

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Studium humanitní vzdělanosti

Markéta Boučková

**Vliv úzkostnosti na fungování v partnerství a souvislost se
sociální kognicí**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. Mgr. Jitka Lindová, PhD.

Praha 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 14. května 2021

Markéta Boučková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce doc. Mgr. Jitce Lindové, PhD. za možnost účastnit se jejího projektu a získání cenných zkušeností do budoucna. Dále bych chtěla poděkovat svojí rodině za podporu a trpělivost.

Obsah

Abstrakt	5
Úvod	7
1. Teoretická část	9
1.1 Úzkost a Úzkostnost.....	9
1.1.1. Úzkostnost jako osobnostní rys.....	9
1.1.2. Stavová úzkost	11
1.1.3. Souvislost rysové úzkostnosti s partnerským přizpůsobením	11
1.1.4. Souvislost rysové úzkostnosti s přizpůsobením partnera	12
1.2 Úzkostné poruchy	13
1.2.1. Sociální fobie	14
1.2.2. Panická porucha	15
1.2.3. Agorafobie	16
1.2.4. Generalizovaná úzkostná porucha.....	17
1.2.5. Selektivní mutismus	17
1.2.6. Separační úzkost.....	18
1.2.7. Souvislost úzkostných poruch a partnerského přizpůsobení.....	19
1.2.8. Souvislost úzkostných poruch s přizpůsobením partnera.....	19
1.3. Attachment.....	21
1.3.1. Teorie attachmentu.....	21
1.3.2. Attachmentové styly v dětství	21
1.3.3. Attachment v dospělosti.....	22
1.3.4. Měření attachmentových stylů v dospělosti.....	23
1.3.5. Attachmentová úzkostnost	24
1.4. Sociální kognice	26
1.4.1 Atribuční teorie	26
1.4.2. Teorie mysli	27
1.4.3. Rozpoznávání obličejových výrazů	28
1.4.4. Sociální kognice u úzkostných jedinců	29
1.4.5. Souvislost sociální kognice s partnerským přizpůsobením.....	31
2. Praktická část	32
2.1. Výzkumný problém.....	32
2.2. Cíle práce	32
2.3. Výzkumné hypotézy.....	33
2.4. Materiál a metody	33
2.5. Metody analýzy a zpracování dat.....	39

2.6. Výsledky	41
2.7. Diskuze výsledků	49
Závěr	53
Reference	54
Seznam příloh	74
Přílohy.....	75

Abstrakt

Úzkostnost negativně ovlivňuje partnerské přizpůsobení a dle výsledků některých výzkumů souvisí se zhoršenými sociálně kognitivními schopnostmi. Zkoumání těchto vztahů společně však bylo v literatuře doposud převážně opomíjeno, a proto je hlavním cílem této práce zjistit, zda úzkostnost negativně ovlivňuje partnerské přizpůsobení jedince skrze sociální kognici.

V praktické části práce byl využit kvantitativní výzkum, kterého se účastnilo 145 partnerských dvojic ve věkovém rozpětí 18-47 let. Pro zjištění klinické úzkostnosti byl využit sociodemografický dotazník, kde jedinci mimo jiné uvedli, zda trpí úzkostnou poruchou. Dále byl k měření rysové úzkostnosti využit dotazník State Trait Anxiety Inventory, konkrétně verze STAI X-2. Attachmentová úzkostnost byla zjišťována prostřednictvím dotazníku Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R-16). Partnerské přizpůsobení bylo měřeno dotazníkem Dyadic Adjustment Scale (DAS). Sociální kognice byla zjišťována dotazníkem Geneva Emotion Recognition Test – Short (GERT-S) a Faux Pas Testem. Všechny typy úzkostnosti spolu souvisí, avšak attachmentová úzkostnost ovlivňuje partnerské přizpůsobení nejvíce. Nebyl zjištěn signifikantní vliv úzkostnosti na sociální kognici, potažmo vliv sociální kognice na partnerské přizpůsobení.

Klíčová slova:

úzkostnost, partnerské přizpůsobení, attachment, sociální kognice

Abstract

Anxiety interferes with relationship adjustment. It is also linked to poor social cognitive skills, according to some research. However, until now, there has been little to no research on the connections between relationship adjustment, social cognition, and anxiety. As a result, the primary goal of this study is to see whether anxiety has a negative impact on relationship adjustment through social cognition.

We used quantitative analysis with 145 couples ranging in age from 18 to 47. We used a sociodemographic questionnaire to determine if the participant had clinical anxiety. We used the State Trait Anxiety Inventory, specifically the STAI X-2 form, to assess trait anxiety levels. The Experiences of Close Relationships – Revised Questionnaire (ECR-R-16) was used to measure the extent of attachment anxiety. The Dyadic Adjustment Scale was used to measure relationship adjustment (DAS). Finally, we used the Geneva Emotion Recognition Test – Short (GERT-S) and the Faux Pas Test to assess one's social cognitive abilities. All forms of anxiety are related, but attachment anxiety has the greatest impact on dyadic adjustment, according to our findings. There has been no evidence that anxiety has a significant impact on social cognition. Furthermore, social cognition has had no measurable impact on relationship adjustment.

Keywords:

anxiety, relationship adjustment, attachment, social cognition

Úvod

Úzkostnost můžeme definovat několika způsoby. Zaprvé jako osobnostní rys, který se vyznačuje tendencí reagovat úzkostně na nepříjemné podněty a častějším prožíváním pocitů úzkosti, které se projevují mimo jiné nadměrnými obavami, nervozitou a napětím (Spielberger, 1970). Zároveň však můžeme o úzkostnosti hovořit v kontextu úzkostných poruch, mezi které se v současnosti řadí sociální fobie, panická porucha, agorafobie, generalizovaná úzkostná porucha, selektivní mutismus a separační úzkost (American Psychiatric Association, 2013). Přestože se tyto poruchy v několika ohledech liší, pro všechny je společné nadměrné prožívání strachu a úzkosti (American Psychiatric Association, 2013). Názory ohledně příčin vzniku úzkostných poruch se liší, avšak většina poruch pravděpodobně vzniká interakcí mezi osobností jedince a environmentálními faktory (Thomas, Chess, 1977; Turner et al., 2003; Green, Lindy, Grace, & Gleser, 1989). Úzkostnost je také nedílnou součástí teorie attachmentu, formulovanou Johnem Bowlbym (Bowlby, 2010). Dle Bowlbyho si matka a dítě utváří vztah, který si dítě přenáší do dospělosti, a který ovlivňuje jeho sociální život. Hazan a Shaver (1987) následně definovali attachment v kontextu partnerských vztahů na škále vyhýbavost-úzkostnost. Vysoká attachmentová úzkostnost se na této škále projevuje například obavami z opuštění, obavami o dostupnost partnera a silnou touhou po jeho blízkosti.

Existuje tedy patrná souvislost mezi attachmentovou úzkostností a partnerskými vztahy. Vzhledem k tomu, že spolu všechny typy úzkostností souvisí (Nielsen et al., 2017; Dilmac, Hamarta, Arslan, 2009), byl zkoumán i vliv úzkostných poruch a rysové úzkostnosti na partnerské přizpůsobení, přičemž se většina studií shoduje, že úzkostnost má vliv na partnerskou spokojenost obou partnerů (Caughlin, Huston, Houts, 2000; Whisman, 2004; Candel, Turliuc, 2019).

Vzhledem k povaze úzkostných poruch byla zkoumána jejich souvislost se sociálně-kognitivními schopnostmi. Výsledky těchto výzkumů se však liší, některé uvádí, že úzkostní jedinci prokazují zhoršené schopnosti spojené se sociální kognicí (např. Hezel, McNally, 2014), avšak v některých případech byla úzkostnost spjata s pozitivním vlivem na tyto schopnosti (Zazinal, Newman, 2018).

Byl však potvrzen pozitivní vztah mezi sociální kognicí a partnerským přizpůsobením, především s identifikací emočních stavů či empatií (např. Carton, Kessler a Pape, 1999; Cramer, Jowett, 2010).

Cílem této práce je proto postihnout souvislost typů úzkostnosti (rysová, klinická, attachmentová), úzkostností, partnerským přizpůsobením a jeho dimenzemi (spokojenost, soudržnost, shoda, vyjadřování emocí), úzkostností a sociální kognicí (teorie mysli, rozpoznávání emocí) a sociální kognicí a partnerským přizpůsobením jedince v kontextu vztahů heterosexuálních párů. V praktické části práce konkrétně zjišťuje, zda úzkostnost negativně ovlivňuje partnerské přizpůsobení skrze sociální kognici.

1. Teoretická část

1.1. Úzkost a Úzkostnost

Úzkost je široce užívaný pojem. Již Freud však rozlišoval neurotickou úzkostnost a úzkostnost jako emoci. Freud uvedl jako příznaky úzkostnosti především pozornost vůči hrozbám, podrážděnost, nedostatek koncentrace, palpitace, obtížné dýchání, chvění, pocení a zažívací potíže (Freud, 1936). V rámci pozorování neuroticky úzkostných pacientů také poprvé definoval úzkost jako nepříjemný afektivní stav, vyznačující se mimo jiné srdečními palpitacemi, nepravidelným dýcháním, pocením, chvěním a závratěmi (Freud, 1924). Freud dále rozlišoval i objektivní úzkost, která byla vyvolávána vnějšími hrozbami, tedy jako synonymum strachu. Tím se lišila od neurotické úzkostnosti, neboť její zdroj pocházel zevnitř – z naší mysli (Freud, 1924).

Cattell a Scheier (1961) pak definovali dva typy úzkostnosti – state anxiety (stavová úzkostnost) a trait anxiety (rysová úzkostnost), přičemž stavová úzkostnost se projevovala jako přechodný stav s fyziologickými projevy, jako např. zvýšený krevní tlak a rychlost dýchání, zatímco rysová úzkostnost se vyznačovala osobnostními charakteristikami, mimo jiné pocitem viny, podezřívavostí a sklony k pocitům studu.

Je proto důležité rozlišovat úzkost – emoční stav či také jinak nazývanou jako stavová úzkostnost a rysovou úzkostnost, tedy osobnostní rys.

Jelikož je rysová úzkostnost často označována jako neuroticismus, je důležité vymezit i tyto dva pojmy. Pojem neuroticismus pochází z teorie „The Big Five,“ neboli pětifaktorového modelu osobnosti, sestaveného nezávisle několika vědci (Poropat, 2009). Eysenck a Eysenck (1975) popsali vysoce neurotického člověka jako přecitlivělého a reagujícího příliš silně na různé podněty. Neuroticismus tedy můžeme definovat jako tendenci prožívat často silné, negativní emoce spojené s pocitem nekontrolovatelnosti v reakci na stres (Barlow et al., 2014). Přestože má tedy neuroticismus obdobné projevy jako rysová úzkostnost a byla mezi nimi prokázána souvislost (Muris et al., 2005), jedná se o dva různé koncepty.

1.1.1. Úzkostnost jako osobnostní rys

Koncept rysové úzkostnosti pochází z psychoanalýzy, konkrétně již od Freuda (1924), který rozlišoval neurotickou (rysovou) úzkostnost, objektivní úzkost a morální úzkost. Neurotická úzkostnost je dle Freuda způsobena signálem, že informace z nevědomí se hodlá dostat do vědomí. Tato úzkostnost vzniká u jedinců, kteří jsou fixováni v Oidipovském

stádiu vývoje a mají sklony k prožívání stavové úzkosti v podmínkách, které vnímají jako psychicky ohrožující (Freud, 1924).

Taylorová (1953) vyvinula jeden z prvních dotazníků měřících rysovou úzkostí - Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS), skládající se z 50 položek, které pocházely z Minnesotského multifázového osobnostního inventáře. Avšak tento dotazník byl vyvinut především pro výzkumné účely a dle Spielbergera (1975) měřil spíše sklony reagovat úzkostně na ohrožení sebeúcty.

Později pak Spielberger (1970) navrhl rozlišování stavové a rysové úzkosti (state and trait anxiety), čímž reagoval na psychodynamiku, která byla v 70. letech populárním modelem, avšak pojmy jako stres, úzkost či deprese často označovala souhrnně jako „neuroticismus.“ Spielberger rysovou úzkostí definoval jakožto tendenci reagovat úzkostně na nepříjemné podněty a citlivost vůči stresu. Tato úzkost se přímo v chování neprojevuje, ale vyznačuje se častějším prožíváním stavové úzkosti (Spielberger, Pollans & Worden, 1984). Na základě Freudovy (1936) teorie modelu nebezpečí a Cattellových (Cattell, 1966; Cattell & Scheier, 1958, 1963) konceptů rysové a stavové úzkosti pak Spielberger (1970) sestavil tzv. „State-Trait Anxiety Inventory (STAI),“ sebeposuzovací škálu měřící rysovou a stavovou úzkostí.

Je nutné také odlišovat rysovou úzkost (trait anxiety) a tzv. „anxiety sensitivity.“ Výraz „anxiety sensitivity“ je do češtiny překládán jako přecitlivělost (Dolejš, Miovský, Řehan, 2012), senzitivita k obavám (Mareš, 2010) či citlivost k úzkosti (Goetz, Hrdlička, 2004). V této práci budu dále používat výraz přecitlivělost. V 70. a 80. letech byl za důsledek panických záchvatů považován tzv. strach ze strachu, tedy předpoklad, že po prožití úzkosti má jedinec strach z jejího opakování, což vede prostřednictvím podmiňování k rozvoji agorafobie (Goldstein, Chambless, 1978). Reiss a McNally (1985) však tento „strach ze strachu“ interpretovali jako již zmiňovanou přecitlivělost, kterou definovali jako přesvědčení, že prožitá úzkostná epizoda způsobuje onemocnění, rozpaky či další úzkosti. Jinými slovy se jedná o zvýšené obavy z možné budoucí úzkosti a motivaci k vyhýbání se podnětům vyvolávajícím úzkost. Na základě těchto pozorování pak sestavili „Anxiety Sensitivity Index (ASI),“ škálu měřící přecitlivělost neboli strach z úzkosti (Reiss, Peterson, Gursky, McNally, 1986).

Koncept rysové úzkosti (Spielberger, 1983) a přecitlivělosti se tedy liší v indikátorech budoucí úzkosti. Rysová úzkost předpovídá budoucí úzkost na základě úzkostných prožitků v minulosti, zatímco přecitlivělost určuje budoucí obavy, založené na přesvědčení o následcích úzkosti bez ohledu na intenzitu či frekvenci

úzkostných prožitků (Reiss, 1997). Vzhledem k tomu, že se přecitlivělost vyskytuje především u osob trpících panickou poruchou (Rapee, 1985), je ASI vhodný především k předpovídání vzniku panické poruchy a agorafobie (McNally, Lorenz, 1987).

S rysovou úzkostností jsou spjaty i nejisté formy attachmentu (Dilmac, Hamarta, Arslan, 2009). Úzkostný attachment je oproti ostatním stylům také nejvíce spjat s neuroticismem, především s jeho úzkostným aspektem (Nofle, Shaver, 2006).

1.1.2. Stavová úzkost

Jak bylo již zmíněno, Freud jako první definoval úzkost jako emoci. Dle jeho modelu nebezpečí (1936) měla úzkost adaptivní účely, které pomáhaly jedincům se efektivněji vypořádávat s potenciálně ohrožujícími situacemi.

Dle Krause (1961) může být úzkostný stav rozpoznán pomocí introspektivního pozorování, fyziologických projevů, reakcí na stres, „molárního“ chování (např. postoj, gestikulace) či výkonu při plnění úkolů, přičemž dle Krause je nejspolehlivější právě introspektivní pozorování.

Spielberger pak stavovou úzkostnost definuje jako intenzitu subjektivních pocitů napětí, obav, nervozity a neklidu v určitý moment, společně s aktivací autonomního nervového systému (Spielberger, Reheiser, 2009).

Úzkost tedy můžeme definovat jako přechodný afektivní stav, který je provázen různými fyziologickými projevy.

1.1.3. Souvislost rysové úzkostnosti s partnerským přizpůsobením

Ve studii Bayrami (et al., 2011), která se zabývala spokojeností žen v manželství, bylo zjištěno, že spokojenost u žen má negativní vztah s rysovou a stavovou úzkostností, přičemž rysová úzkostnost měla významně větší vliv.

Negativní vliv úzkostnosti na vlastní spokojenost mužů a žen ve vztahu zjistila i studie Karneyho a Bradburyho (1997), přičemž dle jejich výzkumu má neuroticismus (související s rysovou úzkostností) za následek nižší míru spokojenosti úzkostného jedince již od počátku manželství. Zároveň bylo zjištěno, že vyšší míra neuroticismu u obou partnerů souvisí s nižší spokojeností mužů na začátku manželství, zatímco u žen nebyl tento vztah příliš signifikantní.

Ve výzkumu Finna (et al., 2013), který zjišťoval vztah mezi rysovou úzkostností, partnerskou spokojeností a interpretacemi partnerova chování, byla předložena hypotéza, že spokojenost u úzkostných jedinců je mediována jejich interpretacemi sociálních podnětů.

Pro účely tohoto výzkumu byl sestaven nástroj měřící interpretaci partnerského chování, nazvaný „Relationship-specific Interpretation Bias“ (RIB), neboť autoři předpokládali, že vzhledem k tomu, že úzkostní jedinci častěji vnímají neutrální podněty jako negativní či ohrožující, mohou stejným způsobem vnímat i chování partnera, což může negativně ovlivňovat jejich partnerskou spokojenost. Výsledky této studie přinesly několik zjištění. Zaprvé, neurotičtí (úzkostní) jedinci interpretovali chování partnerů negativně, což vedlo k jejich snížené spokojenosti ve vztahu. Zadruhé, partneri neurotických jedinců uváděli nižší spokojenost ve vztahu, neboť sami interpretovali chování partnerů jako negativní. V neposlední řadě přispívala k nižší spokojenosti partnerů neurotických jedinců skutečnost, že byli sami vnímáni svými partnery negativně.

1.1.4. Souvislost rysové úzkostnosti s přizpůsobením partnera

Byla prokázána i souvislost rysové úzkostnosti se spokojeností partnera. Například metaanalýza 19ti studií provedená Malouffem (et al., 2009), která se zabývala vztahem mezi pětifaktorovým modelem osobnostních rysů a partnerskou spokojeností prokázala, že neuroticismus má ze všech osobnostních rysů nejvyšší vliv na spokojenost ve vztahu. Bez ohledu na pohlaví zde platil vztah, že čím nižší byla jedincova míra neuroticismu, tím vyšší byla spokojenost jeho partnera ve vztahu a naopak.

Tento vztah může být interpretován pomocí výsledků výše zmíněné studie Finna (et al., 2013), kde sloužila interpretace chování partnerů jako mediátor mezi nižší spokojeností jedinců a neuroticismem jejich partnerů.

Obdobné zjištění přinesl výzkum Caglina, Hustona a Houtsové (2000), že úzkostnost jedince má vliv na jeho vlastní spokojenost i na spokojenost partnera, pravděpodobně skrze emoční nákazu či komunikační procesy, kdy negativita jedince vyvolává negativitu partnera.

1.2. Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy jsou nejčastější psychické poruchy (Bandelow, Michaelis, 2015). Dle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) se mezi úzkostné poruchy řadí poruchy, které sdílí symptomy nadměrného strachu a úzkosti. Do této kategorie je zařazena sociální fobie, panická porucha, agorafobie, generalizovaná úzkostná porucha, selektivní mutismus a separační úzkost. Přestože obsedantně-kompulzivní porucha, akutní stresová reakce a posttraumatická stresová porucha se již mezi úzkostné poruchy neřadí a jsou klasifikovány jako stresové poruchy, jsou s úzkostnými poruchami blízce spjaty.

Existuje několik teorií, které vysvětlují vznik úzkostných poruch. Jedním z důvodů rozvinutí poruchy může být temperament, tedy „osobnost“ jedince. Většina autorů se shoduje, že temperament se utváří kombinací environmentálních a biologických faktorů (Thomas, Chess 1977), přičemž biologické faktory mají vliv mezi 30%-50% (Goldsmith, Gottesman 1981; Robinson et al., 1992). Temperamentový styl, který se u dětí projevoval např. tendencí zůstat blízko u svojí blízké osoby, známkami znepokojení při čelení novým podnětům a rezervovaným chováním, který autoři často označovali jako uzavřený, byl nejčastěji spjat s rizikem k úzkostným poruchám v pozdějším životě (Roweton, Kagan, 1994, Rosenbaum et al., 1993). Tento temperament nebyl potvrzen jako prediktor úzkostných poruch v dospělosti, avšak vedl ke zvýšenému riziku rozvinutí deprese, závislosti na alkoholu či dokonce sebevraždy (Caspi et al., 1996).

Dalším významným faktorem jsou genetické predispozice. Bylo prokázáno, že u jedinců, kteří trpí úzkostnými poruchami, je větší pravděpodobnost, že stejnou poruchou bude trpět i jejich příbuzný prvního stupně (Fyer et al., 1995; Stein, Chavira, 1998). Úzkostné poruchy byly zkoumány především prostřednictvím studií s dvojčaty, kde bylo prokázáno, že dědičnost se pohybuje mezi 50 až 60 % (Hettema et al., 2001).

Jednou z možných příčin vzniku úzkostné poruchy může být i attachment. Bylo potvrzeno, že úzkostný typ attachmentu v dětství souvisí s projevením úzkostné poruchy v adolescenci (Warren et al., 1997). Attachment má také vliv na závažnost úzkostných poruch (Eng et al., 2001) a souvisí s emoční dysregulací, která může zvyšovat riziko rozvinutí úzkostných poruch a udržovat úzkostné symptomy (Marganska, Gallagher, Miranda, 2013; Nielsen et al., 2017).

Dalšími příčinami vzniku úzkostné poruchy může být například rodičovská výchova (Turner et al., 2003) či trauma (Green et al., 1989).

Úzkostné poruchy negativně ovlivňují kvalitu života (Mendlowicz, Stein, 2000). Měly by být léčeny pomocí terapie, farmakoterapie, či kombinací obou, přičemž nejlepších výsledků se dosahuje při kognitivně behaviorální terapii (Bandelow, Michaelis, Wedekind, 2017). Přestože jsou tyto poruchy chronické, dochází v pozdějším věku k ústupu symptomů (Bandelow, Michaelis, 2015).

Byl také potvrzen vztah mezi rysovou a stavovou úzkostností a úzkostnými poruchami. Ve studii Kennedyové, Schwaba a Morrise (2001) dosahovaly osoby trpící úzkostnými poruchami vyššího skóre na škále STAI, která měří rysovou a stavovou úzkostnost.

1.2.1. Sociální fobie

Sociální fobie je charakteristická intenzivním strachem z negativního hodnocení od ostatních osob ve společenských situacích (American Psychiatric Association, 2000). Osoby trpící touto poruchou se mohou vyhýbat každodenním povinnostem, jako je účast ve škole a na schůzkách, nebo se účastní, ale aktivně se nezapojují (Stein & Stein, 2008). Tato porucha se začíná projevovat většinou v adolescenci a vede ke zvýšenému riziku rozvinutí deprese (Beesdo et al., 2007).

Dle některých autorů jsou příčinou sociální fobie pozornostní procesy (Clark, Wells, 1995; Rapee, Heimberg, 1997). Dle Clarka a Wellse je „sociální strach“ způsobován pozorností zaměřenou na sebe. Rapee a Heimberg tvrdí, že tyto pozornostní procesy jsou klíčové, avšak poukazují i na environmentální faktory, jako např. hrozba potenciálního negativního hodnocení. Tyto dva modely se tedy liší v konceptualizaci sociální fobie. Clark a Wells se zaměřují na interní náznaky ohrožení, z čehož vyplývá, že úzkost jedince se objevuje bez ohledu na to, zda existuje reálná hrozba. Rapee a Heimberg berou v potaz interní i externí procesy, které spolu interagují. Dle novějších výzkumů, konkrétně dvoufázové teorie pozornostního zaměření, funguje u jedinců trpících sociální fobií automatický systém, který vyhledává hrozby a nutí je reagovat na nebezpečí. Ten je následován vědomým systémem, který může tuto zvýšenou pozornost dále udržovat (Cisler, Koster, 2010).

Bylo také prokázáno, že úzkostní jedinci projevují pozornostní zaměření na výhružné obličeje (např. Harrewijn et al., 2017), které se vyznačuje i zvýšenou aktivitou amygdaly (Gentili et al., 2009). Tato zjištění mohou být interpretována pomocí hypotézy ostražitost - vyhýbavost (vigilance – avoidance hypothesis), dle které jedinci trpící poruchou projevují nejprve zvýšenou ostražitost a poté vyhýbavost vůči snímkům představujícím hrozbu (Bögels, Mansell, 2004).

Toto zaměření na negativní podněty může současně vést k odvrácení pozornosti od pozitivních sociálních podnětů (Chen et al., 2002), avšak nacvičování zaměřování pozornosti vůči pozitivním informacím může zvýšit pozitivní afektivitu, což implikuje kauzální vztah mezi pozorností zaměřenou na pozitivní informace a pozitivní afektivitou u sociální úzkosti (Taylor et al., 2011).

1.2.2. Panická porucha

Panická porucha je definována opakovanými, neočekávanými panickými záchvaty, přičemž alespoň jeden panický záchvat musí být následován alespoň jedním měsícem obav z dalších záchvatů, obav z následků obav či maladaptivním chováním spojeným se záchvaty. Tyto záchvaty přitom nesmí být způsobeny přímým efektem užívání návykových látek, léků či zdravotním stavem (American Psychiatric Association, 2013).

Dle kognitivních teorií jsou ke vzniku panické poruchy a jejímu udržování klíčové katastrofické interpretace tělesných stavů. Paniku vyvolává zaměření na tělesné procesy, které vede ke katastrofickým myšlenkám (např. „Mám infarkt.“). Tyto myšlenky pak způsobují další tělesné pocity, které dále vyvolávají paniku, čímž se vytváří bludný kruh, který vrcholí panickým záchvatem. Tato zvýšená pozornost vůči somatickým pocitům vede ke zvýšené citlivosti vůči tělesným prožitkům (Clark, 1986). Avšak problém s kognitivními teoriemi nastává u jedinců, kteří trpí poruchou, aniž by prožívali zjiřitelné úzkostné stavy, neboli neúzkostnou panickou poruchou (Kushner, Beitman, 1990).

Dalším možným vysvětlením rozvinutí panické poruchy je přecitlivělost (anxiety sensitivity; Hayward et al., 2000; Maller, Reiss, 1992). V provedených studiích se však jako lepší prediktor panické poruchy prokázal neuroticismus a tendence obecně prožívat negativní emoce (Ehlers, 1995; Roy-Byrne, Craske, Stein, 2006).

Panickou poruchu vysvětlují i teorie podmiňování. Obecně vzato tyto teorie předpokládají, že pokud je podmíněný podnět spojen s panickým záchvatem, může tento podnět znovu vyvolat paniku či úzkost (Goldstein, Chambless, 1978). Tyto teorie se však také setkaly s kritikou, neboť v mnoha výzkumech figuruje panika jako podmíněný podnět, nepodmíněný podnět, podmíněná reakce a nepodmíněná reakce současně (McNally, 1990, 1994; Reiss, 1987). Další kritika vychází ze skutečnosti, že ani po mnoha experimentech strach z paniky v některých studiích nezmizel, v tomto případě nezpůsobila fyzická reakce, kterou vyvolala, paniku. (Van der Hout, 1988; Rachman, 1991).

Musíme však rozlišovat úzkost a paniku. Panické ataky jsou definovány jako subjektivní pocit extrémního strachu, doprovázeny autonomním nabuzením a reakcí „boj-

útěk“ (fight-or-flight; Barlow, Brown, Craske, 1994), zatímco úzkost se projevuje jako očekávání budoucího ohrožení. Ve své teorii, která vešla ve známost jako alarmová teorie (alarm theory), popisuje Barlow (1988) podmiňování, kde rozlišuje úzkost a paniku. Dle jeho výzkumu jsou panické záchvaty celkem běžné a graduji v panickou poruchu jen zřídka. Tyto záchvaty tedy popisujeme jako „neklinické“ a osoby, které tento záchvat prožijí, neprojevují téměř žádné obavy z budoucího záchvatu. Avšak osoby s panickou poruchou další záchvat neustále očekávají a stanou se tedy úzkostnými. Panická porucha tedy vzniká, když se úzkost stane podmíněnou, což se nejčastěji stává u osob, které k tomu mají již predispozice.

Tyto predispozice mohou být především biologické (Barlow, 1988), observační a instrumentální učení (Ehlers, 1993) či rané zkušenosti s nečekanými a nekontrolovatelnými událostmi (Barlow et al., 1996).

1.2.3. Agorafobie

Agorafobie je charakterizována strachem či úzkostí z momentálního nebo očekávaného navštívení veřejných míst. Z těchto situací mají osoby strach, neboť věří, že pokud se u nich objeví panické či jinak stresující symptomy, bude útěk z daného místa složitý (American Psychiatric Association, 2013). Symptomy agorafobie se tedy částečně překrývají se symptomy panické poruchy (strach z úzkosti/paniky, vyhýbání se situacím a místům).

Přestože byla agorafobie dříve považována pouze za následek panické poruchy (American Psychiatric Association, 2000), bylo prokázáno, že agorafobie se vyskytuje i samostatně (Wittchen et al., 2010), díky čemuž byla zařazena do DSM-5 jako samostatná porucha (American Psychiatric Association, 2013). V důsledku této kategorizace byla však agorafobie zkoumána především v souvislosti s panickou poruchou.

Stejně jako u panické poruchy, rizikovým faktorem k rozvinutí agorafobie je dědičnost, negativní zážitky v dětství (Kendler et al., 1992), neuroticismus a negativní afektivita (Bienvenu et al., 2004), ochránářská rodičovská výchova a nedostatek vřelosti ze strany rodičů (Arrindell et al., 1983, Laraia et al., 1994).

Přestože spolu panická porucha a agorafobie úzce souvisí, nevyskytují se vždy současně (Eaton et al., 1994). Wittchen (et al., 2010) tvrdí, že bychom měli tyto dvě poruchy rozlišovat z několika důvodů. Jedním z nich je například již výše zmíněný samostatný výskyt obou poruch, dále skutečnost, že agorafobie se vyskytuje i bez předchozích symptomů paniky, rozdíly ve výsledcích léčby a rozdílné rozložení poruch mezi pohlavími.

Dle výzkumu Greenové a Eatona (2015) se také liší v tom, že panická porucha bez agorafobie má podobné charakteristiky jako poruchy emocí, zatímco agorafobie má blíže k fobickým poruchám.

1.2.4. Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha se projevuje nadměrnou úzkostí a obavami, které jsou těžce kontrolovatelné (American Psychiatric Association, 2013). Tato porucha výrazně narušuje pracovní produktivitu a kvalitu života (Wittchen et al., 2000) a je spojena s častým využíváním zdravotnických služeb (Maier et al., 2000), neboť pro jedince může být složité odlišit symptomy úzkosti od symptomů jiných onemocnění (Goldberg, Posner, 2000).

Mezi známá rizika k rozvinutí poruchy patří nízký socioekonomický status či špatné podmínky v dětství, avšak tyto faktory jsou spíše obecné a mohou být spojeny s výskytem ostatních úzkostných poruch a poruch nálady (Stein, Sareen, 2015). Podstatné jsou i genetické faktory, přičemž bylo zjištěno, že tyto genetické faktory jsou zcela sdíleny s depresivní poruchou (Kendler et al., 1992). Porucha se obecně vyskytuje více u žen (Howell et al., 2001).

Dle mnoha výzkumů je právě depresivní porucha nejvíce komorbidní poruchou spojenou s generalizovanou úzkostnou poruchou (Grant et al., 2005; Kessler et al., 2005). Přestože jsou tyto poruchy geneticky podobné až identické, environmentální determinanty spolu souvisí méně (Kendler et al., 2007). Rizikové genetické faktory, které jsou běžné u obou poruch, také souvisí s neuroticismem (Hettema et al., 2006).

1.2.5. Selektivní mutismus

Základní charakteristikou selektivního mutismu je neschopnost mluvit ve specifických sociálních situacích, kdy je mluvení očekáváno, přestože osoba v ostatních situacích mluví. Tato porucha může být diagnostikována již v raném dětství (American Psychiatric Association, 2013).

Dle behavioristů tato porucha vzniká interakcí dítěte se svým prostředím (Porjes, 1992; Leonard & Topol, 1993). Na toto chování tedy nahlíží jako na adaptivní a funkční, nikoliv patologické (Powell, Dalley, 1995).

Ostatní výzkumníci však namítají, že se jedná o druh sociální fobie. Black a Uhde (1995) například provedli studii, které se účastnili jedinci trpící sociální fobií, avšak všichni mohli být současně diagnostikováni selektivním mutismem, neboť trpěli problémem mluvit v určitých situacích. V rodinách těchto jedinců bylo také nalezeno mnoho případů

selektivního mutismu a ještě více případů sociální fobie, u které je vyhýbání se mluvením na veřejnosti jedním z častých symptomů. Dle autorů studie se však dospělí lidé mohou více vyhýbat situacím, kdy musí mluvit před publikem, a proto může být selektivní mutismus považován za raný projev sociální fobie.

Prispívat může i temperament. U selektivního mutismu byla prokázána souvislost s temperamentovým stylem nazvaným behaviorální inhibice (uzavřený temperament), který se projevuje bojácností a vyhýbavostí vůči neznámým situacím (Muris, Hendriks, Bot, 2016).

Jednou z příčin jsou také environmentální faktory, neboť tato porucha se často vyskytuje u bilingvních dětí z imigrantských rodin (Steinhausen, Juzi, 1996; Elizur, Perednik, 2003). Je ale důležité rozlišovat selektivní mutismus od běžného „tichého období“, které je typické pro děti, které se učí nový jazyk; pokud je však délka tohoto období nepřiměřená, mutismus se objevuje u obou jazyků a objevují se i znaky úzkosti a uzavřenosti, může se již jednat o poruchu (Toppelberg et al., 2005).

Dalšími důvody vzniku této poruchy mohou být například vývojové vady (Kristensen, 2000), reakce na trauma (Dow et al., 1995) či rodinné podmínky (Krysanski, 2003).

1.2.6. Separáční úzkost

Literatury týkající se separáční úzkosti v dospělosti je malé množství, neboť byla zkoumána převážně u dětí. V DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) bylo jedním z kritérií k diagnostikování této poruchy její výskyt před 18 lety věku, avšak DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) se již tato podmínka nevyskytuje, neboť bylo zjištěno, že mnoho lidí uvádí její projevení až po 18. roce (Marnane, Silove, 2013).

Mezi příznaky patří extrémní úzkost z odloučení od attachmentových osob a strach, že jsou jejich blízcí v ohrožení a že se musí udržovat v jejich blízkosti (American Psychiatric Association, 2013).

Separáční úzkost je spojována s úzkostným attachmentem (Manicavasagar et al., 2009). Dle Piniho (et al., 2014) je však tento vztah slabý a musíme rozlišovat separáční úzkost jako symptom a jako poruchu, neboť symptomy separáční úzkosti nemusí být nutně indikátory poruchy.

Dědičnost není u této poruchy zásadní, neboť větší roli hrají sdílené environmentální faktory (Eley et al., 2008). To bylo zjištěno prostřednictvím studií s dvojčaty, kde se prokázalo, že aspekty sdíleného prostředí, které ovlivňovaly symptomy deprese, také

přispívaly k symptomům separační úzkosti (Silberg, Rutter, Eaves, 2001). Dědičnost této poruchy může být vysvětlena souvislostí s neuroticismem, který je dědičný a zvyšuje riziko k rozvinutí úzkostných poruch a poruch nálady (Lahey, 2009). Mezi environmentální faktory, které mohou přispívat ke vzniku poruchy, patří rodičovství, konkrétně nadměrná ochrana z matčiny strany (Manicavasagar et al., 1999) či attachmentový vztah s matkou v adolescenci (Hock et al., 2001).

Současně se separační úzkostí se také často vyskytují specifické fobie, posttraumatická stresová porucha, generalizovaná úzkostná porucha či sociální fobie (Shear et al., 2006).

1.2.7. Souvislost úzkostných poruch a partnerského přizpůsobení

Výzkumy se zabývaly i vztahem úzkostných poruch a spokojenosti ve vztahu. Pankiewicz, Majkowicz a Krzykowski (2012) ve své studii zjistili, že výskyt úzkostné poruchy u žen je významným determinantem kvality vztahu, přičemž ženy trpící úzkostnými poruchami hodnotily kvalitu svých vztahů výrazně hůře než ženy bez poruchy a muži, trpící úzkostnými poruchami, hodnotili kvalitu svých vztahů hůře, pokud poruchou trpěla i jejich partnerka. Dle dotazníku na partnerské přizpůsobení bylo v této studii také zjištěno, že úzkostné poruchy ovlivňují především vlastní hodnocení kvality vztahu.

Dle Whisman (2007, 2012) však souvisí úzkostné poruchy, především generalizovaná úzkostná porucha, s narušením vztahů a se špatným přizpůsobením v partnerství bez ohledu na pohlaví.

1.2.8. Souvislost úzkostných poruch s přizpůsobením partnera

Přestože se literatura převážně zabývá souvislostí mezi úzkostností a vlastní spokojeností, Whisman (et al., 2004) také zdůrazňuje důležitost měření spokojenosti u obou partnerů. V jeho výzkumu, kde zkoumal asociaci mezi psychickými poruchami a spokojeností v manželství, bylo prokázáno, že deprese je silně spjata se spokojeností partnera, avšak souvislost s úzkostnými poruchami byla v porovnání s depresemi výrazně nižší. Přesto však byl prokázán signifikantní vztah úzkostnosti a spokojenosti partnera. Je ale také důležité zmínit, že úzkostnost měla vyšší vliv na vlastní spokojenost než na spokojenost partnera. Ani v této studii nebylo pohlaví silným ovlivňujícím faktorem.

Odlišné výsledky přitom přinesla studie Dehle a Weiss (2002), kde bylo zjištěno, že úzkostnost mužů negativně ovlivňovala spokojenost žen, zatímco úzkostnost žen neměla na spokojenost mužů výrazný vliv.

Bar-Kalifa (et al., 2015) pak provedl studii, kde zkoumal vztah mezi sociální fobií, spokojeností ve vztahu a vnímanou citlivostí partnera (Perceived Partner Responsiveness), tedy schopností adekvátně reagovat na potřeby partnera. Spokojenost jedince trpícího touto poruchou i jeho partnera zde byla spjatá s nízkou spokojeností ve vztahu, přičemž u mužů a žen trpících sociální fobií byl tento vztah mediován vnímanou citlivostí partnera.

Vzhledem k rysům úzkostných poruch je tedy možné, že u jedinců trpících úzkostnými poruchami může být nízká spokojenost ve vztahu vysvětlena vnímáním chování jejich partnerů, neboť bylo potvrzeno, že úzkostné poruchy vedou k negativnějším hodnocením a interpretaci neutrálních sociálních podnětů jako negativních (viz kapitola „Rozpoznávání obličejových výrazů“).

1.3. Attachment

1.3.1. Teorie attachmentu

Teorii attachmentu zformuloval v roce 1982 John Bowlby na základě pozorování chování dětí v přítomnosti, a především nepřítomnosti matky. Dle těchto pozorování dospěl k poznatkům, jaký má raný vztah s rodičem vliv na rozvoj osobnosti. Vychází přitom částečně z evoluční teorie, přičemž přepokládá, že pláč a vyhledávání jsou adaptivní reakce na odloučení od primární vazebné figury, která poskytuje dítěti podporu, ochranu a péči. Touto figurou je nejčastěji matka, ale může jí být v podstatě kdokoliv, kdo poskytuje dítěti mateřskou péči. Mezi dítětem a vazebnou figurou tedy dochází k tzv. vazebnému chování, které má primárně zajišťovat přežití (Bowlby, 2010).

Přestože byl Bowlby ovlivněn psychoanalýzou, především M. Kleinovou (1933), později se od těchto myšlenek odklonil. Kleinová předpokládala, že dětské emoční problémy jsou způsobeny fantaziemi zrozenými z vnitřních konfliktů mezi agresivními a libidózními pudy. Oproti tomu Bowlby se domníval, že jsou způsobeny zážitky z rodinného života. Následně tedy své výzkumy odvíjel od výzkumů etologických a z teorie imprintingu, formulované Lorenzem (1935).

Dle Bowlbyho teorie tedy má vztah s matkou vliv na budoucí sociální vztahy a jeho narušení může způsobit závažné důsledky ve vývoji dítěte. Jedinec má po celý život tendenci vyhledávat osobu, která je „schopnější vypořádat se se světem.“ Podmínky, které jsou zapotřebí, aby vznikla citová vazba, jsou vnímavost, se kterou osoba odpovídá na potřeby dítěte a povaha a množství interakcí v této dvojici. Je tedy důležitý podíl obou účastníků této interakce – jak matky, tak dítěte. Mezi prostředky umožňující vazebné chování ze strany dítěte se řadí pláč, sání, úsměv, následování a držení se matky a volání (Bowlby, 2010).

1.3.2. Attachmentové styly v dětství

Na Bowlbyho myšlenky následně navázala Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978), která se zabývala zkoumáním dětského vývoje a mateřské péče v Ugandě. Na to později navázala po návratu v Baltimoru, kde rozvinula výzkumnou techniku „strange situation.“ Při tomto experimentu byly sledovány děti, které byly uvedeny do situace, kdy matka opakovaně odcházela a opět přicházela. V průběhu tohoto procesu byly zaznamenávány různé údaje – úroveň aktivity dítěte, známky úzkosti jako například pláč, zapojení do hry, blízkost k matce a ochotu navázat s ní kontakt, blízkost k cizí osobě a ochotu s ní navázat kontakt a podobně. V důsledku těchto pozorování byly děti podle svého chování rozděleny do těchto skupin:

a) Jistě připoutané

Tyto děti při matčině návratu navázaly kontakt, bez ohledu na to, zda byly při jejím odchodu rozrušené. Některé děti pouze spokojeně zaznamenaly její návrat a pokračovaly ve hře, další vyžadovaly fyzický kontakt a jiné, které při jejím odchodu projevovaly značnou úzkost, byly matkou po celou dobu naprosto zaujaty. Do této skupiny řadíme většinu dětí.

b) Nejistě připoutané, vyhýbavé

Jak už pojmenování napovídá, tyto děti se matce po jejím návratu vyhýbají. Buď si jí vůbec nevšímají, nebo se střídavě pokouší s ní navázat kontakt a po chvíli se mu vyhýbají. Tyto děti někdy matce nevěnují téměř žádnou pozornost, když je s nimi v místnosti a při jejím odchodu nejsou rozrušené. V případě, že je dítě úzkostné, nechá se utěšit jakoukoliv jinou ženou stejně jako matkou.

c) Nejistě připoutané, ambivalentní

Tyto děti při shledání s matkou projevují vzdor. Brání se fyzickému kontaktu a zároveň ho vyhledávají. Můžou se například pláčem dožadovat matky, avšak pokud ho matka vezme do náruče, začnou se jí bránit. Některé děti matku pouze pláčem volají, ale pokud se k nim přiblíží, vzdorují.

Mainová a Solomonová (1986) poté rozšířily tyto 3 skupiny o skupinu čtvrtou, kam se řadí děti, které nezapadaly do žádné z těchto kategorií. Tato skupina je charakterizována následovně:

d) Dezorganizované

Do této skupiny řadíme děti, které se chovají rozporuplně. Například se k matce přibližují a snaží se na ní nedívat, jindy zase začnou křičet, i když vypadají, že jsou v klidu a podobně. Také vykazují znaky dezorientace, otupění či sklíčenosti. Jedná se často o děti, jejichž rodiče trpí duševními poruchami či případně zanedbávané děti.

1.3.3. Attachment v dospělosti

Během dospívání většina jedinců začne vazebné chování uplatňovat více vůči vrstevníkům a méně vůči rodičům. V průběhu mladé dospělosti si většina lidí najde romantického partnera, který pak slouží po většinu života jako primární vazebná postava.

Hazan a Shaver (1987) rozšířili Bowlbyho teorii attachmentu na dospělé jedince a vztahy. Dle nich se v romantických vztazích v dospívání i v dospělosti uplatňují stejné vzorce attachmentu jako v dětství. Všimli si totiž různých podobností mezi vztahy rodič –

dítě a vztahy s romantickými partnery. Mezi tyto podobnosti patří například skutečnost, že přítomnost vazebné osoby vyvolává pocit bezpečí a jistoty, je častěji vyhledávána, pokud se jedinec cítí ohrožený, mezi jedinci je udržován fyzický kontakt, sdílejí spolu zážitky a zkušenosti, jsou sebou vzájemně zaujati, emoce a chování jsou spouštěny a tlumeny podobnými podněty a partneři používají tzv. „baby talk,“ což je typické mezi pečující osobou a dítětem.

Mezi těmito vztahy jsou hlavní dva rozdíly – zaprvé, ve vztahu pečující osoby a dítěte poskytuje péči pouze pečující osoba, je tedy asymetrický. Oproti tomu, v romantickém partnerství je tato péče poskytována vzájemně a vztah je symetrický. Dalším podstatným rozdílem je samozřejmě sexuální vztah, který se objevuje pouze v romantickém partnerství (Hazan, Shaver, 1987).

Dospělý attachment tak obsahuje 3 složky chování – emoční, sexuální a pečující. V dospělosti je stejně jako v dětství motivací k vyhledávání blízkosti především prožívaná úzkost, avšak v dospělosti hraje roli i potřeba pečovat či dostávat péči a sexuální atraktivita. Pokud je tedy partner schopný poskytnout bezpečí a emoční podporu, které si jedinec zafixoval v dětství, přenáší se raný attachment do dospělosti celkem snadno (Hazan, Shaver, 1994).

1.3.4. Měření attachmentových stylů v dospělosti

Attachment můžeme u dospělých jedinců měřit kategoriálním či dimenzionálním přístupem. Dle většiny autorů je však dimenzionální přístup vhodnější, neboť kategoriální přístup nebere v potaz individuální rozdíly v daných kategoriích.

1.3.4.1. Dimenzionální přístup

Existují dva způsoby měření attachmentu dimenzionálním způsobem. Attachmentový systém jako vnitřní pracovní model formulovala Bartholomewová (1990; Bartholomew, Horowitz, 1991). Vnitřní pracovní modely jsou postoje, které jedinec zaujímá vůči sobě a vůči druhým. Tyto postoje se dělí do 4 kategorií, které vznikly kombinací dimenze vyhýbavosti a úzkostnosti a vnitřních pracovních modelů. Konkrétně Bartholomewová a Horowitz (1991) uvádí čtyři kategorie attachmentu – pozitivní či negativní model sebe sama (dimenze úzkostnosti) a pozitivní či negativní model druhých (dimenze vyhýbavosti).

Mikulincer a Shaver (2007) však považují k určování attachmentového stylu za vhodnější behaviorální systémy. Konkrétně Hazan a Shaver (1987) konceptualizovali attachment v dimenzích úzkostnost-vyhýbavost. Úzkostnost je zde charakterizována obavami z opuštění, obavami o dostupnost partnera a silnou touhou po blízkosti partnera.

Vyhýbavost se naopak projevuje nepříjemnými pocity z blízkosti partnera, emočním odstupem a spoléháním se sama na sebe. Jedinci, kteří dosahují nízkého skóre v obou těchto dimenzích, jsou považováni za jistě připoutané. To znamená, že svému partnerovi projevují důvěru a jsou schopni vzájemné podpory ve vztahu.

1.3.5. Attachmentová úzkostnost

Ve výzkumu Hazan a Shavera (1987) uváděli úzkostní jedinci v kontextu romantických vztahů posedlost, extrémní sexuální přitažlivost a žárlivost. Oproti jedincům s jistým attachmentem mají úzkostní jedinci obecně o sobě méně pozitivní mínění a zároveň projevují ve vztahu emoční dysregulaci, obavy, a impulzivitu (Ambruster, Witherington, 2016). Tyto obavy následně vedou k hypersenzitivě vůči odmítnutí a narušují schopnost vyrovnávat se se změnami ve vztahu (Mikulincer, Shaver, 2003; Simpson, Rholes, 2012).

1.3.5.1. Vztah attachmentové úzkostnosti a partnerského přizpůsobení

Několik studií prokázalo negativní souvislost attachmentové úzkostnosti a partnerského přizpůsobení. Tento vztah uvádí již první studie zabývající se tímto problémem, jmenovitě například Hazan a Shaver (1987) či Pistole (1989).

V některých studiích bylo prokázáno, že attachmentová úzkostnost souvisí s nižší spokojeností ve vztahu především u žen (Mikulincer, Shaver, 2007).

Li a Chan (2012) pak provedli metaanalýzu 73 studií, které zkoumaly souvislost mezi attachmentem a partnerskými vztahy. Z výsledků vyplývá, že pohlaví jedince je pouze slabým moderátorem tohoto vztahu.

Sümer a Cozzarelli (2004) pak zkoumali vztah mezi attachmentem, partnerskými vztahy a atribucemi o sobě a partnerovi. K měření attachmentu zde byl použit model Bartholomewové a Horowitz (1991). Bylo zjištěno, že čím pozitivnější model sebe sama (jistější attachment) se u jedince projevuje, tím pozitivnější atribuce si tvoří o partnerovu chování, což vede k vyšší spokojenosti ve vztahu. Je tedy možné, že nižší spokojenost ve vztahu u úzkostných jedinců může být zprostředkována skrze přisuzování negativních atribucí partnerovu chování.

1.3.5.2. Souvislost úzkostného attachmentu s přizpůsobením partnera

Z dřívějších výzkumů vyplývá, že úzkostnost žen má negativní vliv na spokojenost jejich partnerů. Například Collins a Read (1990) provedli výzkum, kde ověřovali vztah mezi partnerskou kvalitou (přizpůsobením) a attachmentem. Bylo zjištěno, že především úzkostný attachment u žen má negativní vliv na spokojenost jejich partnera, avšak úzkostnost mužů

nebyla příliš silným prediktorem spokojenosti žen. Stejně výsledky přinesla například i studie Simpsona (1990).

Překvapivý výsledek však přinesla studie Brassarda (et al., 2009), která zkoumala vliv attachmentu na konflikty a partnerskou spokojenost. Zde byl úzkostný attachment u žen spjat s uváděnou vyšší spokojeností partnera.

Mikulincer a Shaver (2007) naopak ve svém shrnutí studií uvádí, že úzkostnost mužů se nejčastěji objevovala jako uváděný negativní efekt na spokojenost žen.

Výsledky novějších studií jsou však odlišné. Například ve výzkumu Candel a Turliuc (2019) bylo prokázáno, že nejisté attachmentové styly (vyhýbavost a úzkostnost) mají negativní vliv na spokojenost partnera bez ohledu na pohlaví. Stejně tak Feeney (2002) uvádí, že úzkostnost mužů i žen má negativní vliv na spokojenost partnerek.

1.4. Sociální kognice

Kognice odkazuje na mnoho procesů, kterými se stvoření snaží porozumět světu, například vnímání, pozornost, paměť či plánování činností (Frith, 2008). Sociální kognice se pak týká porozumění mentálním reprezentacím a procesům, které přispívají k lidskému sociálnímu usuzování a sociálnímu chování, tedy způsoby, kterými lidé vnímají a hodnotí ostatní osoby a sociální skupiny a jak se k nim chovají (Smith, Semin, 2007). Zahrnuje porozumění druhým, ale i rozumění si s nimi (De Jaegher, Di Paolo, 2007), tedy schopnost jednat vhodně v určitých situacích. Sociální kognici můžeme definovat jako „způsob, jakým interpretujeme, analyzujeme a zapamatováváme si informace o sociálním světě,“ (Baron, Byrne, 1997).

Pro sociální kognici jsou důležité různé sociální signály, díky kterým poznáváme svět. Mezi tyto signály patří i obličejové výrazy, jako strach či znechucení, které nás varují před nebezpečím a směr pohledu očí, který nám ukazuje, kde se nachází zajímavé věci (Frith, 2008).

Mezi vědce, kteří jako první zkoumali sociální kognici, patří Solomon Asch, Fritz Heider a Frederic Bartlett (Pennington, 2012). Prvním modelem v sociální kognici je tzv. „naivní vědec,“ který zformuloval Heider (1958). Dle tohoto modelu se lidé snaží předpovědět, pochopit a kontrolovat své sociální světy chápáním toho, co lidi vede k jejich činům (Wegener, Petty, 1998). Heider tímto položil základ pro vznik atribučních teorií (Augoustinos, Walker, 2014).

1.4.1. Atribuční teorie

Atribuční teorie jsou interní a externí procesy interpretace a porozumění tomu, jaké příčiny jsou za chováním nás i ostatních (Manusov, Spitzberg, 2008).

Existuje několik atribučních teorií, avšak v akademické literatuře se objevují 2 hlavní – Kelleyho model a Weinerův model (Schmitt, 2015).

Kelleyho model říká, že pokud sledujeme chování jiné osoby před specifickým podnětem a ve specifickém momentu, můžeme přiřadit chování tři různé příčiny – osobu samotnou, podnět a/nebo okolnosti momentu (Schmitt, 2015).

Weinerův model pak studuje způsoby, kterými lidé vysvětlují své úspěchy či neúspěchy, přičemž rozlišuje dvě dimenze – místo příčiny (locus of causality), které se dělí na interní, externí a stabilitu. Místo příčiny zkoumá, zda osoba připisuje příčinu externím či interním faktorům, zatímco stabilita definuje stálost příčin (Schmitt, 2015).

1.4.2. Teorie mysli

Přisuzování myšlenek a cílům druhým lidem nazýváme „teorií mysli“ (Premack, Woodruff, 1978). Jedná se o schopnost lidí vysvětlovat a předpovídat chování nás samotných či ostatních a přisuzování mentálních stavů tomuto chování (Gallagher, Frith, 2003).

Tento abstraktní koncept teorie mysli se objevuje již v raném věku, kdy jsou obecné vědomosti a schopnosti uvažování výrazně omezeny (Leslie, Friedman, German, 2004).

Přesto jsou i v dospělosti jedinci náchylní k „egocentrickým zkreslením,“ kdy jsou při posuzování perspektiv druhých ovlivněni svými vlastními přesvědčeními, vědomostmi či prioritami, či dokonce zcela zanedbávají perspektivy druhých (Rozman et al., 2003).

Bylo také prokázáno, že lidé, kteří mají větší kapacitu paměti, schopnost inhibiční kontroly (ovládání chování, myšlenek, atd.) a vyšší motivace častěji uplatňují schopnosti spojené s teorií mysli (Epley et al., 2004).

Teorie mysli je nejčastěji měřena pomocí Faux pas testu či Testu očí.

V testu očí (Baron-Cohen et al., 1997) jedinec prostřednictvím fotografií oční oblasti přisuzuje mentální stavy, které se k výrazu očí nejvíce hodí. Na výběr má přitom ze čtyř možností.

Faux pas test byl původně vyvinut pro testování vývoje schopností teorie mysli, které se většinou objevují u dětí mezi 9. a 11. rokem (Baron-Cohen et al., 1999) a později byl adaptován pro studie s dospělými (Zalla et al., 2009). Test obsahuje několik povídek, které popisují faux pas a zároveň kontrolní povídky bez faux pas. Úkolem je potom rozeznat povídky, kde se objevuje faux pas a zároveň odpovědět na několik dalších otázek týkajících se příběhu.

Tyto dva nástroje byly spolu s dalšími porovnány, přičemž Faux pas test se ukázal jako nejvíce reliabilní k měření teorie mysli (Söderstrand, Almqvist, 2012).

1.4.2.1. Souvislost teorie mysli a partnerského přizpůsobení

Bylo provedeno několik studií, které zkoumaly souvislost mezi vnímanou empatií partnera, skutečnou empatií a partnerskou spokojeností. Cramer a Jowett (2010) například zjistili, že empatická přesnost jedince nebyla výrazně spjata s partnerskou spokojeností mužů a žen. Naopak vnímaná empatie (tj. vnímání partnerovy snahy o přesnou empatii) partnera byla pozitivně spjata s partnerskou spokojeností u mužů i žen a tento efekt měl vliv na spokojenost obou partnerů.

Výzkum Cohen (et al., 2012) však přinesl jiné výsledky. V této studii bylo zjištěno, že empatická přesnost mužů při určování pozitivních emocí měla vliv na jejich vlastní spokojenost ve vztahu, ale ne na spokojenost jejich partnerek. Zároveň byl potvrzen vztahy mezi schopností mužů správně určovat negativní emoce ženy a spokojeností jejich partnerek. Naopak schopnost žen určovat negativní emoce partnerů byla pozitivně spjata se spokojeností obou partnerů. Zároveň byl prokázán pozitivní vztah mezi vnímanou empatií mužů a žen vůči pozitivním emocím a spokojeností obou partnerů, avšak tento vztah se projevoval silněji u žen. Empatická schopnost mužů správně určovat negativní emoce pak měla pozitivní vztah se spokojeností žen.

1.4.3. Rozpoznávání obličejových výrazů

Správná interpretace emocí z obličejových výrazů je důležitá pro sociální fungování. Bylo prokázáno, že zhoršené schopnosti v této oblasti narušují mezilidské interakce (Bourke, Douglas, & Porter, 2010; Collin, Bindra, Raju, Gillberg, & Minnis, 2013).

Vývoj schopnosti rozeznávání emocí z obličejových výrazů se u všech emocí liší. Radost a smutek jsou správně rozeznávány již dětmi od 5 a 6 let, zatímco znechucení až od 11 let (Durand et al., 2007). V pubertě se pak zlepšuje schopnost rozpoznávat znechucení a vztek (Lawrence, Campbell, Skuse, 2015).

Výsledky výzkumů týkající se genderových rozdílů v rozpoznávání emocí se liší. Dle některých studií se v rozpoznávání emocí neobjevují větší genderové rozdíly, ale ženy lépe rozpoznávají nejasné výrazy (Hoffmann et al., 2010). Z jiných výzkumů vyplývá, že ženy obecně lépe rozeznávají emoce (Hall, Matsumoto, 2004; Donges et al., 2012).

Dle Ekmana a Friesena (1971) existuje šest obličejových výrazů, které jsou univerzální napříč kulturami - radost, smutek, zlost, překvapení, znechucení a strach. Ekman také jako první sestavil nástroj k měření rozpoznávání emocí, nazvaný „Picture of Facial Affect“, který se skládal z černobílých fotek obličejů dospělých mužů a žen, které vyjadřovaly šest základních emocí (Ekman, Friesen, 1978). Na základě tohoto nástroje byly sestaveny další na podobném principu, např. „Karolinska Directed Emotional Faces“ (Lundqvist, Flykt, Öhman, 1998).

Tyto nástroje jsou hojně využívány, avšak kritizovány za to, že statické fotky nemohou vyjádřit dynamické aspekty obličejových výrazů (Goeleven et al., 2008). Byly proto vytvořeny prolínající se fotky technologií morfingu, které vyjadřují nejednoznačné výrazy a které se liší v intenzitě všech emocí, například „Montreal Set of Facial Displays of Emotion“ (Beaupré, Hess, 2006).

V poslední době byly do výzkumu zapojeny i moderní technologie, včetně virtuální reality. Ve výzkumu Souto (et al., 2013) byly pomocí 3D reality vytvořeny animované avatary, vyjadřující různé emoce, které participant sleduje pomocí virtuální reality. Přesnost těchto nástrojů byla ověřena i pomocí EEG (Marín-Morales et al., 2018).

1.4.4. Sociální kognice u úzkostných jedinců

1.4.4.1. Rozpoznávání obličejových výrazů

V případě úzkostných poruch bylo prokázáno zhoršené rozpoznávání emocí z obličejových výrazů (Demenescu et al., 2010). Na druhou stranu ale umí úzkostní jedinci lépe rozpoznat rozzlobené výrazy. To bylo prokázáno například ve studii Joormanna (Joormann, Gotlib, 2006), kde byly prezentovány výrazy, u kterých se postupně zvyšovala intenzita od negativních až po zcela emotivní. Úzkostní jedinci zde byli schopni správně identifikovat vztek z méně intenzivních výrazů oproti jedincům trpícím depresivní poruchou i oproti kontrolní skupině. Úzkostní také častěji interpretují negativní výrazy jako rozzlobené (Kessler, 2007) a v porovnání s neúzkostnými rozpoznávají šťastné výrazy v delším časovém intervalu (Silvia et al., 2006). Dle posledních výzkumů však jedinci trpící úzkostnými poruchami, konkrétně sociální fobií, lépe identifikují emocionální obličej obecně, nejen ty, které vyjadřují hrozbu (Wieser et al., 2018).

Narušená schopnost rozpoznávat emoce byla prokázána i v případě úzkostného attachmentu. Přestože úzkostní jedinci jsou vnímavější vůči emočním změnám, častěji v rozpoznávání emocí chybují (Fraleley et al., 2006).

Několik studií (např. Surcinelli et al., 2006; Doty et al., 2013) potvrdilo, že vysoká rysová úzkostnost vede k lepšímu rozpoznávání strachu z výrazů tváře. Jako jedno z možných vysvětlení se nabízí skutečnost, že úzkostní lidé častěji vnímají každodenní situace jako ohrožující (Surcinelli et al., 2006). Příčinou může být i pozornostní selekce vůči hrozbám, která se u úzkostných jedinců projevuje (Bradley et al., 1998). Lepší rozpoznávání strachu ve výrazech může vést k tendencím vyhýbat se mezilidským vztahům a pozornostní selekce a rozpoznávání podnětů vyvolávajících strach pak může dále udržovat a zvyšovat míru úzkostnosti (Surcinelli et al., 2006).

1.4.4.1.1. Emoční bias

Dle Yuana (et al., 2019) existují dva typy emočního biasu (zkreslení). Zaprvé negativní bias, který popisuje intenzivnější reakci na negativní podněty než na pozitivní (Carretié et al., 2001) a posun pozitivity (positivity offset), který popisuje silnější reakce na pozitivní než negativní podněty (Cacioppo, 2004). Tato emoční zaujetí jsou považována za projev

aktivace motivačního systému, který je z evolučního hlediska důležitý pro přežití (Ito et al., 1998). Konkrétně negativní zaujetí je spojeno s motivačním systémem, který se týká defenzivního chování, jako je vyhýbání se nebezpečí, zatímco posun pozitivity je spojen s apetitivním motivačním systémem, který je spjatý například s vyhledáváním potravy (Cacioppo and Gardner, 1999; Taylor, 1991; Yang et al., 2013). Dle Yuana (et al., 2019) je emoční zaujetí regulováno druhem podnětu, vzrušením a typem úlohy.

Dle některých výzkumů má emoční zaujetí podíl na udržování depresivních stavů a mizí se zlepšením symptomů (Parker et al., 2003), avšak emoční zaujetí v rozpoznávání obličejových výrazů bylo prokázáno i u vyléčených pacientů s depresí (Bhagwagar et al. 2004; Hayward et al. 2005).

I úzkostní jedinci častěji interpretují neurčité sociální podněty jako negativní (Amir, Beard, Bower, 2005), což je pravděpodobně způsobeno jejich negativním myšlením (Krahé et al., 2019). Toto interpretační zkreslení může být vyvoláno jak verbálními, tak vizuálními podněty (Chen, Short, Kemps, 2020). Úzkostní jedinci také častěji kategorizují nejasné obličejové výrazy jako bojácné (Richards et al., 2002) či výhružné (Yoon, Zinbarg, 2007). Raná pozornostní selekce vůči ohrožujícím informacím je dle některých výzkumů jedním z hlavních faktorů, které vedou k úzkosti a úzkostným poruchám (Bar-Haim et al., 2007; OkonSinger et al., 2015; Miskovic & Schmidt, 2012).

1.4.4.2. Souvislost teorie mysli s úzkostností

Výsledky studií týkajících se vztahu úzkostnosti a teorie mysli jsou nekonzistentní a liší se dle typu úzkosti. Zkoumán byl vztah především se sociální fobií, zatímco ostatní typy úzkostných poruch a úzkostnosti celkově byly v literatuře doposud převážně opomíjeny.

Sociální fobie byla vzhledem ke své povaze zkoumána nejvíce. Například Hezel a McNally (2014) zjistili, že v porovnání s kontrolní skupinou je pro jedince trpící sociální fobií obtížnější pochopit emoce a myšlenky druhých. Negativní vztah sociální fobie a teorie mysli potvrdilo i několik dalších studií (Alvi et al., 2020; Kucukparlak, 2021).

Lenton-Brym (et al., 2018) na základě výsledků svého výzkumu tvrdí, že vzhledem ke vzorci chyb, kterých se sociálně fobičtí jedinci dopouští, je možné, že je narušení jejich schopností souvisejících s teorií mysli způsobené negativním interpretačním zaujetím.

Zajímavé zjištění přinesla také studie Zainala a Newmanové (2018), která zkoumala vztah mezi teorií mysli a generalizovanou úzkostnou poruchou. Ukázalo se, že pokud byli jedinci trpící touto poruchou navíc ve stavu úzkosti, prokázali lepší schopnosti týkající se teorie mysli, především v oblasti interpretace negativních signálů.

Teorie mysli byla zkoumána i v souvislosti s attachmentem. Hünefeldt (et al., 2013) ve své studii s adolescenty prokázal, že attachmentová úzkostnost je asociována s méně přesným odhadováním myšlenek druhých lidí, přičemž tento efekt je silnější u mladších adolescentů. Tento vztah byl však nejsilnější v souvislosti s attachmentem k matce.

1.4.5. Souvislost sociální kognice s partnerským přizpůsobením

Vědci již od 60. let tvrdili, že neverbální komunikace je klíčová pro vyvíjení mezilidských vztahů (např. Mehrabian, 1968). To bylo následně potvrzeno několika výzkumy. Například Carton, Kessler a Pape (1999) provedli studii, kde zkoumali vliv neverbální komunikace na spokojenost ve vztahu. Participantů měli za úkol rozpoznat emoce z obličejových výrazů na fotografiích a také z nahrávek, kde byla řečena věta, která měla emocionální podtón různé intenzity. Zároveň vyplnili sebeposuzovací škálu „Relationship well-being“ (RPWS; Ryff, 1989b), která měří spokojenost ve vztahu. Výsledky studie prokázaly, že problémy s rozpoznáváním emocí v obličejových výrazech i tónech hlasu souvisí s nižší spokojeností ve vztahu. To může být vysvětleno zjištěním, že jedinci, kteří lépe rozeznávají (negativní) emoce, při sporech používají méně konfliktní strategie, což vede k vyšší spokojenosti v jejich vztazích (Yoo, Noyes, 2016). Důležitost správného rozpoznávání negativních emocí je podpořena i zjištěním Sened (et al., 2017), kde bylo prokázáno, že správné rozpoznávání negativních emocí má větší vliv na spokojenost ve vztahu než rozpoznávání pozitivních emocí.

Je také důležité rozpoznávat nejen partnerovy emoce, ale i svoje vlastní, neboť bylo zjištěno, že jedinci, kteří nedokáží rozpoznat svoje emoce, jsou méně spokojeni ve vztazích (Cordova et al., 2005; Yelsma, Marrow, 2003).

Přisuzování správných atribucí k partnerovým emočním stavům je spojeno s vyšší partnerskou spokojeností, neboť schopnost identifikovat kdy partner prožívá negativní emoce, které nemají souvislost se vztahem, předchází pocitům zodpovědnosti za tento emoční stav a myšlenkám, že je jedinec důvodem těchto partnerových pocitů (Koerner, Fitzpatrick, 2002).

2. Praktická část

2.1. Výzkumný problém

Z dosavadních zjištění je patrné, že různé typy úzkostnosti spolu souvisí (např. Nielsen et al., 2017; Dilmac, Hamarta, Arslan, 2009; Kennedy, Schwab, Morris, 2001). Úzkostní jedinci i jejich partneři uvádí nižší spokojenost ve vztahu než kontrolní jedinci (např. Candel, Turluc, 2019). Výsledky výzkumů týkajících se rozpoznávání emocí z obličejových výrazů se ve velké míře shodují, že úzkostní jedinci hůře identifikují emoce oproti kontrolním jedincům (Demenescu et al., 2010; Fraley et al., 2006), vykazují negativní bias (Amir, Beard, Bower, 2005) a mají obtíže pochopit emoce a myšlenky druhých (Hezel, McNally, 2014). Deficity v sociálně kognitivních schopnostech jsou spojeny s nižší uváděnou partnerskou spokojeností (Carton, Kessler, Pape, 1999).

Sümer a Cozzarelli (2004) pak zjistili, že atribuce, které si jedinec tvoří o sobě a svém partnerovi, mají vliv na partnerskou spokojenost. Nejisté formy attachmentu (úzkostný, vyhýbavý) přitom byly spjaty s negativnějšími atribucemi o chování partnera oproti jistým formám attachmentu. Tyto atribuce následně nepřímo ovlivňovaly partnerskou spokojenost.

Vzhledem k tomu, že attachmentová úzkostnost souvisí i s ostatními typy úzkostnosti (Nielsen et al., 2017), mohli bychom předpokládat, že atribuce (či ostatní sociálně kognitivní schopnosti), které jsou spjaty s úzkostným chováním, mediují souvislost mezi úzkostností a partnerským přizpůsobením.

2.2. Cíle práce

Cílem této práce je zjistit, jak spolu souvisí úzkostnost (attachmentová, klinická, rysová), partnerské přizpůsobení a sociální kognice.

Konkrétně ověřit, zda:

- 1) Typy úzkostnosti (attachmentová, rysová, úzkostné poruchy) spolu souvisí
- 2) Úzkostnost (attachmentová, rysová, úzkostné poruchy) mužů a žen souvisí s jejich partnerskou spokojeností a spokojeností jejich partnerů
- 3) Úzkostnost (attachmentová, rysová, úzkostné poruchy) mužů a žen souvisí se zhoršenou sociální kognicí
- 4) Zhoršená sociální kognice slouží jako mediátor mezi úzkostností (attachmentovou, rysovou, úzkostnými poruchami) mužů a žen a jejich partnerskou spokojeností a spokojeností jejich partnerů

2.3. Výzkumné hypotézy

Na základě vytyčených cílů práce a výsledků dosavadních studií uvedených v Teoretické části práce byly formulovány následující hypotézy.

V rámci úzkostnosti spolu budou všechny typy souviset, tedy konkrétně:

H1: Úzkostný attachment mužů a žen bude souviset s úzkostnými poruchami.

H2: Úzkostný attachment mužů a žen bude souviset s rysovou úzkostností.

H3: Úzkostné poruchy u mužů a žen budou souviset s rysovou úzkostností.

Dále je předpokládána souvislost mezi úzkostností a partnerským přizpůsobením:

H4 a) Úzkostnost (attachmentová, rysová, úzkostné poruchy) mužů a žen bude souviset s jejich spokojeností ve vztahu.

H4 b) Úzkostnost (attachmentová, rysová, úzkostné poruchy) mužů a žen bude souviset se spokojeností jejich partnerů ve vztahu.

Také je předpokládána souvislost úzkostnosti a sociální kognice:

H5: Úzkostnost (attachmentová, rysová, úzkostné poruchy) bude souviset se sociální kognicí mužů a žen

Na závěr je pak předpokládán vztah sociální kognice, úzkostnosti a partnerského přizpůsobení:

H6: Sociální kognice bude sloužit jako mediátor vztahu mezi úzkostností a partnerským přizpůsobením

2.4. Materiál a metody

2.4.1. Design studie

Tato práce je součástí grantového projektu doc. Mgr. Jitky Lindové, „Manipulativní a dominantní strategie v konfliktech partnerských dvojic s normálním osobnostním profilem a úzkostnou osobností,“ který probíhá v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech. Sběr dat pro účely této práce probíhal v letech 2016 – 2020. Účastníci byli rekrutováni prostřednictvím inzerátů na sociálních sítích. Dotazníky použité v této práci (Sociodemografický dotazník; Experiences in Close Relationship, Brennan et al., 1998; Kaščíková, 2016; Dyadic Adjustment Scale, Spanier, 1976; Kratochvíl, 2006; viz kapitoly 2.4.4., 2.4.5.), které byly participantům zaslány e-mailem, přinesli partneři vyplněné osobně v den jejich účasti na grantovém projektu. Ostatní použité dotazníky (Geneva Emotion

Recognition Test, Schlegel, Grandjean, & Scherer, 2014; State Trait Anxiety Inventory, Spielberger 1970; Heretik et al., 2009; viz kapitoly 2.4.6., 2.4.8.) byly participantům předloženy administrátory přímo v Národním ústavu duševního zdraví v den účasti na projektu. Součástí tohoto projektu byl také rozhovor s participanty, zjišťující kvalitu jejich partnerského vztahu, zaznamenávaný na kameru. Na závěr rozhovoru pak participanti přehrávali situaci sporu, nejprve s figurantem a následně s partnerem, neboť jedním z cílů projektu je zjistit verbální a neverbální strategie dominantního a submisivního chování partnerů, které ovlivňují partnerské interakce při sporu. Výsledky tohoto projektu nejsou v této práci obsaženy. Za účast na výzkumu byla participantům vyplacena částka 1 000 Kč / pár.

2.4.2. Soubor osob

Podmínkou pro participaci na studii byla účast heterosexuálních párů české národnosti ve věku 18 – 45 let, jejichž vztah trval 6 měsíců a déle a společné soužití po dobu minimálně 3 měsíců.

Ve studii jsme cílili na určitý počet participantů s úzkostnými poruchami, abychom je následně mohli porovnávat s kontrolními (neúzkostnými) jedinci. Variabilita v ostatních škálách úzkostnosti byla změřena v takto vzniklém souboru klinicky úzkostných (trpících úzkostnými poruchami) a kontrolních partnerů.

Celkem se studie zúčastnilo 139 heterosexuálních partnerských dvojic (30 sezdáných, 109 nesezdáných), z nichž 24 mělo společně děti.

2.4.3. Etické otázky výzkumu

Participanti podepsali informovaný souhlas, kde byla uvedena možnost účast kdykoliv přerušit. Získaná data byla zakódována a uložena na úložiště, ke kterému mají přístup pouze členové výzkumného týmu z projektu doc. Lindové. Data byla zpracována v souladu s nařízením č. 679/2016 o ochraně osobních údajů fyzických osob.

2.4.4. Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R-16)

Brennanová (1998) navrhla dotazník Experiences in Close Relationships scale (ECR), neboť je dle jejího názoru nejvhodnějším způsobem pro měření úzkostnosti a vyhýbavosti attachmentu jedince ve vztazích zjišťování jeho obav v blízkých vztazích (úzkostnost) či komfortu s blízkostí (vyhýbavost). Tento dotazník je možné použít v rámci romantických či blízkých vztahů (Brennan, Clark, Shaver, 1998).

Později pak byl dotazník přepracován a byla vytvořena revidovaná verze – Experiences in Close Relationships-Revised Adult Attachment Questionnaire (ECR-R; Fraley, Waller, Brennan, 2000), neboť původní dotazník se příliš soustředil na měření úzkostnosti a vyhýbavosti a zanedbával měření jistoty.

Následně Wongpakaran a Wongpakaran (2012) zkrátily dotazník na 18 položek z původních 36 a vytvořili revidovanou verzi ECR-R-18. Tento dotazník pak byl v rámci studie Kaščíkové (2016) v českém překladu jako Prožívání blízkých vztahů validován a zkrácen o dvě položky na ECR-R-16.

Na základě tvrzení respondenti vyjadřují míru souhlasu či nesouhlasu na sedmibodové Likertově škále (1 – vůbec nesouhlasím, 7 – zcela souhlasím). Položky, které se týkají úzkostné dimenze a dimenze vyhýbavosti, které jsou reverzní, se následně sečtou. Hodnoty dle počtu položek v dané dimenzi se poté zprůměrují. Čím je průměrná hodnota vyšší, tím vyšší je jedincovo skórování v úzkostnosti nebo vyhýbavosti (Wongpakaran, Wongpakaran, 2012).

2.4.5. Dyadic Adjustment Scale (DAS)

K měření partnerského přizpůsobení byl použit dotazník Dyadic Adjustment (DAS), který sestavil Graham B. Spanier (1976). Překlad do češtiny a validizaci provedl Stanislav Kratochvíl (2006). Dotazník obsahuje 32 položek, které jsou hodnoceny na škále od čtyř do šesti bodů. Celkem lze dosáhnout 151 bodů, přičemž platí, že čím vyšší je dosažený skór respondenta, tím větší je jeho partnerské přizpůsobení neboli kvalita vztahu. Tento výsledný skór (DAS TOTAL) je tvořen součtem čtyř subškál, které se týkají různých oblastí vztahu:

Partnerská spokojenost (Dyadic Satisfaction)

Tato subškála obsahuje deset položek, které se týkají například hodnocení štěstí ve vztahu, vnímání perspektivy vztahu či vnímání konfliktů. Maximálně lze dosáhnout skóre 50, přičemž vyšší číslo značí vyšší spokojenost se současným stavem vztahu a snahu o jeho udržení.

Partnerská soudržnost (Dyadic Cohesion)

Otázky v této subškále se týkají společně tráveného času a chování ve vztahu. Obsahuje pět otázek a maximální skór je 24.

Shoda v partnerském vztahu (Dyadic Consensus)

Týká se shod a sporů ve vztahu. Obsahuje třináct otázek a maximální skór je 65.

Vyjadřování emocí (Affectional Expression)

Tato subškála se zaměřuje na míru neshod v intimní oblasti v posledních několika týdnech. Obsahuje čtyři otázky a maximální skóre je 12.

2.4.6. Geneva Emotion Recognition Test (GERT-S)

Geneva Emotion Recognition Test (GERT; Schlegel, Grandjean, & Scherer, 2014) je založen na multimodálním zobrazení emocí (emoce je zobrazována obličejem, tělem, i hlasem). Tento test je administrován na počítači a skládá se z 83 krátkých videí se zvukem, kde 10 herců předvádí čtrnáct různých emocí, z nichž šest je pozitivních. Herci vždy říkají jednu větu, která je složená z náhodných slabik a nemá sémantický význam. Po každém klipu respondent vybírá ze 14 emocí tu, která klip vystihuje nejlépe. Skórování je na stupnici 0 až 1 bod, kdy je bod přidělen za každou správně rozpoznanou emoci. Finální skóre je pak převeden na procenta.

Několik studií potvrdilo validitu tohoto testu (Schlegel, Fontaine, & Scherer, 2015; Schlegel, Grandjean, & Scherer, 2012, 2014).

Následně byla předvedena krátká verze testu (GERT-S; Schlegel, Scherer, 2016), sestávající ze 42 položek, který je skórován stejně jako původní verze.

2.4.7. Faux Pas Test

Test Faux pas byl původně určen pro zkoumání teorie mysli u dětí s Aspergerovým syndromem (Baron-Cohen et al., 1999). Později byl však adaptován i pro účely ostatních výzkumů teorie mysli, kterých se účastnili dospělí (např. Zalla et al., 2009).

Původní text v angličtině byl pro účel grantového projektu doc. Lindové přeložen do češtiny v laboratoři Národního ústavu duševního zdraví.

Test Faux pas je složen z 10 povídek, kde se objevuje faux pas a z 10 kontrolních povídek, kde faux pas není. Po příběhu následuje 5 doplňujících otázek a 2 kontrolní otázky. Testem můžeme měřit celkový skóre správných odpovědí či můžeme využít subškály, jejichž skóre můžeme získat skórováním doplňujících otázek a které podrobněji zkoumají odpověď respondenta. Jedná se o subškály „detekce“, „porozumění nevhodnosti“, „intence“, „domnění“ a „empatie“.

Respondent dostane kopii testu, kde jsou pouze příběhy, zatímco mu administrátor předčítá již zmíněné příběhy a případně se ptá na otázky. Po přečtení příběhu se administrátor zeptá na první otázku a odpovědi zapisuje do své vytištěné kopie.

První otázka se týká detekce faux pas („Řekl někdo něco, co neměl, nebo něco trapného?“). V případě, že respondent odpoví záporně, zeptá se administrátor pouze na kontrolní otázky, které se týkají porozumění příběhu. Pokud respondent odpoví kladně, následují zbylé 4 otázky.

Druhá otázka se taktéž zaměřuje na detekci faux pas („Kdo řekl něco, co neměl, nebo proč to bylo trapné?“)

Třetí otázka se týká porozumění nevhodnosti („Proč to on/ona neměla říkat a proč to bylo trapné?“)

Čtvrtá otázka je zaměřená na úmyslnost (intenci), tedy motivace a úmysly mluvčího, který faux pas způsobil („Proč myslíte, že to řekl/a?“)

Pátá otázka zkoumá domněni („Věděl/uvědomoval si X, že Y?“)

Šestá otázka je zaměřená na empatii vůči osobám v příběhu („Jak myslíte, že se X cítil/a?“)

Následují dvě kontrolní otázky (číslo 7 a 8), které se týkají porozumění příběhu (např. „Kdo pořádal oslavu?“).

Skórování testu probíhá převážně intuitivně, přičemž správné odpovědi se mohou mírně lišit (např. při označení osoby může respondent uvést její jméno, povolání, vztah k jiné osobě v příběhu apod.).

U každé povídky s faux pas získá subjekt 1 bod za každou otázku, na kterou odpověděl správně. Pokud odpoví, že se o faux pas nejedná, nejsou mu další otázky pokládány a dostává 0 bodů.

V případě kontrolních povídek probíhá hodnocení mírně odlišně. Pokud respondent správně odpoví, že se o faux pas nejedná, je mu přidělen bod. Následně už mu nejsou další otázky pokládány a za každou nezodpovězenou otázku je mu přidělen 1 bod. V případě, že odpoví, že je zde faux pas, jsou mu pokládány i ostatní otázky a dostává 0 bodů. Povídky s chybnými kontrolními otázkami jsou vyřazeny.

Kontrolní otázky jsou pokládány bez ohledu na odhalení faux pas a pomáhají určit, zda nebyl respondent zmatený či některé detaily příběhu nezapomněl. Odpovědi na tyto otázky jsou jednoznačné a skórují se zvlášť.

Při skórování jsou nejprve sečteny obě kontrolní otázky u povídek s faux pas a následně zvlášť pro kontrolní povídky. Maximální skór je u obou typů povídek 20.

Následně jsou sečteny odpovědi na ostatní otázky u všech příběhů.

Druhý skór (detekce) je vypočítán z odpovědí na první dvě otázky. Maximální skór je za povídky s faux pas i za kontrolní povídky je 20. Následně jsou skóry za oba typy povídek sečteny a vyděleny součtem správných kontrolních otázek u příběhů s trapasem + správných kontrolních otázek u kontrolních příběhů. Maximální skór pro rozpoznání trapasu je 1,0.

Skórování zbylých otázek je stejné. Jsou sečteny skóry za správné odpovědi na oba typy povídek a následně vyděleny součtem správných kontrolních otázek u příběhů s trapasem + správných kontrolních otázek u kontrolních příběhů. Sečtením odpovědí u otázek 3, 4, 5 a 6 získáme skóry subškál „intence“, „porozumění nevhodnosti“, „domnění“ a „empatie.“ Maximální skór každé subškály je 1,0.

Následně můžeme odvodit celkový skór součtem poměrů a vydělením perfektním skórem pro každý z poměrů.

2.4.8. State Trait Anxiety Inventory (STAI X-2)

State-Trait Anxiety Inventory je psychologický inventář založený za čtyřbodové Likertově škále a skládá se ze 40 sebesupozovacích otázek měřících stavovou úzkost (část X-1) a rysovou úzkostnost (část X-2; Spielberger et al., 1970).

Existují dvě hlavní verze dotazníku, STAI-X a STAI Y. Původní verze, STAI-X byla později revidována a některé položky byly nahrazeny, čímž vznikla novější verze, STAI-Y (Spielberger et al., 1983).

Pro účely tohoto výzkumu byla využita část měřící úzkostnost jako rys (STAI X-2), která se skládá z 20 položek, kde respondent uvádí míru souhlasu s výroky na stupnici 1-4. Skór vypočítáme sečtením položek, přičemž se výsledky pohybují na stupnici 20-80. Některé položky jsou reverzní. Čím vyššího skóru jedinec dosáhne, tím vyšší je jeho předpokládaná míra úzkostnosti. K dispozici jsou normy rozdělené podle pohlaví.

Müllner a kol. v roce 1980 publikovali slovenskou standardizaci STAI X-2. Ta byla následně restandardizována a přeložena do češtiny Heretikem a spolupracovníky (2009). Tato verze byla v této práci použita k měření rysové úzkostnosti.

2.4.9. Sociodemografický dotazník

Součástí sociodemografického dotazníku byly kromě obecných osobních informací (věk, vzdělání, počet dětí, apod.) otázky ohledně psychického stavu. Pokud jedinec uvedl, že trpí úzkostnou poruchou, byl zařazen do skupiny „úzkostní.“

2.5. Metody analýzy a zpracování dat

Pro účely zjištění vztahu klinické úzkostnosti s ostatními proměnnými byly páry rozděleny na 2 skupiny, „úzkostní“ a „kontroly.“ Mezi klinicky úzkostné byly zahrnuty páry, u kterých alespoň jeden z páru v sociodemografickém dotazníku uvedl úzkostnou poruchu. Konkrétně se zde vyskytla panická porucha, sociální fobie, agorafobie a generalizovaná úzkostná porucha. Mezi kontrolní byly zařazeny páry, kde ani jeden z páru neměl diagnostikovanou úzkostnou poruchu. Zároveň byly vyřazeny páry, kde se objevily jiné psychické poruchy (např. schizofrenie). Klinicky úzkostným bylo v datovém souboru přiřazeno č. 1 a neúzkostným 0.

Skóry attachmentu (úzkostnost a vyhýbavost), partnerského přizpůsobení (spokojenost, soudržnost, shoda, vyjadřování emocí), faux pas testu (porozumění, detekce, intence, přesvědčení, empatie, celkový podíl) a rysově úzkostnosti byly vypočítány podle výše uvedeného postupu (viz kapitoly 2.4.4., 2.4.5., 2.4.7., 2.4.8.).

Procentuální skór GERT-S je součástí chráněné online verze testu poskytované autory.

Pro Faux Pas Test byl vypočítán celkový podíl správných odpovědí.

Jednotkou analýzy byl jeden participant. Analýzy byly provedeny v programu IBM SPSS.

Ke zjištění souvislosti attachmentové a rysově úzkostnosti byla provedena korelační analýza, konkrétně Kendallův korelační test. Tato analýza byla provedena nejprve souhrnně pro všechny subjekty a následně zvlášť pro muže a ženy.

Poté byl proveden T-test ke zjištění souvislosti klinické úzkostnosti a dalších dvou typů úzkostnosti (attachmentová, rysová). Byla zjišťována souvislost mezi těmito veličinami pro všechny subjekty dohromady a poté zvlášť pro muže a pro ženy.

Následně byly provedeny regresní analýzy ke zjištění vztahů mezi typy úzkostnosti a škálami partnerského přizpůsobení. V první analýze byly nezávisle proměnnými škály úzkostnosti mužů a žen. Byl zkoumán jejich vliv na závisle proměnnou - míru partnerského přizpůsobení (celkový skór DAS). Mezi kontrolní proměnné bylo zahrnuto pohlaví a věk. Analýza byla opět provedena pro muže i ženy dohromady a poté zvlášť. Stejný postup byl opakován i s ostatními subškálami partnerského přizpůsobení a s přizpůsobením partnera¹.

¹ Pro tento výpočet by bylo vhodné použít dyadické analýzy, avšak ty jsou velmi komplexní a proto nejsou jejich výsledky v práci zahrnuty. V rámci grantového projektu však dyadické analýzy použity byly a jejich výsledky jsou v principu shodné s výsledky této práce.

Zároveň byla provedena korelační analýza ke zjištění souvislosti mezi sociální kognicí (Faux Pas Test a GERT-S) a typy úzkostnosti. Tato analýza byla provedena nejprve pro muže a ženy a následně souhrnně pro všechny subjekty.

Poté byly provedeny regresní analýzy, konkrétně „General Linear Model,“ zjišťující vztahy mezi partnerským přizpůsobením a sociální kognicí. Nezávisle proměnnými zde byly skóry sociální kognice (Faux Pas test – celkový skór a GERT-S) a závisle proměnnou míra partnerského přizpůsobení (DAS celkem). Kontrolní proměnnou zde byl věk.

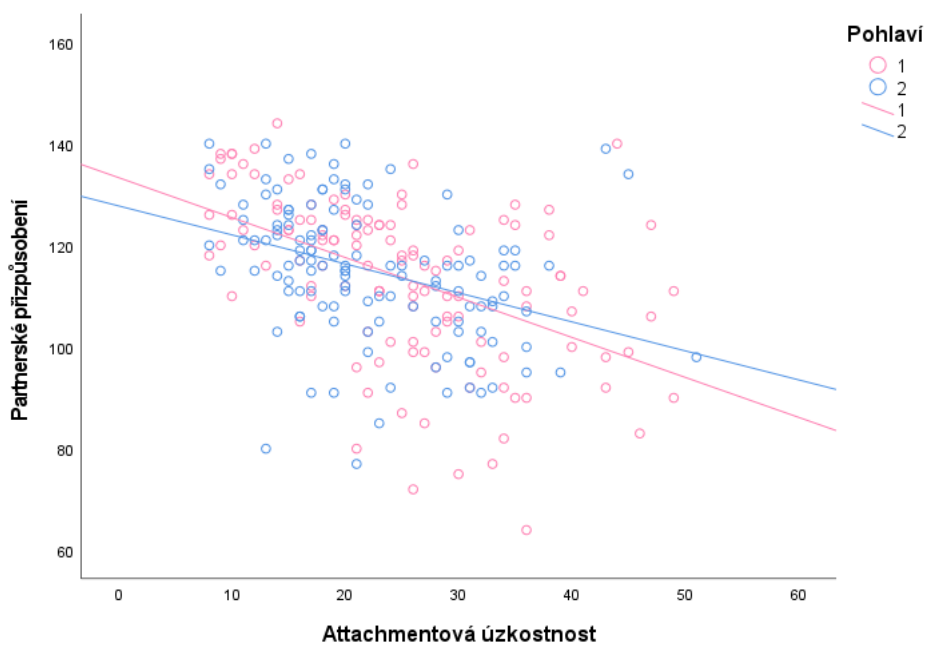
General Linear Model byl využit i ke zjištění vztahu mezi úzkostností, sociální kognicí a partnerským přizpůsobením. Sociální kognice zde byla uvažována jako mediátor vztahu mezi partnerským přizpůsobením a úzkostností. Předpokladem mediace byla souvislost úzkostnosti a sociální kognice a souvislost sociální kognice a partnerského přizpůsobení.

2.6. Výsledky

2.6.1. Souvislost rysové (STAI X-2) a attachmentové (ECR) úzkostnosti

V korelační analýze, která byla provedena ke zjištění souvislosti mezi attachmentovou a rysovou úzkostností, byl zjištěn signifikantní vztah při zahrnutí obou pohlaví ($\tau = 0,27$). Stejně tak byl zjištěn významný vztah souvislosti těchto škál u mužů ($\tau = 0,25$) a žen ($\tau = 0,27$).

	Celý soubor	Muži	Ženy
Kendallovo tau	0,27	0,25	0,27
p-hodnota	< 0,001	< 0,001	< 0,001
N	250	125	125



Graf 1: Zobrazení souvislosti attachmentové úzkostnosti s rysovou úzkostností.

2.6.2. Souvislost attachmentové, rysové a klinické úzkostnosti

2.6.2.1. Souvislost typů úzkostnosti u mužů a žen

V T-testu, který byl proveden pro zjištění souvislosti mezi klinickou úzkostností a dalšími dvěma škálami úzkostnosti, byla pro muže i ženy zjištěna statisticky signifikantní souvislost, přičemž míra souvislosti klinické úzkostnosti s rysovou úzkostností ($t = 7,094$) byla signifikantně vyšší než míra souvislosti klinické úzkostnosti s attachmentovou úzkostností (průměr = 54; SD = 8,5; viz tabulka 3). Průměrně skórovali na škále rysové úzkostnosti výše klinicky úzkostní jedinci (viz tabulka 2).

Proměnná	Klinická úzkostnost	N	Průměrná hodnota	Směrodatná odchylka
Rysová úzkostnost	1	26	54,5	8,5
	0	237	41,5	8,8
Attachmentová úzkostnost	1	25	30,4	10,1
	0	243	22,9	9,2

Proměnná	t	p
Rysová úzkostnost	7,09	< 0,001
Attachmentová úzkostnost	3,87	< 0,001

2.6.2.2. Souvislost typů úzkostnosti u žen

Byla zjištěna statisticky signifikantní souvislost klinické a rysové úzkostnosti u žen. Zároveň byla zjištěna statisticky signifikantní souvislost klinické a attachmentové úzkostnosti u žen. Souvislost klinické a rysové úzkostnosti byla u žen statisticky signifikantně vyšší než souvislost klinické a attachmentové úzkostnosti (viz tabulka 5).

Proměnná	Klinická úzkostnost	N	Průměrná hodnota	Směrodatná odchylka
Rysová úzkostnost	1	16	55,5	9,77
	0	113	42,9	8,97
Attachmentová úzkostnost	1	16	31,2	11,64
	0	115	24,2	9,59

Tabulka 5. Souvislost mezi klinickou úzkostí a dalšími typy úzkostí u žen		
Proměnná	t	p
Rysová úzkost	5,20	< 0,001
Attachmentová úzkost	2,64	0,009

2.6.2.3. Souvislost typů úzkostí u mužů

Byla zjištěna statisticky signifikantní souvislost klinické a rysové úzkostí u mužů. Byla také zjištěna statisticky signifikantní souvislost klinické a attachmentové úzkostí u mužů. Souvislost klinické a rysové úzkostí byla u mužů statisticky signifikantně vyšší než souvislost klinické a attachmentové úzkostí (viz tabulka 7).

Tabulka 6. Deskriptivní statistika měření vztahů typů úzkostí mužů				
Proměnná	Klinická úzkost	N	Průměrná hodnota	Směrodatná odchylka
Rysová úzkost	1	9	52,0	5,83
	0	118	40,5	8,72
Attachmentová úzkost	1	9	29,1	10,20
	0	127	21,8	8,44

Tabulka 7. Souvislost mezi klinickou úzkostí a dalšími typy úzkostí u mužů		
Proměnná	t	p
Rysová úzkost	3,88	< 0,001
Attachmentová úzkost	2,49	0,014

2.6.3. Souvislost úzkostí a partnerského přizpůsobení

2.6.3.1. Vliv úzkostí na partnerské přizpůsobení mužů a žen

Všechny tři typy úzkostí vstoupily do analýzy současně. Cílem bylo otestovat jejich společný a současně parciální vliv na partnerské přizpůsobení. Při zahrnutí mužů a žen současně byl prokázán statisticky signifikantní vliv všech typů úzkostí na partnerské přizpůsobení. Nejvyšší statisticky signifikantní vliv na partnerské přizpůsobení byl prokázán u úzkostného attachmentu (viz tabulka 9).

Tabulka 8. Deskriptivní statistika partnerského přizpůsobení				
Pohlaví	Klinická úzkostnost	Průměr	Směrodatná odchylka	N
1	0	115,3	14,58	103
	1	103,1	21,63	15
	Celkem	113,7	16,06	118
2	0	116,2	13,26	107
	1	101,3	12,06	8
	Celkem	115,2	13,68	115
Celkem	0	115,8	13,90	210
	1	102,5	18,57	23
	Celkem	114,4	14,92	233

Tabulka 9. Vliv úzkostnosti na partnerské přizpůsobení		
Proměnná	F	p
Úzkostný attachment	0,13	< 0,001
Rysová úzkostnost	5,22	0,006
Klinická úzkostnost	13,21	0,009
Pohlaví	1,91	0,337
Věk	4,76	0,009

2.6.3.2. Vliv úzkostnosti na partnerské přizpůsobení a jeho subškály u žen

Pro zjištění vlivu úzkostnosti na partnerské přizpůsobení byl proveden General Linear Model.

Byl zjištěn signifikantní vliv attachmentové úzkostnosti žen na partnerské přizpůsobení a všechny jeho subškály. Zároveň byl zjištěn signifikantní vliv attachmentové úzkostnosti na přizpůsobení partnera (viz tabulka 10).

Byl zjištěn signifikantní vliv rysové úzkostnosti žen na subškály „Partnerská spokojenost“, „Partnerská shoda“ a na přizpůsobení partnera. Na celkové partnerské přizpůsobení však signifikantní vliv rysové úzkostnosti zjištěn nebyl (viz tabulka 10).

Nebyl zjištěn signifikantní vliv klinické úzkostnosti žen na partnerské přizpůsobení ani na jeho subškály. Zároveň nebyl zjištěn signifikantní vliv klinické úzkostnosti na přizpůsobení partnera (viz tabulka 10).

Tabulka 10. Vliv úzkostnosti na partnerské přizpůsobení a jeho subškály u žen												
Proměnná	Partnerské přizpůsobení		Partnerská soudržnost		Partnerská spokojenost		Partnerská shoda		Vyjadřování emocí		Přizpůsobení partnera	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Attachmentová úzkostnost	20,67	<0,001	5,34	0,023	19,41	<0,001	9,62	0,002	20,76	<0,001	12,21	<0,001
Rysová úzkostnost	3,86	0,052	0,80	0,372	5,38	0,022	5,57	0,020	3,46	0,066	9,08	0,003
Klinická úzkostnost	0,86	0,356	0,179	0,673	1,62	0,205	0,33	0,565	0,40	0,531	0,13	0,722
Věk	3,41	0,067	7,37	0,008	2,43	0,121	1,80	0,183	0,06	0,808	1,71	0,193

2.6.3.3. Vliv úzkostnosti na partnerské přizpůsobení a jeho subškály u mužů

Byl zjištěn signifikantní vliv attachmentové úzkostnosti mužů na celkové partnerské přizpůsobení a na subškálu „Partnerská spokojenost.“ Byl také zjištěn signifikantní vliv attachmentové úzkostnosti mužů na přizpůsobení partnerek (viz tabulka 11).

Nebyl zjištěn signifikantní vliv rysové úzkostnosti mužů na partnerské přizpůsobení ani na žádnou ze subškál. Nebyl zjištěn ani signifikantní vliv rysové úzkostnosti mužů na přizpůsobení partnerek (viz tabulka 11).

Nebyl zjištěn signifikantní vliv klinické úzkostnosti mužů na partnerské přizpůsobení ani na žádnou ze subškál. Nebyl zjištěn signifikantní vliv klinické úzkostnosti mužů na přizpůsobení partnerek (viz tabulka 11).

Výsledky dyadických analýz byly v zásadě podobné, avšak zdá se, že při zahrnutí attachmentové úzkostnosti do modelu ostatní škály úzkostnosti přestávají být signifikantní a attachmentová úzkostnost obou partnerů má silnější vliv na partnerské přizpůsobení ženy než muže.

Proměnná	Partnerské přizpůsobení		Partnerská soudržnost		Partnerská spokojenost		Partnerská shoda		Vyjadřování emocí		Přizpůsobení partnerky	
	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Attachmentová úzkostnost	6,47	0,012	0,45	0,516	8,81	0,004	3,72	0,056	2,77	0,099	4,71	0,032
Rysová úzkostnost	3,63	0,059	0,01	0,910	1,79	0,184	3,70	0,057	3,35	0,070	0,75	0,389
Klinická úzkostnost	2,53	0,115	0,82	0,367	1,32	0,253	1,34	0,250	0,25	0,621	1,898	0,171
Věk	1,87	0,174	4,78	0,031	0,58	0,448	0,12	0,727	0,84	0,360	0,642	0,425

2.6.4. Vliv úzkostnosti na sociální kognici

Ke zjištění vlivu úzkostnosti na sociální kognici byl opět použit General Linear Model. Pro zjištění vlivu úzkostnosti na rozpoznávání emocí byl použit test GERT-S. Následně byl použit Faux Pas Test ke zjištění vlivu úzkostnosti na teorii mysli. Byl zkoumán i vliv pohlaví.

V případě GERT-S nebyl zjištěn signifikantní vliv attachmentové úzkostnosti na rozpoznávání emocí. Zároveň nebyl zjištěn signifikantní vliv rysové úzkostnosti ani klinické úzkostnosti. U pohlaví také nebyl zjištěn signifikantní vliv (viz tabulka 12).

U Faux Pas Testu nebyl zjištěn signifikantní vliv attachmentové úzkostnosti. Nebyl zjištěn signifikantní vliv rysové úzkostnosti ani klinické úzkostnosti. Zároveň nebyl zjištěn signifikantní vliv pohlaví (viz tabulka 13).

Tabulka 12. Vliv úzkostnosti na rozpoznávání emocí		
Proměnná	F	p
Attachmentová úzkostnost	0,068	0,794
Rysová úzkostnost	0,146	0,703
Klinická úzkostnost	0,153	0,759
Pohlaví	0,043	0,870
Věk	0,227	0,643

Tabulka 13. Vliv úzkostnosti na teorii mysli		
Proměnná	F	p
Attachmentová úzkostnost	0,176	0,675
Rysová úzkostnost	1,241	0,266
Klinická úzkostnost	0,630	0,474
Pohlaví	0,706	0,526
Věk	0,562	0,454

2.6.5. Vliv sociální kognice na partnerské přizpůsobení

General Linear Model byl využit i při testování vlivu sociální kognice na partnerské přizpůsobení (DAS celkem).

V případě Faux Pas Testu nebyl zjištěn signifikantní vliv na partnerské přizpůsobení. Nebyl zjištěn ani signifikantní vliv GERT-S na partnerské přizpůsobení (viz tabulka 14).

Tabulka 14. Vliv sociální kognice na partnerské přizpůsobení		
Proměnná	F	p
Faux Pas Test	2,954	,087
GERT-S	1,422	0,234
Pohlaví	0,882	0,349
Věk	11,587	<0,001

2.6.6. Vliv úzkostnosti a sociální kognice na partnerské přizpůsobení

Vzhledem k tomu, že nebyla prokázána signifikantní souvislost sociální kognice s partnerským přizpůsobením, nebyla testována funkce sociální kognice jako mediátoru.

2.7. Diskuze výsledků

2.7.1. Souvislost typů úzkostnosti

Dle předpokladů byla zjištěna souvislost mezi všemi typy úzkostnosti (attachmentová, rysová, klinická) u mužů i žen. Vztah mezi attachmentovou a rysovou úzkostností uvádí i Nielsen (et al., 2017). Souvislost rysové a klinické úzkostnosti byla zjištěna například i ve studii Kennedyové, Schwaba a Morrise (2001). Tyto vztahy tedy potvrzují výsledky předchozích výzkumů.

2.7.2. Vliv úzkostnosti na partnerské přizpůsobení mužů a žen

Při souhrnném porovnávání vlivu úzkostnosti na partnerské přizpůsobení byl zjištěn signifikantní vliv všech typů úzkostnosti na partnerské přizpůsobení mužů a žen. Největší vliv zde však měla attachmentová úzkostnost. Tento výsledek není překvapivý, neboť přestože klinická i rysová úzkostnost ovlivňují všechny oblasti života, attachment a potažmo attachmentová úzkostnost jsou nejvíce spjaty s blízkými vztahy, jelikož se attachment formuje při jejich utváření (Bowlby, 2010; Hazan, Shaver, 1987). Tento vliv attachmentové úzkostnosti na partnerské vztahy uvádí například i Mikulincer a Shaver (2007).

Negativní vliv ostatních typů úzkostnosti na partnerské vztahy byl také zjištěn v předchozích výzkumech, například dle Whisman (2007, 2012) jsou úzkostné poruchy významným determinantem kvality vztahu. Stejně tak byl již v dřívějších výzkumech shledán negativní vliv rysové úzkostnosti na partnerské vztahy (např. Karney, Bradbury, 1997).

2.7.2.1. Vliv úzkostnosti na partnerské přizpůsobení žen

Při provádění analýz, které zahrnovaly vždy jen jedno pohlaví, se však již vliv různých typů úzkostnosti lišil. U žen byl opět potvrzen vliv attachmentové úzkostnosti na partnerské přizpůsobení a všechny jeho subškály i na přizpůsobení jejich partnerů. Tento výsledek potvrzuje výzkumy Collins a Read (1990) a Simpsona (1990), kde měl úzkostný attachment u žen negativní vliv na spokojenost jejich partnerů.

Rysová úzkostnost u žen měla vliv pouze na dvě subškály partnerského přizpůsobení, konkrétně na partnerskou shodu a partnerskou spokojenost. Vzhledem k tomu, že se tyto subškály týkají především konfliktů a sporů, může být tento vztah vysvětlen zjištěním Caughlina, Hustona a Houtsové (2000), dle nichž rysová úzkostnost negativně ovlivňuje partnerské vztahy skrze komunikační procesy. Je tedy možné, že rysová úzkostnost ovlivňuje pouze ty aspekty partnerských vztahů, které se týkají komunikace. Rysová

úzkostnost zde ovlivňovala i přizpůsobení partnerů ve shodě s Malouffem (et al., 2009), v jehož výzkumu ovlivňovala rysová úzkostnost přizpůsobení partnera bez ohledu na pohlaví.

Úzkostné poruchy žen neměly vliv na partnerské přizpůsobení ani na žádnou z jeho subškál. Nebyl potvrzen ani vliv úzkostných poruch na přizpůsobení partnera. Toto zjištění je v souladu s výsledky Dehle a Weisse (2002), v jejichž výzkumu neměla úzkostnost žen signifikantní vliv na spokojenost jejich partnerů. Vliv úzkostných poruch na vlastní partnerské přizpůsobení je však v rozporu se zjištěními většiny dosavadních studií. Jako možné vysvětlení se zde nabízí výzkum Bar-Kalifa (et al., 2015), kde bylo partnerské přizpůsobení mediováno vnímanou citlivostí partnera. Je tedy možné, že ženy trpící úzkostnými poruchami v této studii měly vysoce vnímavé partnery, kteří uměli reagovat na jejich potřeby, čímž eliminovali možný negativní efekt úzkostnosti na přizpůsobení jejich partnerek.

2.7.2.2. Vliv úzkostnosti na partnerské přizpůsobení mužů

Stejně tak byl u mužů prokázán vliv attachmentové úzkostnosti na partnerské přizpůsobení a na subškálu „partnerská spokojenost.“ Vzhledem k tomu, že tato subškála se týká i hodnocení pocíťovaného štěstí ve vztahu, je možné, že obavy či žárlivost, které úzkostní jedinci prožívají (Hazan, Shaver, 1987), mohou být důvodem, proč úzkostnost ovlivňuje právě tuto oblast partnerských vztahů. Attachmentová úzkostnost mužů měla i negativní vliv na spokojenost jejich partnerek, což je v souladu se studiemi Mikulincera a Shavera (2007), kde byla attachmentová úzkostnost uváděna jako negativní efekt na spokojenost žen, či Feeneyho (2002), kde měla attachmentová úzkostnost mužů i žen negativní vliv na spokojenost partnerů.

Rysová úzkostnost mužů neovlivňovala partnerské přizpůsobení ani jeho subškály. Zároveň neovlivňovala ani přizpůsobení partnerek. Jelikož je i toto zjištění v rozporu s výsledky předchozích studií, nabízí se jako možné vysvětlení výsledky dyadických analýz, kdy při zahrnutí attachmentové úzkostnosti přestávají být ostatní škály signifikantní.

Vliv úzkostných poruch na partnerské přizpůsobení se nepotvrdil. Je možné, že úzkostné poruchy ovlivňují partnerské přizpůsobení mužů, jen pokud poruchou trpí i jejich partnerka, jak uvádí Pankiewicz, Majkowicz a Krzykowski (2012). Úzkostné poruchy mužů neměly vliv ani na přizpůsobení jejich partnerek, což je také v rozporu s předchozími zjištěními, kde úzkostné poruchy jednoho z partnerů ovlivňovaly partnerské přizpůsobení obou partnerů (např. Dehle a Weiss, 2002). Vzhledem k výsledkům dyadických analýz je

attachmentová úzkostnost tedy pravděpodobně silnějším faktorem než ostatní dva typy úzkostnosti.

2.7.3. Vliv úzkostnosti na sociální kognici

Předpokládaný vliv úzkostnosti na sociální kognici se nepotvrdil ani na jedné ze škál měřících sociálně-kognitivní schopnosti (Faux Pas Test, GERT-S).

Faux Pas Test, který zkoumá teorii mysli, byl původně určen pro jedince na autistickém spektru (Baron-Cohen et al., 1999), je tedy možné, že design tohoto testu není zcela vhodný pro neurotypické a úzkostné jedince. Případně by bylo vhodnější použít jiné testy sociální kognice, jako je například Mind In The Eyes Test (Baron-Cohen et al., 1997). Je také možné, že zhoršené schopnosti teorie mysli souvisí jen se sociální fobií (Hezel, McNally, 2014), neboť v případě generalizované úzkostné poruchy byly ve studii Zainala a Newmanové (2018) prokázány ve stavu úzkosti lepší schopnosti teorie mysli.

Attachmentová úzkostnost má pravděpodobně negativní vliv na teorii mysli jen u mladších adolescentů či ve vztahu k matce (Hünefeldt et al., 2013).

Výsledky týkající se rozpoznávání emocí úzkostnými jedinci se lišily, neboť některé uváděly u úzkostných jedinců zhoršenou identifikaci emočních výrazů (Demenescu et al., 2010), zatímco z některých studií vyplývalo lepší rozpoznávání negativních výrazů úzkostnými jedinci (Joormann, Gotlib, 2006). Výsledky této práce se však spíše shodují s recentnějšími výzkumy, kde úzkostní jedinci neměli problém rozpoznávat emoce či je dokonce identifikovali lépe v porovnání s neúzkostnými (Wieser et al., 2018).

2.7.4. Vliv sociální kognice na partnerské přizpůsobení

Sociální kognice neměla vliv ani na partnerské přizpůsobení a žádnou z jeho subškál. V případě teorie mysli je opět potřeba vzít v potaz design Faux Pas Testu. Je však také možné, že teorie mysli jednoho partnera nemá na partnerské vztahy takový vliv jako ostatní sociálně kognitivní schopnosti, například empatie a především empatická vnímavost jejich partnerů.

Rozpoznávání emocí pravděpodobně není pro vztah tak důležité, jako rozpoznání, kdy partner prožívá negativní emoce, které se netýkají vztahu (Koerner, Fitzpatrick, 2002), tedy přisuzování správných atribucí.

2.7.5. Sociální kognice jako mediátor

Jelikož se neprokázala souvislost sociální kognice s partnerským přizpůsobením, nebyla uvažována jako mediátor. Úzkostnost ovlivňuje partnerské přizpůsobení pravděpodobně skrze jiné mechanismy.

Závěr

Práce se zabývala souvislostí úzkostnosti, partnerských vztahů a sociální kognice u dlouhodobých heterosexuálních párů, neboť neexistuje mnoho literatury zkoumající tyto vztahy společně.

U všech typů úzkostnosti (attachmentová, rysová, klinická) byla prokázána jejich vzájemná souvislost u mužů i žen. Zároveň byl potvrzen negativní vliv všech typů úzkostnosti na partnerské přizpůsobení, přičemž nejvyšší vliv měla u mužů i žen attachmentová úzkostnost.

Při zkoumání pouze žen byl shledán vliv attachmentové úzkostnosti na jejich partnerské přizpůsobení a přizpůsobení jejich partnerů. Zároveň byl zjištěn vliv rysové úzkostnosti na subškály partnerské spokojenosti a partnerské shody, avšak nebyl zjištěn vliv rysové úzkostnosti na celkové partnerské přizpůsobení. Rysová úzkostnost žen však ovlivňovala přizpůsobení jejich partnerů. V případě úzkostných poruch nebyl zjištěn jejich signifikantní vliv na vlastní partnerské přizpůsobení ani na přizpůsobení partnera.

U mužů byl taktéž zjištěn signifikantní vliv attachmentové úzkostnosti na partnerské přizpůsobení, jeho subškálu „partnerská spokojenost“ a přizpůsobení partnerek. Nebyl prokázán vliv rysové úzkostnosti ani úzkostných poruch na partnerské přizpůsobení mužů a žádnou z jeho subškál a zároveň nebyl zjištěn vliv těchto typů úzkostnosti na přizpůsobení partnerek.

Souvislost sociální kognice a úzkostnosti nebyla potvrzena a zároveň nebyla zjištěna souvislost sociální kognice a partnerského přizpůsobení. Z tohoto důvodu nebyla sociální kognice testována jako mediátor vztahu úzkostnosti a partnerského přizpůsobení.

Tato práce přinesla komplexní prozkoumání souvislosti vztahů typů úzkostnosti s partnerským přizpůsobením a jejich souvislost se sociální kognicí. Zjištění vyplývající z předložené práce mohou být přínosná především pro výzkumné pracovníky při dalším zkoumání těchto vztahů.

Reference

- Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment.
- Alvi, T., Kouros, C. D., Lee, J., Fulford, D., & Tabak, B. A. (2020). Social anxiety is negatively associated with theory of mind and empathic accuracy. *Journal of abnormal psychology, 129*(1), 108.
- Ambruster, E. W., & Witherington, D. C. (2016). Adult Attachment and Parental Bonding: Correlations between Perceived Relationship Qualities and Self-Reported Anxiety. *Professional Counselor, 6*(1), 33-49.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Amir, N., Beard, C., & Bower, E. (2005). Interpretation bias and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 29*(4), 433-443.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M., Monsma, A., & Brilman, E. (1983). The role of perceived parental rearing practices in the aetiology of phobic disorders: A controlled study. *The British Journal of Psychiatry, 143*(2), 183-187.
- Augoustinos, M., Walker, I., & Donaghue, N. (2014). *Social cognition: An integrated introduction*. Sage.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience, 17*(3), 327.
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience, 19*(2), 93.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships, 7*(2), 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology, 61*(2), 226.

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological bulletin*, 133(1), 1.

Bar-Kalifa, E., Hen-Weissberg, A., & Rafaeli, E. (2015). Perceived partner responsiveness mediates the association between social anxiety and relationship satisfaction in committed couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(7), 587-610.

Barlow, D. H., Brown, T. A., & Craske, M. G. (1994). Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: implications for research. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 553.

Barlow, D. H., Chorpita, B. F., & Turovsky, J. (1996). Fear, panic, anxiety, and disorders of emotion.

Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R., & Carl, J. R. (2014). The origins of neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496.

Baron, R. A., Byrne, D., & Branscombe, N. R. (1997). *Social Psychology* (ed.).

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Jolliffe, A. T. (1997). Is there a "language of the eyes"? Evidence from normal adults, and adults with autism or Asperger syndrome. *Visual cognition*, 4(3), 311-331.

Baron-Cohen, S., O'riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(5), 407-418.

Bayrami, M., Heshmati, R., & Karami, R. (2011). Anxiety: Trait/state, sensation seeking and marital satisfaction in married women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 765-770.

Beaupré, M. G., & Hess, U. (2006). An ingroup advantage for confidence in emotion recognition judgments: The moderating effect of familiarity with the expressions of outgroup members. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(1), 16-26.

Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of general psychiatry*, 64(8), 903-912.

- Bhagwagar, Z., Cowen, P. J., Goodwin, G. M. & Harmer, C. J. (2004). Normalization of enhanced fear recognition by acute SSRI treatment in subjects with a previous history of depression. *American Journal of Psychiatry* 161, 166–168.
- Bienvendu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher-and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and anxiety*, 20(2), 92-97.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847-856.
- Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical psychology review*, 24(7), 827-856.
- Bourke, C., Douglas, K., & Porter, R. (2010). Processing of facial emotion expression in major depression: a review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 681-696.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Bowlby, E. J. M. (2010). *Separation: Anxiety and anger: Attachment and loss* Volume 2 (Vol. 2). Random House.
- Bradley, B. P., Mogg, K., Falla, S. J., & Hamilton, L. R. (1998). Attentional bias for threatening facial expressions in anxiety: Manipulation of stimulus duration. *Cognition & emotion*, 12(6), 737-753.
- Brassard, A., Lussier, Y., & Shaver, P. R. (2009). Attachment, perceived conflict, and couple satisfaction: Test of a mediational dyadic model. *Family Relations*, 58(5), 634-646.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview.
- Cacioppo, J. T., Gardner, W. L., & Berntson, G. G. (1999). The affect system has parallel and integrative processing components: Form follows function. *Journal of personality and Social Psychology*, 76(5), 839.

Cacioppo, J. T., Larsen, J. T., Smith, N. K., & GG, B. (2004). The affect system. *Feelings and Emotions*, Cambridge University Press, Cambridge, 223-242.

Candel, O. S., & Turliuc, M. N. (2019). Insecure attachment and relationship satisfaction: A meta-analysis of actor and partner associations. *Personality and Individual Differences*, 147, 190-199.

Carretié, L., Mercado, F., Tapia, M., & Hinojosa, J. A. (2001). Emotion, attention, and the 'negativity bias', studied through event-related potentials. *International journal of psychophysiology*, 41(1), 75-85.

Carton, J. S., Kessler, E. A., & Pape, C. L. (1999). Nonverbal decoding skills and relationship well-being in adults. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23(1), 91-100.

Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L., & Silva, P. A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of general psychiatry*, 53(11), 1033-1039.

Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). The meaning and measurement of neuroticism and anxiety.

Cattell, R. B. (1966). Anxiety and motivation: Theory and crucial experiments. *Anxiety and behavior*, 1, 23-62.

Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1958). The nature of anxiety: A review of thirteen multivariate analyses comprising 814 variables. *Psychological Reports*, 4(3), 351-388E.

Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1963). *Handbook for the IPAT Anxiety Scale Questionnaire (self Analysis Form): A Brief, Valid, and Non-stressful Questionnaire Scale, Measuring Anxiety Level in Adults and Young Adults Down to 14 Or 15 Years of Age*. Institute for Personality and Ability Testing.

Caughlin, J. P., Huston, T. L., & Houts, R. M. (2000). How does personality matter in marriage? An examination of trait anxiety, interpersonal negativity, and marital satisfaction. *Journal of Personality and social psychology*, 78(2), 326.

Chen, Y. P., Ehlers, A., Clark, D. M., & Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces. *Behaviour research and therapy*, 40(6), 677-687.

- Cisler, J. M., & Koster, E. H. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical psychology review*, 30(2), 203-216.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24(4), 461-470.
- Clark, D. M. (1995). A Cognitive Model. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 69.
- Cohen, S., Schulz, M. S., Weiss, E., & Waldinger, R. J. (2012). Eye of the beholder: The individual and dyadic contributions of empathic accuracy and perceived empathic effort to relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 236.
- Collin, L., Bindra, J., Raju, M., Gillberg, C., & Minnis, H. (2013). Facial emotion recognition in child psychiatry: a systematic review. *Research in developmental disabilities*, 34(5), 1505-1520.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644.
- Cordova, J. V., Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235.
- Cramer, D., & Jowett, S. (2010). Perceived empathy, accurate empathy and relationship satisfaction in heterosexual couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(3), 327-349.
- Dehle, C., & Weiss, R. L. (2002). Associations between anxiety and marital adjustment. *The Journal of psychology*, 136(3), 328-338.
- De Jaegher, H., & Di Paolo, E. (2007). Participatory sense-making. *Phenomenology and the cognitive sciences*, 6(4), 485-507.
- Demenescu, L. R., Kortekaas, R., den Boer, J. A., & Aleman, A. (2010). Impaired attribution of emotion to facial expressions in anxiety and major depression. *PloS one*, 5(12), e15058.

Dilmac, B., Hamarta, E., & Arslan, C. (2009). Analysing the Trait Anxiety and Locus of Control of Undergraduates in Terms of Attachment Styles. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 9(1), 143-159

Dolejš, M., Miovský, M., & Řehan, V. (2012). Testová příručka ke škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek:(SURPS-substance use risk profile scale). *Klinika adiktologie*, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.

Donges, U. S., Kersting, A., & Suslow, T. (2012). Women's greater ability to perceive happy facial emotion automatically: gender differences in affective priming. *PloS one*, 7(7), e41745.

Doty, T. J., Japee, S., Ingvar, M., & Ungerleider, L. G. (2013). Fearful face detection sensitivity in healthy adults correlates with anxiety-related traits. *Emotion*, 13(2), 183.

Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E., & Leonard, H. L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 836-846.

Durand, K., Gallay, M., Seigneuric, A., Robichon, F., & Baudouin, J. Y. (2007). The development of facial emotion recognition: The role of configural information. *Journal of experimental child psychology*, 97(1), 14-27.

Eaton, W. W., Kessler, R. C., Wittchen, H. U., & Magee, W. J. (1994). Panic and panic disorder in the United States. *The American journal of psychiatry*.

Ehlers, A. (1993). Somatic symptoms and panic attacks: A retrospective study of learning experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 31. 269 278

Ehlers, A. (1995). A 1-year prospective study of panic attacks: clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of abnormal psychology*, 104(1), 164.

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of personality and social psychology*, 17(2), 124.

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1978). *The facial action coding system (FACS)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*, 1(4), 365.

Eley, T. C., Rijdsdijk, F. V., Perrin, S., O'Connor, T. G., & Bolton, D. (2008). A multivariate genetic analysis of specific phobia, separation anxiety and social phobia in early childhood. *Journal of abnormal child psychology*, 36(6), 839-848.

Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451-1459.

Epley, N., Keysar, B., Van Boven, L., & Gilovich, T. (2004). Perspective taking as egocentric anchoring and adjustment. *Journal of personality and social psychology*, 87(3), 327.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (junior & adult)*. Hodder and Stoughton Educational.

Feeney, J. A. (2002). Attachment, marital interaction, and relationship satisfaction: A diary study. *Personal Relationships*, 9(1), 39-55.

Finn, C., Mitte, K., & Neyer, F. J. (2013). The relationship-specific interpretation bias mediates the link between neuroticism and satisfaction in couples. *European Journal of Personality*, 27(2), 200-212.

Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 78(2), 350.

Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M., Brumbaugh, C., & Vicary, A. (2006). Adult attachment and the perception of emotional expressions: Probing the hyperactivating strategies underlying anxious attachment. *Journal of personality*, 74(4), 1163-1190.

Freud, S. (1924). *A general introduction to psychoanalysis*. New York: Washington Square Press. (1961 edition) Geer, J.H. (1965).

Freud, S. (1936). Inhibitions, symptoms and anxiety. *The Psychoanalytic Quarterly*, 5(1), 1-28.

Frith, C. D. (2008). Social cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1499), 2033-2039.

Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Martin, L. Y., & Klein, D. F. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of general psychiatry*, 52(7), 564-573.

Gallagher, H. L., & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of 'theory of mind'. *Trends in cognitive sciences*, 7(2), 77-83.

Gentili, C., Ricciardi, E., Gobbini, M. I., Santarelli, M. F., Haxby, J. V., Pietrini, P., & Guazzelli, M. (2009). Beyond amygdala: default mode network activity differs between patients with social phobia and healthy controls. *Brain research bulletin*, 79(6), 409-413.

Goeleven, E., De Raedt, R., Leyman, L., & Verschuere, B. (2008). The Karolinska directed emotional faces: a validation study. *Cognition and emotion*, 22(6), 1094-1118.

Goldberg RJ, Posner DA. Anxiety in the medically ill. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB, editors. *The psychiatric care of the medical patient*. New York, NY: Oxford University Press; 2000. pp 165–80.

Goldsmith, H. H., & Gottesman, I. I. (1981). Origins of variation in behavioral style: A longitudinal study of temperament in young twins. *Child Development*, 91-103.

Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior therapy*.

Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of psychiatric research*, 39(1), 1-9.

Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Gleser, G. C. (1989). Multiple diagnosis in posttraumatic stress disorder: the role of war stressors. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Hall, J. A., & Matsumoto, D. (2004). Gender differences in judgments of multiple emotions from facial expressions. *Emotion*, 4(2), 201.

Harrewijn, A., Schmidt, L. A., Westenberg, P. M., Tang, A., & van der Molen, M. J. (2017). Electrocortical measures of information processing biases in social anxiety disorder: A review. *Biological Psychology*, 129, 324-348.

Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 207-214.

Hayward, G., Goodwin, G. M., Cowen, P. J. & Harmer, C. J. (2005). Low-dose tryptophan depletion in recovered depressed patients induces changes in cognitive processing without depressive symptoms. *Biological Psychiatry* 57, 517–524.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, 5(1), 1-22.

Heider, F. (1958). *The naive analysis of action*.

Heretik Jr, A., Ritomský, A., Novotný, V., Heretik Sr, A., & Pečeňák, J. (2009). RESTANDARDIZACE STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY X-2-ÚZKOSTNOST JAKO RYS. *Ceskoslovenska Psychologie*.

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578.

Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American journal of Psychiatry*, 163(5), 857-864.

Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2014). Theory of mind impairments in social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 45(4), 530-540.

Hock, E., Eberly, M., Bartle-Haring, S., Ellwanger, P., & Widaman, K. F. (2001). Separation anxiety in parents of adolescents: Theoretical significance and scale development. *Child development*, 72(1), 284-298.

Hoffmann, H., Kessler, H., Eppel, T., Rukavina, S., & Traue, H. C. (2010). Expression intensity, gender and facial emotion recognition: Women recognize only subtle facial emotions better than men. *Acta psychologica*, 135(3), 278-283.

Howell, H. B., Brawman-Mintzer, O., Monnier, J., & Yonkers, K. A. (2001). Generalized anxiety disorder in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 165-178.

Hrdlička, M., Goetz, M., & Dudová, I. (2004). Panická porucha v pedopsychiatrii. *Česká a Slovenská Psychiatrie*.

Hünefeldt, T., Laghi, F., Ortu, F., & Belardinelli, M. O. (2013). The relationship between 'theory of mind' and attachment-related anxiety and avoidance in Italian adolescents. *Journal of adolescence*, 36(3), 613-621.

Chen, J., Short, M., & Kemps, E. (2020). Interpretation bias in social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*.

Ito, T. A., Cacioppo, J. T., & Lang, P. J. (1998). Eliciting affect using the International Affective Picture System: Trajectories through evaluative space. *Personality and social psychology bulletin*, 24(8), 855-879.

Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2006). Is this happiness I see? Biases in the identification of emotional facial expressions in depression and social phobia. *Journal of abnormal psychology*, 115(4), 705.

Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1997). Neuroticism, marital interaction, and the trajectory of marital satisfaction. *Journal of personality and social psychology*, 72(5), 1075.

Kaščáková, N., Husárová, D., Hašto, J., Kolarčík, P., Šolcová, I. P., Gecková, A. M., & Tavel, P. (2016). Validation of a 16-item short form of the Czech version of the Experiences in Close Relationships Revised Questionnaire in a representative sample. *Psychological Reports*, 119(3), 804-825.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of general psychiatry*, 49(4), 273-281.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments?. *Archives of general psychiatry*, 49(9), 716-722.

Kendler, K. S., Gardner, C. O., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2007). The sources of co-morbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychological medicine*, 37(3), 453.

Kennedy, B. L., Schwab, J. J., Morris, R. L., & Beldia, G. (2001). Assessment of state and trait anxiety in subjects with anxiety and depressive disorders. *Psychiatric Quarterly*, 72(3), 263-276.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.

Kessler, H., Roth, J., von Wietersheim, J., Deighton, R. M., & Traue, H. C. (2007). Emotion recognition patterns in patients with panic disorder. *Depression and anxiety*, 24(3), 223-226.

Klein, M. (1933). The psycho-analysis of children. *The Sociological Review*, 25(3), 296-298.

Koerner, A., & Anne Fitzpatrick, M. (2002). Nonverbal communication and marital adjustment and satisfaction: The role of decoding relationship relevant and relationship irrelevant affect. *Communication Monographs*, 69(1), 33-51.

Krahé, C., Whyte, J., Bridge, L., Loizou, S., & Hirsch, C. R. (2019). Are different forms of repetitive negative thinking associated with interpretation bias in generalized anxiety disorder and depression?. *Clinical Psychological Science*, 7(5), 969-981.

Kratochvíl, S. (2009). *Manželská terapie*. Praha: Portál.

Krause, M. S. (1961). The measurement of transitory anxiety. *Psychological Review*, 68(3), 178.

Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249-256.

Krysanski, V. L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology*, 137(1), 29-40.

Kushner, M. G., & Beitman, B. D. (1990). Panic attacks without fear: An overview*. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 469-479.

Küçükparlak, İ., Karaş, H., Kaşer, M., & Yildirim, E. A. (2021). The Relationship of Theory of Mind and Attachment Characteristics with Disease Severity in Social Anxiety Disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 58(1), 63.

Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241.

- Laraia, M. T., Stuart, G. W., Frye, L. H., Lydiard, R. B., & Ballenger, J. C. (1994). Childhood environment of women having panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(1), 1-17.
- Lawrence, K., Campbell, R., & Skuse, D. (2015). Age, gender, and puberty influence the development of facial emotion recognition. *Frontiers in psychology*, 6, 761.
- Lenton-Brym, A. P., Moscovitch, D. A., Vidovic, V., Nilsen, E., & Friedman, O. (2018). Theory of mind ability in high socially anxious individuals. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(5), 487-499.
- Leonard, H. L., & Topol, D. A. (1993). Elective mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 2(4), 695-707.
- Leslie, A. M., Friedman, O., & German, T. P. (2004). Core mechanisms in 'theory of mind'. *Trends in cognitive sciences*, 8(12), 528-533.
- Li, T., & Chan, D. K. S. (2012). How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European journal of social psychology*, 42(4), 406-419.
- Lorenz, K. (1935). Der kumpan in der umwelt des vogels. *Journal für Ornithologie*, 83(2), 137-213.
- Lundqvist, D., Flykt, A., & Öhman, A. (1998). The Karolinska directed emotional faces (KDEF). CD ROM from Department of Clinical Neuroscience, Psychology section, Karolinska Institutet, 91(630), 2-2.
- Maier, W., Gänsicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 29-36.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.
- Maller, R. G., & Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of anxiety disorders*, 6(3), 241-247.
- Malouff, J. M., Schutte, N. S., & Thorsteinsson, E. B. (2014). Trait emotional intelligence and romantic relationship satisfaction: A meta-analysis. *The American Journal of Family Therapy*, 42(1), 53-66.

Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R., & Hadzi-Pavlovic, D. (1999). Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder-agoraphobia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(3), 422-428.

Manicavasagar, V., Silove, D., Marnane, C., & Wagner, R. (2009). Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 167-172.

Manusov, V., & Spitzberg, B. (2008). Attribution theory. na.

Mareš, J. (2002). Strach z bolesti: teorie a empirické výzkumy. *Bolest*, 1, 17 – 27.

Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131.

Marín-Morales, J., Higuera-Trujillo, J. L., Greco, A., Guixeres, J., Llinares, C., Scilingo, E. P., ... & Valenza, G. (2018). Affective computing in virtual reality: emotion recognition from brain and heartbeat dynamics using wearable sensors. *Scientific reports*, 8(1), 1-15.

Marnane, C., & Silove, D. (2013). DSM-5 allows separation anxiety disorder to grow up. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), 12-15.

McNally, R. J., & Lorenz, M. (1987). Anxiety sensitivity in agoraphobics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18(1), 3–11.

McNally, R. J. (1990). Psychological approaches to panic disorder: A review. *Psychological Bulletin*, 108(3), 403.

McNally, R. J. (1994). *Panic disorder: a critical analysis*. Guilford Press.

Mehrabian, A. (1968). Some referents and measures of nonverbal behavior. *Behavior Research Methods & Instrumentation*, 1(6), 203-207.

Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 669-682.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.

- Miskovic, V., & Schmidt, L. A. (2012). Social fearfulness in the human brain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(1), 459-478.
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., & Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1105-1111.
- Muris, P., Hendriks, E., & Bot, S. (2016). Children of few words: Relations among selective mutism, behavioral inhibition, and (social) anxiety symptoms in 3-to 6-year-olds. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(1), 94-101.
- Müllner, J., Ruisel, I., & Farkaš, G. (1980). Príručka pre administráciu, interpretáciu a vyhodnocovanie dotazníka na meranie úzkosti a úzkostlivosti. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy
- Nielsen, S. K. K., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K. B., Hageman, I., Vangkilde, S., & Daniel, S. I. F. (2017). Adult attachment style and anxiety—The mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 218, 253-259.
- Noftle, E. E., & Shaver, P. R. (2006). Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of research in personality*, 40(2), 179-208.
- Okon-Singer, H., Hendler, T., Pessoa, L., & Shackman, A. J. (2015). The neurobiology of emotion—cognition interactions: fundamental questions and strategies for future research. *Frontiers in human neuroscience*, 9, 58.
- Pankiewicz, P., Majkiewicz, M., & Krzykowski, G. (2012). Anxiety disorders in intimate partners and the quality of their relationship. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 176-180.
- Pennington, D. C. (2012). *Social cognition*. Routledge.
- Pini, S., Abelli, M., Troisi, A., Siracusano, A., Cassano, G. B., Shear, K. M., & Baldwin, D. (2014). The relationships among separation anxiety disorder, adult attachment style and agoraphobia in patients with panic disorder. *Journal of anxiety disorders*, 28(8), 741-746.
- Parker, G., Roy, K., & Eyers, K. (2003). Cognitive behavior therapy for depression? Choose horses for courses. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 825-834.

Pistole, M. C. (1989). Attachment in adult romantic relationships: Style of conflict resolution and relationship satisfaction. *Journal of social and personal relationships*, 6(4), 505-510.

Porjes, M. D. (1992). Intervention with the selectively mute child. *Psychology in the Schools*, 29(4), 367-376.

Poropat, A. E. (2009). A meta-analysis of the five-factor model of personality and academic performance. *Psychological bulletin*, 135(2), 322.

Powell, S., & Dalley, M. (1995). When to intervene in selective mutism: The multimodal treatment of a case of persistent selective mutism. *Psychology in the Schools*, 32(2), 114-123.

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and brain sciences*, 1(4), 515-526.

Rapee, R. M. (1985). Distinctions between panic disorder and generalised anxiety disorder: Clinical presentation. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 19(3), 227-232.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 741-756.

Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear.. S. Reiss, RR Bootzin (Eds). *Theoretical issues in behavior therapy inside*.

Reiss, S. (1997). Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(2), 201-214.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8.

Richards, A., French, C. C., Calder, A. J., Webb, B., Fox, R., & Young, A. W. (2002). Anxiety-related bias in the classification of emotionally ambiguous facial expressions. *Emotion*, 2(3), 273.

Robinson, J. L., Kagan, J., Reznick, J. S., & Corley, R. (1992). The heritability of inhibited and uninhibited behavior: a twin study. *Developmental psychology*, 28(6), 1030.

Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R., & Kagan, J. (1993). Behavioral inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard review of psychiatry*, 1(1), 2-16.

Roweton, W. E., & Kagan, J. (1994). Galen's prophecy: Temperament in human nature.

Royzman, E. B., Cassidy, K. W., & Baron, J. (2003). "I know, you know": Epistemic egocentrism in children and adults. *Review of General Psychology*, 7(1), 38-65.

Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2006). Panic disorder. *The Lancet*, 368(9540), 1023-1032.

Ryff, C.D., 1989b. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.* 57 (6), 1069–1081.

Sened, H., Lavidor, M., Lazarus, G., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., & Ickes, W. (2017). Empathic accuracy and relationship satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Family Psychology*, 31(6), 742.

Shear, M. K., Bjelland, I., Beesdo, K., Gloster, A. T., & Wittchen, H. U. (2007). Supplementary dimensional assessment in anxiety disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1), S52-S64.

Schlegel, K., Grandjean, D., & Scherer, K. R. (2012). Emotion recognition: Unidimensional ability or a set of modality-and emotion-specific skills?. *Personality and Individual Differences*, 53(1), 16-21.

Schlegel, K., Grandjean, D., & Scherer, K. R. (2014). Introducing the Geneva emotion recognition test: an example of Rasch-based test development. *Psychological Assessment*, 26(2), 666.

Schlegel, K., Fontaine, J. R., & Scherer, K. R. (2015). Psychometric quality and construct validity of the French and Dutch version of the Geneva Emotion Recognition Test. Manuscript in preparation.

Schlegel, K., & Scherer, K. R. (2016). Introducing a short version of the Geneva Emotion Recognition Test (GERT-S): Psychometric properties and construct validation. *Behavior research methods*, 48(4), 1383-1392.

Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of abnormal psychology*, 106(3), 355.

Schmitt, J. (2015). Attribution Theory. *Wiley Encyclopedia of Management*, 1-3.

Silberg, J. L., Rutter, M., & Eaves, L. (2001). Genetic and environmental influences on the temporal association between earlier anxiety and later depression in girls. *Biological psychiatry*, 49(12), 1040-1049.

Silvia, P. J., Allan, W. D., Beauchamp, D. L., Maschauer, E. L., & Workman, J. O. (2006). Biased recognition of happy facial expressions in social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(6), 585-602.

Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of personality and social psychology*, 59(5), 971.

Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2012). Adult attachment orientations, stress, and romantic relationships. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 45, pp. 279-328). Academic Press.

Smith, E. R., & Semin, G. R. (2007). Situated social cognition. *Current directions in psychological science*, 16(3), 132-135.

Söderstrand, P., & Almkvist, O. (2012). Psychometric data on the Eyes Test, the Faux Pas Test, and the Dewey Social Stories Test in a population-based Swedish adult sample. *Nordic Psychology*, 64(1), 30-43.

Souto, T., Baptista, A., Tavares, D., QUEIRÓS, C. R. I. S. T. I. N. A., & António, M. (2013). Facial emotional recognition in schizophrenia: preliminary results of the virtual reality program for facial emotional recognition. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 40(4), 129-134.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Stai. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologist, 22, 1-24.

Spielberger, C.D. (1975). Anxiety: State-trait-process. In C.D. Spielberger, & I.G. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol. 1, pp. 115-143).

Spielberger, C. D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)(" self-evaluation questionnaire").

Spielberger, C.D., 1983. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

Spielberger, C. D., Pollans, C. H., & Worden, T. V. (1984). Adult Psychopathology and Diagnosis. Anxiety Disorders. Wiley, New York, 263-303.

Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 271-302.

Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606-614.

Stein, M. B., & Chavira, D. A. (1998). Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *Journal of affective disorders*, 50, S11-S16.

Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The lancet*, 371(9618), 1115-1125.

Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068.

Sümer, N., & Cozzarelli, C. (2004). The impact of adult attachment on partner and self-attributions and relationship quality. *Personal relationships*, 11(3), 355-371.

Surcinelli, P., Codispoti, M., Montebanocci, O., Rossi, N., & Baldaro, B. (2006). Facial emotion recognition in trait anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 20(1), 110-117.

Taylor, J. A. (1953). *Manifest anxiety scale*. Washington, DC: American Psychological Association.

Taylor, C. T., Bomyea, J., & Amir, N. (2011). Malleability of attentional bias for positive emotional information and anxiety vulnerability. *Emotion*, 11(1), 127.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Brunner/Mazel.

Toppelberg, C. O., PATTON TABORS, D., ALISSA COGGINS, D. K., & BURGER, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(6), 592.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R., & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 541-554.

Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 637-644.

Wegener, D. T., & Petty, R. E. (1998). The naive scientist revisited: Naive theories and social judgment. *Social Cognition*, 16(1), 1-7.

Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), 830.

Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of abnormal psychology*, 116(3), 638.

Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical child and family psychology review*, 15(1), 4-13.

Wieser, M. J., Hambach, A., & Weymar, M. (2018). Neurophysiological correlates of attentional bias for emotional faces in socially anxious individuals—Evidence from a visual search task and N2pc. *Biological psychology*, 132, 192-201.

Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., Höfler, M., & Lieb, R. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 14-23.

Wittchen, H. U., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., Fava, G. A., & Craske, M. G. (2010). Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety*, 27(2), 113-133.

Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2012). A short version of the revised 'experience of close relationships questionnaire': investigating non-clinical and clinical samples. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 8, 36.

Yang, J. W., Yoon, K. L., Chong, S. C., & Oh, K. J. (2013). Accurate but pathological: Social anxiety and ensemble coding of emotion. *Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 572-578.

Yelsma, P., & Marrow, S. (2003). An examination of couples' difficulties with emotional expressiveness and their marital satisfaction. *The Journal of Family Communication*, 3(1), 41-62.

Yoo, S. H., & Noyes, S. E. (2016). Recognition of facial expressions of negative emotions in romantic relationships. *Journal of Nonverbal Behavior*, 40(1), 1-12.

Yoon, K. L., & Zinbarg, R. E. (2007). Threat is in the eye of the beholder: Social anxiety and the interpretation of ambiguous facial expressions. *Behaviour research and therapy*, 45(4), 839-847.

Yuan, J., Tian, Y., Huang, X., Fan, H., & Wei, X. (2019). Emotional bias varies with stimulus type, arousal and task setting: Meta-analytic evidences. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 461-472.

Zainal, N. H., & Newman, M. G. (2018). Worry amplifies theory-of-mind reasoning for negatively valenced social stimuli in generalized anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, 227, 824-833.

Zalla, T., Sav, A. M., Stopin, A., Ahade, S., & Leboyer, M. (2009). Faux pas detection and intentional action in Asperger Syndrome. A replication on a French sample. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(2), 373-382.

Seznam příloh

1. Sociodemografický dotazník
2. Dyadic Adjustment Scale (DAS)
3. Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R-16)
4. State Trait Anxiety Inventory (STAI X-2)
5. Faux Pas Test (verze pro administrátory)

Přílohy

1. Sociodemografický dotazník

Vaše pohlaví: žena muž

Věk:let

Rodinný stav: svobodný/á druh/žka ženatý/vdaná rozvedný/á ovdovělý/á

Ukončené vzdělání: ZŠ SOU SOU s maturitou SŠ VOŠ VŠ

Počet let studia: ZŠ.....let + SŠ.....let + VOŠ.....let + VŠ.....let + PhD.....let

celkem.....let studia

Zaměstnání: bez zaměstnání student částečný úvazek (i brigáda) plný úvazek

část. ID (1./2. st.) plný ID (3.st.)

Bydlím v bytě s kým:.....

Měl/a jste v dětství diagnostikovány: ADHD dyslexie dysgrafie

dyskalkulie dysortografie

Ukončené vzdělání matky: ZŠ SOU SOU s maturitou SŠ VOŠ VŠ

Ukončené vzdělání otce: ZŠ SOU SOU s maturitou SŠ VOŠ VŠ

Věk matky..... Věk otce.....

Počet sourozenců a jejich věk:.....

Počet dětí a jejich věk:.....

Současná diagnóza:.....Kód:.....

Další diagnózy:.....

Přibližné datum prvních schizofrenních příznaků:.....

Datum zahájení medikace:.....

Termín poslední hospitalizace:.....Počet hospitalizací.....

Termíny a místa předchozích hospitalizací:.....

.....

Aktuální medikace (názvy léků včetně depotů, dávkování, množství za den)

Antipsychotika	
Antidepresiva	
Anxiolytika	
Thymostabilizátory	

Dlouhodobý vztah v současnosti mám nemám nevím

(pokud jste zaškrtnli nevím upřesněte:.....)

Pohlaví současného partnera: žena muž

Délka vztahulet.....měsíců

Jsme manželé: ano ne

Máme děti: ano ne

Pokud nejste ve vztahu nyní, měl/a jste v minulosti dlouhodobý vztah? ano ne

Pohlaví partnera: žena muž

Délka vztahulet.....měsíců

Byli jsme manželé: ano ne

Máme děti: ano ne

Poznámky:

2. Dyadic Adjustment Scale (DAS)

Vaše vnímání současného partnerského vztahu. (Vaše vnímání minulého vztahu, jako by dnes stále ještě trval.)

Jste ve vztahu spokojený/á? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Domníváte se, že je Váš partner/Vaše partnerka ve vztahu spokojená/ý? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Uspokojuje Vás Váš vztah? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Jste ve svém vztahu šťastný/á? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Nakolik jste svému vztahu oddán/a? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Věnujete se svému vztahu? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Obětujete se kvůli svému vztahu? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Nakolik je váš vztah intimní? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Jak jste si s partnerem/partnerkou ve vztahu blízcí? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Jak moc jste se svým partnerem/partnerkou "spojeni"? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Důvěřujete svému partnerovi/partnerce? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Můžete se na svého partnera/partnerku spolehnout? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Je váš partner/partnerka spolehlivý/á? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Je váš vztah vášnivý? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Je váš vztah smyslný? Velmi	Vůbec 1	2	3	4	5	6	7
Je váš vztah sexuálně náruživý?							

	Vůbec 1 Velmi	2	3	4	5	6	7
Milujete svého partnera/partnerku?	Vůbec 1 Velmi	2	3	4	5	6	7
Obdivujete svého partnera/partnerku?	Vůbec 1 Velmi	2	3	4	5	6	7
Vážíte si svého partnera/partnerky?	Vůbec 1 Velmi	2	3	4	5	6	7

3. Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R-16)

Výroky uvedené níže popisují, jak se cítíte v citově blízkých vztazích. Zajímá nás, jak prožíváte blízké/partnerské vztahy obecně, ne nevyhnutelně jak prožíváte současný vztah. Ke každému výroku prosím přiřaďte číslo na stupnici od 1 do 7, s tím že 1 znamená vůbec nesouhlasím a 7 znamená úplně souhlasím.

	vůbec nesouhlasím				úplně souhlasím		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Ve chvílích nouze mi pomáhá obrátit se na mého milostného partnera/partnerku.	1	2	3	4	5	6	7
2. Moje touha po větší blízkosti někdy lidi odstraší.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ohledně svých vztahů si dělám hodně starostí.	1	2	3	4	5	6	7
4. Je pro mne snadné projevovat náklonnost svému partnerovi/partnerce.	1	2	3	4	5	6	7
5. Vnímám, že se ke mně můj partner/partnerka nechce tak přiblížit, jak bych chtěl/a já.	1	2	3	4	5	6	7
6. Přejde mi poměrně snadné přiblížit se mému partnerovi /partnerce.	1	2	3	4	5	6	7
7. Cítím se příjemně, když s partnerem/partnerkou sdílím své osobní myšlenky a pocity.	1	2	3	4	5	6	7
8. Můj partner/partnerka opravdu rozumí mně a mým potřebám.	1	2	3	4	5	6	7
9. Bojím se, že až mě můj milostný partner/partnerka pozná, nebude se mu líbit, kdo doopravdy jsem.	1	2	3	4	5	6	7
10. Probírám věci se svým partnerem /partnerkou.	1	2	3	4	5	6	7
11. Často mívám obavy, že mě můj partner/partnerka doopravdy nemiluje.	1	2	3	4	5	6	7
12. Blízkost milostných partnerů/partnerek je mi velmi příjemná.	1	2	3	4	5	6	7
13. Často mívám obavy, že se mnou můj partner/partnerka nebude chtít zůstat.	1	2	3	4	5	6	7
14. Přivádí mě k šílenství, že od svého partnera/partnerky nedostávám lásku a podporu, kterou potřebuji.	1	2	3	4	5	6	7
15. Obvykle s mým partnerem/partnerkou hovořím o svých problémech a starostech.	1	2	3	4	5	6	7
16. Často si přeji, aby city mého partnera/partnerky ke mně byly stejně silné jako moje city k ní/němu.	1	2	3	4	5	6	7

4. State Trait Anxiety Inventory (STAI X-2).

Přečtete si pozorně každý výrok a z čísel uvedených při něm (na pravé straně) zakroužkujte to, které nejlépe vystihuje Vaše obvyklé pocity.

Při každém výroku tedy uveďte: **JAK SE OBVYKLE CÍTÍTE**

	Téměř nikdy	někdy	často	Téměř vždy
Cítím se příjemně	1	2	3	4
Rychle se unavím	1	2	3	4
Bývá mi do pláče	1	2	3	4
Rád/a bych byl/a tak šťastný/á, jako se zdají být jiní	1	2	3	4
Přicházím o mnoho, protože se neumím včas rozhodnout	1	2	3	4
Cítím se odpočínutý/á a svěží	1	2	3	4
Jsem klidný/á a rozvážený/á	1	2	3	4
Mívám pocit, že těžkosti se tak hromadí, že je nedokážu překonat	1	2	3	4
Trápí mě věci, na kterých ve skutečnosti nezáleží	1	2	3	4
Jsem šťastný/á	1	2	3	4
Mám sklon posuzovat věci příliš vážně	1	2	3	4
Málo si důvěřuji	1	2	3	4
Sem bezstarostný/á	1	2	3	4
Pronásledují mě krizové situace a těžkosti	1	2	3	4
Bývám smutný/á	1	2	3	4
Jsem spokojený/á	1	2	3	4
Zmocní se mě bezvýznamná myšlenka a nemohu se jí zbavit	1	2	3	4
Zklamání prožívám tak hluboce, že na ně nemohu zapomenout	1	2	3	4
Jsem vyrovnaná osobnost	1	2	3	4
Když přemýšlím o svých současných problémech, dostávám se do stavu napětí či neklidu	1	2	3	4

HS: _____

Podle hodinek napište KOLIK JE NÝNÍ HODIN (hh:mm): _____

5. Faux Pas Test (verze pro administrátory).

Příběh 1. Věra byla na oslavě u kamaráda Olivera. Ve chvíli, kdy mluvila s Oliverem, přistoupila k nim nějaká žena. Byla to Oliverova jiná kamarádka. Řekla: „Dobrý den“, potom se obrátila k Věře a řekla: „Ještě se neznáme. Já jsem Marie, a jak se jmenujete vy?“ „Já jsem Věra.“ „Dá si někdo něco k pití?“ zeptal se Oliver.

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Znalý se Věra a Marie?
6. Jak si myslíte, že se Věra cítila?

Kontrolní otázka:

7. Kde byla v tomto příběhu Věra?
8. Kdo pořádal oslavu?

Příběh 2. Helenin manžel chystal pro svou ženu jako překvapení narozeninovou oslavu. Pozval i Heleninu kamarádku Sáru a řekl jí: „Nikomu to neříkej, obzvláště ne Heleně.“ Den

před oslavou byla Helena na návštěvě u Sáry. Sára si vylila kávu na šaty, které měla přehozené přes židli. „Ach ne“ řekla Sára. „Chtěla jsem si je vzít na tvoji oslavu!“ „Na jakou oslavu?“ zeptala se Helena. „Pojď“ řekla Sára „Zkusíme, jestli to půjde vyčistit.“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Pamatovala si Sára, že oslava měla být překvapení?
6. Jak si myslíte, že se Helena cítila?

Kontrolní otázka:

7. Pro koho měla být v tomto příběhu oslava překvapením?
8. Co se vylilo na šaty?

Příběh 3. Jiří si kupoval košili k obleku. Prodavač mu ukázal několik košil. Jiří si je prohlížel a nakonec našel jednu ve správné barvě. Ale když si ji vyzkoušel v kabince, zjistil, že mu nesedí. „Bohužel, je mi malá“, řekl prodavači. „Nebojte se“, řekl prodavač, „příští týden nám přijdou další ve větší velikosti.“ „Výborně. Přijdu tedy potom,“ řekl Jiří.

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Když si Jiří zkoušel košili, věděl, že nemají jeho velikost?
6. Jak si myslíte, že se Jiří cítil?

Kontrolní otázka:

7. Co Jiří v tomto příběhu nakupoval?
8. Proč chtěl přijít znovu příští týden?

Příběh 4. Jitka se právě přestěhovala do nového bytu. Šla nakupovat a koupila si nové záclony do ložnice. Když si jimi Jitka vyzdobila byt, přišla její nejlepší kamarádka Lenka. Jitka ji provedla po bytě a zeptala se: „Jak se ti líbí má ložnice?“ „Ty záclony jsou příšerné,“ řekla Lenka. „Doufám, že si pořídíš nové.“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděla Lenka, kdo záclony koupil?
6. Jak myslíte, že se Jitka cítila?

Kontrolní otázka:

7. Co si v tomto příběhu Jitka právě koupila?
8. Jak dlouho Jitka bydlela v tomto bytě?

Příběh 5. Radek šel k holiči, protože se chtěl nechat ostříhat. „Jaký střih si přejete?“ zeptal se holič. „Chtěl bych ten samý střih, jaký mám nyní, prosil bych pouze zkrátit asi o 2 centimetry,“ odpověděl Radek. Holič vlasy ostříhal vpředu trochu nerovnoměrně, proto je musel zkrátit trochu více, aby to zase zarovnal. „Obávám se, že je to trochu kratší než jste chtěl,“ řekl holič. „Ale co,“ řekl Radek, „to doroste“.

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděl Radek během střihání, že ho holič stříhá příliš na krátko?
6. Jak si myslíte, že se Radek cítil?

Kontrolní otázka:

7. Jak chtěl být v tomto příběhu Radek ostříhán?
8. Jak mu holič ostříhal vlasy?

Příběh 6. Jan při cestě domů zajel k benzínové pumpě, aby nabral benzín. Podal prodavačce kreditní kartu. Prodavačka vložila kartu do platebního terminálu . „Lituji,“ řekla, „terminál nepřijímá vaši kartu.“ „Hmm, to je zvláštní,“ řekl Jan. „Dobře, zaplatím hotově.“ Dal prodavačce tisícovku a řekl: „Tankoval jsem u stojanu číslo 3.“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděl Jan, že terminál nepřijme jeho kartu, když ji podával prodavačce?
6. Jak si myslíte, že se Jan cítil?

Kontrolní otázka:

7. Pro co se v tomto příběhu Jan stavil cestou domů?
8. Proč platil hotově?

Příběh 7. Terezka je tříleté děvčátko s kulatým obličejem a krátkými blondatými vlásky. Byla právě u tety Karolíny. Zazvonil zvonek a teta Karolína otevřela. Byla to sousedka Marie. „Ahoj,“ řekla teta Karolína. „To jsem ráda, že ses stavila.“ Marie řekla „ahoj“, pak se podívala na Terezku a řekla, „Á, myslím, že toho chlapečka ještě neznám. Jak se jmenuješ?“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděla Marie, že Terezka je dívka?
6. Jak si myslíte, že se Terezka cítila?

Kontrolní otázka:

7. Kde v tomto příběhu byla Terezka?
8. Kdo přišel na návštěvu?

Příběh 8. Ivana šla vyvenčit svého psa Bena do parku. Házela mu klacek a on aportoval. Když zde již nějakou chvíli byli, šla kolem sousedka Pavla. Pár minut si povídaly. Potom se Pavla zeptala: „Jdete domů? Půjdeme společně?“ „Jistě,“ řekla Ivana. Zavolala na Bena, ale ten měl moc práce s honěním holubů a nepřišel. „Vypadá to, že se mu nechce domů,“ řekla Ivana. „Tak my tu asi ještě zůstaneme.“ „Tak jo,“ řekla Pavla. „Uvidíme se později.“

1. Řekl někdo něco, co by neměl říkat, nebo něco co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co by neměl říkat, nebo něco co bylo trapné?
3. Proč by to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl/a?
5. Věděla Pavla, že Ivana nebude moct jít domů s ní, když jí to navrhovala?
6. Jak si myslíte, že se Pavla cítila?

Kontrolní otázka:

7. Kam vzala v tomto příběhu Ivana Bena?
8. Proč nešla se svou kamarádkou Pavlou?

Příběh 9. Šárka hrála v loňském roce hlavní roli ve školní divadelní hře a moc chtěla hlavní roli mít i letos. Navštěvovala hodiny herectví a na jaře se zúčastnila konkurzu na divadelní hru. V den, kdy byly oznámeny výsledky, si šla před vyučováním prohlédnout seznam osob, které budou ve hře účinkovat. Hlavní roli nedostala, místo toho byla obsazena do vedlejší role. Na chodbě narazila na svého kluka a řekla mu, co se stalo. „To je mi líto,“ řekl. „Musíš být zklamaná.“ „Ano,“ odpověděla Šárka. „Musím se rozhodnout, zda tu roli vezmu.“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděl Šárčin kluk, když na ni narazil na chodbě, že tu roli nedostala?
6. Jak si myslíte, že se Šárka cítila?

Kontrolní otázka:

7. Jakou roli v tomto příběhu Šárka dostala?
8. Jakou roli měla v minulém roce?

Příběh 10. Jakub byl v knihovně. Našel knihu o plachtění ve Středoze­mním moři, pro kterou přišel, a šel k pultu, aby si ji vypůjčil. Když se však podíval do peněženky, zjistil, že si doma zapomněl průkazku do knihovny. „Omlouvám se,“ řekl ženě za výpůjčním pultem. „Zapomněl jsem si doma průkazku.“ „To je v pořádku,“ odpověděla. „Řekněte mi vaše jméno a pokud vás máme v počítači, můžete si vypůjčit knížku na občanský průkaz“.

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Když šel Jakub do knihovny, věděl, že u sebe nemá průkazku?
6. Jak si myslíte, že se Jakub cítil?

Kontrolní otázka:

7. Jakou knihu si v tomto příběhu Jakub vypůjčil v knihovně?
8. Mohl si ji vypůjčit?

Příběh 11. Magda Palečková, manažerka ve firmě Grafické studio Abiko, svolala schůzi všech zaměstnanců. „Musím vám něco oznámit,“ řekla. „Jan Mareš, jeden z našich účetních, onemocněl rakovinou a je v nemocnici.“

Všichni byli zticha a vstřebávali novinu. Vtom dorazil se zpožděním softwarový inženýr Robert. „Hele, minulou noc jsem slyšel skvělý vtip!“ řekl Robert. „Víte, co řekl nevyléčitelně nemocný pacient svému lékaři?“ Magda řekla, „dobře, vraťme se k pracovní části schůze.“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděl Robert, když přišel, že účetní onemocněl rakovinou?
6. Jak si myslíte, že se manažerka Magda cítila?

Kontrolní otázka:

7. Co řekla v tomto příběhu manažerka Magda lidem na schůzi?
8. Kdo přišel na schůzi pozdě?

Příběh 12. Michal, devítiletý chlapec, nastoupil do nové školy. Byl právě v jedné z kabiněk školních záchodků, když vešli dva jiní chlapci, Vítek a Petr. Stáli u umyvadel a bavili se. Vítek řekl: „Viděl jsi toho nového kluka ve třídě? Jmenuje se Michal. Nevypadá divně? A je hrozně malý!“ Michal vyšel z kabinky a Vítek s Petrem ho uviděli. Petr řekl: „Jé, ahoj Michale! Jdeš ven hrát fotbal?“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděl Vítek, když mluvil s Petrem, že Michal je v kabince?
6. Jak si myslíte, že se Michal cítil?

Kontrolní otázka:

7. Kde byl v tomto příběhu Michal, když se Vítek bavil s Petrem?
8. Co Vítek řekl o Michalovi?

Příběh 13. Eliščin bratranec Štěpán přišel na návštěvu a Eliška speciálně pro něj připravila jablečný koláč. Po večeři řekla: „Udělala jsem koláč jenom pro tebe. Je v kuchyni.“ „Hmmm,“ odpověděl Štěpán, „voní báječně. Koláče mám hrozně rád, samozřejmě kromě jablečných.“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděl Štěpán, když cítil koláč, že je jablečný?
6. Jak myslíte, že se Eliška cítila?

Kontrolní otázka:

7. Jaký druh koláče v tomto příběhu Eliška udělala?
8. Odkud se znali Eliška a Štěpán?

Příběh 14. Zuzana koupila své kamarádce Anně ke svatbě křišťálovou mísu. Anna měla velkou svatbu a dostala mnoho dárků, takže bylo obtížné sledovat, od koho co dostala. O rok později přišla Zuzana k Anně na večeři. Zuzana nešťastnou náhodou upustila láhev vína na křišťálovou mísu a ta praskla. „Moc se omlouvám. Rozbila jsem mísu,“ řekla Zuzana. „Nic se nestalo,“ řekla Anna. „Stejně se mi nikdy nelíbila. Někdo mi ji dal ke svatbě.“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Pamatovala si Anna, že jí mísu dala Zuzana?
6. Jak myslíte, že se Zuzana cítila?

Kontrolní otázka:

7. Co Zuzana dala v tomto příběhu Anně ke svatbě?
8. Jak se mísa rozbila?

Příběh 15. V šumperské základní škole se konala literární soutěž. Zúčastnit se mohl kdokoliv. Několik pátáku tak učinilo. Kristýna, žákyně páté třídy, se přihlásila s povídkou, která se jí moc líbila.

O pár dní později byly vyhlášeny výsledky soutěže: Kristýnina povídka nevyhrála nic, zato spolužák Matyáš vyhrál první cenu. Následující den seděla Kristýna s Matyášem na lavičce. Prohlíželi si cenu, kterou hoch získal. Matyáš řekl: „Vyhrát tu soutěž bylo opravdu snadné, protože všechny ostatní povídky v soutěži byly hrozné.“

„Kam si tu cenu vystavíš?“ zeptala se Kristýna.

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděl Matyáš, že Kristýna přihlásila do soutěže povídku?
6. Jak myslíte, že se Kristýna cítila?

Kontrolní otázka:

7. Kdo v tomto příběhu vyhrál soutěž?
8. Vyhrála Kristýnina povídka něco?

Příběh 16. Tomáš byl v restauraci. Nechtěně rozlil na podlahu trochu kávy. „Přinesu vám novou kávu,“ řekl číšník, a na chvíli se vzdálil.

Václav, jiný zákazník restaurace, stál právě u pokladny, protože chtěl platit. Tomáš k němu přistoupil a řekl: „Támhle u mého stolu jsem rozlil trochu kávy. Mohl byste to vytrít?“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděl Tomáš, že Václav je také zákazník?
6. Jak myslíte, že se Václav cítil?

Kontrolní otázka:

7. Proč v tomto příběhu stál Václav u pokladny?
8. Co Tomáš rozlil?

Příběh 17. Vilma čekala na zastávce autobusu. Autobus měl zpoždění a ona zde stála už dlouho. Bylo jí 65 let a byla unavená z toho, že musela tak dlouho stát. Když autobus konečně přijel, byl přeplněný a žádné sedadlo nebylo volné. Vilma uviděla souseda Pavla stojícího v uličce mezi sedadly. „Ahoj Vilmo,“ řekl. „Čekala jsi dlouho?“ „Asi 20 minut,“ odpověděla. Mladý muž, který seděl, se postavil: „Paní, chcete se posadit?“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Když Vilma nastupovala do autobusu, věděl Pavel, jak dlouho čekala?
6. Jak se podle vás Vilma cítila?

Kontrolní otázka:

7. Proč v tomto příběhu Vilma čekala na autobusové zastávce 20 minut?
8. Bylo nějaké sedadlo v autobuse volné, když nastoupila?

Příběh 18. Roman právě začal pracovat v nové kanceláři. Jednoho dne si v kuchyňce povídal s novým kamarádem Ondřejem. „Kde pracuje tvoje žena?“ zeptal se Ondřej. „Je právnička,“ odpověděl Roman.

O pár minut později přišla do kuchyňky Klára a vypadala naštvaně. „Měla jsem hrozný telefonát,“ řekla jim. Ti právníci jsou všichni tak arogantní a chamtiví. Nemůžu je vystát.“ „Nechceš se přijít podívat na ty výkazy?“ zeptal se Ondřej Kláry. „Teď ne,“ odpověděla, „potřebuju kafe.“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděla Klára, že Romanova žena je právnička?
6. Jak se podle vás Roman cítil?

Kontrolní otázka:

7. Čím se v tomto příběhu živila Romanova žena?
8. Kde spolu Roman a Ondřej mluvili?

Příběh 19. Richard si koupil nové auto, červeného Peugeota. Pár týdnů potom, co si ho koupil, s ním při couvání narazil do starého otlučeného Volva, které patřilo sousedu Markovi. Richardovo nové auto neutrpělo žádnou škodu a ani Markovo auto nebylo moc poničené, mělo pouze poškrábaný lak nad jedním kolem. Richard přesto vystoupil a zaklepal na dveře. Když Marek otevřel, Richard řekl: „Omlouvám se. Poškrábal jsem vám trochu auto.“ Marek vyšel ven, prohlédl si to a řekl: „Nic se nestalo. Byla to nešťastná náhoda.“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Věděl Richard, jak bude Marek reagovat?
6. Jak se podle vás Marek cítil?

Kontrolní otázka:

7. Co v tomto příběhu udělal Richard s Markovým autem?
8. Jak na to Marek reagoval?

Příběh 20. Lucie šla k řezníkovi koupit nějaké maso. V obchodě byla spousta lidí a bylo tam hlučno. Lucie se zeptala řezníka: „Prosím vás máte mražené kuře? Řezník přikývl a začal jí balit pečené kuře. „Promiňte, „ řekla „Asi jsem nemluvila jasně. Ptala jsem se, jestli máte nějaká mražená kuřata.“ „Promiňte“, řekl řezník, „ta jsou už vyprodaná.“

1. Řekl někdo něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?

Pokud ano, zeptejte se:

2. Kdo řekl něco, co neměl říkat, nebo něco, co bylo trapné?
3. Proč to neměl říkat, nebo proč to bylo trapné?
4. Proč myslíte, že to řekl(a)?
5. Když řezník začal balit kuře pro Lucii, věděl, že chtěla mražené kuře?
6. Jak se podle vás Lucie cítila?

Kontrolní otázka:

7. Kam podle příběhu Lucie šla?
8. Proč řezník začal Lucii balit pečené kuře?