistili, že jedinci so vzťahovou väzbou s negatívnym modelom seba (zaujatá a bázlivá) vyššie skórujú v BDI, než jedinci so vzťahovou väzbou s pozitívnym modelom seba. Výsledné závery práce vyjadrujú, že neistá vzťahová väzba predisponuje jedincov ku vývoju depresívneho osobnostného štýlu.

Muris, Meesters, Van Melick & Zwambag (2001) vo svojej štúdií sa zamerali na vzťahovú väzbu a symptómy úzkosti a depresie u mladých adolescentov. Na súbore (n=155) mladých adolescentov vo veku 12-14 rokov administrovali AQ-C (Attachment Questionnaire for children) a škálu úzkosti a depresie. Bezpečne pripútaní adolescenti skórovali významne nižšie v úzkosti i v depresii, než neisto pripútaní adolescenti.

Greenová (2009) skúmala vzťah medzi depresiou a vzťahovou väzbou. Použila BDI-II a ACIQ (Attachment and Clinical Issues Questionnaire). Skupinu pacientov, u ktorých

bola diagnostikovaná depresia a namerané vysoké skóre v BDI-II, porovnávala so skupinou jedincov, ktorí neboli nikdy liečení a vykazovali minimálny stupeň depresivity v BDI-II. Autorka zistila významné pozitívne korelácie medzi skórami v BDI-II a skórami v škále vzťahovej väzby.



#### 4.4. Vzťahová väzba a závislosť

Kalina (2008) popisuje teóriu vzťahovej väzby ako úzko sa vzťahujúcu ku užívaniu psychoaktívnych látok. Uvádza, že vplyv týchto látok na myslenie a prežívanie dopĺňa a nahrádza nedostatočne rozvinuté, či deficitné vnútorné schopnosti, ktoré súvisia s bezpečným pripútaním. Jedná sa o schopnosť uniesť a ustáť bežné, ako i extrémne záťažové emocionálne situácie vďaka vnútornému pracovnému modelu (reprezentácii vzťahovej väzby). Brisch (2011) uvádza, že rané skúsenosti deprivácie môžu viesť ku rozvoju tendencie ku závislosti. V dospelosti človek môže hľadať náhradu za nenaplnenie bezpečnej vzťahovej väzby a rozvinie si patologickú väzbu ku návykovej látke. Návyková látka sa stáva náhradou za väzbovú osobu. Röhr (2015) ochorenie závislosťou spája metaforicky so smädom po láske, náklonnosti a uznaní, čo sú všetko vzťahové potreby. Prirovnáva tiež tento smäd ku „diere vo vnútri“, ktorá sa dá ťažko naplniť, a touto dierou by sme mohli chápať rané vzťahové deficity. Autor spomína ako častú narcistickú poruchu osobnosti u závislých a ich slabý pocit vlastnej hodnoty, čo je negatívny pracovný model seba (Bartholomew & Horowitz, 1991). Flores (2001) charakterizuje látkovú závislosť ako poruchu vzťahovej väzby na základe integrácie selfpsychológie, teórie emočnej regulácie a teórie vzťahovej väzby. Je dôsledkom pokusu o sebareparáciu kvôli deficitom v psychickej štruktúre. Táto kréhkosť self je spôsobená ranými depriváciami a vývojovými zlyhaniami, a vedie ku neefektívnemu štýlu vzťahovej väzby. Látková závislosť potom ďalej ešte zhoršuje nedostatočnú kapacitu pre emočnú reguláciu. Podľa Fonagyho (2003) sa u drogovu závislých často nachádzajú neisté typy vzťahovej väzby, a to hlavne typ zapletený a typ dezorganizovaný. Problematická vzťahová väzba ako aj alexithymia je rizikový faktor pri vzniku a rozvoji závislosti na alkohole (Haviland, Warren & Riggs, 2000; Vungkhanching et al., 2004 in Procházka, 2011). Bednárová & Heretik (2012) v závere svojej práce, ktorou skúmali depresiu a vzťahovú väzbu, vyzývajú a považujú za dôležité ďalšie bádanie v oblasti vzťahovej väzby a ďalších skupín psychických porúch. Medzi menovanými skupinami porúch sú i závislosti.

Maierová (2015) uvádza, že empirických štúdií na tému vzťahovej väzby a závislosti je málo. Autorka skúmala poruchy osobnosti a vzťahovú väzbu u patologických hráčov. Na súbore n=147 okrem iného zistila aj vyššiu mieru vzťahovej úzkostnosti i vzťahovej vyháňavosti oproti kontrolnej skupine n=108, pričom na škále vzťahovej úzkostnosti bola nameraná veľká klinická významnosť (Cohenovo  $d=0,97$ ).

Pečtová (2013) vo svojej štúdií skúmala reprezentáciu vzťahovej väzby u drogovovo závislých klientov (n=103) v terapeutickej komunite. Výsledky ukazujú významne vyššie priemerné skóry vo vzťahovej úzkostnosti i vo vzťahovej vyhýbavosti, a to vo vzťahu ku obom rodičom oproti kontrolnej skupine (n=105).

Wolt & Halama (2014) skúmali súvislosti medzi vzťahovou väzbou a rizikovým užívaním alkoholu a nelegálnych drog, ako i s úrovňou interpersonálnych problémov. V súbore vysokoškolských študentov (n=184) zistili negatívnu koreláciu bezpečnej vzťahovej väzby a rizikového užívania nelegálnych drog, a pozitívnu koreláciu neistej vzťahovej väzby s rizikovým užívaním. Autori tiež potvrdili súvislosť rizikového užívania alkoholu s odmietavou vzťahovou väzbou u mužov a ambivalentnou vzťahovou väzbou u žien. Ďalej uvádzajú súvislosť bezpečnej vzťahovej väzby s menšou mierou interpersonálnych problémov. Vzťahovú väzbu považujú za významný prediktor rizikového užívania drog. Dizajn bol dotazníkový, dotazník vzťahovej väzby, inventár interpersonálnych problémov, dva dotazníky na meranie rizikového užívania alkoholu a drog.

Príklady súvislosti vzťahovej väzby a látkovej závislosti môžeme nájsť i v mnohých aktuálnych filmových časozberných dokumentoch, alebo i vo filmoch. Vo filme „*Kobry a užovky*“ (2015) od režiséra Prušinovského nájdeme príbeh dvoch bratov, pričom mladší z nich je už v ťažkom štádiu závislosti na drogách, rovnako ako ich matka, závislá na alkohole. Môžeme predpokladať, že okrem iných faktorov, je to aj faktor narušenej vzťahovej väzby, ktorý vplýva na to, že starší brat je v živote úspešnejší, pretože mal možnosť si v ranom detstve vybudovať aj väzbu ku otcovi, ktorý rodinu opustil pred narodením mladšieho. Vo filme „*Eva Nová*“ (2015) od režiséra Škopa je hlavná hrdinka závislá na alkohole, rovnako ako i jej syn, ktorý trpel v ranom detstve jej častým opúšťaním. Vzťah chce po rokoch matka napraviť, avšak vzťahová väzba syna voči nej je narušená a ide to ťažko. V dokumente „*Katka*“ (2009) od režisérky Třeštíkovéj je 13 rokov zaznamenaný život mladej ženy závislej na drogách. Katka popisuje, že bola v 16 rokoch vyhodená svojou matkou na ulicu a u nevlastného otca naznačuje zlé zaobchádzanie a zneužívanie. Uvádza, že sa musela pred ním skrývať. Katka tým naplňuje predpoklad, kedy opatrovateľ, ktorý má byť zdrojom bezpečia, sa stáva súčasne i zdrojom hrozby, čo vplýva na rozvoj dezorganizovanej vzťahovej väzby (Vavrda, 2005). V dokumente vidíme, že túto skúsenosť opakuje v nadväzovaní vzťahov s mužmi, ktorí sú agresívni a ubližujú jej. V ďalšom dokumente „*Mallory*“ (2015) tiež od Třeštíkovéj

môžeme sledovať príbeh ženy, ktorá abstínuje od látkovej závislosti, avšak rovnako ako Katka, má Mallory opakované deštruktívne vzťahy s mužmi, ktorí užívajú alkohol a sú agresívni, z čoho môžeme predpokladať narušenú vzťahovú väzbu. Bowlbyho teória vychádza z teórie objektných vzťahov a úzko súvisí s Fairbairnovou koncepciou, ktorá hovorí aj o tom, že človek hľadá tú formu kontaktu, ktorú zažíval v ranom detstve (in Mitchell & Blacková, 1999). V dokumentárnom cykle „*Když v tom jedou ženy*“ (2014) od režisérky Remundovej sú v šiestich dieloch zobrazené príbehy viacerých žien, ktoré bojujú s látkovou závislosťou. Všetky ženy sú bývalými alebo aktuálnymi pacientkami v psychiatrickej liečebni v Bohniciach, kde bola i časť dokumentu natáčaná. U mnohých z nich nájdeme narušenú vzťahovú väzbu.

## 5. VÝSKUMNÝ PROBLÉM, CIELE A HYPOTÉZY

### 5.1. Výskumný problém

Výskumným problémom tejto práce je **skúmanie vzťahovej väzby a depresivity u jedincov s látkovou závislosťou**. Vzťahová väzba, resp. jej neisté formy sa vo viacerých štúdiách ukazujú ako významný faktor pre vznik i rozvoj rôznych typov psychických porúch. (Bartholomew et al., 2001; Bowlby, 2012; Brennan et al., 1998; Fonagy, 1996, 2005; Hazan & Shaver, 1990; Heretik, 2007; Lamott & Pfäfflin, 2008; Lečbych & Pospíšilíková, 2012; Lorincová, 2014; Livesley et al., 1990; Maierová, 2015; Szilágyiová et al., 2014; Trokanová, 2010; Vavrda, 2005).

Ukazuje sa súvislosť neistých foriem pripútania s depresiou ako i so závislosťou. Vychádzame z teoretických podkladov i štúdií skúmaného vzťahu neistej vzťahovej väzby a depresie. Psychodynamika ľudí trpiacich depresiou popísaná u autorov Busch et al. (2006) má totožné znaky ako dynamika neistej vzťahovej väzby popísaná Bowlbom (2011, 2012, 2013) v zmysle internalizácie kritického, vyžadujúceho, odmietavého, nedostupného, či zanedbávajúceho rodiča. Neistá vzťahová väzba v sebe zahŕňa i tzv. narcistickú zraniteľnosť, kedy je narušený zdravý sebaobraz i sebadôvera ako i dôvera v druhých (Bowlby 2011, 2012; Hašto, 2005). Pri depresii je narcistická vulnerabilita chápaná ako ústredný faktor (Busch et al., 2006). Vo výskumných štúdiách bola súvislosť neistej vzťahovej väzby a depresie potvrdená (Amani et al., 2017; Armsden & Greenberg, 1987; Bednárová & Heretik, 2012; Fischmann et al., 2013; Greenová, 2009; Halamová & Popelková, 2015; Heretik, 2007; Muris et al., 2001; Permuy et al., 2010).

Vychádzame i z teórií a výskumov ohľadne vzťahu neistej vzťahovej väzby a závislosti. Mnohí autori uvádzajú látkovú závislosť ako dôsledok problému raných deficitov, špecifickej narcistickej zraniteľnosti a pokusu o sebareparáciu i náhradu (Bartholomew & Horowitz, 1991; Brisch, 2011; Flores, 2001; Kalina, 2008; Mikota, 1995; Röhr, 2015). Vzťahové deficity a narcistická zraniteľnosť sú spoločné faktory s neistou vzťahovou väzbou ako i s depresiou. Súvislosť neistej vzťahovej väzby a závislosti niektorí autori potvrdili i výskumne (Fonagy, 2003; Haviland, Warren & Riggs, 2000; Vungkhanching et al., 2004 in Procházka, 2011; Maierová, 2015; Pečtová, 2013; Wolt & Halama, 2014).

Rovnako vychádzame i z poznatkov o častej komorbidite depresie a závislosti (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Heretik, 2007; Kalina, 2008; Kolibáš, 2010; Mikota, 1995; Šedivá & Dóci, 2012).

Neistá vzťahová väzba ako i depresivita tak môžu byť faktory, ktoré komplikujú liečbu, alebo ju znemožňujú, alebo stoja priamo pri vzniku a rozvoji závislosti. Nedôvera na základe neistej vzťahovej väzby (Bowlby, 2013) jej vnútorného pracovného modelu, sa potom môže ešte znásobiť negatívnymi očakávaniami kognitívnej depresívnej triády obrazu seba, sveta i budúcnosti (Beck in Heretik, 2007).

## 5.2. Ciele práce

1. potvrdiť súvislosť neistej vzťahovej väzby a depresivity (jej pozitívnu koreláciu)
2. preskúmať vzťahovú väzbu (mieru vzťahovej úzkostnosti a vzťahovej vyhýbavosti) u jedincov s látkovou závislosťou podľa ECR (*The Experiences in Close Relationships*, „*Ako prežívam blízke vzťahy*“)
3. porovnať vzťahovú väzbu (mieru vzťahovej úzkostnosti a vzťahovej vyhýbavosti) medzi jedincami s látkovou závislosťou a jedincami bez látkovej závislosti
4. preskúmať mieru depresivity u jedincov s látkovou závislosťou podľa BDI-II (*Beck Depression Inventory-II*, „*Beckova sebaopisujúca škála depresivity pre dospelých-II*“)
5. porovnať mieru depresivity medzi jedincami s látkovou závislosťou a jedincami bez látkovej závislosti

## 5.3. Hypotézy

### Hypotézy ku cieľu 1:

H1: Existuje pozitívna súvislosť medzi mierou vzťahovej úzkostnosti a depresivity u jedincov s látkovou závislosťou

H2: Existuje pozitívna súvislosť medzi mierou vzťahovej vyhýbavosti a depresivity u jedincov s látkovou závislosťou

### Hypotézy ku cieľu 2 a 3:

H3: Vyššia miera vzťahovej úzkostnosti je u jedincov s látkovou závislosťou v porovnaní s jedincami bez látkovej závislosti

H4: Vyššia miera vzťahovej vyhýbavosti je u jedincov s látkovou závislosťou v porovnaní s jedincami bez látkovej závislosti

### Hypotézy ku cieľu 4 a 5:

H5: Vyššia miera depresivity je u jedincov s látkovou závislosťou v porovnaní s jedincami bez látkovej závislosti

## 6. METODOLOGICKÝ RÁMEC

### 6.1. Typ výskumu

Vo výskume je uplatnený kvantitatívny prístup. Jedná sa o korelačnú a porovnávajúcu štúdiu s využitím dotazníkových metód. Kvantitatívny dizajn bol zvolený z ekonomických dôvodov (z hľadiska časovej úspory – väčší počet dát za kratší čas) a tiež s ohľadom na obtiažnu dostupnosť klinickej populácie.

### 6.2. Skúmaný súbor

Skúmanou populáciou boli jedinci s látkovou závislosťou. Výberový súbor z tejto populácie bol zložený z klientov dvoch zdravotníckych zariadení, a to zo „*Sanatória AT*“ v Bratislave a z „*CPLDZ*“ (*centra pre liečbu drogových závislostí*) v Košiciach. Klinická skupina obsahuje klientov s látkovou závislosťou z uvedených inštitúcií. Kritériom výberu bola skúsenosť s látkovou závislosťou. Kontrolná skupina bola zložená z ľudí z neklinickej populácie. V kontrolnej skupine bolo vylučujúce kritérium ťažkosti s látkovou závislosťou, alebo liečba kvôli látkovej závislosti. Spoločným kritériom pre obe skupiny bolo ochota sa výskumu zúčastniť a vek od 18 rokov. Zaradených do výskumu bolo celkom 101 dotazníkov ECR a 101 dotazníkov BDI-II. V klinickej skupine boli dotazníky vyplnené 51 respondentmi a v neklinickej 50 respondentmi.

### 6.3. Metódy zberu dát

Metódami zberu dát boli dva dotazníky, a to: *Ako prežívam blízke vzťahy* (ECR, The Experiences in Close Relationships) a *Beckova sebaopisujúca škála depresivity pre dospelých-II* (BDI-II, Beck Depression Inventory)

#### *Ako prežívam blízke vzťahy* (ECR - R)

Bieščad & Hašto (2010) popisujú škálu ECR ako jeden z najpoužívanejších i najznámejších dotazníkov pre zisťovanie vzťahovej väzby u dospelých a zároveň tento dotazník na Slovensku aj preložili. Autormi metódy sú Brennan, Clark & Shaver (1998). V Čechách Lečbých & Pospíšilíková (2012) dotazník preložili i realizovali pilotnú

porovnávajúcu štúdiu. Škála má 36 položiek, pričom je rozdelená do dvoch častí, týkajúcich sa dvoch dimenzií, vzťahovej úzkostnosti a vzťahovej vyhýbavosti. Škála je prostriedkom na diagnostikovanie vzťahového nastavenia respondenta voči svojim blízkym vzťahom, čo vyplýva z vytvorenia vzťahovej väzby v ranom detstve (Bieščad & Hašto, 2010). Respondent hodnotí položky podľa miery súhlasu od jedna po sedem, pričom jedna je úplný nesúhlas, a sedem úplný súhlas. Výsledkom je skóre v dvoch vzťahových dimenziách. Čím vyššie je skóre, tým neistejšia je vzťahová väzba.

#### Beckova sebaopisujúca škála depresivity pre dospelých-II (BDI-II)

Heretik (2005) popisuje Beckovu škálu ako najpoužívanejšiu i najstaršiu subjektívnu škálu depresie. Autorom je Aaron Beck (1961). Škála obsahuje 21 položiek, pričom položky sú rozdelené do častí otázok týkajúcich sa rôznych oblastí prejavov klinickej depresie, ako sú prejavy v emóciách, myslení i v somatickej zložke. Výsledné skóre môže dosiahnuť jeden z troch intervalov stupňa závažnosti miery depresivity. V tomto výskume bola použitá verzia od Preissa & Vacířa (1999), ktorá bola preložená do slovenčiny úradným overeným prekladom prostredníctvom registrovaného prekladateľa. Preiss & Vacíř (1999) uvádzajú, že táto verzia je poslednou revíziou Beckovej škály. Respondent vždy vyberá jedno zo štyroch tvrdení v položke, svoj stav má hodnotiť v rámci posledných dvoch týždňov. Čím viac bodov respondent získa, tým vyššia je hladina depresivity.

## **6.4. Zber dát**

Formou e-mailovej komunikácie boli oslovené tie inštitúcie a zariadenia, ktoré sa zaoberajú liečbou látkových závislostí a ktoré mali e-mailovú adresu verejne dostupnú. Kontaktovala som všetky zariadenia v rámci Slovenska, ktoré som našla na internete, štátne i neštátne, liečebne i resocializačné zariadenia, ako i kluby AA. Dve zariadenia prejavili záujem spolupracovať na výskume. Zariadeniam ochotným spolupracovať boli doručené dotazníky poštou alebo osobne, podľa ich preferencií. Získavanie dát prebiehalo od novembra 2015 do februára 2016. Výskumný súbor nie je reprezentatívny, lebo bol získaný na základe dostupnosti, tzv. „zámerným výberom cez inštitúciu“. Dáta z klinickej populácie pochádzajú z dvoch zariadení, zaoberajúcich sa liečbou závislostí, ktoré boli ochotné participovať. *Sanatórium AT* v Bratislave je neštátne zdravotnícke zariadenie s komplexnou starostlivosťou o závislých od psychoaktívnych látok, ako aj



o patologických hráčov. Poskytuje ambulantnú aj hospitalizačnú odvykaciu liečbu, odborné poradenstvo i resocializačnú starostlivosť vo forme socioterapeutických klubov. CPLDZ v Košiciach, centrum pre liečbu drogových závislostí je štátnym zdravotníckym zariadením, ktoré sa rovnako zaoberá liečbou látkových závislostí ako i liečbou patologického hráčstva. Tiež poskytuje ambulantnú i lôžkovú liečbu, poradenstvo, psychiatrickú i farmakologickú liečbu, psychodiagnostiku a psychoterapiu. V oboch zariadeniach sa administrácia dotazníkov uskutočnila prostredníctvom odborného personálu, ktorý dotazníky klientom ponúkal ako dobrovoľnú aktivitu. Vyplňovanie bolo formou „ceruzka - papier“. V e-maili ako i v sprievodnom texte dotazníkov boli uvedené informácie o tom, na aký výskum budú dáta použité, čoho sa výskum týka, dôraz na anonymitu a dobrovoľnosť, koľko potrvá ich vyplnenie, poďakovanie za ochotu, ako i e-mailový kontakt v prípade otázok, či záujmu o výsledok. V úvode ku dotazníkom boli tiež zahrnuté i demografické otázky o veku, vzdelaní, pohlaví a o pracovnom statuse, a v klinickej skupine aj otázky ohľadne závislosti, konkrétne o druhu závislosti, stave závislosti, dobe závislosti a o skúsenosti s liečbou. Dotazníky boli následne po určitom časovom intervale zbierania (cca mesiac) prevzaté osobne. Dáta z neklinickej populácie do kontrolnej porovnávanej skupiny boli zbierané formou „on line“ dotazníkov, ktoré prostredníctvom sociálnych sietí mohli respondenti vyplniť. Tiež bol realizovaný i „príležitostný výber“ (oslovenie ľudí ochotných participovať) a výber formou „snehovej gule“ (oslovení participanti mohli sami osloviť ďalších). Dotazníky pre neklinickú populáciu obsahovali totožný sprievodný text s pridanou otázkou o látkovej závislosti ako vylučujúcom kritériu.

## **6.5. Metódy spracovania a analýzy dát**

Dotazníky boli vyhodnotené „ručne“, resp. formou „ceruzka - papier“ a ich skóry boli zapísané v programe Microsoft Office Excel. Všetky dáta následne boli spracované v štatistickom programe Statistica 12. Na popis charakteristík súboru, ako i výsledných skórov v dotazníkoch bola použitá deskriptívna štatistika. Na základe testovania normality premenných boli zvolené neparametrické metódy. Korelácie medzi vybranými premennými boli vypočítané Spearmanovým korelačným koeficientom. Pre porovnanie skupín bol použitý Mann-Whitney U-test.

## **6.6. Etické aspekty výskumu**

Vyplňovanie dotazníkov bolo dobrovoľné a anonymné. V sprievodnom liste, resp. v úvodnej časti dotazníkov bola v texte zdôraznená anonymita a dobrovoľnosť účasti na výskume, ako i informácie o ciele a účele práce, ktorej sa výskum týka. Účastníci tak boli riadne oboznámení a informovaní vopred pred vyplnením dotazníkov. Boli zachované všetky tri základné etické pravidlá výskumu, ako je ochrana skúbkromia participanta výskumu, neklamavé informácie a nezavádzanie participanta výskumu, a nenútenie ku účasti na výskume (Ferjenčík, 2000). Obe zariadenia udelili písomne súhlas s tým, že budú v práci menované ako zdroje zberu dát.

## 7. VÝSLEDKY

### 7.1. Charakteristika výskumného súboru

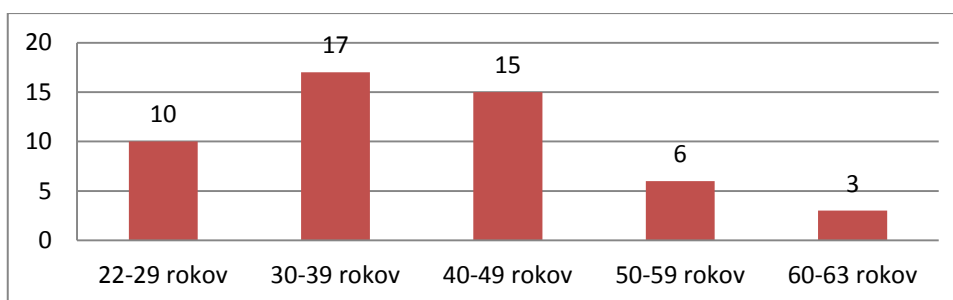
Celkom 101 ľudí bolo ochotných vyplniť dotazníky a vyplnilo ich kompletne. 51 ľudí z klinickej populácie a 50 ľudí z populácie neklinickej. Nekompletne vyplnených a preto vyradených bolo 7 dotazníkov. Nižšie v tabuľke 1 až 4 budú uvedené demografické údaje oboch skupín. Ku tabuľke 1, 2 a 3 pre obraznosť je uvedený i graf 1 až 6.

#### Demografické údaje oboch skupín

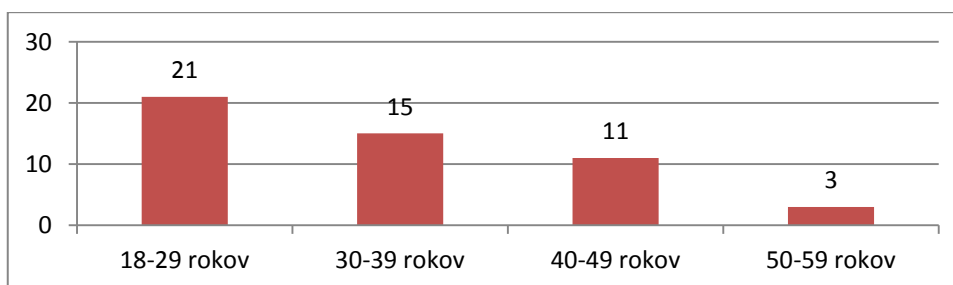
Tabuľka 1: Vek

	priemer	smerodatná odchýlka	maximum	minimum
<b>Klinická skupina</b>	39,24 rokov	10,66 rokov	63 rokov	22 rokov
<b>Neklinická skupina</b>	32,28 rokov	11,95 rokov	59 rokov	18 rokov

Graf 1: Vek v skupine jedincov s látkovou závislosťou



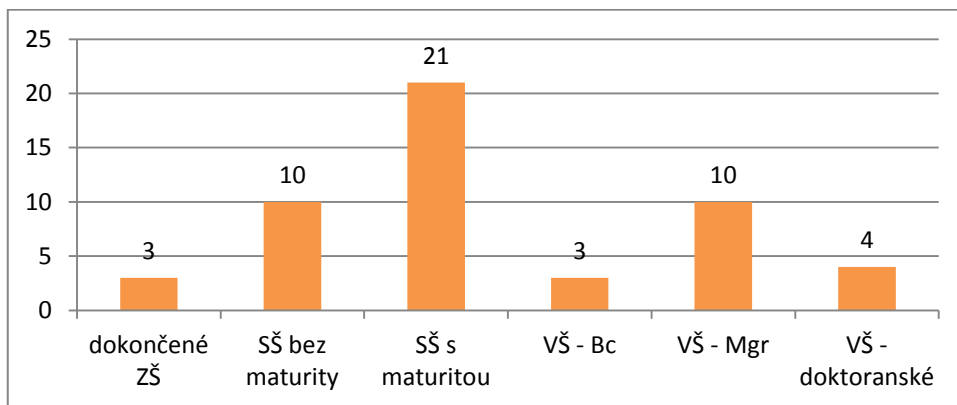
Graf 2: Vek v neklinickej skupine



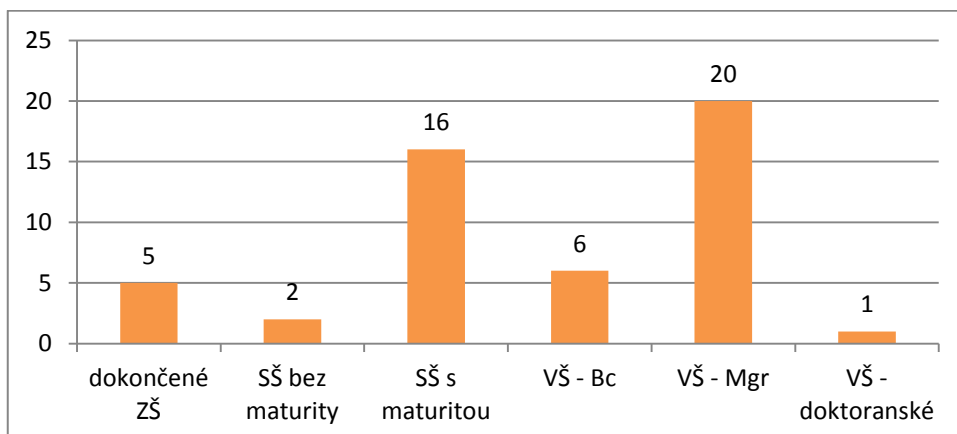
Tabuľka 2: Vzdelanie

	Dokončené ZŠ	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	VŠ - Bc	VŠ - Mgr	VŠ doktoranské
<b>Klinická skupina</b>	3 osoby	10 osôb	21 osôb	3 osoby	10 osôb	4 osoby
<b>Neklinická skupina</b>	5 osôb	2 osoby	16 osôb	6 osôb	20 osôb	1 osoba

Graf 3: Vzdelanie u skupiny jedincov so závislosťou



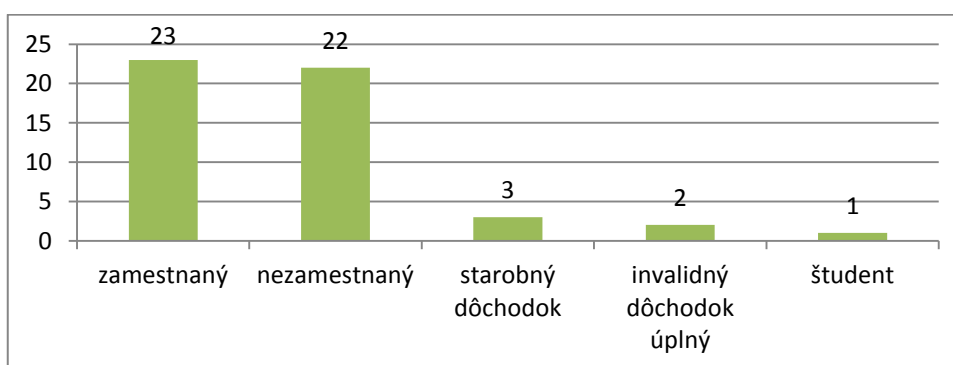
Graf 4: Vzdelanie u neklinickej skupiny



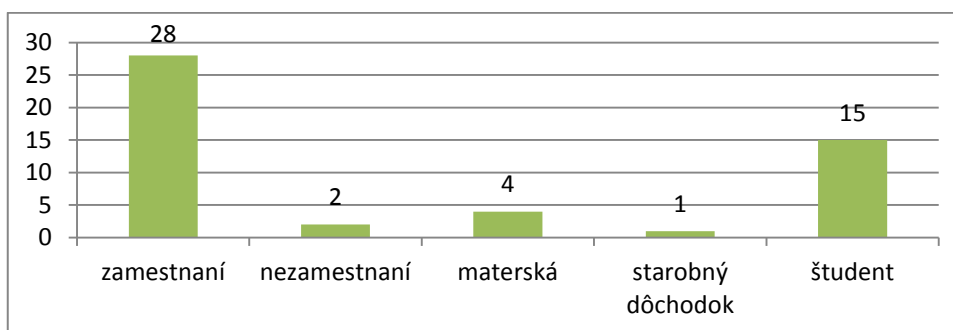
Tabuľka 3: *Pracovný status*

	zamestnaní	nezamestnaní	starobný dôchodok	invalidný dôchodok úplný	študent	materská dovolenka
<b>Klinická skupina</b>	23 osôb	22 osôb	3 osoby	2 osoby	1 osoba	0 osôb
<b>Neklinická skupina</b>	28 osôb	2 osoby	1 osoba	0 osôb	15 osôb	4 osoby

Graf 5: *Pracovný status u skupiny jedincov s látkovou závislosťou*



Graf 6: *Pracovný status u neklinickej skupiny*



Tabuľka 4: *Pohlavie*

	muži	ženy
<b>Klinická skupina</b>	42	9
<b>Neklinická skupina</b>	28	22

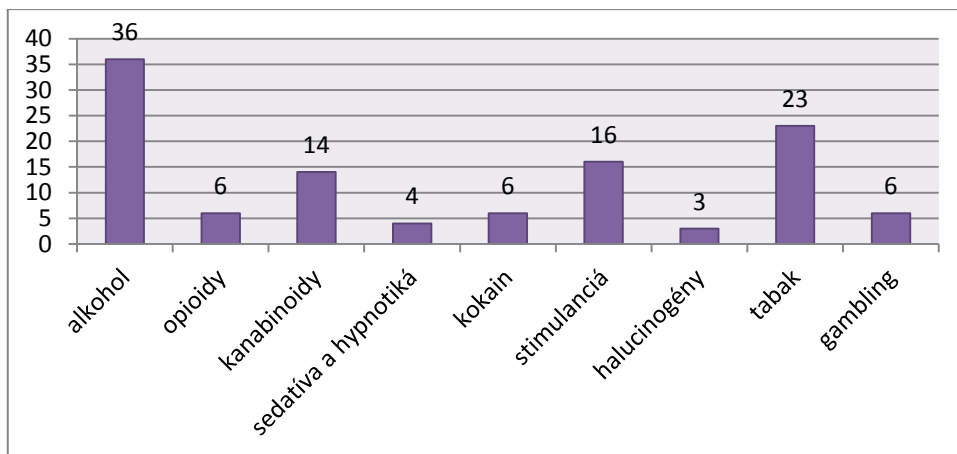
## Klinické údaje skupiny jedincov so závislosťou

U skupiny jedincov so závislosťou boli zisťované i údaje ohľadne stavu ich závislosti, ohľadne druhu závislosti, akú dobu v rokoch boli aktívne závislí, či sa jedná u nich o prvú alebo už opakovanú liečbu, či sú aktuálne v liečbe a s akým typom liečby majú skúsenosť.

**1. stav závislosti:** 82% klientov aktuálne abstinovalo a 18% klientov aktuálne užívalo návykovú látku (pravdepodobne tí, ktorí boli práve prijatí do liečby)

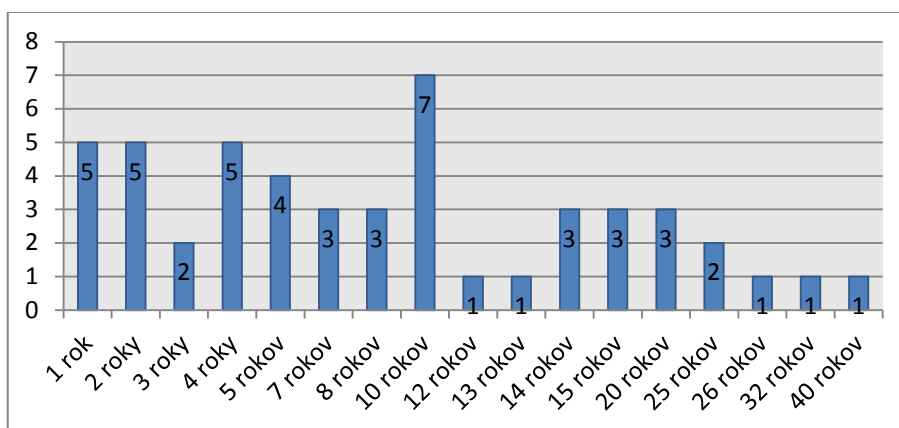
**2. druh závislosti:** prevažovala závislosť na alkohole, druhou najpočetnejšou závislosťou bola závislosť na tabaku (vždy pridrúžená ku niektorému ďalšiemu typu), respondent mohol označiť i viaceré závislosti spolu, dôležité je uviesť, že patologické hráčstvo síce nie je látková závislosť, ale uvedená je v grafe z dôvodu, že niektorí respondenti ju uvádzali spolu s inou látkovou závislosťou ako dôvod liečby

Graf 7: Typ závislosti



**3. doba aktívnej závislosti:** priemerná doba aktívnej závislosti bola 9,92 roka; maximum bolo 40 rokov; minimum 1 rok; smerodatná odchýlka 8,65 roka; na grafe vidíme, že najčastejšie udávaná bola doba aktívnej závislosti 10 rokov

Graf 8: Doba aktívnej závislosti

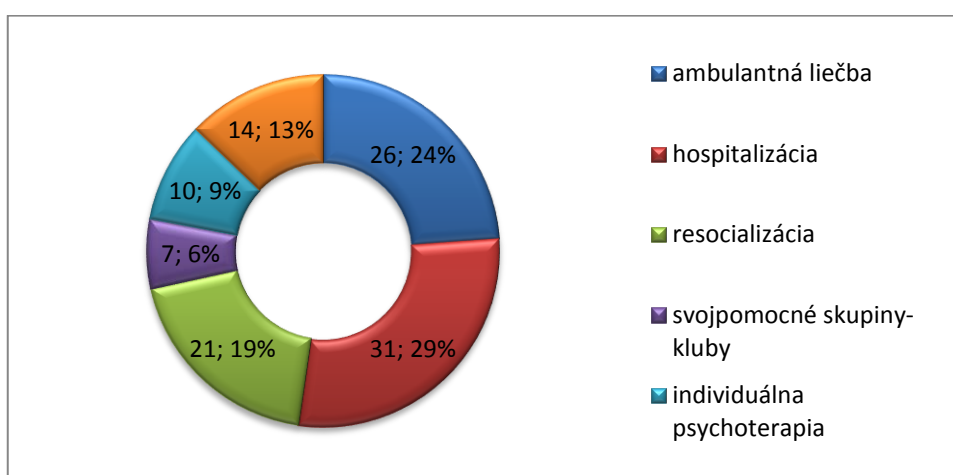


**4. predošlá liečba:** skúsenosti s predošlou liečbou uvádza 67% klientov, zatiaľ čo 33% klientov sa nachádzalo práve vo svojej prvej liečbe

**5. aktuálne liečenie:** v liečbe sa aktuálne nachádzalo 100% respondentov

**6. skúsenosť s typom liečby:** najvyšší počet klientov uvádzalo skúsenosti s predošlou hospitalizáciou (29%), ďalej nasledovala skúsenosť s ambulantnou formou liečby (24%), a na treťom mieste bola skúsenosť s predošlou resocializáciou (19%), je dôležité uviesť, že jeden respondent mohol označiť viaceré druhy liečby

Graf 9: Skúsenosť s typom liečby



## 7.2. Deskriptívne vyhodnotenie skóre v dotazníku „Ako prežívam blízke vzťahy“ (ECR - R)

Vo výslednom zhodnotení dotazníka respondent získa skóre v dvoch vzťahových dimenziách, vzťahovej úzkosti a vzťahovej vyhýbavosti. Minimum je skóre 1 a maximum je skóre 7, a to v oboch dimenziách. Tabuľka 5 znázorňuje výsledky z klinickej skupiny a tabuľka 6 výsledky z neklinickej skupiny. Výsledky sú vyjadrené v miere centrálnej tendencie (priemer) a v mierach rozptýlenosti (maximum, minimum, smerodatná odchýlka).

Tabuľka 5: Výsledky – skóre ECR - klinickej skupiny (n=51)

premenná	priemer	maximum	minimum	SD
Škála vzťahovej úzkosti	3,28	6,61	1,5	1,15
Škála vzťahovej vyhýbavosti	3,05	5,44	1	1,13

Tabuľka 6: Výsledky – skóre ECR - neklinickej skupiny (n=50)

premenná	priemer	maximum	minimum	SD
Škála vzťahovej úzkosti	2,20	4,61	1	0,85
Škála vzťahovej vyhýbavosti	2,41	6,44	1	1,14



### 7.3. Deskriptívne vyhodnotenie „Beckovej sebaposudzujúcej škály depresivity pre dospelých“ (BDI-II)

V Beckovej škále depresivity môže respondent dosiahnuť maximum 63 bodov. V troch intervaloch je odstupňovaná závažnosť hladiny depresivity nameranej v dotazníku, od 0-9 bodov je pásmo normy, teda „bez depresie“, 10-15 bodov je pásmo „miernej depresie“, 16-23 bodov je pásmo „strednej depresie“ a 24-63 bodov je pásmo „ťažkej depresie“ (Preiss & Vacíř, 1999). Tabuľka 7 vyjadruje výsledky klinickej skupiny a tabuľka 8 výsledky skupiny neklinickej. Výsledky sú vyjadrené v miere centrálnej tendencie (priemer) a v mierach rozptýlenosti (maximum, minimum, smerodatná odchýlka).

Tabuľka 7: *Výsledky – skóre BDI-II - klinickej skupiny (n=51)*

premenná	priemer	maximum	minimum	SD
skóre v BDI-II	14,12	51	1	10,12

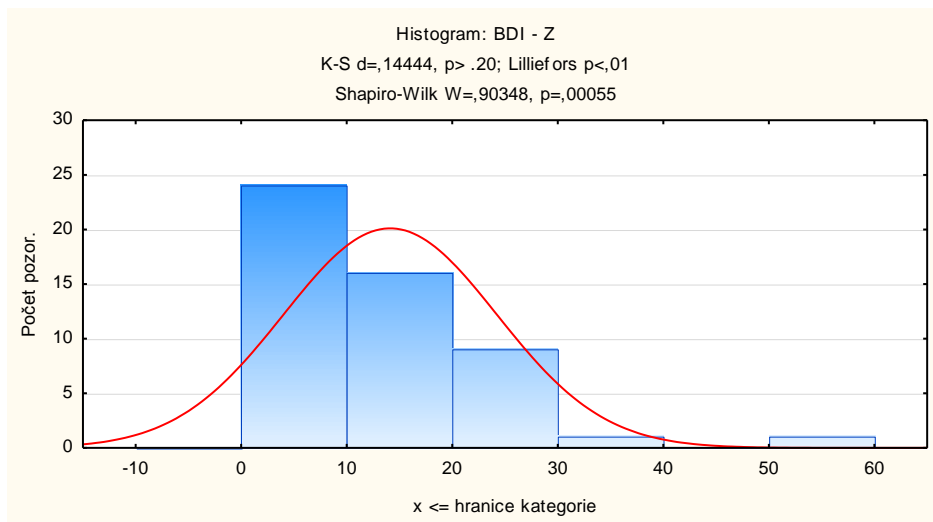
Tabuľka 8: *Výsledky – skóre BDI-II - neklinickej skupiny (n=50)*

premenná	priemer	maximum	minimum	SD
skóre v BDI-II	7,06	21	0	5,73

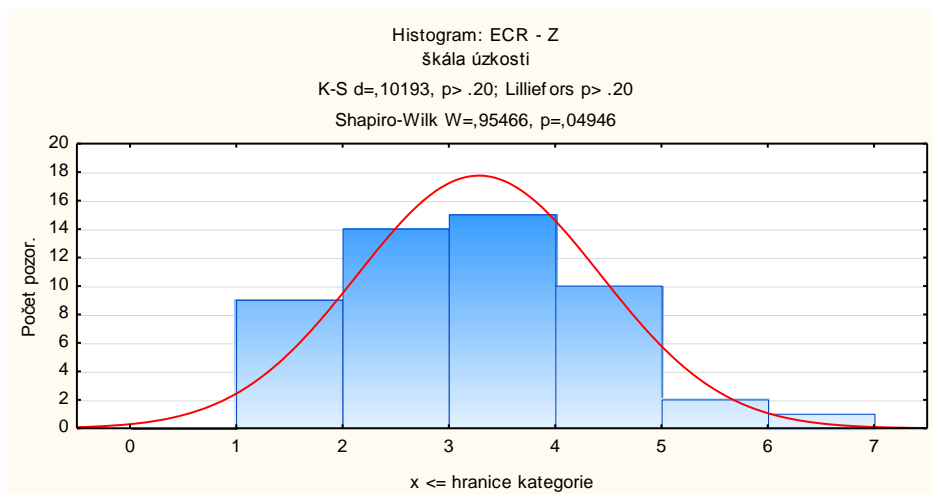
## 7.4. Histogramy

„Normálne“ rozloženie ( $p < 0,05$ ) sa nachádzalo zo šiestich premenných (BDI-depresivita u oboch skupín, ŠÚ-škála vzťahovej úzkostnosti u oboch skupín, ŠV-škála vzťahovej vyhýbavosti u oboch skupín) iba v jednom prípade (u ŠV klinickej skupiny, graf 12), a preto boli následne použité neparametrické metódy.

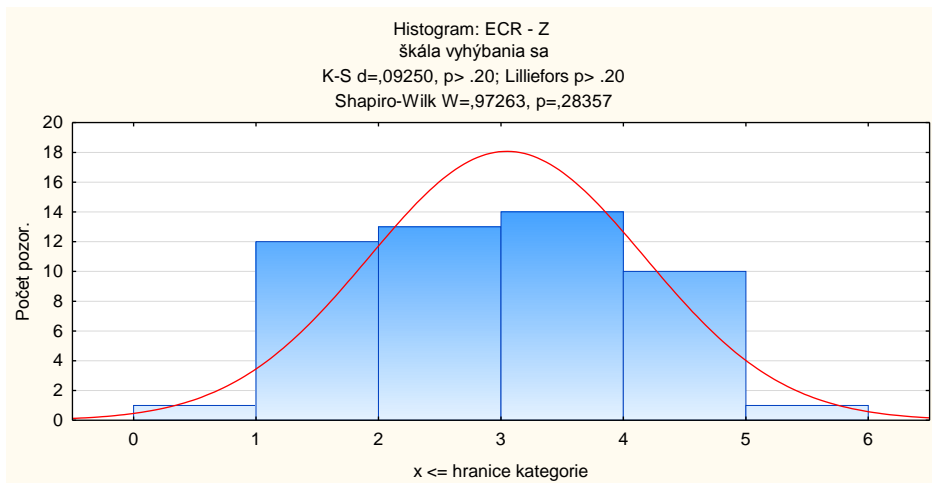
Graf 10: *Histogram BDI-II u klinickej skupiny*



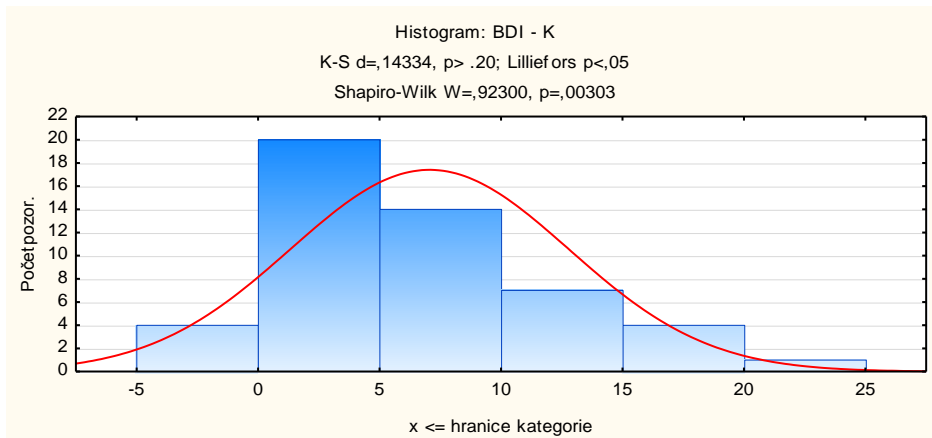
Graf 11: *Histogram škály vzťahovej úzkostnosti u klinickej skupiny*



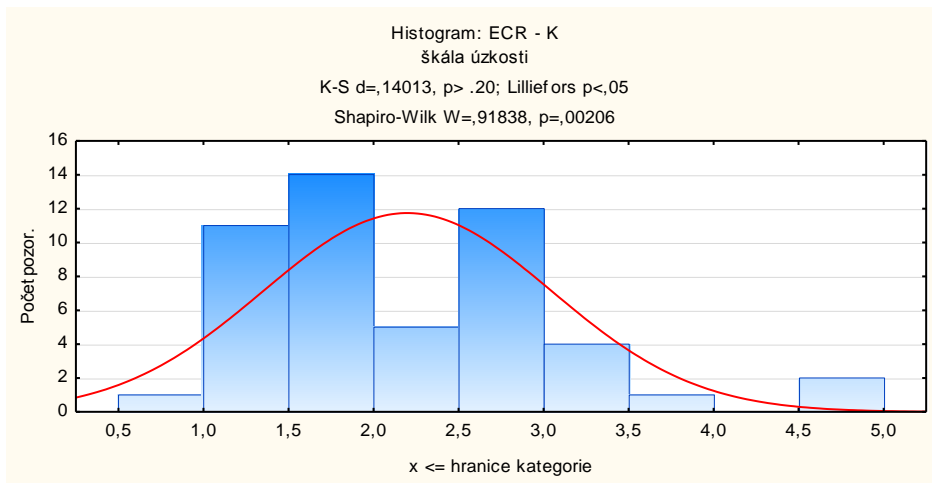
Graf 12: *Histogram škály vzťahovej vyhýbavosti u klinickej skupiny*



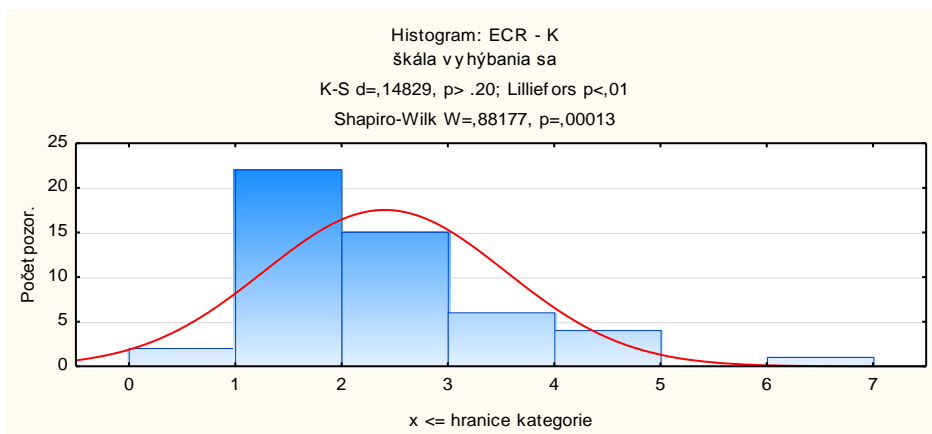
Graf 13: *Histogram BDI-II u neklinickej skupiny*



Graf 14: *Histogram škály vzťahovej úzkosti u neklinickej skupiny*



Graf 15: *Histogram škály vzťahovej vyhýbavosti u neklinickej skupiny*



## 7.5. Súvislosť vzťahovej väzby a depresivity

### Výsledky – Spearmanov korelačný koeficient

„Vyššia miera vzťahovej úzkostnosti súvisí s vyššou mierou depresivity u jedincov s látkovou závislosťou“  $\rho(n=51) = 0,39; p < 0,05$  Na základe týchto výsledkov prijímame hypotézu H1, že existuje pozitívna súvislosť medzi mierou vzťahovej úzkostnosti a depresivity u jedincov s látkovou závislosťou.

„Vyššia miera vzťahovej vyhýbavosti súvisí s vyššou mierou depresivity u jedincov s látkovou závislosťou“  $\rho(n=51) = 0,32; p < 0,05$  Na základe týchto výsledkov prijímame hypotézu H2, že existuje pozitívna súvislosť medzi mierou vzťahovej vyhýbavosti a depresivity u jedincov s látkovou závislosťou.

Tabuľka 9: Výsledky korelácie medzi vzťahovou úzkostnosťou (ECR-ŠÚ), vzťahovou vyhýbavosťou (ECR-ŠV) a depresivitou (BDI-II) u klinickej skupiny

	BDI-II
ECR-ŠÚ	<b>0,39</b> ; $p < 0,05$
ECR-ŠV	<b>0,32</b> ; $p < 0,05$

## 7.6. Porovnanie vzťahovej väzby a depresivity u skupín

### Výsledky Mann-Whitney U-testu

Tabulka 10: Porovnanie klinickej a neklinickej skupiny v škálach vzťahovej úzkosti, vzťahovej vyhábanosti a depresivity

premenná	N klinická skupina	N neklinickej skupina	Súčet poradí klinická	Súčet poradí neklinickej	U	Z	p
ŠÚ	51	50	3335,50	1815,50	540,50	<b>4,98</b>	<b>0,0000</b>
ŠV	51	50	3178,50	1972,50	697,50	<b>3,92</b>	<b>0,0000</b>
BDI-II	51	50	3178,00	1973,00	698,00	<b>3,91</b>	<b>0,0000</b>

Bol nájdený signifikantný rozdiel medzi jedincami s látkovou závislosťou (n=51) a jedincami bez látkovej závislosti (n=50) v miere depresivity. Na základe týchto výsledkov prijímame hypotézu H3, že vyššia miera depresivity je u jedincov s látkovou závislosťou v porovnaní s jedincami bez látkovej závislosti.

Bol nájdený signifikantný rozdiel medzi jedincami s látkovou závislosťou (n=51) a jedincami bez látkovej závislosti (n=50) v miere vzťahovej úzkosti. Na základe týchto výsledkov prijímame hypotézu H4, že vyššia miera vzťahovej úzkosti je u jedincov s látkovou závislosťou v porovnaní s jedincami bez látkovej závislosti.

Bol nájdený signifikantný rozdiel medzi jedincami s látkovou závislosťou (n=51) a jedincami bez látkovej závislosti (n=50) v miere vzťahovej vyhábanosti. Na základe týchto výsledkov prijímame hypotézu H5, že vyššia miera vzťahovej vyhábanosti je u jedincov s látkovou závislosťou v porovnaní s jedincami bez látkovej závislosti.

## 8. DISKUSIA

V práci boli zistené niektoré demografické a klinické údaje u skúmaného súboru z populácie jedincov s látkovou závislosťou. Ďalej boli skúmané súvislosti neistej vzťahovej väzby a depresivity u jedincov s látkovou závislosťou, ktoré boli porovnávané s kontrolnou skupinou z neklinickej populácie. Sledované a vyhodnocované boli tri premenné: ECR-ŠŮ (skóre v škále vzťahovej úzkostnosti), ECR-ŠV (skóre v škále vzťahovej vyhýbavosti) a BDI-II (skóre v depresivite). Nižšie budú popísané a diskutované výsledky demografické, klinické, ako i overenie piatich výskumných hypotéz ohľadne skúmaných javov.

### Demografické údaje

Priemerný vek v súbore bol 39,24 rokov, pričom najpočetnejší interval bolo rozpätie 30 až 39 rokov (17 respondentov). Celkovo sa v pásme 30 až 63 rokov nachádzalo 41 respondentov a len 10 respondentov v pásme 22 až 29 rokov. Je možné, že hodnota priemerného veku súvisí aj s tým, že v súbore prevažovali jedinci, ktorí už boli v opakovanej liečbe. Bolo ich 67%. Vyšší vek bol v skupine u respondentov závislých na alkohole, kde priemerná hodnota bola 43,03 rokov a nižší vek bol u závislých na iných drogách, priemerná hodnota bola 30,13 rokov. Rozdiel môže byť spôsobený tým, že iné drogy než alkohol sa historicky dostali ku nám masívne až po roku 1989 a preto generácia závislých na vždy dostupnom alkohole môže byť staršia. Vzdelanie u výskumnej vzorky prevažovalo stredoškolské s maturitou a to u 21 respondentov. Druhými dvomi najpočetnejšími vzdelaniami boli stredoškolské bez maturity (10 respondentov) a vysokoškolské magisterské (10 respondentov). Tento údaj môže byť spôsobený tým, že je predpoklad, ak závislosť zasiahne vek v školskom období, ovplyvní to kapacitu človeka so závislosťou vzdelanie úspešne absolvovať či dokončiť, prípadne motiváciu pokračovať vo vyššom stupni vzdelania. Definície z MKCH-10 (WHO, 2008) ako i z DSM-5 (2013) okrem iného popisujú aj to, že látková závislosť zužuje záujmy človeka len na drogu, jej získanie a užitie. Kalina (2008) popisuje, že adolescencia je rizikové obdobie pre vznik a rozvoj závislosti, kvôli vývojovej úlohe hľadania identity podľa Eriksona a tlaku na separáciu od rodičov, ako aj na základe krehkého self. Vágnerová (2008) taktiež udáva, že najrizikovejší vek pre vznik a rozvoj závislosti je 15 až 24 rokov. V súbore prevažovali muži nad ženami a to celkom 82% ku 18%. Tento pomer 4:1 býva udávaný ako pomer pri závislosti na alkohole (Vágnerová, 2008) a tento typ závislosti v našej skúmanej skupine

prevažoval. V pracovnom statuše okrem 5 respondentov, ktorý boli v statuše dôchodok starobný, dôchodok invalidný a študent, bola skupina skoro presne na polku rozdelená do 23 zamestnaných a 22 nezamestnaných. Tento údaj má logiku, vzhľadom ku liečbe, vzhľadom na závažnosť tohto ochorenia a jeho vplyvu na kvalitu života ako i zamestnania.

### **Klinické údaje**

Bol zisťovaný aktuálny stav užívania návykovej látky, pričom 18% respondentov uviedlo, že aktuálne užíva, a 82% abstinovalo. Nakoľko údaj o aktuálnej liečbe vyplnilo 100% jedincov, predpokladáme, že tí, čo užívali návykovú kátku, boli práve do liečby prijatí, alebo to mohli byť klienti liečeni ambulantne, ktorí práve zrecidivovali. V type závislosti prevažovala závislosť na alkohole, a to u dvoch tretín z celku. Toto zistenie korešponduje so zistením, ktoré býva často uvádzané, že najrozšírenejšou závislosťou je práve závislosť na alkohole (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Pravdepodobne z hľadiska dostupnosti a legálnosti, ako i finančných nákladov, ktoré sú nižšie než pri iných drogách. Doba aktívnej závislosti bola v priemere 9,92 roka, pričom maximálna hodnota bola 40 rokov a minimálna 1rok. Tento údaj znovu vypovedá o závažnosti tohto ochorenia. Údaj o predošlej liečbe ukazuje ťažkosť a náročnosť v efektívite liečby, pretože dve tretiny klientov boli už v opakovanej liečbe. Tento fakt súvisí i s popisom Vágnerovej (2008), že liečba je nie vždy efektívna a uspokojujúca, pričom len jedna tretina liečených dokáže natrvalo abstinovať. V skúsenosti s typom liečby boli najviac zastúpené tri druhy, a to: hospitalizácia, ambulantná liečba a resocializácia. Tieto výsledky môžu súvisieť s tým, že liečbe by mal vždy predchádzať detox, ktorý sa realizuje v rámci hospitalizácie (Kalina, 2008), resocializácia a liečba v rámci terapeutických komunít je jedna z najrozšírenejších (Nociar, 2001) a ambulantná liečba môže byť pre mnohých najpraktickejšia z hľadiska napr. zamestnania.

### **Výsledky štatistické a overenie hypotéz**

**Skúmanie javu súvislosti neistej vzťahovej väzby a depresivity** sa skladalo z dvoch hypotéz. Prvou hypotézou bol predpoklad, že existuje pozitívna súvislosť medzi mierou vzťahovej úzkostnosti a depresivity u jedincov s látkovou závislosťou. Druhou hypotézou bol predpoklad existencie pozitívnej súvislosti medzi mierou vzťahovej vyhýbavosti a depresivity u jedincov s látkovou závislosťou. Vzťahová úzkostnosť a vzťahová vyhýbavosť je znakom neistých typov vzťahovej väzby. Predpokladali sme, že kto bude skórovať vyššie v škálach vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti, ten bude skórovať i vyššie



v depresivite. Tieto súvislosti sa potvrdili, a to u oboch škál Spearmanovým korelačným koeficientom, u vzťahovej úzkostnosti v hodnote 0,39\* a u vzťahovej vyhýbavosti v hodnote 0,32\*. Tento výsledok je podobný ako výsledok v štúdiu od Bednárovej & Heretika (2012), kde autori porovnávali vzťahovú väzbu a depresivitu medzi pacientmi s depresívnou poruchou a bežnou populáciou. Zistili pozitívne korelácie medzi neistými typmi vzťahových väzieb a depresivity. Rozdiel je, že skúmali na inom type cieľovej skupiny, a tiež okrem ECR a BDI použili ešte jeden dotazník, zameraný na spomienky z detstva. Rovnako v štúdiu od Halamovej & Popelkovej (2015) sa preukázala súvislosť depresivity, úzkosti a neistých väzieb, neisto pripútané deti prejavovali vyšší výskyt depresívnej symptomatológie. Rozdiel je tiež v skúmanej vzorke, ako aj v aplikovanej metodike štyroch škál, a spôsobe vyhodnotenia regresnou analýzou. Autori štúdie Amani et al. (2017) mali podobný dizajn ako v tejto práci, dve dotazníkové metódy, BDI-II a dotazník zameraný na vzťahovú väzbu odlišný od ECR, pozitívnu koreláciu medzi neistou vzťahovou väzbou a depresiou potvrdili, avšak skúmaná populácia bola odlišná, boli ňou študenti. Ďalšia štúdia od autorov Permy et al. (2010) použila podobnú kombináciu BDI a dotazníka na vzťahovú väzbu, rozdiel bol, že mali ešte tretí dotazník na osobnostný štýl, výsledné závery práce vyjadrujú, že neistá vzťahová väzba predisponuje jedincov ku vývoju depresívneho osobnostného štýlu, skúmaná skupina boli študenti. Greenová (2009) skúmala podobným spôsobom, dve dotazníkové metódy, z toho jeden bol BDI-II, porovnávala skupinu pacientov s depresiou a neklinickú skupinu, pozitívne korelácie medzi depresivitou a neistou vzťahovou väzbou potvrdila, len mala tiež inú skúmanú vzorku. Muris et al. (2001) takisto použili dve dotazníkové metódy, dotazník na vzťahovú väzbu pre deti a škálu úzkosti a depresie, tiež na inej skúmanej skupine než naša práca, zistili významnú koreláciu medzi neisto pripútanými deťmi a depresiou i úzkosťou. Vychádzajúc aj z teoretických poznatkov neistá vzťahová väzba môže súvisieť s depresivitou kvôli vnútorným pracovným modelom, ktoré predisponujú človeka s neistou vzťahovou väzbou, aby bol ku depresivite náchylnejší (Bowlby, 2012). Ďalším spojením medzi neistou vzťahovou väzbou a depresiou môže byť pojmem straty, spomínaný v etiológii depresie (Freud, 2002) ako i v etiológii nejstej vzťahovej väzby (Bowlby, 2013). Spoločným faktorom je i totožná psychodynamika, popísaná u ľudí trpiacich depresiou a ľudí s neistou vzťahovou väzbou (Busch et al., 2006; Bowlby, 2012), kde je dominantným internalizovaný objekt rodiča, ktorý je kritický, odmietavý, zanedbávajúci, či nedostupný.

Ďalším cieľom skúmania tejto práce bolo **porovnať vzťahovú väzbu a depresivitu medzi jedincami s látkovou závislosťou a jedincami bez látkovej závislosti**. Tento skúmaný cieľ sa skladal z troch hypotéz: že u jedincov s látkovou závislosťou bude 1.vyššia miera vzťahovej úzkostnosti, 2.vyššia miera vzťahovej vyhýbavosti a 3.vyššia miera depresivity, v porovnaní s jedincami bez látkovej závislosti. U všetkých troch premených: ŠÚ, ŠV aj BDI-II bol zistený významný rozdiel medzi skupinou jedincov s látkovou závislosťou a neklinickou skupinou. Hodnoty Z u Mann-Whitneyho testu boli: 4,98 (ŠÚ); 3,92 (ŠV); a 3,91 (BDI-II). Priemerná hodnota v škále úzkostnosti (ŠÚ) v klinickej skupine bola 3,28 oproti priemeru 2,20 v neklinickej skupine. Maximum v klinickej skupine bolo 6,61 oproti 4,61 v neklinickej. V škále vzťahovej vyhýbavosti (ŠV) bol priemer 3,05 v klinickej skupine oproti 2,41 v neklinickej a maximum v klinickej skupine bolo 5,44 oproti 6,44 v neklinickej. V depresivite (BDI-II) bola priemerná hodnota 14,12 u klinickej skupiny oproti 7,06 v neklinickej, a najvyššia hodnota bola 51 u klinickej oproti 21 u neklinickej skupiny. Môžeme vidieť, že väčšie rozdiely v priemerných hodnotách aj v najvyšších hodnotách sú v škále úzkostnosti a tiež v depresivite medzi klinickou a neklinickou skupinou. V depresivite sa jedinci s látkovou závislosťou nachádzajú v pásme „miernej depresie“ (10-15 bodov) podľa Preissa & Vacífa (1999) a bližia sa ku pásme „strednej depresie“ (16-23 bodov). Zatiaľ čo neklinická skupina sa nachádza v pásme „normy“, „bez depresie“ (0-9 bodov). Prekvapivý je údaj, že priemerná hodnota vzťahovej vyhýbavosti je u neklinickej skupiny len o málo nižšia, a maximálnu hodnotu má dokonca vyššiu než klinická skupina. Mohli by sme to interpretovať na základe Bartholomewa & Horowitz (1991), že vyhýbavá väzba obsahuje síce negatívny pracovný model druhých, ale pozitívny pracovný model seba, a teda by sa mohla viac vyskytovať v neklinickej populácii než v klinickej, lebo má pozitívnejší sebaobraz než ostatné typy neistých väzieb. Veľkú klinickú významnosť hlavne vzťahovej úzkostnosti zistila Maierová (2015) vo svojej štúdii, kde skúmala poruchy osobnosti a vzťahovú väzbu u patologických hráčov. Zistila podobne ako aj v tejto práci, že patologickí hráči vykazovali vyššiu mieru úzkostnosti i vyhýbavosti oproti kontrolnej skupine. Vzťah neistej vzťahovej väzby a závislosti skúmali i Pečtová (2013) a Wolt & Halama (2014), pričom Pečtová skúmala v terapeutickej komunite u drogovo závislých klientov a Wolt & Halama skúmali u vysokoškolských študentov. Obe štúdie potvrdili vzťah neistej vzťahovej väzby a závislosti, Pečtová (2013) v zmysle vyššej miery vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti u klientov komunity oproti kontrolnej skupine a Wolt & Halama v zmysle súvislosti neistej vzťahovej väzby a rizikového užívania drog u študentov. Rovnako Fonagy (2003)

popisuje, že sa u drogovo závislých často nachádzajú neisté typy vzťahovej väzby. Súvislosť neistej vzťahovej väzby a závislosti môžeme odvodzovať od spoločného faktoru raných vzťahových deficitov a narcistickej zraniteľnosti ako krehkého self, ktoré sú prítomné v neistej väzbe, ako i u jedincov so závislosťou. Negatívny pracovný model seba alebo negatívny sebaobraz, a z neho vyplývajúca zraniteľnosť je súčasťou neistej vzťahovej väzby (Bowlby, 2010) a krehké self ako dôvod závislosti uvádzajú viacerí autori (Brisch, 2011; Flores, 2001; Kalina, 2008; Mikota, 1995; Röhr, 2015). Súvislosť depresie a závislosti môžeme odvodzovať od rovnakého faktoru, pretože už uvedená narcistická vulnerabilita je i ústredným faktorom aj pri depresii (Busch et al., 2006). Takisto ako súvislosť depresie a závislosti môžeme nájsť v poznatkoch o jej častej komorbidite u viacerých autorov. Ako najčastejšie komorbídne psychiatrické ochorenie ku závislostiam uvádza Kalina (2008) depresívne a úzkostné poruchy, rovnako ako aj Kolibáš (2010). Depresiu ako častú primárnu alebo sekundárnu psychickú poruchou popri závislosti na alkohole popisuje Heretik (2007). Depresívna porucha sa u závislých ľudí vyskytuje dosť často (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). V DSM-5 bola pridaná kategória „depresívna porucha indukovaná látkami (Pečeňák, 2014)

### **Úskalia a limity práce**

Táto práca má veľké množstvo limitov. Limity sa týkajú typu výberu skúmanej vzorky, typu výskumných metód, kritérií výberu neklinickej skupiny, rôznorodosti klinickej skupiny a celkovej zložitosti troch skúmaných psychopatologických javov, ktorými sú neistá vzťahová väzba, depresie a látkové závislosti. V prvom rade výsledky nie sú zovšeobecniteľné, nakoľko výskumná vzorka nie je reprezentatívna, a výber bol robený prostredníctvom ochoty a dobrovoľnosti dvoch inštitúcií. Ďalšie úskalia sú v dotazníkových metódach, ktoré v sebe vždy nesú riziko subjektívneho skreslenia, ako i sú závislé od rozvinutej schopnosti sebareflexie respondenta. Dotazník ECR môže byť pre niektorých ľudí problematický a to z viacerých dôvodov. Týka sa otázok intímnych vzťahov, ktoré ale niektorí respondenti buď nemuseli ešte zažiť, alebo to vedia vzťahovať len ku aktuálnemu vzťahu, ktorý práve nemusia prežívať, sú rozídení, atď. Napriek tomu, že sú v úvode vyzvaní k tomu, aby sa zamysleli, ako prežívajú citovo blízke vzťahy vo všeobecnosti, nie nevyhnutne ako prežívajú súčasný blízky vzťah, úroveň schopnosti konkrétneho a abstraktného myslenia im v tom môže brániť, ako aj už spomínaná neskúsenosť v intímnych vzťahoch. Tiež som sa stretla s tým, že opačne formulované otázky v dotazníku bývajú často mátauce, horšie zrozumiteľné, prípadne v rýchlosti

vyplňovania môžu byť vyplnené i nesprávne. Dotazník BDI-II zachytáva ako sa cíti respondent v posledných dvoch týždňoch, čo znamená, že mapuje aktuálne prežívanie a teda nevieme, či dotyčný jedinec nie je momentálne v remisii, pričom mohol byť pár mesiacov dozadu vážne depresívny. Neklinická skupina napriek tomu, že bola vybratá aj na základe vylúčenia látkovej závislosti, neznamená to, že je „neklinická“ v zmysle iných psychických porúch, ktoré tiež vplývajú na vzťahovú väzbu aj depresivitu a môžu výsledky skresľovať. Klinická skupina obsahovala rôzne typy látkových závislostí, lepšie by bolo skúmať len jeden druh, a ďalší faktor, ktorý určite vplýval na výsledky, bola existencia rôznych fáz liečby, v ktorých sa mohli klienti nachádzať. Tento faktor určite depresivitu mohol ovplyvňovať. Kvôli zložitosti skúmaného javu vzťahovej väzby i depresivity by bolo vhodné doplniť tento výskum aj o iné metódy, ideálne kvalitatívne, ako aj o dotazníky osobnostné, ktoré by mohli prispieť ku hlbšiemu poznaniu oboch javov u vybraného súboru. Vzťahová väzba, jej vnútorné pracovné modely môžu byť z veľkej časti nevedomé (Bowlby, 2012) a preto dotazníková metóda nemusí zachytiť to, čo napr. projektívna metóda. Metodologicky však môže byť veľmi ťažké odlíšiť, čo všetko vplýva na depresivitu, pretože to určite nie je len vzťahová väzba, ale obrovské množstvo aj iných bio-psycho-sociálnych a situačných faktorov. V tejto práci však boli psychopatologické javy ako depresia i závislosť skúmané hlavne z perspektívy teórie vzťahovej väzby, i keď je zrejme, že je to len jeden z faktorov vplyvu.

## 9. ZÁVERY

1. bola potvrdená súvislosť neistej vzťahovej väzby a depresivity, jej pozitívna korelácia, u jedincov s látkovou závislosťou
2. bola preskúmaná vzťahová väzba (miera vzťahovej úzkostnosti a vzťahovej vyhýbavosti) u jedincov s látkovou závislosťou podľa ECR
3. bola porovnaná vzťahová väzba (miera vzťahovej úzkostnosti a vzťahovej vyhýbavosti) a zistené významné rozdiely medzi jedincami s látkovou závislosťou a jedincami bez látkovej závislosti
4. bola preskúmaná miera depresivity u jedincov s látkovou závislosťou podľa BDI-II
5. bola porovnaná miera depresivity a zistené významné rozdiely medzi jedincami s látkovou závislosťou a jedincami bez látkovej závislosti
6. u jedincov s látkovou závislosťou je vyššia miera vzťahovej úzkostnosti, vzťahovej vyhýbavosti a depresivity v porovnaní s jedincami bez látkovej závislosti

## SÚHRN

Hlavným cieľom práce bolo preskúmať súvislosť vzťahovej väzby a depresivity u jedincov s látkovou závislosťou.

Základným východiskom v tejto práci bol vzťah vzťahovej väzby a psychopatológie, z ktorého vychádzajú všetky hypotézy v práci. Neistá vzťahová väzba a psychopatológia bola skúmaná v mnohých štúdiách a ukazuje sa ako rizikový faktor rozmanitej formy psychopatológie (Bartholomew et al., 2001; Bowlby, 2012; Brennan et al., 1998; Fonagy, 1996, 2005; Hazan & Shaver, 1990; Heretik, 2007; Lamott & Pfäfflin, 2008; Lečbych & Pospíšilíková, 2012; Lorincová, 2014; Livesley et al., 1990; Maierová, 2015; Szilágyiová et al., 2014; Trokanová, 2010; Vavrda, 2005). Druhým východiskom bol vzťah neistej vzťahovej väzby a depresie. Vo výskumných štúdiách bola súvislosť neistej vzťahovej väzby a depresie potvrdená (Amani et al., 2017; Armsden & Greenberg, 1987; Bednárová & Heretik, 2012; Fischmann et al., 2013; Greenová, 2009; Halamová & Popelková, 2015; Heretik, 2007; Muris et al., 2001; Permuy et al., 2010). Tretím východiskom bol vzťah neistej vzťahovej väzby a závislosti, ktorý je potvrdený niektorými štúdiami (Fonagy, 2003; Haviland, Warren & Riggs, 2000; Vungkhanching et al., 2004 in Procházka, 2011; Maierová, 2015; Pečtová, 2013; Wolt & Halama, 2014). Štvrtým východiskom bola častá komorbidita závislostí a depresie (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; Heretik, 2007; Kalina, 2008; Kolibáš, 2010; Mikota, 1995; Šedivá & Dóci, 2012). V teoretickej časti práce boli štyri kapitoly. V prvej kapitole bol definovaný všeobecne pojem teórie vzťahovej väzby a jej delenie v detstve a v dospelosti. V druhej kapitole bol všeobecne definovaný pojem depresie, jej etiológia, diagnostika a liečba. V tretej kapitole bol popísaný všeobecne pojem závislosti, jej etiológia, diagnostika a liečba. V štvrtej kapitole bol už uvedený špecifický vzťah psychopatológie a vzťahovej väzby, z ktorého sme ďalej v práci vychádzali. Kapitola obsahovala podkapitoly o psychopatologickom vývoji vo vzťahovej väzbe, o neistej vzťahovej väzbe ako etiologickom faktore psychopatológie, o vzťahovej väzbe a depresii, a o vzťahovej väzbe a závislosti.

V nadväznosti na vyššie uvedené zdroje z teórií i výskumov, a v nadväznosti na vyššie uvedené štyri východiskové body, boli postulované hypotézy o tom, že u jedincov so závislosťou bude predpoklad vyššej miery vzťahovej úzkostnosti, vzťahovej vyhybavosti a depresivity. Zvolený bol kvantitatívny dizajn s dvoma dotazníkovými metódami, korelačná a porovnávajúca štúdia. Skúmali sme súvislosti vzťahovej väzby a depresivity

u jedincov s látkovou závislosťou, a porovnávali ich výsledky s jedincami bez látkovej závislosti. V súbore bolo celkom 101 respondentov, 51 v klinickej skupine a 50 v neklinickej. Vzorka skúmanej populácie bola získaná výberom cez inštitúcie a vzorka neklinickej skupiny cez príležitostný výber, cez výber metódou snehovej gule a formou sociálnych sietí. Dáta boli spracované štatisticky, po testovaní normality rozloženia boli vypočítané neparametrické testy, a to Spearmanov korelačný koeficient a Mann-Whitney U-test. Výsledky potvrdili u jedincov s látkovou závislosťou pozitívnu koreláciu medzi mierou vzťahovej úzkostnosti a mierou depresivity, a medzi mierou vzťahovej vyhýbavosti a mierou depresivity. Boli nájdené aj významné rozdiely v miere vzťahovej úzkostnosti, v miere vzťahovej vyhýbavosti a v miere depresivity medzi klinickou a neklinickou skupinou. Výsledky potvrdili a korešpondujú s už zistenými súvislosťami ohľadne vzťahovej väzby a depresie, novým faktorom v tejto práci bola aplikácia skúmaného vzťahu vzťahovej väzby a depresivity na cieľovú skupinu jedincov s látkovou závislosťou. Výsledky však nie sú zovšeobecniteľné, lebo skúmaná vzorka nie je reprezentatívna. Na interpretáciu výsledkov boli použité zdroje z teoretickej časti práce. Napriek nemožnosti výsledky z tejto práce zovšeobecniť, faktor neistej vzťahovej väzby ako jeden zo zdrojov možnej psychopatológie je témou, ktorá má široké uplatnenie nielen v klinickej psychológii, ale i v prevencii (napr. cieleňé vedenie matiek pri výchove). Konkrétne u populácie jedincov s látkovými závislosťami by neistá vzťahová väzba ako i depresivita mohli byť faktory, ktoré komplikujú liečbu, alebo ju znemožňujú, alebo stoja priamo pri vzniku a rozvoji závislosti.

## ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV A LITERATÚRY

1. Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
2. Amani, R., Majzoobi, M. R., Fard, S. A. (2017). *Mother-infant Attachment style as a predictor of depression among female students*. Journal of Midwifery a reproductive health, Vol 5, Iss 1, Pp 834-841
3. Armsden, G., Greenberg, M. (1987). *The inventory of parent and peer attachment: individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence*. Journal of Youth and Adolescence 16: 427-454.
4. Barnhill, J. (2015). *DSM-5 Psychické poruchy – kazuistiky*. Bratislava: Vydavateľstvo F
5. Bartholomew, K., Kwong, M., Hart, S. (2001). *Attachment*. In: Livesley, J., (Eds.). Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment, 196-230. New York.
6. Bartholomew, K., Horowitz, L. M. (1991). *Attachment styles among young adults: a test of a four – category model*. Journal of personality a social psychology, 61 (2), 226-244.
7. Baštecká, B. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
8. Battle, C., Shea, M., Johnson, D., Yen, D., Zlotnick, C., Zanarini, M., Sanislow, A., Skodol, A., Gunderson, J., Grilo, C., McGlashan, T., Morey, L. (2004). Childhood Maltreatment Associated With Adult Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 193-211.
9. Beck, D. (2005). *Krátkodobá psychoterapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
10. Bednárová, D., Heretik A. (2012). *Porovnanie vzťahovej väzby depresívnych pacientov a zdravej populácie*. Universitas comeniana facultas philosophica bratislava Psychologica XLI: 29-43.
11. Bieščad, M., Hašto, J.(2010). *Diagnostikovanie typov vzťahovej väzby v dospelosti s použitím nástrojov dostupných v našich podmienkach*. Psychiatrie, ročník 14, 2010, č. 2
12. Bowlby, J. (2010). *Vazba*. Praha: Portál.
13. Bowlby, J. (2012). *Odloučení*. Praha: Portál.
14. Bowlby, J. (2013). *Ztráta*. Praha: Portál.



15. Brennan, K. A., Clark, C. L., , Shaver, P. R. (1998). *Selfreport measurement of adult attachment: An integrative overview*. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford.
16. Brisch, K. (2011). *Poruchy vzťahové vazby*. Praha: Portál.
17. Busch, F., Rudden, M., Shapiro, T. (2006). *Psychodynamická terapia depresie*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
18. Collins, N. L., Guichard, A.C., Ford, M. B., Feeny, C. B. (2004). *Working model of attachment: New developments and emerging Themes*. In: Rholes, W.S., Simpson, A. (Eds.) *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*, 196-239. New York.
19. Dahlke, R. (2006). *Deprese jako řeč unavené duše*. Olomouc: Fontána.
20. Dörner, K., Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské*. Praha: Grada.
21. Dušek, K., Večeřová-Procházková A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada
22. Eliason, S. (2009). Murder-suicide: a review of the recent literature. *Journal of American Academy of Psychiatry Law*, 37, 371-376
23. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výskumu*. Praha: Portál.
24. Fischmann, T., Russ, M., Leuzinger-Bohleber, M. (2013). *Trauma, dream, and psychic change in psychoanalyses : a dialog between psychoanalysis and the neurosciences*. *Frontiers in human neuroscience*, č.7
25. Flores, P. J.(2001). *Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy*. *International journal of group psychotherapy*, jan, 2001, 51, 1, p. 63-81, 19 p.
26. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Kennedy, G., Matton, M., Target, M., Gerber, A. (1996). *Attachment, the reflective self and borderline states. The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development*. In: Goldberg, S., Muir, R., Kerr, J. (Eds.). *Attachment Theory: Social Developmental and Clinical Perspectives*, 233-278. New York.
27. Fonagy, P. (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál.
28. Fonagy, P. (2003). *Frühe bindung und die bereitschaft zu gewaltbrechen*. In: Fonagy, P., Target, M. (Eds.). *Frühe bindung und psychisme entwicklung*. Giessen: Psychosozial-verlag.
29. Freud, S. (2002). *Spisy z let 1913-1917*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství.
30. Freybergh, P. (2013). *Prenatálne dieťa*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

31. Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie*. Praha : Portál.
32. Greenberger, D., Padesky, A. (2003). *Na emoce s rozumem*. Praha: Portál.
33. Greenová, M. (2009). *Conceptualising depression: The role of attachment and related issues*. Dissertation abstracts international: The sciences and engineering, Vol 69 (8-B), 2009. Pp. 5026
34. Hazan, C., Shaver, P. (1990). *Love and work: an attachment theoretical perspective*. *Journal of Personality and Social Psychology* 59: 270-280.
35. Hall, C., Lindzey, G. (1997). *Psychológia osobnosti*. Bratislava: SPN.
36. Halamová, M., Popelková, M. (2015). *Reprezentácia vzťahovej väzby ako prediktor internalizujúcich problémov u detí v strednom detstve*. *Psychologie a její kontexty*, 6(2), 2015, 49-63
37. Hašto, J. (2005). *Vzťahová väzba*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
38. Hautzinger, M. (2000). *Depresia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
39. Heretik, A. (2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.
40. Hughes, P., Riordan, D. (2010). *Psychodynamická psychoterapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
41. Johnson, S. (2006). *Charakterová proměna člověka*. Brno: Computer Press.
42. Johnson, S. (2007). *Charakterové typy člověka*. Brno: Computer Press.
43. Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
44. Kastová, V. (2010). *Hněv a jeho smysl*. Praha: Portál.
45. Kastová, V. (2011). *Touha po druhém*. Praha: Portál.
46. Kaufmann, H., Wildegans, R. (2013). *Van Goghovo ucho*. Praha: Grada.
47. Kohut, H. (1991). *Obnova self*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
48. Kolibáš, E. (2010). *Príručka klinickej psychiatrie*. Nové Zámky: Psychoprof
49. Koutek, J., Kocourková, J. (2003). *Sebevražedné chování*. Praha: Portál.
50. Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
51. Kring, A. M., Werner, K. H. (2004). *Emotion regulation in psychopathology*. In: Philippot, P., Feldman, R. S. (Eds.). *The Regulation of Emotion*, 359-386. New York.
52. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
53. Říčan, P., Krejčířová, D. (2006). *Detská klinická psychologie*. Praha: Grada
54. Lamottová, F., Pfäfflin, F. (2008). *Bindung, Psychopathologie und Delinquenz*. In: Strauss, B. (Eds.). *Bindung und Psychopathologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
55. Látalová, K., Kamarádová, D., Praško, J. (2015). *Suicidalita u psychických poruch*. Praha: Grada.

56. Lečbych, M., Pospíšilíková, K. (2012). *Česká verze škály ECR: Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti*. Psychologie-elektronický časopis ČMPS, roč. 6, č. 3
57. Levenson, H., Butler, S., Powers, T., Beitman, B. (2005). *Krátka dynamická a interpersonální terapie*. Trenčín: Vydavatelství F.
58. Livesley, W., Schroeder, M., Jackson, D. (1990). Dependent personality disorder and attachment problems. *Journal Personality Disorder*, 4(2), 131-140.
59. Lorincová, T., (2014). *Vztahová vazba a agresivní projevy v období mladší dospělosti*, Psychologie a její kontexty, 5(1), 2014, 29-38
60. Mahlerová, M., Pine, F., Bergmanová, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Praha: Triton
61. Maierová, E. (2015). *Poruchy osobnosti a vztahová vazba u patologických hráčů*. Olomouc: Univerzita Palackého.
62. McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Praha: Portál
63. Meyer, B., Pilkonis, P. A. (2008). *Bindungstheorie und Persönlichkeitstörungen: konzeptuelle Zusammenhänge, empirische Ergebnisse und Behandlungsimplication*. In: Strauss, B. *Bindung und Psychopathologie*, 212-247. Stuttgart: Klett-Cotta.
64. Mikota, V. (1995). *O ovlivňování duševních chorob*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
65. Mitchell, S., Black, M. (1999). *Freud a po Freudovi*. Praha: Triton.
66. Muris, P., Meesters, C., Van Melick, M., Zwambag, L. (2001). *Self reportet attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents*. Personality and individual differences, Vol 30(5), apr, 2001, pp. 809-818
67. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Portál: Praha.
68. Paris, J., Zweig-Frank, H. (2001). A 27-years follow –up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
69. Pečtová, K. (2013). *Reprezentace vztahové vazby u drogově závislých pacientů*. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika, 20, č.2, 26-30
70. Permuy, B., Merino, H., Fernandez-Rey, J. (2010). *Adult attachment styles and cognitive vulnerability to depression in a sample of undergraduate students: The mediational roles of sociotropy and autonomy*, International journal of psychology, Feb 2010, vol. 45, Issue 1, p 21
71. Pöethe, P. (2008). *Emoční poruchy v dětství a dospívání*. Praha: Grada.

72. Poliaková, M., Hašto, J. (2006). *Priaznivé účinky fyzickej aktivity na duševné zdravie*. Psychiatria, 13, 2006, č.3-4, s.192-197
73. Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. (2015). *Deprese a jak ji zvládat*. Portál: Praha.
74. Preiss, M., Vacíř, K. (1999). *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé*. Brno: Psychodiagnostika.
75. Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Olomouc: Univerzita Palackého.
76. Prušinovský (2015). *Kobry a užovky*. Získané z databáze ČSFD
77. Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, Psychiatrie
78. Remundová T. (2014). *Když v tom jedou ženy*. Získané z databáze ČSFD.
79. Řehan, V. (2007). *Adiktologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
80. Riemann, F. (2007). *Základní formy strachu*. Praha: Portál.
81. Rihmer, A. (2006). Psychiatric characteristics of 100 nonviolent suicide attempters in Hungary. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 69-72.
82. Raboch, J., Pavlovský, P., Janotová, D. (2006). *Psychiatrie*. Praha: Triton.
83. Roth, J., Preiss, M., Uhrová, T. (1999). *Deprese v neurologické praxi*. Praha: Galén.
84. Röhr, P. (2015). *Závislost'*. Praha: Portál.
85. Röhr, P. (2012). *Cesty z úzkosti a deprese*. Praha: Portál.
86. Rufo, M. (2009). *Pusť mě, ale neopouštěj*. Praha: Portál.
87. Sedláčková, Z., Ocisková, M., Praško, J. (2013). *Depresivní porucha, její léčba a komorbidita s poruchami osobnosti*. Postgraduální medicína 01/2013
88. Sedláčková, Z., Praško, J., Sedláček, M., Ocisková, M., Látalová, K., Kamarádová, D. (2014). *Komorbidita depresivní poruchy a poruchy osobnosti - účinnost léčby*. Česká a slovenská psychiatrie. Praha: Galén.
89. Skála J. (1988). *Až na dno*. Praha: Avicenum.
90. Styron, W. (2015). *Viditelná temnota*. Praha: Portál.
91. Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
92. Szilágyiová, J., Heráková, M., Lukáčová, G. (2014). *Charakteristiky vzťahovej väzby týraných žien umiestnených v zariadení núdzového bývania*. Sociálne procesy a osobnosť, 2014.

93. Šedivá, G., Dóci, I. (2012). *Komorbidity depresie a alkoholizmu-aktuálne názory na problematiku a kazuistika*. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika, 19, 2012, č.2, s. 9-18
94. Škop (2015). *Eva Nová*. Získané z databáze ČSFD
95. Štolbová, T. (2014). *Dcera padajícího listí*. Praha: Triton
96. Titl, S. (2014). *Psychoanalytická párová terapie*. Praha: Portál.
97. Trokanová, Z. (2010). *Hraničná porucha osobnosti a mentalizácia*. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika, 17, č.3, 178-185
98. Třeštíková, H. (2009). *Katka*. Získané z databáze ČSFD
99. Třeštíková, H. (2015). *Mallory*. Získané z databáze ČSFD
100. Vavrda, V. (2005). *Otázky soudobé psychoanalýzy*. Praha: Lidové noviny.
101. Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
102. Vrtbovská, P. (2010). *O ztraceném dítěti & ceste do bezpečí*. Tišnov: SCAN 2010.
103. Weissman, M., Markowitz, J., Klerman., G. (2010). *Interpersonálna psychoterapia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
104. Weissová, G. (2013). *Diagnóza F50*. Praha: Motto
105. Wolt, R., Halama, P. (2014). *Vzťahová väzba v kontexte rizikového užívania alkoholu, nelegálnych drog a interpersonálnych problémov*, Adiktologie 2014, Vol. 14 Issue 2, p 146-157. 12 p.
106. World Health Organization (2008). MKN-10. *Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

## **ZOZNAM PRÍLOH**

Príloha 1: Formulár zadania magisterskej diplomovej práce

Príloha 2: Abstrakt magisterskej diplomovej práce v slovenskom a anglickom jazyku

## Príloha 1: Zadanie diplomovej práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Academic Year: 2014/2015

Study Programme: Psychologie  
Form: Kombinovaná  
Branch/comb.: Psychologie (PSYN)

### Document for registration DIPLOMA STUDENT'S THESIS

Submits:	ADDRESS	PERSONAL NUMBER
Mgr. Bc. KATUŠÁKOVÁ Daniela		F140940

#### TOPIC IN CZECH:

Vztáhová väzba a depresivita u závislosti.

#### THESIS TITLE IN ENGLISH:

Attachment and depressivity in addiction.

#### SUPERVISOR:

Mgr. Zuzana Sedláčková - PCH

#### RESEARCH PLAN:

1. Zoznámenie sa s manuálom na písanie diplomových prác na Katedre psychologie FF UP v Olomouci a citačných noriem Americkkej psychologickkej asociácie.
2. Štúdium odbornej literatúry z oblasti klinickej psychológie, vývojovej psychológie a psychológie osobnosti so zameraním na teóriu vzťahovej väzby, závislosti a depresiu.
3. Spracovanie prehľadu dosavadných výskumov.
4. Vypracovanie osnovy, stanovenie výskumných metód a hypotéz.
5. Výber a oslovenie výskumného vzorku.
6. Zber dát a ich následné spracovanie a analýza.
7. Integrácia výskumných dát do zmysluplného celku, spracovanie záveru a diskusie, prepojenie získaných výsledkov s ostatnými relevantnými zdrojmi.
8. Parametre práce budú v súlade s metodickými pokynmi Katedry psychológie.

#### List of recommended literature:

- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. In Preiss, M., Vacíř, K. (1999). Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé: BDIII. Brno : Psychodiagnostika.
- Bednářová, D., & Heretik A. (2012). Porovnanie vzťahovej väzby depresívnych pacientov a zdravej populácie. In Psychologica XLI. Bratislava : Univerzita Komenského. 29-43. Získané 22.4.2015 z <http://www.cpppap.svsbb.sk/>
- Bieščad, M., & Hašto, J. (2010). Diagnostikovanie typov vzťahovej väzby v dospelosti s použitím nástrojov dostupných v našich podmienkach. Psychiatrie, 14(2), 68-74.
- Bowlby, J. (2010). Vazba. Praha : Portál.
- Bowlby, J. (2012). Odloučení. Praha : Portál.
- Bowlby, J. (2013). Ztráta. Praha : Portál.
- Brisch, K.H. (2011). Poruchy vztahové vazby. Praha : Portál.
- Hautzinger, M. (2000). Depresia. Trenčín : Vydavateľstvo F.
- Fischmann, T., Russ, M., Leuzinger-Bohleber, M. (2013). Trauma, dream, and psychic change in psychoanalyses : a dialog between psychoanalysis and the neurosciences. Frontiers in human neuroscience, 7. Získané 22.4.2015 z <http://web.a.ebscohost.com/>
- Fonagy, P. (2005). Psychoanalytické teorie. Praha : Portál.
- Grawe, K. (2007). Neuropsychoterapie. Praha : Portál.
- Hašto, J. (2005). Vztáhová väzba. Trenčín : Vydavateľstvo F.
- Heretik, A. (2007). Klinická psychológia. Nové Zámky : Psychoprof.
- Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály ECR : Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. Epsychologie, 6(3), 1-11. Získané 22.4.2015 z <http://e-psycholog.eu/pdf/lechbych-pospishilikova.pdf>
- Pečťová, K. (2013). Reprezentace vztahové vazby u drogově závislých pacientů. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika, 20(2), 26-30.
- Sedláčková, Z., Ocisková, M., Praško, J. (2013). Depresivní porucha, její léčba a komorbidita s poruchami osobnosti. Postgraduální medicína, 1. Získané 22.4.2015 z <http://zdravi.e15.cz/>
- Trokanová, Z. (2010). Hraničná porucha osobnosti a mentalizácia. Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika, 17(3), 178-185.
- Vavřda, V. (2005). Otázky soudobé psychoanalýzy. Praha : Lidové noviny.

World Health Organization. (2014). Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10th ed.). Získané 22.4.2015 z <http://www.uzis.cz/>

Student's signature: .....

Date: 24.4.2015

Supervisor's signature: .....

Date: 24.4.2015



## **Príloha 2: ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vzťahová väzba a depresivita u závislostí

**Autor práce:** Mgr. Bc. Daniela Katušáková

**Vedoucí práce:** Mgr. Zuzana Sedláčková, Ph.D.

**Počet stran a znakov:** 90 strán, 141 480 znakov

**Počet príloh:** 2

**Počet titulů použité literatury:** 106

**Abstrakt (800–1200 zn.):**

Táto magisterská práca skúma súvislosť vzťahovej väzby a depresivity u jedincov s látkovou závislosťou. Cieľom bolo potvrdiť súvislosť neistej vzťahovej väzby a depresivity, a preskúmať vzťahovú väzbu a depresivitu u jedincov s látkovou závislosťou. Ďalší cieľ bol porovnať vzťahovú väzbu (mieru vzťahovej úzkostnosti a mieru vzťahovej vyhýbavosti) a depresivitu s neklinickou skupinou. Boli sledované tri premenné, a to: vzťahová úzkosť, vzťahová vyhýbavosť a depresivita. Vzťahová úzkosť a vzťahová vyhýbavosť je meraná dotazníkom ECR a depresivita je meraná BDI –II. Výskumný súbor tvorila klinická a neklinická skupina, s počtom 51 a 50 osôb. Boli zistené pozitívne korelácie a významné rozdiely. U jedincov s látkovou závislosťou je vyššia miera vzťahovej úzkostnosti, vzťahovej vyhýbavosti, a depresivity v porovnaní s neklinickou skupinou. U jedincov s látkovou závislosťou je pozitívna korelácia medzi vzťahovou úzkosťou a depresivitou, a medzi vzťahovou vyhýbavosťou a depresivitou.

**Klíčová slova:** vzťahová úzkosť, vzťahová vyhýbavosť, depresivita, závislosti, korelácia, porovnávanie

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Attachment and depressivity in addiction

**Author:** Mgr. Bc. Daniela Katušáková

**Supervisor:** Mgr. Zuzana Sedláčková, Ph.D.

**Numberofpages and characters:** 90 , 141 480

**Numberofappendices:** 2

**Numberofreferences:** 106

**Abstract (800–1200 characters):**

This master's thesis examines the relationship of attachment and depression in subjects with substance dependence. The aim was to confirm the relationship of none safe attachment and depression in subjects with substance dependence, and to examine the attachment and depression in drug addicts. Another goal was to compare the attachment (attachment anxiety and attachment avoidance) and depression with the non-clinical group. Three variables were observed, namely: attachment anxiety, attachment avoidance and depression. Attachment anxiety and attachment avoidance is measured by the ECR questionnaire and depression is measured by BDI-II. The research group consisted of a clinical and non-clinical group with 51 and 50 subjects. Positive correlations and significant differences were found. In subjects with substance dependence is higher attachment anxiety, attachment avoidance, and depression than non-clinical group. In subjects with substance dependence there is a positive correlation between attachment anxiety and depression, and between attachment avoidance and depression.

**Key words:** attachment anxiety, attachment avoidance, depression, addiction, correlation, comparing