

**UNIVERZITA KARLOVA**

**Fakulta humanitních studií**



**Jana Haubnerová**

***Analýza partnerských vztahů u žen  
s úzkostnými poruchami***

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Potyszová

Praha 2022

Čestné 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 24. června 2022

.....

Podpis

### Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Kateřině Potyszové za všechny odborné komentáře a pomoc s psáním této práce. Také bych ráda poděkovala své rodině a přátelům za psychickou podporu během studia.

# Obsah

<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
2.1. Úzkostné poruchy.....	9
2.1.1. Psychické zdraví a psychická nemoc .....	9
2.1.2. Definice úzkosti .....	10
2.1.3. Symptomy .....	11
2.1.4. Etiologie.....	12
2.1.5. Epidemiologie.....	13
2.1.6. Průběh a prognóza .....	14
2.2. Deskriptivní diagnostické systémy.....	14
2.2.1. Klasifikace úzkostných poruch dle MKN-10.....	14
2.2.2. Klasifikace úzkostných poruch dle DSM-IV, DSM-V .....	15
2.3. Fobické úzkostné poruchy (F40).....	16
2.3.1. Agorafobie .....	16
2.3.2. Sociální fobie .....	17
2.3.3. Specifické (izolované) fobie .....	17
2.4. Jiné anxiózní poruchy (F41).....	17
2.4.1. Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost).....	18
2.4.2. Generalizovaná úzkostná porucha .....	18
2.4.3. Smíšená úzkostně depresivní porucha .....	19
2.5. Obsedantně-kompulzivní porucha (F42).....	19
2.6. Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43) .....	20
2.6.1. Akutní reakce na stres.....	21
2.6.2. Posttraumatická stresová porucha.....	21
2.6.3. Poruchy přizpůsobení.....	22
2.7. Disociační (konverzní) poruchy (F44) .....	22
2.8. Somatoformní poruchy (F45).....	23
2.9. Jiné neurotické poruchy (F48).....	24
2.10. Léčba úzkostných poruch.....	24
2.10.1. Farmakoterapie .....	25
2.10.2. Psychoterapie.....	25
2.11. Úzkostné poruchy v partnerském vztahu .....	26
2.11.1. Narušený attachment.....	27
2.11.2. Nenaplněná očekávání .....	28
2.11.3. Nedostatek intimity ve vztahu.....	29
2.11.4. Partnerské konflikty.....	30
2.11.5. Dysfunkční komunikace .....	30

2.11.6. Narušení dosud stabilní rovnováhy ve vztahu.....	31
2.11.7. Stigmatizace a sebestigmatizace .....	31
2.11.8. Rozvodovost .....	33
2.12. Nejčastější problémy u vybraných úzkostných poruch .....	33
2.12.1. Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) .....	33
2.12.2. Panická porucha .....	34
2.12.3. Sociální fobie .....	35
2.12.4. Specifické fobie .....	36
<b>3. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>37</b>
3.1. Výzkumné otázky.....	37
3.2. Výzkumná strategie.....	37
3.3. Techniky sběru dat .....	38
3.3.1. Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R-16).....	38
3.3.2. Dyadic Adjustment Scale (DAS) .....	38
3.3.3. Romantic partner conflict scale (RPCP) .....	38
3.3.4. State-trait anxiety inventory (STAI) .....	39
3.3.5. Rozhovory.....	39
3.4. Příprava a metody zpracování dat .....	40
3.5. Etické otázky výzkumu a vedení rozhovorů .....	40
3.6. Způsob výběru a popis vzorku .....	40
3.6.1. ÚZ1 + KO1 .....	41
3.6.2. ÚZ2 + KO2 .....	41
3.6.3. ÚZ3 + KO3 .....	41
3.6.4. ÚZ4 + KO4 .....	41
3.6.5. ÚZ5 + KO5 .....	42
3.6.6. ÚZ6 + KO6 .....	42
3.6.7. ÚZ7 + KO7 .....	42
3.7. Kvalitativní analýza.....	43
3.7.1. V čem se podporujete?.....	43
3.7.2. V čem se potřebujete?.....	51
3.8. Interpretace získaných dat .....	56
3.8.1. Jak se liší partnerská podpora u úzkostných a neúzkostných žen? .....	56
3.8.2. V čem svého partnera potřebují úzkostné ženy a jak se tím liší od neúzkostných žen?.....	57
3.9. Diskuse.....	59
<b>4. Závěr .....</b>	<b>61</b>
<b>5. Seznam literatury .....</b>	<b>62</b>
<b>6. Seznam příloh .....</b>	<b>69</b>
<b>7. Přílohy .....</b>	<b>70</b>

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá partnerskými vztahy u 7 žen s úzkostnými poruchami. Data byla poskytnuta Národním ústavem duševního zdraví v Klecanech z projektu “Manipulační a dominantní strategie v konfliktech partnerských dvojic s normálním osobnostním profilem a s úzkostnou osobností“ doc. Mgr. et Mgr. Jitky Lindové, Ph.D.. Participanti byli rekrutováni prostřednictvím inzerátů na sociálních sítích v letech 2017–2021. Podmínkou participace v projektu byla účast obou heterosexuálních partnerů české nebo slovenské národnosti ve věku mezi 18 a 45 lety s minimální délkou trvání vztahu šest měsíců a minimální délkou soužití tři měsíce. Účastníci vyplňovali sadu standardizovaných dotazníků: ECR-R-16, DAS, RPCS a STAI. V teoretické části jsou popsány úzkostné poruchy zahrnuté v kategorii F40–F48 MKN-10, dále jsou rozebrány typické jevy v partnerském vztahu úzkostného jedince a nakonec nejčastější problémy u vybraných úzkostných poruch. Praktická část obsahuje kvalitativní analýzu dvou vybraných otázek z rozhovoru. Na základě těchto otázek byly vytvořeny dvě výzkumné otázky: 1) Jak se liší partnerská podpora u úzkostných a neúzkostných žen? a 2) V čem svého partnera potřebují úzkostné ženy a jak se tím liší od neúzkostných žen?

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

úzkostné poruchy, partnerský vztah, kvalitativní analýza

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis discusses the topic of romantic relationships of 7 women with anxiety disorders. The data was provided by National Institute of Mental Health from the project of doc. Mgr. et Mgr. Jitka Lindová, Ph.D. called "Manipulative and dominance strategies in conflict of romantic couples with normal personality profile and with avoidant personality". The participants were recruited via online advertisements on social networks during 2017–2021. Inclusion criteria were participation of both heterosexual partners, Czech or Slovak nationality, age between 18 and 45, minimum relationship duration of 6 months with cohabitation of at least 3 months. The participants completed a set of standardized questionnaires including ECR-R-16, DAS, RPCP a STAI. Theoretical part focuses on defining anxiety disorders in the category F40–F48 of ICD, then on typical phenomena occurring in romantic relationships with anxious individual and lastly describes the most frequent issues in chosen anxiety disorders. The empirical part includes a qualitative analysis of two questions from the interview. Based on these questions were created two research questions: 1) In what areas to women with anxiety disorders need their partners and how does it vary in relationships of women without anxiety disorders? and 2) How does partner support vary in romantic relationships of women with and without anxiety disorders?

## **KEY WORDS**

anxiety disorders, romantic relationship, qualitative analysis

# 1. ÚVOD

Úzkostné poruchy negativně ovlivňují mezilidské vztahy a zejména partnerský vztah, jelikož je nejdůvěrnějším vztahem v životě dospělého člověka (McLeod, 1994; Zaider a kol., 2010). Jedinci s úzkostnými poruchami prožívají v manželství vyšší míru stresu a jejich manželství je náchylnější k rozpadu (Kasalová & Praško, 2017). Z tohoto důvodu jsou partnerské vztahy u jedinců s úzkostnými poruchami předmětem zájmu badatelů.

Cílem bakalářské práce je uvést čtenáře do problematiky psychopatologie v partnerských vztazích a zodpovědět dvě výzkumné otázky: 1) Jak se liší partnerská podpora u úzkostných a neúzkostných žen? a 2) V čem svého partnera potřebují úzkostné ženy a jak se tím liší od neúzkostných žen?

Teoretická část vychází z odborné literatury a definuje psychické zdraví, psychickou nemoc a také rozlišuje úzkost od strachu. Dále jsou popsány deskriptivní diagnostické systémy a úzkostné poruchy obsažené v kategorii F40–F48 Mezinárodní klasifikace nemocí. Po představení jednotlivých úzkostných poruch je čtenář obeznámen s jejich možnou léčbou. Následně teoretická část popisuje typické jevy v partnerském vztahu úzkostného jedince a nakonec nejčastější problémy u vybraných poruch.

Čtenář by se měl po přečtení teoretické části dostatečně orientovat v dané problematice a neměl by tak narazit na žádný problém při čtení praktické části.

Praktická část obsahuje kvalitativní analýzu, pro kterou byla využita data z projektu doc. Mgr. et Mgr. Jitky Lindové, Ph.D. „Manipulativní a dominantní strategie v konfliktech partnerských dvojic s normálním osobnostním profilem a s úzkostnou osobností.“, který probíhal v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech v letech 2017–2021. Cílem analýzy je prozkoumat rozdíly v partnerském vztahu u úzkostných a neúzkostných žen ve dvou vybraných otázkách z rozhovoru: „V čem se potřebujete?“ a „V čem se podporujete?“.



## 2. TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části jsou nejprve představeny úzkostné poruchy jako celek, jejich vymezení, příznaky, etiologie, epidemiologie a průběh. Dále je čtenář obeznámen s deskriptivními systémy používanými v České republice i v zahraničí. Následně teoretická část popisuje úzkostné poruchy, jejich léčbu a na závěr typické jevy v partnerském vztahu úzkostného jedince spolu s nejčastějšími problémy u vybraných poruch.

### 2.1. Úzkostné poruchy

#### 2.1.1. Psychické zdraví a psychická nemoc

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala v roce 1948 zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouhé nepřítomnosti nemoci či vady“ (WHO, 2004, s. 12), což správně vyjadřuje biopsychosociální jednotu zdraví a bere v úvahu objektivní i subjektivní aspekty, ale nezachycuje jeho dynamiku (Pukrábek, 2018). Psychické zdraví WHO vymezuje jako „stav pohody, ve kterém si jedinec uvědomuje svůj vlastní potenciál, dokáže se vyrovnat s běžným každodenním stresem, dokáže pracovat produktivně a plodně a je schopen aktivně přispívat společnosti“ (WHO, 2004, s. 12). Galderisi a kol. (2015) však upozorňují na mylné přesvědčení, které identifikuje „stav pohody“, tedy pozitivní emoce a pozitivní fungování jako klíčové faktory psychického zdraví. Jedinec se ve svém životě běžně ocitá v situacích, kdy je v pořádku necítit pouze psychickou pohodu, ale naopak prožívat i negativní emoce (Jochmannová & Kimplová, 2021). Galderisi a kol. proto navrhují následující definici: „Duševní zdraví je dynamický stav vnitřní rovnováhy, který jedincům umožňuje využívat jejich dovednosti v souladu s univerzálními hodnotami společnosti. Základní kognitivní a sociální dovednosti; dovednost rozpoznat, vyjádřit a regulovat vlastní emoce, stejně tak být empatický vůči druhým; flexibilita a schopnost vyrovnávat se s rozlišnými životními událostmi a fungovat v sociálních rolích; a harmonický vztah mezi tělem a duší představují významné komponenty duševního zdraví, které v různé míře přispívají k vnitřní rovnováze.“ (Galderisi a kol., 2015, s. 231-232).

Funkce a procesy, které se dějí v našem těle, jsou propojeny s našimi emocionálními stavy, tudíž každá naše emoce má vždy také tělesné vyjádření. Dle Praška (2005a) je oddělování těla a duše umělým výtvořem. Stejně jako tělesné procesy ovlivňují naše emoce, tak i emoční prožitky zpětně ovlivňují vnímání tělesných procesů a vedou k tělesným

reakcím. Příkladem celistvých psychosomatických vzorců je úzkost a strach, kdy úzkost primárně slouží k vyhledávání nebezpečí a strach je pak samotnou reakcí na nebezpečí (Praško, 2005a).

Hranice mezi psychickým zdravím a psychickou nemocí není jasně daná, jde spíše o plynulou a kontinuální hranici, která se vyvíjí a mění společně s vývojem a změnami společnosti. Psychopatologie se zabývá diagnostikou, klasifikací a výzkumem psychických chorob, ale také hraničních stavů. Jejím úkolem je vymezit „patologické, nezdravé, chorobné či nenormální“ oproti „zdravému, fyziologickému, normálnímu“. Norma je stanovena odborníky a vytyčena soudobými poznatky vědy v podobě Mezinárodní klasifikace nemocí (Orel, 2012).

### 2.1.2. Definice úzkosti

Nejznámější československý autor zabývající se úzkostnými poruchami Ján Praško definuje úzkost jako běžnou reakci organismu na nebezpečí nebo na stres, která však člověku působí problémy, pokud je nepřiměřeně silná vzhledem ke spouštěcí situaci nebo trvá příliš dlouho (Praško a kol., 2008). V takových případech pak negativně ovlivňuje život jedince, snižuje jeho kvalitu, zhoršuje pracovní výkonnost a v neposlední řadě narušuje sociální vztahy (Vobořilová & Červený, 2018). Ján Praško ve své knize však zmiňuje, že člověk podává nejlepší výkon, když se cítí mírně úzkostný. *„Úzkost sama člověku neškodí, nepůsobuje tělesné ani psychické poškození, ale pokud ji člověk nedokáže mít pod kontrolou, může mu život znepříjemňovat. Nadměrná úzkost může způsobit, že je pro člověka velice obtížné promýšlet a dělat i ty nejjednodušší věci“* (Praško a kol., 2008, s. 11).

Je tedy nezbytné rozlišit patologickou a „normální“ úzkost. „Normální“ úzkost je běžnou reakcí organismu na stres, která má adaptivní funkci, tj. slouží jako výstražný signál před nebezpečím a mobilizuje energii (např. fight-or-flight response<sup>1</sup>). Od patologické úzkosti se liší tím, že jedinec vnímá dané nebezpečí přiměřeně realitě, nikoliv přehnaně. „Normální“ a patologická úzkost se liší také svým dopadem na chování jedince, patologická se projevuje dlouhodobými změnami v chování a narušuje běžné fungování jedince, kdežto „normální“ má na chování pouze krátkodobý vliv a běžné fungování nijak nenarušuje (Starcevic, 2020).

O úzkosti a strachu lze uvažovat jako o určitém stavu, jako o osobnostním rysu, nebo jako o symptomech, které provázejí jiné základní poruchy a onemocnění. Stavem úzkosti je

---

<sup>1</sup> Okamžitá fyziologická reakce „útok nebo útek“, která nás připravuje na útok nebo útek ze život ohrožující situace (Ayers a kol., 2015)

míněna aktuální úroveň této emoce, tedy její momentální kvalita i kvantita, kterou lze měřit a srovnávat. Stav úzkosti je dán především pocíťovaným nebezpečím a okolními faktory představujícími naopak naši ochranu a podporu (např. přítomnost či nepřítomnost pečovatele v situaci, která je pro batole zcela nová). Úzkostnost jako osobnostní rys vyjadřuje trvalejší charakteristiku osobnosti, je dána především konstitučně, ale podílí se na ní také interpersonální lidské zkušenosti v raném dětství. Úzkostnost představuje míru připravenosti k bojácnému chování a prožívání (Vymětal, 2000).

### 2.1.3. Symptomy

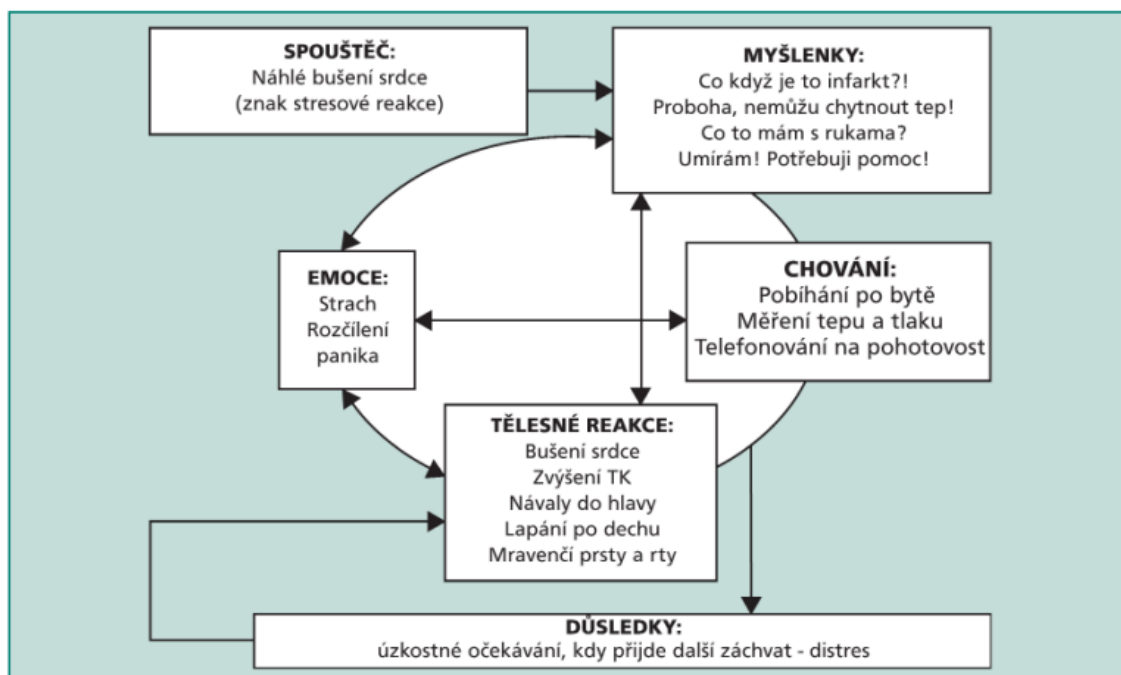
Dominantním znakem úzkostných poruch je chronická úzkost. Mohou se vyskytovat záchvatovité nebo kontinuálně fluktuující stavy, ke kterým dochází bez vazby na reálné nebezpečí (Češková a kol., 2012). Objevují se při nich tělesné a psychické projevy úzkosti nebo strachu. Klasická evropská psychopatologie odlišuje strach od úzkosti tím, že má svůj objekt, tedy určitý předmět či situaci, které ho vyvolávají, kdežto u úzkosti tomu tak není (Vobořilová & Červený, 2018). Úzkost a strach od sebe však nelze přesně oddělit, navzájem se podmiňují a splývají (Vymětal, 2003).

Symptomy úzkostných poruch lze rozdělit do tří kategorií: 1) příznaky psychické, 2) příznaky fyziologické a 3) projevy behaviorální. Úzkostná porucha se projevuje u každého jedince odlišnou kombinací a různým počtem níže uvedených symptomů.

- 1) Typické psychické příznaky: úzkost, strach, deprese, fobie, obsese, kompulze, pocity depersonalizace a derealizace, amnézie, poruchy spánku, pocity ohrožení, obavy z budoucnosti, obtíže s koncentrací, podrážděnost, psychická únavnost, zvýšená bdělost, snížení libida a pocity nevolnosti
- 2) Typické fyziologické a somatické projevy: bolesti hlavy, dušnost, palpitace, tachykardie, bolesti na hrudi, závratě, pocit narušené stability, parestezie, návaly horka a chladu, pocení, kolapsy, třes, napětí svalstva, zvracení, psychogenní bolesti, tělesná nevykonnost a výpadky senzorických funkcí. (Raboch a kol., 2012; Vymětal, 2007)
- 3) Behaviorální projevy: útok, útěk, inhibice, zmatkování v zátěžové situaci, ujišťování se u druhých lidí, nařikání si, odkládání úkolů (Praško a kol., 2008)

Symptomy většiny neurotických poruch jsou nespecifické a mohou se objevovat u celé řady psychických onemocnění, například u depresivních poruch, schizofrenie, poruch osobnosti, poruch organických a symptomatických (Raboch & Pavlovský, 2012).

**Obrázek č. 1:** Bludný kruh příznaků (Vobořilová & Červený, 2018)



#### 2.1.4. Etiologie

Existuje několik etiologických koncepcí, které se snaží odhalit příčiny vzniku úzkostných poruch. Psychoanalytická koncepce spatřuje příčiny úzkosti v konfliktech vznikajících v raném dětství potlačením pudových impulzů. Charakteristickým vlivem může být restriktivní výchova, konstitučně méně odolné „já“ či raná psychotraumata. Etologická koncepce zdůrazňuje význam evoluční potřeby pevných emočně blízkých vztahů, a proto dochází při absenci či poruše těchto vztahů k separační úzkosti, ze které může vzniknout úzkostná porucha. Behaviorální koncepce chápe úzkost jako podmíněnou naučenou reakci na specifické vnější stimuly. Kognitivní koncepce vnímá úzkost jako důsledek iracionálního myšlení, katastrofických interpretací myšlenek či běžných tělesných vjemů. Existenciální koncepce popisuje úzkost jako reakci na uvědomění si pomíjivosti lidské existence a nakonec biologická koncepce vysvětluje vznik úzkostné poruchy biologickými mechanismy, například genetickými faktory, které jedince predisponují k určité duševní poruše (Kryl, 2005; Vymětal, 2000).

Vznik úzkostné poruchy závisí na mnoha faktorech - na pohlaví, věku, osobnosti člověka a na jeho životních okolnostech. Tříkrát častěji se vyskytují u žen než u mužů a začínají nejčastěji v mladším věku (Vymětal, 2007).

### 2.1.5. Epidemiologie

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychická onemocnění (Praško, 2005a). Rozsáhlá epidemiologická studie ze Spojených států ukázala, že téměř 50 % obyvatel alespoň jednou za život trpí nějakou psychickou poruchou. Nejčastěji se jedná o závislosti na návykových látkách (26,6 %), na druhém místě jsou úzkostné poruchy (24,9 %) a na třetím místě afektivní poruchy (19,3 %). Studie měřila roční a celoživotní prevalenci 14 psychických poruch z DSM-III-R u americké populace. Data byla získávána v letech 1990–1992 a celkem se studie účastnilo 8 098 respondentů ve věku 15–54. Všichni participanti se účastnili diagnostického rozhovoru, při kterém byla používána revidovaná verze strukturovaného rozhovoru WMH-CIDI vytvořená WHO (Kessler a kol., 1994).

Novodobější studie z Evropy z roku 2004 zjistila celoživotní prevalenci úzkostných poruch 13,6 % a prevalenci v posledním roce 6 %. Studie se konala v letech 2001–2003 v šesti evropských zemích (Belgie, Francie, Německo, Itálie, Nizozemí a Španělsko). Celkem studie čítala 21 425 participantů, kteří podstoupili diagnostický rozhovor WMH-CIDI. To umožnilo zkoumat roční a celoživotní prevalenci psychických poruch dle DSM-IV a MKN-10 (Alonso a kol., 2004).

Formánek a kol. (2019) provedli reprezentativní populační průzkum zabývající se prevalencí psychických poruch v České republice, které se celkem zúčastnilo 3 306 participantů starších 18 let. Výsledky ukázaly, že současná prevalence psychických poruch v české populaci je 21,86 %. Nejčastěji jde o poruchy způsobené užíváním alkoholu (10,84 %), na druhém místě jsou úzkostné poruchy (7,27 %) a na třetím afektivní poruchy (5,52 %), ve kterých významně převažuje depresivní epizoda (3,96 %).

Mezi nejčastější úzkostné poruchy patří generalizovaná úzkostná porucha s celoživotní prevalencí 5–15 % a roční prevalencí 2–4 %, dále smíšená úzkostně-depresivní porucha, u které se uvádí celoživotní prevalence 8 % a roční prevalence 4,1 % a nakonec specifické fobie, u kterých je celoživotní prevalence 12 % a roční prevalence se pohybuje od 4 do 7 % (Racková & Janů, 2006). Úzkostné poruchy se často vyskytují v komorbiditě s depresivní poruchou a závislostmi na návykových látkách (Vobořilová & Červený, 2018). Většina lidí s psychickými poruchami však nevyhledává odbornou pomoc, u úzkostných poruch se neléčí 61 %, u afektivních poruch 69 % a u závislosti na alkoholu dokonce 93 % lidí (NÚDZ, 2020).

### **2.1.6. Průběh a prognóza**

Úzkostné poruchy se liší svou délkou, v případě akutní stresové reakce je průběh krátkodobý, kdežto generalizovaná úzkostná porucha, či obsedantně-kompulzivní porucha provází jedince po převážnou část jeho života. Prognóza je ve většině případů příznivá kromě těžkých forem obsedantně-kompulzivní poruchy a poruch s depresivními rysy, u kterých hrozí riziko sebevraždy. Průběh úzkostné poruchy závisí na adaptačních schopnostech jedince a na použité terapii. Příznaky se vytrácejí, jakmile dojde k vyřešení psychického konfliktu vlastními silami, či s pomocí psychoterapie (Raboch & Pavlovský, 2012). Za plnou remisi je považováno vymizení úzkosti, včetně anticipační úzkosti, vyhýbavého chování i vlivu úzkosti na život jedince a jeho celkové zdraví (Raboch & Pavlovský, 2008).

## **2.2. Deskriptivní diagnostické systémy**

### **2.2.1. Klasifikace úzkostných poruch dle MKN-10**

V České republice a v celé Evropě se pro diagnostiku úzkostných poruch využívá Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. Současná verze MKN-10 platí od roku 1993, v roce 2022 však vstoupila v platnost novější verze MKN-11. Úzkostné poruchy spadají do kategorie duševních poruch a poruch chování (F00-F99) (MKN-10, 1993). Ve své práci se zaměřím na úzkostné poruchy v podkategorii „Neurotické, stresové a somatoformní poruchy“, která se v klasifikaci nachází pod kódy F40-F48.

- **Fobické úzkostné poruchy (F40)**
  - Agorafobie (F40.0)
  - Sociální fobie (F40.1)
  - Specifické (izolované) fobie (F40.2)
  - Jiné anxiózně fobické poruchy (F40.8)
  - Anxiózně fobická porucha nespécifikovaná (F40.9)
- **Jiné anxiózní poruchy (F41)**
  - Panická porucha (F41.0)
  - Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)
  - Smíšená úzkostně-depresivní porucha (F41.2)

- Jiné smíšené úzkostné poruchy (F41.3)
- Jiné určené úzkostné poruchy (F41.8)
- Úzkostná porucha nespecifikovaná (F41.9)
- **Obsedantně-nutková porucha (F42)**
  - Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace (F42.0)
  - Převážně nutkové činy (F42.1)
  - Smíšené nutkové myšlenky a činy (F42.2)
  - Jiné obsedantně-nutkové poruchy (F42.8)
  - Obsedantně-nutková porucha nespecifikovaná (F42.9)
- **Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43)**
  - Akutní stresová reakce (F43.0)
  - Posttraumatická stresová porucha (F43.1)
  - Poruchy přizpůsobení (F43.2)
  - Jiné reakce na těžký stres (F43.8)
  - Reakce na těžký stres nespecifikovaná (F43.9)
- **Disociativní (konverzní) poruchy (F44)**
- **Somatoformní poruchy (F45)**
- **Jiné neurotické poruchy (F48)**

### 2.2.2. Klasifikace úzkostných poruch dle DSM-IV, DSM-V

V USA, Austrálii a na Novém Zélandu se používá Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM) vydaný Americkou psychiatrickou společností (APA). Jedná se o příručku, kterou využívají zdravotničtí pracovníci pro diagnostiku mentálních poruch. Manuál obsahuje popisy, symptomy a další kritéria pro diagnostiku každé z poruch. Slouží však pouze pro jejich diagnostiku, neobsahuje informace ani pokyny pro léčbu jakékoli poruchy (APA, 2022). Současnou verzí je DSM-V, která dělí úzkostné poruchy na:

- Separáční úzkost
- Selektivní mutismus
- Specifické fobie
- Sociální fobie
- Panická porucha
- Agorafobie
- Generalizovaná úzkostná porucha

- Úzkostná porucha vyvolaná účinkem psychoaktivních látek
- Organická úzkostná porucha
- Jiné určené úzkostné poruchy
- Úzkostná porucha nespecifikovaná

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch jsou doprovodné publikace, Světová zdravotnická organizace úzce spolupracuje s Americkou psychiatrickou společností na tom, aby byly maximálně kompatibilní. DSM obsahuje nejaktuálnější kritéria pro diagnostiku mentálních poruch spolu s rozsáhlým popisným textem, kdežto MKN obsahuje čísla kódů používaných v DSM a celé medicíně, potřebných k úhradě pojistného a ke sledování statistik nemocnosti a úmrtnosti národními a mezinárodními zdravotnickými organizacemi (APA, 2022).

## **2.3. Fobické úzkostné poruchy (F40)**

Úzkost je u fobických úzkostných poruch vyvolána situacemi, které nejsou pro jedince v daném případě nebezpečné. Při pouhém pomyšlení na fobickou situaci jedinec pocítuje anticipační úzkost. Fobická úzkost se může projevovat různou intenzitou a různými příznaky. Jediným způsobem, jak se jí zbavit, je situaci se vyhnout (Vymětal, 2007).

### **2.3.1. Agorafobie**

Agorafobie byla původně chápána jako úzkost z otevřených prostranství, avšak současná klasifikace MKN-10 pojímá agorafobii obecněji, jako úzkost z opuštění domova, nakupování v obchodech, pobytu v uzavřených prostorách, z cestování dopravními prostředky, anebo přeplněných míst. Úzkost se zvyšuje, pokud si jedinec uvědomí, že není možný okamžitý únik, anebo by jím na sebe upoutal pozornost. Typickým projevem je vyhýbání se těmito situacím, přičemž jejich počet může časem narůstat a může tak dojít k tomu, že jedinec nebude schopný z domova vycházet vůbec. Lidé trpící agorafobií se obávají, že se přestanou ovládat, omdlí, zkolabují, dostanou infarkt nebo se budou chovat trapně (Vymětal, 2007; Praško, 2005a).



### **2.3.2. Sociální fobie**

Sociální fobie se projevuje trvalým intenzivním strachem ze sociálních situací, při kterých má jedinec obavy z negativního hodnocení a zkoumavých pohledů druhých lidí. Porucha může být jednak generalizovaná, kdy se jedinec obává všech sociálních interakcí, a jednak izolovaná, při které se jedinec obává pouze některých situací. K situacím vzbuzujícím sociální úzkost patří zejména projev na veřejnosti, při kterém je nutné podat určitý výkon, například při ústní zkoušce. Příznaky se mohou vystupňovat až do panických atak. Při silné sociální úzkosti může docházet k vyhubému chování, kdy se jedinec snaží omezit veškerý kontakt k druhými lidmi (Vymětal, 2007). Pro jedince trpící sociální fobií je charakteristické nízké sebevědomí a strach z kritiky druhých lidí, avšak pocity méněcennosti se stávají patologickými teprve tehdy, pokud představují zdroj neklidu, obav a stranění se společenského života (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010).

### **2.3.3. Specifické (izolované) fobie**

Za specifickou fobii je považován přetrvávající, iracionální strach z konkrétního předmětu nebo situace, kterému se snaží jedinec vyhnout. Izolované fobie lze rozdělit do pěti kategorií podle objektu strachu. První kategorií jsou situační fobie, ke kterým řadíme například klaustrofobii (strach z uzavřených prostor) nebo strach z létání. Do druhé kategorie patří fobie z přírodních úkazů, například z bouřky, vody, tmy nebo výšky. Třetí kategorii tvoří fobie ze zvířat (zoofobie), čtvrtou fobie z poranění, např. strach z injekcí nebo krve a poslední zahrnuje jiné fobie, například ze zvracení, z nemoci nebo hlasitých zvuků. Strach a úzkost se dostavuje pouze při konfrontaci s danou situací nebo předmětem, nebo při její anticipaci (Vymětal, 2007; Praško, 2005a).

## **2.4. Jiné anxiózní poruchy (F41)**

Do této kategorie se řadí poruchy, u kterých není úzkost vázána na specifickou spouštěcí situaci. Objevují se depresivní a obsedantní symptomy, nebo i prvky fobické úzkosti, ale jedná se o sekundární nebo méně závažné příznaky (MKN-10, 1993).

### **2.4.1. Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost)**

Základním rysem panické poruchy je výskyt periodických atak výrazné úzkosti, která není omezena na žádnou specifickou situaci. Záchvaty úzkosti nelze předvídat, přicházejí obvykle velmi náhle a doprovází je výrazné vegetativní symptomy, například palpitace, pocit dušení, bolesti na hrudi, závratě a depersonalizace či derealizace (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010). Často se objevuje sekundární strach ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešílení (MKN-10, 1993). Jednotlivé panické ataky trvají zpravidla 5 až 20 minut a vyskytují se v proměnlivé frekvenci v rozmezí několika dnů až několika roků (Praško, 2005a; Vymětal, 2007). Jedinci trpící panickou poruchou často interpretují své příznaky katastroficky, domnívají se, že jde o vážnou nemoc, například infarkt, mrtvici nebo rakovinu. Vzhledem k nepředvídatelnosti atak trpí také anticipační úzkostí a strachem být o samotě nebo se vzdálit od míst, kde je dostupná pomoc (Praško, 2005a).

### **2.4.2. Generalizovaná úzkostná porucha**

Charakteristickým projevem generalizované úzkostné poruchy je všeobecná a trvalá „volně fluktuující úzkost“, která se nevztahuje na určité situace nebo objekty, ale týká se každodenních záležitostí a jejich zvládnutí. Jedinci s GAD (Generalized Anxiety Disorder) se vyznačují nadměrným zaobíráním se starostmi a stresujícími myšlenkami, jejichž hlavním obsahem jsou obavy, že se stane něco nepříjemného jemu nebo jeho blízkým, že něco nezvládne nebo že se ztrapní. Tyto automatické myšlenky vedou ke zvýšené úzkostnosti, podrážděnosti, zhoršenému soustředění, únavě a nepříjemným tělesným pocitům (Praško, 2005a).

Symptomy úzkosti se u jedinců s GAD zhoršují, když mají více klidu a volnosti, tedy především o samotě, o víkendech a o dovolených. Za normálních okolností je totiž jejich pozornost od úzkostných myšlenek odváděna vnějšími podněty, proto mají lidé s GAD problém uvolnit se a odpočívat (Praško, 2005a). K vystupňování úzkosti dochází také při očekávání nových situací a při výrazném vystupňování se objevují záchvaty akutní úzkosti, kdy jedinec pocítuje nezvladatelný děs nebo paniku, při kterém může uvažovat i o sebevraždě (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010).

Roční prevalence u GAD se pohybuje mezi 3 až 8 % a celoživotní mezi 5 a 15 %. Jedná se o pátou nejčastější úzkostnou poruchu a vyskytuje se častěji u žen. U jedinců s GAD se vyskytuje značná komorbidita, tedy současné objevení dvou či více psychiatrických poruch v daném čase, nejčastěji sociální fobie, specifické fobie, panická

porucha a deprese. GAD je častěji diagnostikována u lidí s perfekcionistickými rysy, kteří mají větší potřebu kontrolovat své okolí a pocítují zvýšenou odpovědnost za negativní události ve svém životě. Zhruba u 50 % jedinců trpících GAD je přítomná porucha osobnosti, nejčastěji vyhýbavá, anankastická a závislá (Praško, 2005a).

### **2.4.3. Smíšená úzkostně depresivní porucha**

Lidé se smíšenou úzkostně-depresivní poruchou zažívají epizody úzkosti a deprese, avšak ani jeden ze symptomů nepřevládá natolik, aby byla jedinci diagnostikována úzkostná či depresivní porucha (MKN-10). Smíšená úzkostně-depresivní porucha je charakterizována trvalou nebo vracející se dysforickou náladou, která trvá déle než jeden měsíc a provázejí ji vždy některé z následujících příznaků: obtížná koncentrace, poruchy spánku, únava, podrážděnost, obavy, snadné pohnutí k slzám, ostražitost, anticipace selhání, pesimismus a nízké sebevědomí (APA, 2013). Nejčastějšími komorbiditami smíšené úzkostně-depresivní poruchy jsou specifické fobie a poruchy osobnosti, zejména závislá, vyhýbavá, histriónská a hraniční (Praško, 2005a).

Praško (2005) ve své knize píše, že u jedinců trpících smíšenou úzkostně-depresivní poruchou bývá sociální dopad dokonce závažnější než u jedinců s depresivní poruchou, může dojít k rozpadu partnerských vztahů i sociální sítě. Dle Liebowitze (1993) mají tyto jedinci ve srovnání s pacienty s depresivní nebo úzkostnou poruchou bez komorbidit častěji menší osobní a sociální podporu, více příznaků, chronický průběh a také hůře reagují na léčbu.

## **2.5. Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)**

Jedinci s obsedantně-kompulzivní poruchou se vyznačují opakovaně se vyskytujícími obsedantními myšlenkami (obsesemi) nebo nutkavými činy (kompulzemi), které vyvolávají silné úzkostné pocity (Vymětal, 2007).

Obsese přichází do mysli dotyčného proti jeho vůli a vyvolávají úzkost, která je spojená jednak se samotnými obsahy obsesí, jelikož jdou proti vědomým hodnotám dotyčného, a jednak s pocity bezmocnosti, ztráty sebeovládání a sebekontroly nad vynořujícími se nápady, které nelze ovládat. Lidé trpící OCD (obsessive-compulsive disorder) vědí, že jsou jejich myšlenky iracionální, ale nemohou se jich zbavit (Vymětal, 2007), snaží se je proto alespoň racionalizovat a odůvodňovat jak pro své okolí, tak sami pro

sebe (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010). Mezi nejčastější obsahy obsesí, které mohou mít formu myšlenek, nápadů, představ nebo popudů k činnosti, patří násilí, ublížení sobě nebo ostatním, strach z přenesení nákazy (Vymětal, 2007) a pochybnosti, zda byl dokončený úkol proveden úspěšně (Raboch a kol., 2012).

Kompulzivní činy, někdy také nazývané rituály či obřady, jsou opakující se úkony, které musí jedinec udělat podle svých předem daných pravidel nebo stereotypním způsobem. Nesplnění rituálu vyvolává napětí a úzkost, ačkoliv si je jedinec vědom jejich nesmyslnosti (Vymětal, 2007). Většina kompulzivních rituálů se týká extrémního dodržování čistoty (časté mytí rukou), dále opakovaného kontrolování běžných věcí (zamykání, vypínání spotřebičů), ale objevuje se také opakování nesmyslných úkonů, například stereotypní rituály při odchodu z bytu (MKN-10, 1993; Vymětal, 2007). Věří, že jejich rituální akty mohou zabránit budoucí „katastrofě“ nebo „trestu“. Například srovnávají věci na stole podle určeného pořádku nebo se dotýkají před odchodem všech dveří v bytě v přesně stanoveném pořadí a pokud se spletou, musí začít znovu (Raboch a kol., 2012).

MKN-10 rozlišuje různé formy poruchy podle toho, která složka v poruše dominuje, existuje tedy diagnóza F42.0 – Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace, F42.1 – Převážně nutkavé činy (nutkavé rituály) a F42.2 – Smíšené nutkavé myšlenky a činy (MKN-10, 1993).

## **2.6. Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43)**

Poruchy v této kategorii se od ostatních odlišují tím, že je lze identifikovat nejen na základě symptomatologie a průběhu, ale také na základě příčinné souvislosti s vnější stresující událostí (MKN-10, 1993). Za trauma můžeme považovat takový zážitek, který nelze zvládnout běžnými adaptačními a obrannými mechanismy. Podle posledních výzkumů je však nezbytné klást důraz na schopnost subjektivního zpracování stresové situace (Vymětal, 2007). Mezi typické traumatické životní události patří: ztráta blízké osoby v důsledku neštěstí, sebevraždy nebo vraždy, fyzické napadení, sexuální napadení, znásilnění či sexuální zneužívání, přírodní katastrofy, teroristické akce, genocida a válka (Vymětal, 2007). V důsledku těchto traumatických vlivů vzniká buď akutní stresová reakce (F43.0), posttraumatická stresová porucha (F43.1) či porucha přizpůsobení (F43.2).

### **2.6.1. Akutní reakce na stres**

Akutní reakce na stres vzniká bezprostředně po výjimečném fyzickém nebo psychickém stresu. Jedná se o přechodnou poruchu, která obvykle odezní během několika hodin či dní. Symptomy poruchy jsou variabilní, záleží na individuální vulnerabilitě a na schopnosti zvládat stres. Mezi příznaky patří úvodní stav strnulosti spolu s dezorientací, zúženým polem vědomí, snížením pozornosti a neschopností chápat podněty (Raboch a kol., 2012). Po těchto stavech může následovat buď další emoční stažení z okolní situace, někdy až do míry disociativního stuporu, anebo agitace s hyperaktivitou (MKN-10, 1993). Přítomny jsou i běžné vegetativní projevy úzkosti, jako pocení či tachykardie. Na období akutní stresové reakce může mít jedinec částečnou či úplnou amnézii (Raboch a kol., 2012).

### **2.6.2. Posttraumatická stresová porucha**

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) se vyskytuje jako opožděná reakce v důsledku mimořádné traumatizující stresové události, která způsobuje silné rozrušení téměř u každého jedince (MKN-10, 1993), jelikož obvykle přesahuje rozsah běžné lidské zkušenosti (Raboch a kol., 2012). Mezi typické situace způsobující PTSD patří přírodní katastrofy (povodně, zemětřesení, bouře, hurikány, tornáda) a také události nebo situace vyvolané člověkem (válečné události, násilná smrt jiné osoby, mučení, týrání, sexuální násilí). Odezva na traumatizující situaci je výraznější a intenzivnější, pokud se u jedince objevují predisponující faktory, jakými jsou například poruchy osobnosti a jiné neurotické či psychické poruchy (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010).

Posttraumatická stresová porucha je diagnostikována, pokud se objevila do šesti měsíců od závažné události (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010). Symptomy můžeme dle Vymětala (2007) rozdělit na několik základních okruhů:

- 1) Jedinec zažívá epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks“), představách nebo snech, které jsou doprovázené intenzivním emočním prožitkem.
- 2) PTSD je charakterizovaná pocíty necitlivosti a emoční oploštělosti, dochází ke ztrátě obvyklých pozitivních emocí a zájmů.
- 3) Jedinec se vyhýbá situacím a činnostem, které mu trauma připomínají, například místu, kde k traumatu došlo či konverzaci o dané události.
- 4) Může se objevit také vegetativní hyperaktivace a zvýšená bdělost spojená se zesílenými úlekovými reakcemi a poruchami spánku.

U některých jedinců se můžou objevit pocity viny za to, že přežili, zatímco ostatní zahynuli, nebo se viní za činy, které udělali pro vlastní přežití (Raboch a kol., 2012). S výše uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese, a nejsou vzácné ani sebevražedné myšlenky (MKN-10, 1993).

### **2.6.3. Poruchy přizpůsobení**

Poruchy přizpůsobení vznikají jako reakce na významnou životní změnu nebo v důsledku stresové životní události (Vymětal, 2007). Mezi tyto poruchy by se neměly řadit reakce na zármutek (např. úmrtí blízké osoby) přiměřené dané kultuře, ale pouze ty poruchy, které se projevují abnormálně co se týče formy, obsahu či trvání (Raboch a kol., 2012).

Projevují se stavy subjektivní tísně s emočními projevy, které zasahují do běžného života a ovlivňují výkonnost jedince. Typickým projevem je depresivní nálada, která se může objevit jako krátkodobá depresivní reakce, při které trvání příznaků nepřekročí šest měsíců, či protrahovaná depresivní reakce, u které se mohou symptomy objevovat až dva roky. Jedinec má často pocit, že se nedokáže vyrovnat se současnou situací, pociťuje úzkost, napětí, strach a může se objevit i agrese. U poruch přizpůsobení hrají individuální predispozice a osobnostní faktory větší úlohu než u jakékoliv jiné poruchy z této skupiny (Raboch a kol., 2012), předpokládá se však, že by porucha bez stresoru vzniknout nemohla (MKN-10, 1993).

Kromě krátké a protrahované depresivní reakce můžeme poruchy přizpůsobení rozdělit na smíšenou úzkostnou a depresivní reakci, poruchu přizpůsobení s převládající poruchou jiných emocí a na poruchu přizpůsobení s převládající poruchou chování (Raboch a kol., 2012).

## **2.7. Disociační (konverzní) poruchy (F44)**

Charakteristickým rysem disociačních poruch je částečná či úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomí vlastní identity a bezprostředních pocitů, a ovládnání tělesných pohybů (MKN-10, 1993). Základním diagnostickým kritériem je maladaptivní nevědomé využívání hypotetických obranných psychických mechanismů disociace a konverze s následnou tvorbou psychických a/nebo tělesných příznaků.

Disociaci jedinec nevědomě použije, když jeho psychika není schopna se vyrovnat s určitým psychickým obsahem. Jedinec tyto obsahy odštěpí – disociuje od vědomé oblasti

psychiky, aby se s nimi nemusel vyrovnávat, což však ovlivňuje celkovou psychickou stabilitu a vede ke vzniku příznaků. Proces disociace může nastat i u relativně zralého a psychicky vyrovnaného jedince v případě situací nadměrné traumatizace, například u oběti znásilnění, přepadení či havárie. Takové trauma poté jedinec dočasně či trvale emočně neprožívá, nebo se na něj může objevit amnézie (Herman a kol., 2008).

Při konverzi je u jedince neúnosný psychický komplex pocitů, přání a myšlenek nahrazen tělesným příznakem, většinou omezením motorických a sensorických funkcí, působících jako somatické onemocnění (Herman a kol., 2008).

Mezi disociační poruchy řadíme: disociační amnézii, disociační fugu, disociační stupor, trans a stav posedlosti, disociační poruchy motoriky a citlivosti, disociační poruchy motoriky, disociační křeče, disociační poruchy citlivosti a poruchy sensorické (MKN-10, 1993).

## **2.8. Somatoformní poruchy (F45)**

Somatoformní poruchy se vyznačují opakovanými stížnostmi na tělesné symptomy spolu s trvalým vyžadováním lékařského vyšetření i přes opakované negativní nálezy a ujišťování od lékaře, že obtíže nemají fyzickou podstatu (MKN-10, 1993). Jedinec však odmítá psychologické vysvětlení jeho obtíží, a to i v případě, kdy jsou přítomny zřejmé depresivní a úzkostné symptomy (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010).

Obtíže se rozvíjejí v návaznosti na nepříjemné životní události, jedinec somatizuje své úzkosti do orgánů či orgánových soustav (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010). Mechanismus somatizace označuje vyjadřování nezpracovaných emočních prožitků prostřednictvím tělesných symptomů, které jsou pro pacienta obtěžující a nejsou pod jeho vědomou kontrolou (Večeřová-Procházková, 2013).

MKN-10 (1993) dělí somatoformní poruchy na Somatizační poruchu, Nediferencovanou somatoformní poruchu, Hypochondrickou poruchu, Somatoformní vegetativní dysfunkci, Perzistující somatoformní bolestivou poruchu a Jiné somatoformní poruchy.

## 2.9. Jiné neurotické poruchy (F48)

Do této kategorie se řadí neurastenie, která je popisována jako dráždivá slabost (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010). MKN-10 (1993) rozděluje dva základní typy poruchy, přičemž u obou se běžně vyskytují závratě, tenzní bolesti hlavy, poruchy spánku, pocit celkové nestability a iritabilita. U prvního typu je charakteristická zvýšená unavitelnost po psychické námaze spojená se sníženou výkonností (Dušek a Večeřová-Procházková, 2010). Psychická únavnost se projevuje nepříjemnými vtíravými asociacemi či myšlenkami, obtížnou koncentrací a neefektivním myšlením (MKN-10, 1993). U druhého typu neurastenie se vyskytují pocity fyzické slabosti a vyčerpání po minimální námaze, mohou se objevit i pocity bolesti ve svalech a neschopnost uvolnit se (MKN-10, 1993).

Dále se zde řadí také depersonalizační a derealizační syndrom. Pocit depersonalizace značí zvláštní změnu ve vnímání či prožívání sebe samého. Dotyčný vnímá svou vlastní duševní činnost a své tělo odlišně, neskutečně, vzdáleně nebo zautomatizovaně. Derealizace značí stejné pocity vzhledem k vnějšímu světu, obvykle se však vyskytují společně (Raboch a kol., 2012).

## 2.10. Léčba úzkostných poruch

Léčba úzkostných poruch je vždy zahájena edukací pacienta o psychické poruše a o následné léčbě, pacientovi jsou sděleny jednoduché a adekvátní informace o jeho stavu. Úzkostné poruchy lze léčit dvěma způsoby, a to psychoterapeuticky a farmakoterapeuticky. Pro optimální výsledek je vhodná kombinace obou metod, jelikož účinek psychofarmak nastupuje dříve, zatímco psychoterapie je sice náročnější, avšak její účinek trvalejší. Cílem léčby není jen odstranění příznaků, ale také návrat ke kvalitnímu fungování k práci a v rodině (Vobořilová & Červený, 2018).

Po psychoedukaci pacienta následuje vytvoření léčebného plánu a přiměřených cílů, mezi které patří zmírnění příznaků úzkosti, postupné snižování frekvence vyhýbavého a zabezpečovacího chování, systematické řešení problémů v životě, udržení dosaženého výsledku, prevence relapsu a prevence sekundárních důsledků, jako je nadužívání návykových látek či deprese (Raboch & Pavlovský, 2008).



### **2.10.1. Farmakoterapie**

Nejvhodnější volbou pro léčbu úzkostných poruch psychofarmaky je podávání nebenzodiazepinových anxiolytik nebo antidepresiv. Léčba benzodiazepinovými anxiolytiky se nedoporučuje, jelikož na ně snadno vzniká tolerance a závislost (Vobořilová & Červený, 2018). První volbou jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které mají minimum nežádoucích účinků, jsou relativně bezpečné, nevzniká na ně závislost a mohou být podávány pouze v jedné denní dávce. Vždy se začíná s nízkou dávkou antidepresiv, kterou je možné zvyšovat po jednom či dvou týdnech (Raboch & Pavlovský, 2008). První známky zlepšení se obvykle objeví od 3 do 12 týdnů, ale ústup potíží bývá pomalý. Farmakoterapie může být ukončena, jakmile je splněna trvalá remise v období alespoň 12 až 18 měsíců, pacient se cítí připraven a stabilizovala se jeho životní situace. Antidepresiva jsou vysazována postupným snižováním dávek minimálně v období jednoho měsíce (Vobořilová & Červený, 2018).

Samotná farmakoterapie není vhodným postupem, nemůže nahradit psychoedukaci a nedostatečné vysvětlení léčby může zhoršit pacientovu úzkost, nejistotu a průběh onemocnění. Často je na vině také neadekvátní interakce mezi pacientem a lékařem, je nezbytné vybudovat kvalitní terapeutický vztah (Raboch & Pavlovský, 2008).

### **2.10.2. Psychoterapie**

Psychoterapeutická léčba úzkostných poruch je srovnatelně účinná při léčbě akutních stavů jako farmakoterapie, ale z dlouhodobého hlediska je efektivnější (Vobořilová & Červený, 2018). Psychoterapeutické postupy kladou velký důraz na kvalitní psychoterapeutický vztah, ve kterém se musí pacient cítit bezpečně, aby mohlo dojít ke změně postojů a osobnostních rysů. Na účinnost terapie má vliv také charakter lékaře či terapeuta a jeho ochota se psychickými problémy pacienta zabývat (Raboch & Pavlovský, 2008). K pacientovi je nutné přistupovat jako k hodnotné bytosti, která si zaslouží úctu a respekt. Lékař či terapeut by měl bezvýhradně akceptovat pacientovy postoje a snažit se porozumět jeho aktuálnímu subjektivnímu prožívání. Osobnost a chování terapeuta v sobě skrývá pravděpodobně největší psychoterapeutický potenciál (Vymětal, 2003).

Psychoterapie využívá mnoho technik zaměřených na změny prožívání, myšlení a chování. Snaží se naučit jedince reagovat adaptivněji na stres a obecně v blízkých vztazích a sociálních interakcích. Jednotlivé směry využívají různých prostředků k dosažení cílů. Psychoanalýza se pokouší o změnu chování pochopením nevědomých mechanismů

a konfliktů a stejně jako dynamické směry se zaměřuje na minulost. Naopak behaviorální a kognitivní přístup se zaměřuje na současné maladaptivní faktory chování a myšlení s cílem je identifikovat a změnit (Raboch & Pavlovský, 2008).

Při akutních intenzivních obdobích krize může pacientovi pomoci krizová intervence, která slouží k poskytnutí emoční podpory. Pomůže jedinci překlenout nejhorší periodu a stabilizuje ho na úroveň nejméně před započítím krizového období (Vymětal, 2003). Mezi prostředky psychoterapie se řadí psychoterapeutický rozhovor, psychodrama, psychogymnastika, relaxační metody, zaostřování – tělesně zakotvené prožívání (focusing), katatymní prožívání obrazů a práce se sny (Vymětal, 2003).

## **2.11. Úzkostné poruchy v partnerském vztahu**

Manželství či partnerský vztah je jedním z nejdůvěrnějších vztahů v životě dospělého člověka, a proto je kvalita partnerského vztahu důležitým faktorem ovlivňujícím duševní zdraví jedince (Whisman & Baucom, 2012). Úzkostné poruchy negativně ovlivňují mezilidské vztahy jedince, a zejména jeho partnerský vztah (McLeod, 1994; Zaider a kol., 2010). Studie vlivu úzkostných poruch na jednoho či oba partnery jsou dosud omezené (Kasalová & Praško, 2017). Úzkostná porucha může působit jako spouštěč nespokojenosti v partnerském vztahu, ale může k ní dojít také v důsledku nespokojenosti ve vztahu. Je tedy často obtížné určit, jak moc se úzkostné poruchy s partnerskými problémy prolínají a identifikovat, co je příčinou a co následkem (Whisman & Baucom, 2012).

Jedinci s úzkostnými poruchami prožívají v manželství vyšší míru stresu a jejich manželství je náchylnější k rozpadu (Kasalová & Praško, 2017). Pankiewicz a kol. (2012) ve svém výzkumu zjistili, že přítomnost úzkostné poruchy alespoň u jednoho z partnerů negativně ovlivňuje kvalitu vztahu. Především páry, ve kterých trpí úzkostnou poruchou žena jsou obzvláště křehké. Ženy s úzkostnými poruchami hodnotí svoje manželství hůře než ženy bez úzkostných poruch, kdežto muži hodnotí manželství hůře pouze pokud úzkostnou poruchou trpí i žena. Na základě těchto zjištění se zdá, že ženy hrají klíčovou roli při budování kvalitního vztahu (Pankiewicz a kol., 2012).

Whisman a kol., (2004) popsali tzv. partnerský efekt, tedy skutečnost, že spokojenost v manželství je predikována jak vlastní úrovní úzkosti a deprese jedince, tak mírou úzkosti a deprese partnera. Pankiewicz a kol. (2012) přispěli k těmto důkazům svou analýzou, na základě které se domnívají, že je třeba kvalitu manželství či partnerství posuzovat

oboustranně: z pohledu psychicky nemocného jedince i z pohledu zdravého partnera. Zaider a kol. (2010) odhalili značný soulad mezi každodenní úzkostí manželek a úzkostí manželů a také významný vztah mezi každodenní úzkostí manželek a vnímáním kvality vztahu ze strany obou partnerů.

Na základě svého výzkumu navrhují Pankiewicz a kol. (2012) dva praktické důsledky: 1) úzkostné poruchy jednoho nebo obou partnerů by měly být považovány za jednu z možných příčin manželských problémů a 2) pacientům s diagnózou úzkostných poruch by měla být běžně nabízena konzultace s rodinným terapeutem.

V následujících podkapitolách objasňuji typické jevy v partnerském vztahu úzkostného jedince.

### **2.11.1. Narušený attachment**

Teorie citové vazby (tzv. attachmentu) Mary Ainsworthové a Johna Bolwbyho (1991) byla vyvinuta k pochopení chování dítěte k matce a dalším blízkým osobám, Hazanová a Shaver (1987) ji však aplikovali také na chování dospělých v romantických vztazích (Kasalová & Praško, 2017).

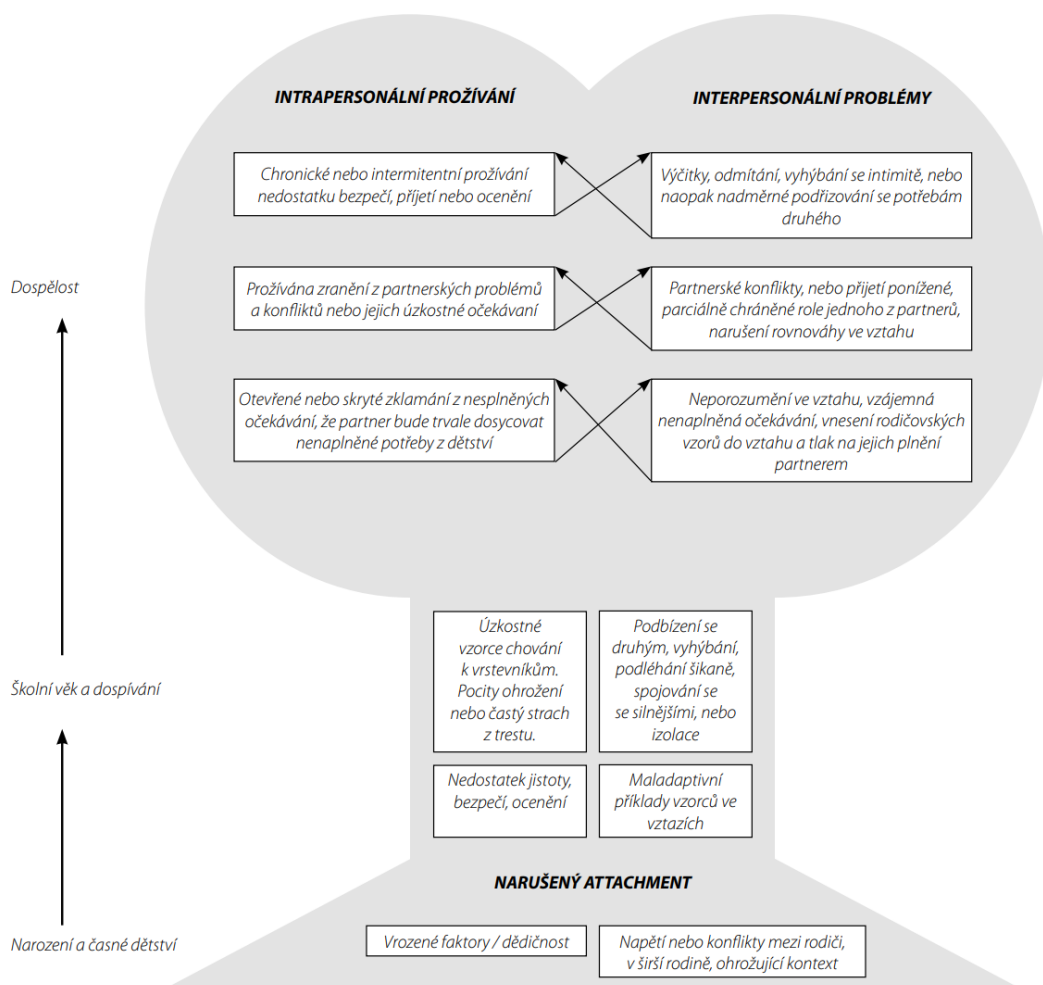
Attachment vzniká v raném věku interakcí enviromentálních (zejména rodičovských) a genetických faktorů a vede k individuálním rozdílům ve vzorcích attachmentového chování. Attachmentové chování jsou interpersonální vzorce chování, které mají zvyšovat pocit bezpečí. Tyto vzorce chování jsou v průběhu života poměrně stabilní a v dospělosti jsou rozlišovány na čtyři attachmentové styly: jistý/bezpečný, úzkostný, vyhýbavý a dezorganizovaný. Attachment ovlivňuje mnohé biopsychosociální jevy včetně sociálního fungování, zvládnání stresu, reakce na stres, psychické pohody, zdravého chování a nemocnosti (Ravitz a kol., 2010).

Úzkostný attachment je charakteristický očekáváním odloučení, opuštění nebo nedostatečné lásky, dále zabýváním se dostupností a schopnostmi druhých reagovat a nakonec hyperaktivací attachmentového chování. Vyhýbavý attachment je naopak charakteristický devalvací důležitosti blízkých vztahů, vyhýbáním se intimitě a závislosti, soběstačností a relativní deaktivací attachmentové chování (Ravitz a kol., 2010).

Nolte a kol. (2011) uvádí, že jsou úzkostné poruchy zapříčiněny a udržovány složitou interakcí mezi genetickými, enviromentálními a epigenetickými faktory. Bowlby (1973) se domnívá, že pokud se dítěti nedostává konzistentní a dostatečné reakce na jeho projevy tísně,

vyvine se u něj nejistý attachment, který později jedince predisponuje ke vzniku úzkostné poruchy. Konkrétně úzkostný attachment činí jedince náchylným ke vzniku úzkostné poruchy (Nolte a kol., 2011). Bylo zjištěno, že výskyt úzkostného attachmentu u 12měsíčních dětí vede k vyšší pravděpodobnosti vzniku úzkostných poruch v dospívání (Warren a kol., 1997).

**Obrázek č. 2:** Vývojový „strom“ partnerských problémů u jedinců trpících úzkostnými poruchami (Kasalová & Praško, 2017)



### 2.11.2. Nenaplněná očekávání

V partnerském vztahu často dochází ke konfliktům z důvodu nenaplněných očekávání ze strany partnera, ale také od sebe sama, za které je však obvykle obviňován partner (Kasalová & Praško, 2017). Nedostatečně naplněné potřeby z dětství, například bezpečí, přijetí či ocenění mohou vést často k neuvědomované snaze si tyto potřeby dosytit v partnerském vztahu (Young a kol., 2003).

Partnerskou spokojenost ovlivňují zejména čtyři faktory, kterými jsou: společenskost, spolehlivost, schopnost se dohodnout a vyjít si vstříc a také vzájemnost. Naopak faktory přispívající nejčastěji k rozpadu vztahu jsou následující: nízká schopnost řešit problémy, akcentace či porucha osobnosti, konflikty v rodině, neplodnost, týrání partnerem a nevěra (Praško a kol., 2007).

Jedinci s úzkostnými poruchami snadno naplní faktory související s příčinami rozpadu vztahů pomocí zabezpečovacího, vyhybavého a kompenzatorního chování. Po partnerovi nadměrně vyžadují poskytování bezpečí, ačkoliv je sami partnerovi poskytnout nedokážou. Podobně je tomu i při nedostatku potřeby přijetí a ocenění, mají vysoké nároky na partnera, ale s poskytováním je to složitější, kvůli pocitům úzkosti si často ani neuvědomují, že partnerovi tato reciprocita chybí (Ravitz a kol., 2010).

### **2.11.3. Nedostatek intimity ve vztahu**

Intimita je definována jako blízkost, podobnost a osobní romantická nebo emocionální komunikace, která vyžaduje znalost a porozumění druhému k vyjadřování myšlenek a pocitů (Bagarozzi, 2014). Emocionální a sexuální aspekty intimity hrají důležitou roli ve spokojenosti páru (Yoo a kol., 2014).

Intimita vyžaduje oboustranný pocit bezpečí, přijetí a ocenění, čehož je však obtížné dosáhnout, pokud jedinec trpí úzkostnou poruchou a je na svém partnerovi závislý, nebo pokud je jeden partner dominantní a druhý submisivní. V takových případech je možnost otevřenosti mezi partnery pouze částečná (Kasalová a kol., 2020). Úzkostné ženy si často stěžují na nedostatečně blízký a důvěrný vztah se svým partnerem, ale přitom mají samy problémy s otevřeností a sdělováním pocitů. Vyžadují od partnera něco, čeho však nejsou samy častokrát schopné (Kasalová & Praško, 2017). Od partnera chtějí, aby je přijímal takové, jaké jsou, ale paradoxně to samy neumějí. Kasalová a Praško (2017) se domnívají, že spíše než o intimitu ve vztahu s reciproční hlubokou otevřeností jde těmto ženám o uspokojení základních potřeb bezpečí, přijetí a ocenění.

Na základě studie Kardan-Souraki a kol. (2016) lze konstatovat, že podpora komunikačních dovedností může hrát při podpoře intimity v páru významnou roli, vzhledem k tomu, že intimita zahrnuje výměnu hlubokých pocitů a osobních a soukromých myšlenek. Kardan-Souraki a kol. (2016) dále považují dovednost řešit problémy za jeden z nejdůležitějších faktorů pro zvýšení shody a intimity v partnerském vztahu, jelikož pomáhá partnerům vyhodnotit vhodné řešení jejich problémů a najít větší smysl pro spolupráci

a empatii. Hloubka intimity je vázána na schopnost správné, efektivní a jasné komunikace s vyjádřením pocitů, potřeb a tužeb. Dle výsledků této studie pomáhá sebeodhalení a empatická reakce ke zvýšení intimity, protože pokud si partneři důvěřují a sdílejí své myšlenky, pocity a vnitřní realitu, pomáhá jim to posílit intimní komunikaci. Kardan-Souraki a kol. (2016) také uvádějí, že sexuální výchova a poradenství pomáhá partnerům získat dostatečné znalosti z této oblasti a mohou tak podniknout účinné kroky k řešení svých sexuálních problémů a posílení intimity.

#### **2.11.4. Partnerské konflikty**

Papp a kol. (2007) zjistili, že vyšší míra psychických potíží se jeví jako jedinečný předpoklad negativních (behaviorálních a emocionálních) projevů při konfliktní situaci. Problémy v partnerském vztahu mohou být důsledkem nedostatečného porozumění vlastnímu chování. Úzkostní jedinci zejména neumějí porozumět příčinám vzniku negativních emocí, které se v partnerském soužití objevují. Takovým emocím mají tendenci se vyhýbat, potlačovat je nebo od nich odvádět pozornost k tělesným příznakům úzkosti. v mezilidských vztazích mohou zažívat řadu nedorozumění, desinterpretací a často hůře komunikují (Kasalová & Praško, 2017). Distres v intimních vztazích je hlavní motivací jedince, aby vyhledal psychologickou pomoc (Papp a kol., 2007), při léčbě úzkosti a deprese je účinná párová terapie (Baucom a kol., 1998).

#### **2.11.5. Dysfunkční komunikace**

K problémům v komunikaci u jedinců s úzkostnými poruchami dochází různým způsobem a v různé míře v závislosti na typu úzkostné poruchy. Úzkostnost může negativně postihovat obě základní složky komunikace, a to a) porozumění tomu, co partner sděluje a b) exprese, tedy vlastní vyjádření. K problémům může docházet tedy jednak kvůli nepřesné interpretaci partnerova chování a jednak kvůli nedostatečně rozvinuté dovednosti komunikovat. V takových situacích se při komunikaci objevují maladaptivní stereotypní reakce, které Ján Praško nazývá komunikačními zlovyky. Vyskytují se za stereotypního přispění obou partnerů, nikoliv pouze úzkostného jedince. Mezi zlovyky při naslouchání řadí čtení myšlenek, přerušování a skákání do řeči, nedostatek zpětné vazby a neverbální odmítání. A mezi zlovyky při sdělování zahrnuje vyjadřování pocitů oklikou, neupřímnost, nejasnost sdělení, přehánění, značkování, zevšeobecňování, připisování úmyslu, překrucování skutečnosti, nesoulad slovního a mimoslovního projevu, únik od tématu a přehnané emoční reakce (Praško, 2005b).

U úzkostných jedinců se nejčastěji vyskytují chybné interpretace partnerova chování v souvislosti s vlastními pocity ohrožení, nepřijetí, nedocenění, nedostačivosti či křivdy z nenaplněných potřeb. Při komunikaci se projevují buď nadměrně podbízivě, ze strachu z odmítnutí nevyjadřují vlastní potřeby, nebo naopak reagují útočně, vyčítají a nutí partnera, aby jejich základní potřeby naplnil, a tím snížil úzkost či jiné nepříjemné pocity komunikujícího. Při dysfunkční komunikaci dochází ke vzájemnému znehodnocování partnerů a vznikají pocity nespokojenosti a podrážděnosti, které mohou vyústit do úzkostné poruchy nebo zhoršit její projevy (Kasalová & Praško, 2017).

### **2.11.6. Narušení dosud stabilní rovnováhy ve vztahu**

Důsledkem psychické poruchy může být narušení symetrie ve vztahu, tedy narušení rovnoměrného postavení partnerů. K asymetrii může dojít tím, že zdravý partner získá dominantnější postavení, anebo tím, že nemocný partner ovládá zdravého svou nemocí. Jedinec s psychickou poruchou může mít na zdravého partnera zvýšené nároky, aniž by se mu dostalo reciproční odměny. Zdravého partnera můžou projevy a důsledky poruchy iritovat, může změnit své chování a postoje vůči nemocnému partnerovi (Kasalová & Praško, 2017).

### **2.11.7. Stigmatizace a sebestigmatizace**

Na postoji jedince s úzkostnou poruchou k sobě samému se odráží vliv příbuzných, odsuzování, ponižování, viktimizace pacienta a také osobnost partnera. Emoční zranitelnost u těchto jedinců způsobuje omezenější a labilnější vztahy. Jedinec s úzkostnou poruchou potřebuje, aby ho partner zabezpečoval a chránil, a proto se mu ve většině věcí podřídí. Partner pacienta se tak často dostává ve vztahu do dominantnější pozice a začne nemocného partnera, který je na něm závislý, podceňovat (Kasalová & Praško, 2017). Často dochází k nálepkovací či značkovací reakci typu „bláznivka“, „hysterka“, „všechno přehání“, které odkazují na stigmatizující postoje (Ocisková & Praško, 2015).

Erving Goffman (1986) poukázal na to, že stigmatizovaný jedinec je často považován za někoho, kdo je méně než člověk. V důsledku stigmatizace dochází k určité formě diskriminace ze strany společnosti. Stigmatizace obsahuje čtyři základní komponenty: 1) značkování, 2) stereotypie, 3) separace a 4) ztráta pozice a diskriminace (Thornicroft a kol., 2009 v Ocisková & Praško, 2015). Stigmatizace jedinců s psychickými poruchami je spojena s předpokladem o jejich morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině. Ve

společnosti existují stigmatizující koncepty o psychicky nemocných. Rozšířilo se přesvědčení, že psychické poruchy nejsou pravé nemoci, že tyto jedinci předstírají nemoc, vymýšlí si, zbytečně naříkají a vyhýbají se odpovědnosti. Společnost pak požaduje, aby byli odpovědní za své chování a odmítli roli nemocných, je potřeba k nim přistupovat tvrdě, aby nenaříkali. Dále se o psychicky nemocných předpokládá, že jsou nebezpeční, nakažliví, slabí a vinní, což ústí v přesvědčení, že je potřeba je kontrolovat, umravnit, izolovat, požadovat od nich, ať se snaží a dají se dohromady (Ocisková & Praško, 2015). Pro některé jedince je nepřijatelný fakt, že jejich partner trpí psychickou poruchou, protože to negativně ovlivňuje i je. Brání se tomu tím, že úzkostného pacienta odrazují od návštěvy psychiatra, léčby psychofarmaky i psychoterapií a naléhají na něj, aby se vzchopil (Kasalová & Praško, 2017). Nedostatek znalostí o problematice úzkostných poruch může vést k tomu, že s úzkostným jedincem ostatní omezí komunikaci a kontakt a partner mu bude věnovat minimum času (Ocisková & Praško, 2015).

Somatické příznaky úzkosti jsou partnerem snášeny lépe a vzbuzují u něho často sympatie, jelikož má nutkání úzkostného partnera chránit. Například při panické poruše jsou příznaky natolik dramatické, že se partner domnívá, že jde o vážné onemocnění. U úzkostného jedince se můžou objevit autostereotypy<sup>2</sup>, může pociťovat slabost, nedostatek odvahy či plachost. V takových případech mohou autostereotypy bránit v léčbě, protože pak mají tyto jedinci pocit, že je to součástí jejich charakteru a osobnosti, kterou nelze změnit (Kasalová & Praško, 2017).

U těchto jedinců může docházet k internalizaci stigmatu. Proces internalizace, při kterém jedinec přijímá za své negativní stereotypy, prochází třemi fázemi. V první fázi se jedinec setkává se sníženým přijetím od okolí, začíná si uvědomovat stereotypy, které okolí vedou k tomu, že s ním není nakládáno jako s rovnocenným partnerem. Jakmile si stigmatizovaný jedinec stereotypy uvědomí, začne s nimi souhlasit. V poslední fázi s těmito tvrzeními souhlasí a aplikuje je sám na sebe, čímž je završen proces internalizace (Corrigan a kol., 2009). Sebestigmatizace může být v partnerském vztahu vážnějším problémem, jelikož má úzkostný jedinec vůči partnerovi pocit viny, cítí se méněcenný, někdy také poníženečně vděčný za to, že s ním partner zůstává a může se objevit tendence mu sloužit. Objevují se i opačné tendence, kdy dochází k vyčítání stigmatizujících postojů partnerovi, aniž by je partner vyjádřil, či vůbec nějaké měl. Úzkostný jedinec se může na své psychické problémy

---

<sup>2</sup> Autostereotypy jsou představy a mínění, které mají příslušníci určité skupiny o sobě samých, tedy například psychicky nemocní o psychicky nemocných (Ocisková & Praško, 2015).



vymlouvat a vyžadovat od ostatních přizpůsobení jeho situaci. V neposlední řadě může také partnera kontrolovat a kritizovat (Kasalová & Praško, 2017).

### **2.11.8. Rozvodovost**

Kessler a kol. (1998) ve své studii potvrzují, že psychické poruchy vedou ke zvýšené pravděpodobnosti rozvodu. Rozpad vztahu však snášejí jedinci s úzkostnými poruchami podstatně hůře, zesilují se u nich pocity ohrožení, neschopnosti, opuštění či osamělosti (Kasalová & Praško, 2017). McLeodová (1994) konstatuje, že nízká kvalita manželství u úzkostných jedinců může souviset se strategií výběru partnera. Jejich strategie jsou často ovlivněny nedostatečnými sociálními dovednostmi a vybírají si tak nevhodného partnera. Yoon a kol. (2007) se domnívají, že je pro léčbu úzkostných pacientů také nutné věnovat pozornost léčbě páru jako celku.

## **2.12. Nejčastější problémy u vybraných úzkostných poruch**

### **2.12.1. Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)**

U jedinců s generalizovanou úzkostnou poruchou je charakteristická zvýšená interpersonální závislost (Yoon & Zinbarg, 2007). To vede k výrazně vyšší pravděpodobnosti, že tito jedinci vstoupí do manželství nebo do vztahu podobného manželství než jedinci, kteří mají jiné psychické poruchy než GAD. Na základě dřívějších výzkumů (McLeod, 1994; Whisman, 1999; Whisman a kol., 2000) je zřejmé, že se ve vztazích jedinců s GAD objevuje vyšší míra manželského distresu a že jsou takové vztahy vystaveny zvýšenému riziku rozpadu (Kessler a kol., 1998). Whisman a kol. (2000) došli ve své studii k závěru, že mezi 9 psychiatrickými diagnózami (zahrnující úzkostně-depresivní syndrom, máni, dystymii, sociální fobii, agorafobii, panickou poruchu, depresivní poruchu, GAD a závislost na alkoholu) je GAD nejsilnějším prediktorem manželské nespokojenosti u mužů i u žen.

### 2.12.2. Panická porucha

Lidé trpící panickou poruchou mají strach z opuštění, ale současně také strach z připoutanosti ke druhé osobě (Manassis a kol., 1994). Dle Praška (2005a) mají potřebu kontrolovat své blízké vztahy, a tak se snaží zároveň vyhnout samotě i nadměrné blízkosti, vysoká míra kontroly je však nedosažitelná, a proto trpí chronickým pocitem nekontrolovatelnosti a napětí.

Psychoanalytický model spojuje panickou poruchou se ztrátou rodiče v dětství nebo s historií separační úzkosti (Praško, 2005a). Dle Kaplana a Sadocka (2017) oživuje pocit samoty na veřejných místech bez možnosti pomoci dětskou úzkost z opuštění. Jedinci s panickou poruchou jsou ve srovnání s kontrolní skupinou častěji v rané fázi jejich života oddělení od matky či od obou rodičů (Kasalová a kol., 2020).

Mezi dopady panické poruchy na život páru patří zejména změny v životním stylu (např. omezení cestování), omezení rodinného a pracovního fungování (Kasalová a kol., 2020) a sexuální nesoulad (Praško, 2005a). Panické ataky také predikují vývoj dalších psychických onemocnění, například další úzkostné poruchy či deprese (Praško, 2005a).

Panická porucha a agorafobie se projevují vyhýbavým a zabezpečovacím chováním, což může významně ovlivnit i partnerský vztah (Markowitz a kol., 1989). Partneri lidí trpících panickou poruchou se často cítí ve vztahu svázáni. V těžkých případech panické poruchy musí být dotyčnému neustále někdo nablízku, aby mu mohl pomoci. Cítí výrazné omezení a dochází ke konfliktům, které zhoršují panickou poruchu. V některých případech to však může partnerovi vyhovovat kvůli pocitu dominance a potřebnosti ve vztahu či pocitu hodnoty (Kasalová & Praško, 2017).

Závažnost panické poruchy a agorafobie souvisí s nedostatkem partnerské podpory a naopak pozitivní sociální podpora je pro tyto jedince prospěšná. Tato skutečnost zdůrazňuje důležitost partnera při zvládnání psychické poruchy. Integrace obou partnerů do terapie je vhodným řešením, aby se partner psychicky nemocného naučil optimálně podporovat a reagovat na chování pacienta, aniž by nepodporoval udržování poruchy (Kasalová a kol., 2020).

### 2.12.3. Sociální fobie

Jedinci se sociální fobií jsou méně zdatní ve všech mezilidských vztazích včetně partnerských vztahů (Pollock & Andrews, 1989). Zhruba 25 % sociálně úzkostných jedinců nikdy nezažilo partnerský vztah (Beidel a kol., 1985). Sociální úzkost se vyznačuje intenzivním strachem ze sociálních interakcí, ve kterých existuje riziko negativního hodnocení ostatními nebo při kterých může jedinec pociťovat stud (APA, 2022) a je často spojována s omezeným sociálním fungováním a omezenými podpůrnými vztahy (Davidson, Hughes, George, & Blazer, 1993). Tito jedinci mají potíže s navazováním a udržováním milostných vztahů a je méně pravděpodobné, že vstoupí do manželství (Schneier a kol., 1994).

Sociální úzkost je v partnerském vztahu spojena jak s vyhýbáním se intimitě, tak s nadměrnou závislostí na partnerovi kvůli emoční podpoře (Darcy, Davila, & Beck, 2005). Afram & Kashdan (2015) zjistili, že vyhýbavé chování se objevuje, pokud jedinec pociťuje hrozbu z odmítnutí, zatímco závislé chování, pokud náznaky hrozby chybí.

Porter & Chambless (2014) zjistily, že čím silnější sociální úzkostí ženy trpí, tím více vnímají od svého partnera nedostatečnou podporu. Na druhou stranu lidé trpící sociální úzkostí mají menší sociální okruh, a tudíž mohou být více závislí pouze na podpoře od svého partnera. Stále však zůstává otázkou, zdali tito jedinci touží po větší, menší nebo stejné podpoře od svého partnera jako jedinci bez sociální úzkosti.

Jedinci se sociální fobií pociťují vyšší úroveň kritiky vůči jejich osobě, což může být příčinou některých obtíží ve vztahu. K problémům však může přispívat i to, že jsou tito jedinci sami velmi kritičtí (Porter a kol., 2019).

U osob s nižším stupněm sociální úzkosti je dlouhodobě prospěšné a vztah posilující, pokud s blízkou osobou sdílí negativní pocity, zatímco nesdělování těchto pocitů vede ke zhoršení vztahu. Naopak u osob s vysokou mírou sociální úzkosti má nesdělování negativních emocí tendenci vztah zlepšovat (Kashdan a kol., 2007).

Pro budování kvalitního vztahu je nezbytná schopnost prožívat intimitu a sebeodhalit se. Těchto dvou faktorů se však lidé se sociální fobií obávají a nedokážou je ve vztahu projevit, což má za následek nespokojenost (Kasalová & Praško, 2017). Porter a Chambless (2014) ve své studii zjistily, že vyšší sociální úzkost souvisí s vnímáním intimity jako rizikovější a muži i ženy vnímají své romantické vztahy za méně emocionálně intimní. Tento fakt může plynout ze strachu z utrpení nebo odmítnutí.

#### **2.12.4. Specifické fobie**

V běžné populaci trpí velké množství lidí nějakou specifickou fobií. Pokud v partnerském vztahu trpí fobií žena, nemá to podle McLeodové (1994) vliv na kvalitu manželství. Pokud fobií trpí muž, je ze strany obou partnerů pocíťován negativní dopad na partnerství. Společensky je akceptovatelnější, pokud má strach žena, jelikož je u mužů společností vyžadována odvaha. Fobie u mužů je v manželském soužití vnímána jako rušivější element. Pokud v páru trpí nějakou fobií oba partneři, je to snášeno lépe, zejména manželky jsou více chápající k projevům manželovy fobie (Shumaker & Brownell, 1984).

Partnerský vztah může být specifickou fobií výrazně ovlivněn, zejména pokud fobie zasahuje do trávení volného času, nebo pokud musí partner dotyčného doprovázet či za něho vykonávat určité činnosti. Partneři těchto jedinců mohou na potíže reagovat buď nadměrnou ochranou a mohou získat z fobie určité zisky, například závislost partnera či menší obavy z nevěry, anebo se může stát, že budou kritičtí a útoční, jelikož nebudou chtít vyjít vstříc požadavkům fobického partnera (Kasalová & Praško, 2017).

### **3. PRAKTICKÁ ČÁST**

Pro svou analýzu jsem využila data z grantového projektu doc. Mgr. et Mgr. Jitky Lindové, Ph.D. „Manipulativní a dominanční strategie v konfliktech partnerských dvojic s normálním osobnostním profilem a s úzkostnou osobností.“, který probíhal v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech v letech 2017 až 2021. Participanti byli rekrutováni prostřednictvím inzerátů na sociálních sítích a účast na studii byla honorována částkou 1 000 Kč/pár.

#### **3.1. Výzkumné otázky**

Cílem této analýzy je prozkoumat rozdíly v partnerském vztahu u úzkostných a neúzkostných žen ve dvou vybraných otázkách z rozhovoru: „V čem se potřebujete?“ a „V čem se podporujete?“. Pro jejich komparaci jsem využila nahrané rozhovory a jejich přepisy, které jsou uloženy v Národním ústavu duševního zdraví.

##### Výzkumné otázky:

- 1) Jak se liší partnerská podpora u úzkostných a neúzkostných žen?
- 2) V čem svého partnera potřebují úzkostné ženy a jak se tím liší od neúzkostných žen?

#### **3.2. Výzkumná strategie**

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, jelikož jsem se chtěla touto tematikou zabývat podrobně a získat větší množství informací od malého počtu lidí. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila především na subjektivní prožívání zvolených partnerských vztahů u úzkostných žen a jejich partnerů, k čemuž je kvalitativní strategie vhodným nástrojem. Dle mého názoru je jedinou nevýhodou nemožnost zobecnit výsledky na celou populaci. Hendl (2005, s. 223) označuje proces práce s daty v kvalitativní analýze jako „systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvality a vztahy“.

### 3.3. Techniky sběru dat

Účastníkům byla na e-mail zaslána sada standardizovaných dotazníků - ECR-R-16, DAS, RPCS a STAI, které dvojice partnerů donesly vyplněnou osobně v den jejich účasti na projektu. Použité dotazníky jsou vloženy do přílohy bakalářské práce.

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

Dotazník *Prožívání blízkých vztahů* (ECR-R-16) sestává z 16 výroků, které popisují, jak se cítíte v citově blízkých vztazích, například „*Ohledně svých vztahů si dělám hodně starostí.*“ nebo „*Blízkost milostného partnera/partnerky je mi velmi příjemná*“. Participant má za úkol ke každému výroku přiřadit číslo na stupnici od 1 do 7, s tím že 1 znamená „vůbec nesouhlasím“ a 7 „úplně souhlasím“. Cílem dotazníku je zjistit, jak jedinec prožívá blízké/partnerské vztahy obecně, nejde nutně o to zjistit, jak prožívá současný vztah. Dotazník ECR-R-6 obsahuje dvě subškály pro hodnocení úzkostnosti a vyhýbavosti. Podle skóre se tak měří partnerský attachment<sup>3</sup> (vztahová vazba) jedince (Kašćáková a kol., 2016).

#### 3.3.2. Dyadic Adjustment Scale (DAS)

Autorem dotazníku *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) je Graham B. Spanier (1976), později byl do češtiny přeložen a validován Stanislavem Kratochvílem (2006). Obsahuje 32 otázek a využívá se pro měření partnerského přizpůsobení a kvality partnerského vztahu. Čím vyššího skóre respondent dosáhne, tím větší je jeho přizpůsobivost a kvalita vztahu. Dotazník postihuje všechny důležité oblasti související s kvalitou partnerského vztahu, které jsou rozděleny do čtyř subškál: partnerská spokojenost, partnerská soudržnost, shoda v partnerském vztahu a vyjadřování emocí (Fišerová, 2019).

#### 3.3.3. Romantic partner conflict scale (RPCP)

Dotazník *Romantic partner conflict scale* (RPCS) obsahuje v původní verzi 39 položek v 6 subkategoriích a byl vytvořen s cílem zkoumat proces všedních sporů v partnerském vztahu. V použité české verzi obsahuje dotazník 40 tvrzení s odpověďmi na čtyřstupňové škále (1 = silně souhlasím, 4 = silně nesouhlasím). Vyšší skóre v jednotlivých subškálách

---

<sup>3</sup> Attachment neboli citová vazba či připoutání je trvalé emocionální pouto, které se projevuje attachmentovým chováním. Tím je jakákoli forma chování skrze kterou udržuje jedinec blízkost k požadované osobě. Partnerský attachment lze rozdělit do 4 typů: jistý, úzkostný, vyhýbavý a úzkostně-vyhýbavý (Fraleay, 2019).

značí častější využívání daného stylu v rámci konfliktních situací. Styly dělíme na: kompromisní, dominantní, separační, submisivní, vyhýbavý a reaktivní (Fišerová, 2019).

### **3.3.4. State-trait anxiety inventory (STAI)**

Dotazník STAI je běžně používaným měřítkem rysové úzkostnosti a aktuálního stavu úzkosti. Může být použit v klinickém prostředí k diagnostice úzkosti a k odlišení od depresivních syndromů. Dotazník obsahuje 20 výroků pro hodnocení rysové úzkosti a 20 pro stavovou úzkost. Mezi položky stavové úzkosti patří: „Jsem napjatý/á. Mám obavy“ a „Cítím se klidně. Cítím se bezpečně.“ Mezi položky rysové úzkosti patří: „Příliš se trápím kvůli něčemu, na čem ve skutečnosti nezáleží.“ a „Jsem spokojený/á. Jsem stálý člověk.“ Všechny výroky jsou hodnoceny na 4bodové Likertově škále, od „téměř nikdy“ po „téměř vždy“. Vyšší skóre odkazuje na vyšší úzkost (APA, 2011).

### **3.3.5. Rozhovory**

Rozhovory byly vedeny pomocí návodu, který obsahoval seznam otázek, jež bylo nutné v rámci interview probrat. Návod obsahoval několik okruhů otázek zaměřených na různé aspekty vztahu seřazených v logickém pořadí od obecných informací až po nejdůležitější a citlivá témata (Hendl, 2016).

První okruh otázek zjišťuje faktické informace o partnerském vztahu jedince, jak dlouho partnerský vztah trvá, jak dlouho spolu partneři bydlí, jak tráví společný čas a jak řeší finance. Druhý okruh otázek se zaměřuje na partnera, na jeho vlastnosti a osobnost. Třetí část zjišťuje informace o seznámení, kdo vztah inicioval, jak dlouho spolu chodili a jak se vztah dále vyvíjel. Čtvrtá část rozhovoru se zabývá kvalitou vztahu, jak by partneři vztah zhodnotili, zdali jim připadá v pořádku a také jak se v něm cítí. V pátém okruhu zjišťujeme pozitivní aspekty vztahu, s čím jsou ve vztahu spokojení, v čem druhého partnera potřebují a zdali je vztah takový, jaký si ho představovali. V navazující části se otázky zaměřují na konflikty, kdy a kvůli čemu se spory objevují, jak vypadá běžná hádka a kdo ji jak řeší. A v poslední části se během rozhovoru dozvídáme o vztahu v souvislosti s nemocí, jak vztah ovlivňuje, zdali mají partnerské spory vliv na jejich zdravotní stav a jak se to projevuje.

Dvojice byly v rámci rozhovoru taktéž testovány pomocí dvou interaktivních procedur zaměřených na řešení sporu, jednou z nich bylo řazení obrázků a druhou partnerské drama. Na konci rozhovoru měli participanti za úkol popsat typickou situaci sporu a přehrát ji nejdříve spolu s figurantem a následně i s partnerem.

### **3.4. Příprava a metody zpracování dat**

Rozhovory nahrané na kameru jsem doslovnou transkripcí přepsala do textové podoby a následně provedla jejich analýzu pomocí otevřeného kódování. Po transkripci a prvním seznámení s daty jsem se snažila lokalizovat v textu určitá témata a přiřazovat jim označení. Kódy jsou symboly přiřazené k úseku dat tak, aby je klasifikovaly a pomohly k jejich interpretaci. Otevřené kódování mi pomohlo data popsat a kategorizovat. Témata se vztahují k položeným výzkumným otázkám a k přečtené odborné literatuře. V této fázi jsem dospěla k seznamu témat, který mi umožnil vidět témata v celku a následně si je utřídit a zorganizovat (Hendl, 2016).

### **3.5. Etické otázky výzkumu a vedení rozhovorů**

Participantů podepsali informovaný souhlas ohledně zajištění jejich anonymity a možnosti kdykoli dobrovolnou účast přerušit. Participantů byli obeznámeni o průběhu a okolnostech výzkumu. Během rozhovorů byli tázáni na emočně citlivé záležitosti, a proto bylo nezbytné zajistit emoční bezpečí. Získaná data byla pod kódy dvojice uložena pod heslem na úložiště, ke kterému mají přístup pouze členové výzkumného týmu z projektu doc. Mgr. Jitky Lindové, Ph.D. S daty bylo nakládáno v souladu s nařízením č. 679/2016 o ochraně osobních údajů fyzických osob.

### **3.6. Způsob výběru a popis vzorku**

Podmínkou participace v projektu doc. Mgr. et Mgr. Jitky Lindové, Ph.D. byla účast obou heterosexuálních partnerů české nebo slovenské národnosti ve věku mezi 18 a 45 lety s minimální délkou trvání vztahu šest měsíců a minimální délkou soužití tři měsíce. Celkem se studie účastnilo 209 partnerských dvojic.

Ve své práci jsem se zaměřila na rozhovory všech 7 úzkostných žen ze souboru osob, které jsem následně porovnávala s kontrolní skupinou žen, abych zhodnotila rozdíly v jejich partnerských vztazích. Úzkostné ženy byly z celého souboru osob vybrány pomocí výsledků z dotazníku STAI (State-trait anxiety inventory), který participantů vyplňovali. Kontrolní skupinu žen jsem vybírala jednotlivě podle stejného věku, stejné délky vztahu, dosaženého vzdělání a případně i podle počtu dětí.



Úzkostným ženám jsem pro zachování anonymity ve své bakalářské práci přiřadila kód ÚZ (úzkostná žena) + číslo od 1 do 7 a ženám z kontrolní skupiny kód KO (kontrolní žena) a stejná číslo jako u úzkostných žen.

### **3.6.1. ÚZ1 + KO1**

Úzkostné ženě ÚZ1 je 23 let, má dokončenou střední školu a stále studuje, bydlí s přítelem, se kterým je ve vztahu 17 měsíců. S partnerem bydlí od začátku jejich vztahu. ÚZ1 trpí úzkostně-depresivním syndromem, v rozhovoru zmiňuje hospitalizaci na psychiatrii a užívání psychofarmak. KO1 byla přiřazena na základě stejného věku a stejného ukončeného vzdělání. Také je studentkou a bydlí se svým partnerem, se kterým je 16 měsíců a bydlí společně necelý rok.

### **3.6.2. ÚZ2 + KO2**

ÚZ2 je 18 let, studuje střední školu, bydlí se svým přítelem a jeho rodiči, partnerský vztah trvá 2 roky a bydlí společně půl roku. Má diagnostikovanou úzkostně-depresivní poruchu a sociální fobii, uvádí subjektivní psychické potíže, u nichž je neznámá příčina a užívá psychofarmaka. Aktuálně se léčí na psychiatrii, nebyla však nikdy hospitalizována. KO2 je také 18 let, studuje střední školu a bydlí s partnerem, se kterým je 2 roky a bydlí společně necelý rok.

### **3.6.3. ÚZ3 + KO3**

ÚZ3 je 20 let, má dokončenou základní školu a v současné době je bez zaměstnání. Bydlí s partnerem, se kterým je 15 měsíců a bydlí společně od začátku vztahu. V dětství jí bylo diagnostikováno ADHD, v současnosti uvádí subjektivní psychické potíže kvůli šikaně v dětství a špatným vztahům v rodině. Trpí úzkostmi a depresemi, užívá psychofarmaka a v minulosti byla léčena na psychiatrii. KO3 je 18 let, studuje střední školu, bydlí se svým přítelem, se kterým je ve vztahu také 15 měsíců a bydlí společně půl roku.

### **3.6.4. ÚZ4 + KO4**

ÚZ4 je 21 let, dokončila střední školu a dále pokračuje ve studiu, má 5 sourozenců a bydlí se svým partnerem, se kterým je 4 roky a 8 měsíců. Bydlí společně 2,5 roku. Udává subjektivní psychické potíže kvůli úzkostem, agorafobii a sklonům k hypochondrii. Užívá psychofarmaka a aktuálně se léčí na psychiatrii s diagnostikovanou úzkostnou poruchou s agorafobií. V minulosti nebyla hospitalizována. KO4 je 22 let, má dokončenou střední

školu, v současnosti studuje i pracuje, také má 5 sourozenců a bydlí se svým partnerem, se kterým je 5 let. Samostatně bydlí 3 měsíce, předtím střídavě u rodičů.

### **3.6.5. ÚZ5 + KO5**

ÚZ5 je 34 let, má dokončenou vysokou školu a pracuje na plný úvazek, bydlí se svým přítelem, se kterým má 10týdenní dceru. Ve vztahu jsou 10 měsíců a bydlí společně 6 měsíců. Uvádí subjektivní psychické potíže kvůli zaměstnání, má diagnostikovanou úzkostně-depresivní poruchu, na kterou užívá psychofarmaka. V současnosti se opakovaně léčí na psychiatrii, hospitalizována nebyla. KO5 je 36 let, má vystudovanou vysokou školu, pracuje na plný úvazek a bydlí se svým manželem a dcerou. Partnerský vztah trvá celkem 9,5 roku, bydlí společně 9 let a manželé jsou 6 let.

### **3.6.6. ÚZ6 + KO6**

ÚZ6 je 41 let, má vystudovanou vyšší odbornou školu, v současnosti pracuje na plný úvazek. S manželem má dvě děti a partnerský vztah trvá 26 let, přičemž společně bydlí 24 let a manželé jsou 11 let. Uvádí úzkostné a depresivní stavy bez známé příčiny, na které užívá psychofarmaka. Aktuálně se léčí na psychiatrii. KO6 je 44 let, vystudovala vysokou školu a pracuje na plný úvazek. S manželem má dvě děti, partnerský vztah trvá přes 22 let a manželství 16 let.

### **3.6.7. ÚZ7 + KO7**

ÚZ7 je 41 let, vystudovala vysokou školu, s manželem je ve vztahu 10 let, sestěhovali se po půl roce vztahu a manželé jsou 4 roky. Mají společně jednoho syna. KO7 je 44 let, vystudovala vysokou školu a s manželem je ve vztahu 10 let. Bydlí společně víceméně po celou dobu jejich vztahu, manželé jsou též 4 roky a společně vychovávají dvě děti.

## 3.7. Kvalitativní analýza

### 3.7.1. V čem se podporujete?

ÚZ1 vyzdvihuje podporu při psychických problémech, intimitu, akceptaci, blízkost, fyzický kontakt, důvěrnost, otevřenost a pomoc při seberozvoji. ÚZ1 v rozhovoru však konstatuje, že mají rozdílné denní režimy a je často vysilující dojít ke kompromisu, staví ale vztah nad tyto problémy a vždy se snaží je překonat. Partner v rozhovoru zmiňuje, že má partnerka úzkostně-depresivní syndrom a také poruchu přizpůsobivosti, vnímá ji jako velice ambiciózní, schopnou a cílevědomou ženu, která však sama sobě nevěří. Domnívá se, že má na mnohem více, než si sama připouští, o čemž se jí také snaží přesvědčit. Nerada tráví čas sama, jelikož se u ní pak objevuje paranoia, obzvláště když je o samotě a ve tmě, čemuž se snaží partner zcela předejít. Na vztahu oceňuje důvěrnost, souznění, intimitu, otevřenost, blízkost, komunikaci a vzájemnou pomoc v nemoci. Partner vidí podporu ve sdílení problémů a následném společném řešení.

ÚZ1 – V čem se podporujete? *„Asi úplně ve všem (smích), protože já mam třeba úzkosti a deprese, takže on vždycky je tam pro mě, pomáhá mi, a i když jsem měla třeba, já nevím, nějaký panický záchvaty, tak vždycky prostě tam byl. A bere mě takovou, jaká jsem, což se mně líbí. Že prostě ví o mně všechno, já o něm jako že taky, a je to takový docela intimní a vlastně úplně ve všem i ve škole, když má někdo problém, tak prostě..“*

Jak konkrétně ta podpora vypadá? *„No vlastně mluvíme o tom, často mě i objímá během toho, no a vlastně říká, že mě má rád, a že to spolu zvládnem, a kolikrát třeba i to probíráme, jako že snažíme se to probírat, kdysi jsem taková otevřená nebyla. Že jsem vlastně si spousta věcí nechávala pro sebe, protože já třeba začala randit až kolem dvaceti, jako že jsem předtím moc jako s těma klukama ne to, a byla jsem spíš uzavřený člověk. No a on mě donutil prostě jako určitý věci si nenechávat pro sebe, a snažit se to nějakým způsobem řešit no.“*

KO1 zmiňuje pouze všeobecnou podporu, on ji podporuje při studiu a ona jeho v práci. Ve vztahu je spokojená, partner je na ni hodný, to předčilo její očekávání, má o ní starosti a dává jí pocit bezpečí. Dle partnera si poskytují podporu ve všem, ve vztahu je partnerka dominantnější, což mu vyhovuje.

KO1 – V čem se podporujete? „*Podporujeme se podle mě úplně ve všem, on mě podporuje ve škole při studiu, já ho podporuju v práci, aby neměl takový nervy a tak. Takže podpora, když jde o dobrou věc, tak se dokážeme podpořit.*“

Partner poskytuje ÚZ2 všeobecnou podporu, často si nevěří, že vytyčených cílů dosáhne a dává jí slova ujištění. V rozhovoru zmiňuje, že se kvalita vztahu odráží na jejím psychickém stavu. Pociťuje strach, že se s ní partner rozejde, i přes to, že vztah považuje za šťastný. Ve vztahu si hodně zakládá na blízkosti, nemusí se stydět cokoliv partnerovi říci. Oceňuje, že se partner zajímá o její pocity a vždy se snaží vše vyřešit. Partner zmiňuje, že má ÚZ2 problémy komunikací s cizími lidmi, převzal za ni část odpovědnosti, většinu věcí zařizuje on. Ve vztahu málokdy projevuje svůj názor, je submisivní, což mu vadí. Partnera podporuje v uměleckých zájmech a on se snaží rozvíjet její komunikační dovednosti.

ÚZ2 – V čem se podporujete? „*Určitě. On se mě snaží dost podporovat ve věcech, ale já jsem taková, že furt se k tomu nemůžu dokopat, ale podporuje mě v tom, abych to dál dělala. No tak jako kolikrát to je, jakože si řeknu, já studuju uměleckou, takže si řeknu "neumím kreslit, že mi to jako nejde" že něco nezvládnou, tak mě jako podporuje, že jak kreslit umím, že jako to zvládnou a takovýhle.*“

A jak podporujete vy jeho? „*No právě, ono je to takový, že jako ho podporuju, ale zároveň mám takovej pocit, jakože to nezvládne, takže jakoby na druhou stranu mu nechci lhát. Jakože mu řeknu, že mu to vážně jako přeju, ale že jako nevím jestli to vyjde, protože se zas bojím, aby z toho pak nebyl zklamanej. Takže na jednu stranu se bojím, že když mu budu furt jenom říkat, jak to všechno půjde, tak z toho pak bude špatnej. Takže mu řeknu, že mu věřím, že to zvládne, ale že musí počítat i s tím, že to nevyjde.*“

KO2 partnera podporuje při studiu a práci, jeho podporu naopak spíše nepociťuje, při zmínce o problému obrací partner pozornost na sebe a nekomunikuje s ní o tom. Partner udává oboustrannou podporu. Ve vztahu je spokojená, ačkoliv ji nevyhovuje rozdělení domácích prací, partnerovy negativní osobnostní rysy a velké množství společného času. Kvůli jeho cholerické povaze se často hádají.

KO2 – V čem se podporujete? „*Jakoby asi mě nemá úplně v čem podpořit. On mě moc neposlouchá, takže jako já když mám něco, v čem bych třeba*

*potřebovala podpořit, tak on začne mluvit o něčem jiným úplně, jako bych to neřekla. Podporu z jeho strany spíše necítím“*

*Jak podporujete vy jeho? „Hmm, tak já ho určitě podporuju ve studiu, ale asi v ničem jiném, protože on stejně nic jiného nedělá. (smích) No teďka si třeba hledá vysokou školu, tak se ho snažím podpořit, prostě mu snažím pomoci s tím výběrem. Tak s tím no. Ještě jako v práci se ho snažím podporovat, ale to mi moc nejde. Nechodí tam rád.“*

ÚZ3 při otázce „Jaký je Váš vztah?“ nejdříve zmínila, že už není takový jako býval, vzápětí se rozplakala a nebyla si jistá tím, že o tom dokáže mluvit. Dříve se jí více věnoval, byl pozornější, chybí jí psychická blízkost. Posledního půl roku se cítí ve vztahu nespokojená, ale neumí si představit být bez něj, nechce o vztah přijít, jelikož do něj už mnoho investovala a už je na partnera zvyklá. Přítel se údajně debatě o těchto problémech vyhýbá, protože je mu nepříjemné se o tom bavit. Z analyzované otázky vyplývá stejný problém, partnerská podpora z jeho strany významně klesla v porovnání s někdejší stavem. Partner ji popisuje jako poslušnou, submisivní, ona to tak vnímá také, raději partnera poslechne a přizpůsobí se, aby nedošlo k hádce. Partner říká, že jí to občas vadí a má pocit, že moc diktuje, ačkoliv prý pochopí, že to myslí dobře. Zmiňuje, že si vůči ní často připadá jako otec, který vychovává svou dceru.

ÚZ3 – V čem se podporujete? *„Jakoby jak kdy, já, když je tam nějaká taková ta podpora z jeho strany tak je tam jakoby hrozně, hrozně jakoby třeba nízká s tím jak byla třeba na začátku.“* Jo, když to porovnáte. A v čem vás třeba na začátku podporoval? *„Třeba psychicky mě hodně podporoval, protože jsem mívala různé deprese a úplně jsem bývala psychicky na dně dřív, tak mě jakoby dost podporoval v tomhle. S tím bydlením, že jakoby vždycky včas zaplatil nájem a teď už na to kašle mi přijde, že už prostě tu zodpovědnost vůči tomu jako nemá jako měl dřív.“*

A podporujete vy v něčem jeho? *„On jakoby nepotřebuje tu podporu.“* Nepotřebuje? (vrtí hlavou) *„Takže jakoby on kdyby jí potřeboval, kdybych viděla, že on je třeba na dně a že by ta podpora v nějakou situaci se hodila, tak určitě by jí ode mě měl, ale jakoby nedává žádný náznak toho, že by tu podporu potřeboval.“*

KO3 uvádí, že se navzájem podporují ve svých zálibách. Partnera v rozhovoru hodnotí pozitivně, hlavně ve vztahu k její osobě, naslouchá jí, vnímá její potřeby a ochraňuje ji. Při konfliktu se objevuje tendence ke společnému řešení a oba se během krátké doby uklidní. Adaptace na společné bydlení byla zpočátku náročná, ale nyní se to stabilizovalo. Ve vztahu je spokojená s otevřeností komunikace. Podle obou partnerů odpovídá vztah jejich představě. Partner ji hodnotí pouze pozitivně a ve vztahu oceňuje porozumění. Vztah má pro něj velkou hodnotu, je spokojený se společným řešením problémů, otevřeností, spoluprací a rychlým uzavíráním hádek. v odpovědi zmiňuje všestrannou podporu.

*KO3 – V čem se podporujete? „No já mám třeba hodně ráda kosmetiku jako takhle, tak on mě podporuje v tomhle a on miluje fotbal a já s ním chodím třeba na zápasy a takhle. No já třeba sleduju YouTube bloggerku, ona teď byla v Praze, on tam se mnou šel, abych se s ní vyfotila a popovídala a on tam se mnou šel. Takže se mnou chodí na takový ty beauty akce.“*

ÚZ4 zdůrazňuje, že jsou s partnerem oba citlivější a navzájem se podrží, když je něco trápí. Partnera popisuje jako extravertního, komunikativního, hodného a starostlivého. Zmiňuje, že jí občas dělá „tatínka“, jak moc je starostlivý, hlavně při agorafobickém strachu. Vztah popisuje jako důvěrný, cení si otevřenosti komunikace a považuje ho spíše za přátelský než vášnivý. Na partnerovi si cení důvěry, podpory, empatie a pomoci při psychických problémech. Vztah je podle ní lepší, než očekávala. Přítel ji má bezmezně rád, ale občas jí vadí, že jí příliš ustupuje a podřizuje se jí. Podle ÚZ4 se vztah díky jejím psychickým potížím upevnil, je k partnerovi otevřenější a popisuje své pocity, ale na druhou stranu to nejspíše prohloubilo nerovnoměrné postavení partnerů.

Partner vidí partnerskou podporu především v tom, že si navzájem zvedají sebevědomí a pomáhají si při rozhodování. Partnerku popisuje jako tišší, pomalu si buduje důvěru k ostatním a pak se teprve otevře. Považuje ji za cílevědomou, ale občas sama sobě nevěří a raději počítá s neúspěchem, aby nebyla zklamaná. Když ji něco zraní, tak má tendenci se uzavírat do sebe, partnerovi se však většinou svěří. Podle partnera je vztah založený na důvěře, upřímnosti, otevřenosti komunikace a psychické podpoře. Domnívá se, že je pro oba důležité si navzájem přinášet radost, podporovat se a věřit si. Psychické potíže partnerky se projevují na frekvenci sexuálního života a dále na způsobu komunikace partnera, v krizových situacích více přemýšlí o tom, co a jak říci. Na druhou stranu psychické potíže také pozitivně ovlivňují partnera, protože vidí, že je schopen ji svou přítomností a slovy

uklidnit. Mezi typické témata sporu patří způsob sdělování kritiky, pokud partnerce něco vadí, řekne to razantněji, ale zároveň je sama na takové chování citlivá.

ÚZ4 – V čem se podporujete? *„Já si myslím, že oba navzájem jak jsme oba takový citlivější, tak se v tom jako navzájem podporujeme a nějak nenecháme toho druhého, aby se utápěl v nějakých svých melancholiích. Ten, který je zrovna jako vyrovnanějším, tak toho druhého nějak podrží.“*

KO4 zmiňuje, že ji partner podporuje při studiu, pomáhá jí s povinnostmi a také její rodině. Ona jeho podporuje v podnikání a zálibách. Podle KO4 jsou si s partnerem charakterově podobní, partnera popisuje jako vtipného, pozorného, starostlivého a je rád středem pozornosti. Ve vztahu si cení stejného smyslu pro humor a názorového souznění. Vztah předčil její očekávání a je spokojená s velkým množstvím času, který spolu tráví. Partner také udává podporu při podnikání a partnerce poskytuje všestrannou podporu. Se vztahem je spokojený, vždy se dokážou společně domluvit, mají společné kamarády a koníčky a vyhovuje mu sexuální život.

KO4 – V čem se podporujete? *„Hmm, tak mě přítel podporuje asi ve studiu.“* a jak taková podpora z jeho strany vypadá? *„No myslím si, že když prostě potřebuju a něco nestíhám, tak se snaží mi nějak ulehčit práci nebo udělat něco za mě, nemyslím úplně v tom studiu, ale spíš takový ty povinnosti, který třeba, nevím, potřebuju něco vyzvednout nebo cokoli a prostě to časově mi nevychází, tak si myslím, že mi v tomhle vždycky pomůže. Nebo třeba i moje rodina, když něco potřebuje, tak jakoby on pomůže.“*

A naopak v čem podporujete Vy jeho? *„Já si myslím, že ho podporuju v tom, co chce dělat, třeba v tom podnikání. Když mám čas, tak se snažím mu pomáhat s tím, co potřebuje, nějaký papírování anebo něco takovýho. A možná ještě, přítel je muzikant, takže asi v tom hraní.“*

ÚZ5 zdůrazňuje všestrannou podporu, navzájem se podporují v zálibách. Vztah popisuje jako harmonický, v partnerovi má oporu, jsou si podle partnerky hodně podobní, mají stejné názory a jednoduše dojdou ke kompromisu. Partnera hodnotí pouze pozitivně, je na ní hodný, umí naslouchat, je komunikativní, upřímný, empatický a spolehlivý. Vztah předčil očekávání. Podle partnera je hodná, sympatická, přitažlivá, pro ostatní by se rozdala a neumí říct „ne“. Ve vztahu je spokojený, oba jsou tolerantní, vyjdou si vstříc a vždy dojdou ke

kompromisu. Partner cení, že ho podporuje v jeho zálibách a on se jí snaží na oplátku pomoci s čím může.

Podle partnera její psychické potíže ovlivňují partnerčin způsob chování, vyhýbá se konfliktům, oba mají raději klid a vždy se domluví. Zpočátku jejich vztahu se kvůli psychickým obtížím objevovaly problémy, poté se začala léčit na psychiatrii a zlepšilo se to. Neměla ráda samotu a byla fixovaná na další osobu, což si partner vysvětluje buď psychickými problémy, anebo tím, že je z dvojčat. S partnerem jsou zvyklí chodit společně do koupelny, pokud tomu tak není, má pocit, že se jim bortí vztah a těžce to nese.

ÚZ5 – V čem se podporujete? „*Ve všem. Ve všem. Snažíme se, abychom dělali i to, co jsme dělali předtím. Karel hraje, zpívá, on má kapelu, takže to mu určitě jako nezakazuju, naopak ho jako podporuju, aby v tom vytrvával a domlouval si koncerty. I doma trénuje, takže to já musím ještě vypilovat, aby měl víc času na sebe a zpívání. Ale když má čas tak hraje a zpívá. A on mě taky podporuje ve všem co chci dělat. Ted'ko pletu, tak mě vždycky chválí, kouká co dělám, předtím jsem malovala, tak mi taky chválil obrazy a tak. Podporujeme se ve všem.*“

KO5 se s partnerem navzájem podporují ve svých názorech, vyznávají podobné hodnoty a utvrzují se ve svém pohledu na svět. Vztah popisuje z hlediska attachmentu za bezpečný, nazývá ho záchrannou sítí a tichou klidnou bezpečnou plavbou. Rozhodnutí činí společně a ve vztahu si cení bezpečí a podpory. Oba partneři si cení spolehlivosti a toho, že je ve vztahu nic nepřekvapí. Partner v odpovědi zmiňuje oporu, když se mu něco nedaří, nebo když je nejistý, tak ví, že to s partnerkou zvládne.

KO5 – V čem se podporujete? „*No, ve svých názorech asi, ve svých světonázorech, řekla bych, protože myslím, že vyznáváme podobný hodnoty, tak se utvrzujeme vlastně ve svém pohledu na svět.*“ (směje se)

ÚZ6 zmiňuje podporu v osobních zájmech, navzájem se v nich neomezují a tolerují je. Partner rodinu podporuje finančně a poskytuje jim jistotu. ÚZ6 však uvádí, že si není jistá tím, jak podporuje ji samotnou. Vztah popisuje jako klidnou vodu, vadí jí však stereotyp, do kterého upadli, chybí jí ve vztahu náboj a snaží se k tomu vrátit. Partner se k psychickým potížím staví negativně. Dříve ji nepodporoval, srážel ji, dodnes mu to vnitřně vyčítá. v současnosti se k tomu staví lépe, akceptuje její potíže, ale často se mu ohledně obtíží



nesvěřuje, protože se domnívá, že je pro partnera zatěžující žít s někým, kdo má úzkostné stavy. Chtěla by od něj, aby byl chápavější.

Partner v odpovědi zdůrazňuje toleranci k tomu, co chce druhý partner dělat. Společně se domluví a zájmovým aktivitám se přizpůsobí. Zmiňuje také podporu v práci a morální podporu. Její psychické potíže ignoruje, nechce se jimi „nakazit“. Má pocit, že když žije s někým, kdo má úzkostné stavy, tak to na něj přenáší. Chtěl by vedle sebe někoho neustále veselého, vadí mu, že ji neustále bolí hlava. Dlouho se domníval, že si své úzkosti vymýšlí. Při akutní úzkosti ji nepomáhá, ale také ji neprovokuje, ona sama ví, co potřebuje a co má dělat. Konflikty s partnerem zhoršují partnerčiny úzkosti.

ÚZ6 – V čem se podporujete? „*Určitě jakože se neomezuje, podporujeme se v koníčcích a zájmech. Mi přijde, že já jsem extra tolerantní žena, že mi nevyčítám, když jezdí, jenom mi přijdou nějaký jako úlety. Přijde mi že teďko asi dva roky řeší opravdu nějakou krizičku středního věku. Jezdí stále na Krym. To mě udivuje a nejenom mě, ale i celý okolí. Vlastně nevím jako co na tom má, že třeba dvakrát nebo i třikrát za rok jede na Krym. To prostě řeknu "tak jed", ale nejsem z toho nadšená.“ „Finančně nás určitě hodně podpoří. Potom nás hodně podporuje takovou jistotou, jako nás s dětma, nás rodinu.“ a vás jako osobu? „Nevím“*

KO6 také uvádí vzájemnou podporu v osobních zájmech. Dále v rozhovoru říká, že by nemohli být bez sebe a považuje vztah za spokojený. Velmi si cení toho, že ve výchově dětí táhnout za jeden provaz a také, že řeší věci společně a v klidu. Je spokojená s klidným manželským životem a pociťuje vnitřní klid co se týče komunikace s partnerem. Dokážou být s partnerem často spolu, čehož si cení a zdůrazňuje také spokojenost s intimním životem. Partner zmiňuje, že podpora spočívá v tom, že si s partnerkou nechávají relativní volnost, že si dávají prostor. Ve vztahu oceňují souznění a málo konfliktů. Partnerku popisuje pouze pozitivně - má přehled, je vtipná, pohotová, praktická a umí to skvěle s dětmi.

KO6 – V čem se podporujete? „*No asi se podporujem v tom, co ten druhý dělá. Že se snažíme jako nějak, no jako nějak. Když on má nějaký zájmy nebo něco, tak já ho jako mu to dovolím nebo podpořím ho, nevím, jak to mám říct. A on zase, že tak se zase podporujem, aby ten druhý se měl dobře. Nebo nevím, jak to mám vyjádřit. To je těžký.“*

Partner poskytuje ÚZ7 všestrannou podporu a pomoc. V čem podporuje partnera ona si není jistá, před několika lety ji v hádce vyčetl, že podporu z její strany necítí. Partner ji vyhovuje, protože respektuje, jaká je a poskytuje jí oporu a stabilitu. Vztah považuje za stereotypní hlavně kvůli péči o dítě, upřednostnila by více kvalitního času s partnerem. Psychické potíže podle ní ovlivňují vztah značně, úzkosti se projevují nejistotou z budoucnosti často v souvislosti s financemi. Partner se jí snaží uklidnit, což ji však někdy vadí, protože má pocit, že má z finančních záležitostí stejné obavy. Úzkosti a poruchy spánku se objevily jako dozvuky z předchozího vztahu. Úzkost ovlivňuje celý její život, uvádí, že je citlivější vůči stresorům. Projevy úzkosti partner považuje za normální, jelikož podle partnerky sám nebyl v psychické pohodě. V souvislosti s úzkostmi se u ÚZ7 objevují návaly vzteku, které si občas ventiluje na hádkách s partnerem.

Partner také zmiňuje všestrannou podporu, partnerku podporuje v práci a ona jeho psychicky i finančně v podnikání. Manželku popisuje pouze pozitivně - skvělá, hodná, má ji rád takovou, jaká je a postará se o něho i o dítě. Říká, že je ve vztahu velmi spokojený, s partnerkou si mají vždy o čem povídat. Psychické potíže partnerky se i podle partnera projevují hlavně strachem o budoucnost. Její úzkosti ho nutí více přemýšlet, trápí ho, že se partnerka trápí, sám si prošel depresemi a pamatuje si, jak mu bylo.

*ÚZ7 – V čem se podporujete? „Nevím, jestli podporuju já jeho, ale on mě podporuje v podstatě ve všem. Když něco chci, tak je fajn, pomůže mi.“ a vy jeho? „Nevím, nejsem si tím úplně jistá. Ale zas nemůžu říct, že bych ho nepodporovala.“ a máte nějakou zpětnou vazbu na Vaši podporu? „Napadá mě jedna, v afektu v hádce, to nevím jestli to bylo před 7 lety, že mi vyčetl, že ho nepodporuju. Tak jinak, nevím.“*

Manžel podporuje KO7 psychicky, aby zvládala náročné situace. Ona jeho podporuje v práci. Dle partnera se podporují ve všem, v těžkých chvílích si navzájem snaží ulehčit tím, že sdílejí svá trápení a bolesti a podělí se o ně s partnerem, nemají pocit, že jsou na ně sami. Pokud se vyskytne nějaký problém, řeší ho společně. Je spokojená, pokud s partnerem dělají cokoli společně, jen by společných chvil uvítala více. Partner je velmi obětavý, laskavý, podporující, umí zachovat klid, obdivuje ho za práci, kterou dělá a pro druhé by se rozdal. Je vděčná za to, že je její partner, může se na něj spolehnout, váží si ho a společně si prošli těžkými životními situacemi.

Partner považuje vztah za spokojený, nepociťuje jakékoliv obavy či nejistotu o vzájemné náklonnosti a je pevně přesvědčený o tom, že má jeden v druhém oporu. Ze strany manželsky si cení hlubokého sdílení vnitřního světa. Vztah je lepší než si představoval díky hlubokému porozumění a spojení, které neočekával. Partnerku popisuje pouze pozitivně – citlivá, obětavá, ohleduplná, milující a v člověku hledá vždy to dobré.

KO7 – V čem se podporujete? *„Já bych řekla, že ve všem. Tak manžel mě asi v mojí psychice, abych zvládala náročný situace. A já jeho? Možná z pracovníma věcma, že se ho snažím jako podpořit.“*

### 3.7.2. V čem se potřebujete?

ÚZ1 zdůrazňuje i v této otázce potřebu blízkosti, jak fyzické, tak psychické. Dále zmiňuje slova ujištění, podobné životní cíle a budoucí plány. Její partner si uvědomuje, že jeho partnerka ho potřebuje hlavně v psychické podpoře, zatímco on zmiňuje to, že se má kam vrátet, že se na něj má kdo těšit a oceňuje společné zázemí domova. Jako nejdůležitější je pro ně oba být tam pro druhého.

ÚZ1 – V čem se potřebujete? *„V blízkosti. V tom že jsme prostě... jak to říct, on prostě hrozně rád je, když jsem tam s ním, jakože blízko něj. Někdy mi to přijde, že třeba někdy víc, než já vyžaduju tu blízkost. Tak vlastně v tomhleto, že potřebujem vědět, že ten druhý vás má rád, ale i opačně, já myslím, že to je hlavní. A potřebujem se i v tom, že máme podobný cíle i do budoucna. Že si vyhovujeme třeba i vlastně v těch budoucích cílech. Plánujeme, jako chceme rodinu, naše cíle jsou jako by třeba, já chci taky dělat v tom výzkumu v tý medicíně, někam to jako dotáhnout, takže jako vidíme shodu i v této oblasti.“*

KO1 udává pouze psychickou podporu při studiu hlavně ve zkouškovém období, jelikož špatně zvládá stres a nátlak. Její partner zmiňuje kromě všeobecné podpory také finanční a ačkoliv jsou oba samostatní, tak se oba cítí lépe, když jsou spolu.

KO1 – V čem se potřebujete? *„Tak já ho asi potřebuju k tý škole, protože bych se jinak už asi psychicky zhroutila.“* V souvislosti s čím? *„Že mám jako velkou psychickou podporu. Je toho hodně a já úplně nedávám ten stres a nátlak a hlavně o zkouškovém období, takže fakt potřebuju, aby byl se mnou.“*

ÚZ2 uvádí, že partnera potřebuje při úzkostných stavech, utěšuje ji, poskytuje ji fyzickou i psychickou blízkost, aby tyto stavy zvládla. On se naopak při slabých chvílích spíše

emočně oddálí a vyřeší si je interně, podle partnerky záleží na situaci. Partner ji považuje ve vztahu za submisivní, málokdy projevuje svůj názor, což mu nevyhovuje. Vícekrát také zmiňuje její problémy s komunikací s druhými lidmi, ve kterých se jí snaží pomáhat a posunout ji vpřed.

ÚZ2 – V čem se potřebujete? *„No určitě. Jako s mým psychickým zdravím, takže já ho dost často potřebuju, abych jako zvládala věci a tak. Tak v tom když jako pociťuju úzkost, tak že jako je se mnou a snaží se mě utěšit.“*

A myslíte, že on potřebuje Vás v něčem? *„Myslím, že taky, že jako má takovýhle slabší chvílky, kdy jako potřebuje, aby u něj někdo byl. Ale zároveň je to takový, že se jako odtáhne a chce být sám. Je to podle situace.“*

KO2 v rozhovoru konstatuje, že kdyby přišla o partnera, tak přijde o velké množství investovaného času do partnerského vztahu a o přátele, ale především o něj. Při pomyšlení na tento scénář ji klesne nálada, udává, že neví, co by bez něj dělala. Její partner zmiňuje, že se ve vztahu vždy navzájem podrží a problémy řeší společně, oceňuje, že má vždy někoho při sobě, komu se může svěřit a sdílet své problémy i radosti.

KO2 – V čem se potřebujete? *„Potřebujeme, no, nevím, co bych Vám na to řekla.“* o co byste třeba přišla, kdybyste spolu nebyli? *„No, třeba o toho psa bych přišla určitě. Nevím, tak hlavně o něj bych přišla, o strávenej čas, nevím co bych dělala jako kdybych ho neměla. Vůbec nevím, co bych dělala. Nevím, o kamarády, protože všichni kamarádi jsou vlastně jeho, takže bych neměla vůbec nikoho, kdybych o něj přišla.“* (sklesle konstatuje)

ÚZ3 i její partner se domnívají, že ona partnerskou podporu potřebuje, ale on nikoliv. Její partner uvádí, že si dovede představit zvládat vše bez ní, označil ji za „kouli přivázanou okolo nohy“.

ÚZ3 – V čem se potřebujete? *„Nevím jak to vnímá on jakoby, ale já jako, nevím, to je jak jsem říkala, že jsem si na něj tak navykla, že prostě jsem do toho vztahu dala tolik, že prostě potřebuju ho k životu. Nedokázala bych si představit teďka život bez něj.“*

KO3 uvádí všestrannou podporu, bez partnera by se neobešla. Partner si život bez ní také nedokáže představit, potřebuje jí mít u sebe, protože je mu oporou.

KO3 – V čem se potřebujete? „*Ve všem, no já si to nedokážu představit bez něj.*“

S partnerem se ÚZ4 potřebuje k diskuzi o uměleckých zájmech, navzájem se doplňují, reflektují svoji činnost a dávají si zpětnou vazbu.

ÚZ4 – V čem se potřebujete? „*Já si myslím, že se potřebujeme jako takový partneři v tom smyslu, že k diskuzi a třeba, že oba máme nějaké umělecké zájmy, ale oba jako jiné, takže se vlastně jako doplňujeme. Nějak se reflektujeme, dáváme si zpětnou vazbu.*“

KO4 popisuje vztah jako velmi blízký, nazývá ho potřebou a s partnerem chce trávit co nejvíce času. Pro partnera je také nejdůležitější, že s ní může trávit čas a je rád, když si společně povídají. Bere ji jako svou součást, jako důležitého člověka ve svém životě. Partnerka ho podle něj potřebuje jako oporu, jako člověka, na kterého se může vždy spolehnout.

KO4 – V čem se potřebujete? „*Noo, asi potřebuju prostě mít toho druhýho vedle sebe bych řekla, ne kvůli nějakým, kvůli tomu, že bysme si nějak pomáhali, jako to asi není úplně to, proč bysme spolu byli, ale spíš tak jako, že je nám prostě spolu dobře, tak asi abysme se prostě cítili dobře.*“ a jaké potřeby máte pocit, že vám ten vztah naplňuje? „*Že nejsem vlastně nikdy sama, to mi vyhovuje a že vlastně, když opravdu potřebuju, tak se mám jakoby o koho opřít, nebo vlastně můžu s ním probrat úplně cokoli.*“

ÚZ5 partnera potřebuje, aby se cítila sebejistá, zvedá jí sebevědomí a může se na něj spolehnout. Když ho potřebuje, tak jí poradí, problém s ní rozebere a vyřeší ho společně, případně ji doprovází. Partner vztah potřebuje kvůli zázemí, když je delší dobu sám, tak tomu něco chybí.

ÚZ5 – V čem se potřebujete? „*Tak já ho potřebuju k tomu, abych se cítila sebejistá. Potřebuju určitě toho partnera. A na něj se spolehnout můžu a on mě? To nevím, jestli jako potřebuje partnerku, tu osobu blízkou, se kterou může být, ale je to těžký.*“ „*No já jsem hodně jako taková nejistá, možná i s nízkým sebevědomím. Vždycky když potřebuju, tak on mi poradí nebo to se mnou rozebere, jde někam se mnou nebo to nějak řešíme no.*“

KO5 zmiňuje vzájemnou péči, materiální zabezpečení a citovou oporu. Partner uvádí citové a materiální potřeby. Její partner si váží důvěry, podpory a hluboké komunikace.

S partnerkou si velmi rozumí a cení si silného pouta, které spolu mají. Kdyby o sebe přišli, tak přijdou o vše, co do vztahu investovali v těžkých chvílích.

KO5 – V čem se potřebujete? *„No asi taky v té péči jeden o druhého, jako v tom jako ať už jde třeba o materiální zabezpečení, to je jasný, protože prostě dva lidi se budou mít ekonomicky vždycky líp než jeden, obzvlášť jako v těchto ekonomických časech. Ale ta citová, jako nějaká opora, to bude opravdu potřeba, protože přeci jenom, rodiče stárnou, na tohleto hodně narážím, oba je teda máme, zaplat' pán bůh, musím zaklepat, naživu.“* „Takže se obávám, že tohleto, že to bude jako opravdu ráz na ráz. V tuhleto chvíli budem opravdu jeden druhého potřebovat, jo.“

ÚZ6 se svým partnerem prakticky vyrostla, tvarovali se společně odmala. Partner zmiňuje, že se s partnerkou potřebují kvůli výchově dětí. Domnívá se, že kdyby na ně působil pouze jeden rodič, tak by to nestačilo a také, že na ně musí působit jak mužský, tak ženský faktor.

ÚZ6 – V čem se potřebujete? *„Víte co, ono je to takový, že jsme spolu vyrostli. Že je to prostě nějaká, že jsme se tvarovali od mala, od mládí. A že v hodně věcech jsme se tak jako prolnuli. Že vlastně je to takovej živoucí mechanismus.“*

KO6 se s partnerem potřebují, aby vše fungovalo, aby zabezpečili rodinu. Zmiňuje také potřebu společnosti partnera, aby člověk nebyl sám a citovou i materiální stránku. Partnera tato otázka zaskočila, po zamyšlení zmiňuje, že partnerku potřebuje ve fyzické blízkosti, potřebuje vědět, že vedle se někoho má. Dále také kvůli výchově dětí, kdyby se o ně staral pouze jeden, tak by to nefungovalo. Obecně by řekl, že se potřebují ve všem, oba jsou samostatní, ale ve dvou je to vždy lepší.

KO6 – V čem se potřebujete? *„No potřebujeme se asi jako, no...v tom, aby to fungovalo všechno. Kdyby na to člověk byl sám, tak já bych to asi nezvládla. Chodit do práce, starat se o děti, shánět peníze, zařizovat všechno. A takže se potřebujem jako, abysme to všechno, tu rodinu nějak zabezpečili. A všechno no. A potřebujem se asi i že má člověk si s kým sednout. Jako člověk, anebo jako partnera nebo i jako lidsky, ne jenom materiálně, ale aby člověk nebyl sám.“*

Partner poskytuje ÚZ7 zázemí, v čem potřebuje on ji, si není jistá. Partner zmiňuje, že ji potřebuje ve všem, že si bez ní nedovede představit život a domnívá se, že je to vzájemné.

Vztah považuje za perfektní a nechtěl by o něj přijít. Oba by podle něho přišli o oporu, kterou jim ten druhý poskytuje. Uvádí, že mají oba vysoké nároky a hledat si jiného partnera by bylo obtížné.

ÚZ7 – V čem se potřebujete? *„Mně dává zázemí. Co dávám já jemu? Nevím.“*

KO7 potřebuje manžela kvůli blízkosti, bezpečí, přátelství, klidu, zázemí a jistotě. On ji kvůli organizaci, zázemí, klidu a jistotě. Vztah daleko předčil její očekávání. Partner se domnívá, že se navzájem potřebují, aby přežili, jsou na sobě vlastně závislí. Potřebují se, aby prošli životem a aby ho prožili spokojeně.

KO7 – V čem se potřebujete? *„V čem ho potřebuju já? Blízkost, bezpečí, přátelství, klid, zázemí, jistota.“*

A v čem si myslíte, že on potřebuje Vás? *„Manžel mě? Organizace, zázemí, klid, jistota“*

## 3.8. Interpretace získaných dat

### 3.8.1. Jak se liší partnerská podpora u úzkostných a neúzkostných žen?

Na typické jevy v partnerském vztahu úzkostného jedince zmíněné v teoretické části jsem v rozhovorech narazila několikrát. Obecně se domnívám, že si ženy s úzkostnými poruchami uvědomují přítomnosti či nepřítomnosti podpory partnera mnohem více než ženy v kontrolní skupině.

Domnívám se, že u ÚZ1, ÚZ2 a ÚZ5 se projevuje úzkostný **attachment** vzhledem ke zmíněné neschopnosti samoty (ÚZ1), strachu z opuštění (ÚZ2) a fixace na druhou osobu (ÚZ5). Strach z opuštění je u ÚZ2 ještě podpořen sociální fobií.

ÚZ3 a ÚZ4 v rozhovoru zmiňují **asymetrii** ve vztahu, přičemž partner je v dominantnějším postavení. Partner ÚZ3 si často vůči partnerce připadá jako její otec, který vychovává svou dceru, což může být podle mého názoru způsobeno pětiletým věkovým rozdílem. ÚZ3 je na partnerovi závislá, raději ho poslechne a podřídí se mu, aby nedošlo k hádce. ÚZ3 pociťuje významný pokles partnerské podpory v porovnání se stavem na začátku vztahu, což může odkazovat na změnu postojů a chování partnera v důsledku projevů úzkostné poruchy. ÚZ4 uvádí nerovnoměrné postavení ve vztahu, které se pravděpodobně prohloubilo kvůli jejímu agorafobickému strachu.

**Nedostatek intimacy**, blízkosti a podpory pozoruji pouze u ÚZ3 a ÚZ6. Naopak u ÚZ1 a ÚZ4 se domnívám, že vztah funguje velmi dobře, partnerky vnímají dostatek intimacy, funkční, otevřenou a empatickou komunikaci, pomoc při psychických potížích, které konkrétně u ÚZ4 vztah upevnily, jelikož se naučila komunikovat otevřeně o svých pocitech s partnerem. U ÚZ7 se objevuje vzájemná akceptace, opora a otevřená komunikace, partner si sám prošel depresemi, tudíž je k psychickým problémům vnímavý.

ÚZ1, ÚZ2, ÚZ4 a ÚZ5 uvádějí **nízké sebevědomí**, se kterým jim pomáhají partneri poskytováním podpory a slov ujištění.

Partner ÚZ6 se staví k psychickým potížím partnerky negativně, její problémy ignoruje, bojí se, že se jimi nakazí, dlouhou dobu měl pocit, že si partnerka úzkosti vymýšlí, což podle mého názoru jasně odkazuje na **stigmatizaci** psychicky nemocných. Také ÚZ6 se domnívá, že musí být pro partnera zatěžující žít s někým, kdo má úzkostné stavy, a proto se mu ohledně svých potíží často nesvěřuju. Tento výrok vnímám u ÚZ6 jako **internalizované stigma**, jelikož má vůči partnerovi pocit viny.



**Partnerské konflikty** zhoršují u ÚZ6 úzkosti. Psychické potíže se u ÚZ5 projevují vyhýbáním se konfliktům. Typickou situací sporu je u ÚZ4 rozdílný způsob sdělování kritiky, pokud partnerce něco vadí, vyjádří to razantněji, ale sama je na podobné chování citlivá. ÚZ7 má podle mého názoru kvůli úzkostem nižší frustrační toleranci a někdy se její úzkosti projevují návaly vzteku, které si občas ventiluje na hádkách s partnerem, což odkazuje na zvýšené množství partnerských konfliktů. ÚZ1 staví samotný vztah nad partnerské konflikty a ačkoliv je někdy těžké dojít ke kompromisu, spory překonají.

U žen z kontrolní skupiny nepozoruji žádné specifické projevy partnerské podpory jako u úzkostných žen. Domnívám se, že ženy bez úzkostných poruch obecně nepřemýšlejí o svých vztazích v takové míře jako úzkostné ženy, což si vysvětlují jejich pocitem **psychické pohody a naplněnými potřebami** bezpečí, přijetí a ocenění.

KO5 zmiňuje, že je její vztah z hlediska **attachmentu bezpečný**, nazývá ho tichou, klidnou a bezpečnou plavbou životem. U KO3, KO6 a KO7 vnímám podobné rysy, tedy bezpečný attachment, vnitřní klid, funkční komunikaci, souznění, porozumění a málo konfliktů či rychlé řešení sporů. Dle Kardan-Souraki a kol. (2016) jsou právě tyto faktory vázány na hloubku intimity. Domnívám se tedy, že tyto ženy považují svůj partnerský vztah za dostatečně intimní.

### **3.8.2. V čem svého partnera potřebují úzkostné ženy a jak se tím liší od neúzkostných žen?**

ÚZ1 a ÚZ2 potřebují partnera při psychických obtížích, potřebují, aby je utěšil a poskytl jim psychickou i fyzickou blízkost. Reciproční potřeba podpory se neobjevuje pouze u ÚZ3 a jejího partnera, zatímco ona si bez něj život nedovede představit, on by se bez ní obešel snadno. Zájmové souznění se objevuje u ÚZ4, navzájem se doplňují a reflektují své umělecké činnosti. Partner ÚZ1 a ÚZ5 partnerku potřebují kvůli zázemí, které jim poskytuje. ÚZ7 zmiňuje pouze potřebu zázemí, kdežto její partner všestrannou reciproční potřebu podpory. Pouze ÚZ6 zmiňuje potřebu partnera při výchově dětí.

ÚZ5 potřebuje partnera, aby se cítila sebejistě, což může dle mého názoru odkazovat na nenaplněné potřeby přijetí a ocenění z dětství, které se partnerka snaží naplnit v partnerském vztahu. Potřebuje partnera, aby jí zvedal sebevědomí, požaduje tedy od něj, aby ji přijímal takovou jaká je, ačkoliv toho sama není schopná (Kasalová & Praško, 2017). ÚZ5 dále potřebuje partnera kvůli společnému řešení problémů, zmiňuje také, že občas potřebuje, aby ji někam doprovodil, což je dle mého názoru projevem úzkostné poruchy.

Téměř u všech kontrolních žen a jejich partnerů je zmíněna reciproční potřeba podpory a psychická a fyzická blízkost druhého člověka. KO1 stejně jako ÚZ1 a ÚZ2 zmiňuje potřebu psychické podpory, KO2 a KO3 uvádějí, že by se bez partnera neobešli. U kontrolních žen je v této otázce několikrát zmiňována materiální a finanční potřeba (KO1, KO5, KO6), kdežto ani jedna úzkostná žena tyto potřeby v odpovědi nezmínila, což si vykládám tak, že jsou pro ně citové potřeby přednější. Stejně jako ÚZ6 zmiňuje potřebu partnera při výchově dětí, tak i KO6 vnímá potřebu vztahu pro výchovu dětí a materiální zabezpečení rodiny.

U KO4, KO6 a KO7 vnímám potřebu vztahu jako takového, nikoliv za účelem dosycování nenaplněných potřeb, jako tomu je často u úzkostných žen. Tyto vztahy vnímám jako nezištné, partneři jsou spolu, protože se spolu cítí dobře a ačkoliv jsou vždy oba samostatní, je jim ve dvou lépe. Partner KO7 říká, že se potřebují, aby spolu prošli životem a prožili ho spokojeně.

Kromě těchto podobností nevnímám u kontrolních žen žádné specifické potřeby, každá žena uvádí v rozhovoru rozdílné věci, které se však většinou týkají citových potřeb, například zázemí (KO7), životní opora (partner KO3 a KO4), vzájemná péče (KO5) či pocit bezpečí (KO7).

### 3.9. Diskuse

Svou analýzou jsem přispěla k osvětlení partnerských vztahu u žen s úzkostnými poruchami z pohledu obou partnerů. Pankiewicz a kol. (2012) se domnívá, že je potřeba kvalitu manželství či partnerství posuzovat oboustranně: z pohledu psychicky nemocného jedince i z pohledu zdravého partnera. Domnívám, že tato bakalářská práce přispěla k současnému bádání názornou demonstrací partnerských vztahů u žen s úzkostnými poruchami. Podle mého názoru se mi podařilo propojit teoretické znalosti o typických jevech s praktickými ukázkami.

Ačkoliv je dle článku Praška a Kasalové (2017) typickým jevem v partnerských vztazích u úzkostných jedinců nedostatek intimity, v mé analýze se to u většiny úzkostných žen nepotvrdilo. U jedné úzkostné ženy dokonce psychické potíže upevnily vztah s partnerem, jelikož se naučila otevřeně komunikovat o svém prožívání. V souladu s článkem Praška a Kasalové (2017) jsem u dvou úzkostných žen narazila na asymetrické postavení partnerů. Partneři se v obou případech dostali do dominantnějšího postavení, v jednom případě zmiňuje partner nevyrovnaný vztah „rodič-dítě“ a v druhém případě si je této asymetrie vědoma partnerka.

V teoretické části zmiňuji, že je příznakem smíšené úzkostně-depresivní poruchy a také sociální fobie nízké sebevědomí, byla jsem překvapena, že ho čtyři ze sedmi úzkostných žen v rozhovoru opravdu zmínily.

Při analýze rozhovorů jsem brala v potaz celé rozhovory, což bylo zapříčiněno tím, že častokrát participanti zmiňovali relevantní odpovědi v jiné otázce. Také se domnívám, že mi to poskytlo komplexnější pohled na problematiku úzkostných poruch v těchto partnerských vztazích. V budoucím výzkumu této problematiky bych zvolila specifitější otázky ohledně partnerské podpory, které by zajistily větší prostor pro odpovědi participantů a které by byly vhodnější pro následnou analýzu.

Vzorek úzkostných žen bych rozšířila, aby se daly lépe sledovat podobnosti a odlišnosti v partnerských vztazích. Shodou okolností se v mém vzorku sešly úzkostné ženy, které všechny zmiňovaly příznaky úzkosti a deprese, což mohlo částečně ovlivnit výsledek práce, jelikož deprese spadá do kategorie afektivních poruch a nikoli poruch úzkostných. Bylo by podle mého názoru vhodné mít ve vzorku více typů úzkostných poruch, aby se mezi nimi daly pozorovat podobnosti a odlišnosti.

Domnívám se, že by bylo zajímavé sledovat úzkostné ženy a jejich partnerské vztahy z dlouhodobého hlediska kvůli změnám ve vztahu a zvýšenému riziku rozpadu (Kessler a kol., 1998). Také by bylo podle mého názoru obohacující provést výzkum zabývající se partnerskými vztahy, ve kterých trpí úzkostnými poruchami oba partneři, vzhledem ke skutečnosti, že pokud v páru trpí nějakou fobií oba partneři, je to snášeno lépe (Shumaker & Brownell, 1984).

## 4. Závěr

Tato bakalářská práce vznikla díky projektu doc. Mgr. et Mgr. Jitky Lindové, Ph.D. „Manipulační a dominanční strategie v konfliktech partnerských dvojic s normálním osobnostním profilem a s úzkostnou osobností“. Cílem této práce bylo seznámit čtenáře s problematikou úzkostných poruch v partnerském vztahu a zodpovědět dvě výzkumné otázky: 1) Jak se liší partnerská podpora u úzkostných a neúzkostných žen? a 2) V čem svého partnera potřebují úzkostné ženy a jak se tím liší od neúzkostných žen?

V teoretické části byly vymezeny pojmy psychického zdraví, nemoci, úzkosti a strachu. Následně byly popsány symptomy úzkostných poruch, etiologie, epidemiologie, průběh a prognóza. Dále byl čtenář obeznámen s deskriptivními diagnostickými systémy využívanými v České republice a ve světě, po nichž následuje podrobná charakteristika úzkostných poruch obsažených v kategorii F40–F48 MKN-10 a jejich léčba. Nakonec teoretická část objasňuje typické jevy v partnerském vztahu úzkostného jedince a v poslední řadě nejčastější problémy u vybraných poruch.

Praktickou část tvořila kvalitativní analýza, jejímž cílem bylo prozkoumat rozdíly v partnerském vztahu u úzkostných a neúzkostných žen ve dvou vybraných otázkách z rozhovoru: „V čem se potřebujete?“ a „V čem se podporujete?“.

## 5. Seznam literatury

- Afram, A., & Kashdan, T. B. (2015). Coping with rejection concerns in romantic relationships: An experimental investigation of social anxiety and risk regulation. *Journal of contextual behavioral science*, 4(3), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.04.003>
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333–341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 109 (s420), 21-27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi-org.ezproxy.frederick.edu/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). Psychiatry.org – DSM-V: Frequently Asked Questions. Psychiatry.Org. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/feedback-and-questions/frequently-asked-questions>
- American Psychological Association. (2011). The State-Trait Anxiety Inventory (STAI). APA. <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state>
- APA Dictionary of Psychology. (2022). American Psychological Association. <https://dictionary.apa.org/social-anxiety>
- Ayers, S., De Visser, R., & Hartlová, H. (2015). *Psychologie v medicíně*. Grada Publishing.
- Bagarozzi, D. A. (2014). *Enhancing intimacy in marriage: a clinician's guide*. Routledge.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). *Empirically Supported Couple and Family Interventions for Marital Distress and Adult*

Mental Health Problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 53-88.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.53>

Beidel, D. C., Turner, S. M., & Dancu, C. V. (1985). Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 23(2), 109–117.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90019-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90019-1)

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger* (pp. 1-429). London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.

Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry*, 8(2), 75-81.  
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>

Češková, E., Svoboda, M., & Kučerová, H. (2012). Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy (Vyd. 2). Portál.

Darcy, K., Davila, J., & Beck, J. G. (2005). Is social anxiety associated with both interpersonal avoidance and interpersonal dependence?. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 171-186.

Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiologic Catchment Area study. *Psychological Medicine*, 23, 709–718.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). Diagnostika a terapie duševních poruch. Grada.

Fišerová, A. (2019). Attachment, komunikační styly a partnerské přizpůsobení v dlouhodobém vztahu. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií.  
<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/192325>

Formánek, T., Kagström, A., Cermakova, P., Csémy, L., Mladá, K., & Winkler, P. (2019). Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European psychiatry*, 60, 1-6.

Fraley, R. C. (2019). Attachment in adulthood: Recent developments, emerging debates, and future directions. *Annual review of psychology*, 70(1), 401-422.

- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Goffman, E. (1986). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání)*. Portál.
- Herman, E., Hovorka, J., Praško, J., Nežádal, T., Bajaček, M., & Doubek, P. (2008). Disociativní poruchy v praxi. *Psychiatrie pro praxi*, 9(6), 277-282.
- Jochmannová, L., & Kimplová, T. (2021). *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Grada.
- Kardan-Souraki, M., Hamzehgardeshi, Z., Asadpour, I., Mohammadpour, R. A., & Khani, S. (2016). A review of marital intimacy-enhancing interventions among married individuals. *Global journal of health science*, 8(8), 74.
- Kasalová, P., & Praško, J. (2017). Úzkostné poruchy a manželská spokojenost. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 113(5), 217–225.
- Kasalová, P., Praško, J., Vaněk, J., Ocisková, M., Holubová, M., Zaťková, M., & Minaříková, K. (2020). Panická porucha v partnerském vztahu. *Psychiatrie pro praxi*.
- Kashdan, T. B., Volkmann, J. R., Breen, W. E., & Han, S. (2007). Social anxiety and romantic relationships: The costs and benefits of negative emotion expression are context-dependent. *Journal of anxiety disorders*, 21(4), 475-492. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.007>
- Kašćáková, 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. <https://doi.org/10.1177/0033294116667725>



- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Walters, E. E., & Forthofer, M. S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 155(8), 1092-1096.
- Kryl, M. (2005). Úzkostné poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 159.
- Liebowitz, M. R. (1993). Mixed anxiety and depression: should it be included in DSM-IV?. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J., & Swinson, R. P. (1994). Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1106-1113.
- Markowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D., & Klerman, G. L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 984-992.
- McLeod, J. D. (1994). Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 767.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 5, 55.
- NÚDZ. (2020). Duševní onemocnění prožije v Česku ročně každý pátý člověk. Získáno z <https://ct24.ceskatelevize.cz/veda/2618231-dusevni-onemocneni-prozije-v-cesku-rocne-kazdy-paty-clovek-vetsina-se-neleci-varuji>
- Ocisková, O., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada
- Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Grada.
- Pankiewicz, P., Majkovicz, M., & Krzykowski, G. (2012). Anxiety disorders in intimate partners and the quality of their relationship. *Journal of affective disorders*, 140(2), 176-180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.005>

- Papp, L. M., Goeke-morey, M. C., & Cummings, E. M. (2007). Linkages Between Spouses' Psychological Distress and Marital Conflict in the Home. *Journal of family psychology*, 21(3), 533-537. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.533>
- Pollock, C., & Andrews, G. (1989). Defense styles associated with specific anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 146(11), 1500–1502.
- Porter, E., & Chambless, D. L. (2014). Shying Away From a Good Thing: Social Anxiety in Romantic Relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), 546–561. <https://doi.org/10.1002/jclp.22048>
- Porter, E., Chambless, D. L., Keefe, J. R., Allred, K. M., & Brier, M. J. (2019). Social Anxiety Disorder and Perceived Criticism in Intimate Relationships: Comparisons With Normal and Clinical Control Groups. *Behavior therapy*, 50(1), 241-253. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.005>
- Praško, J. (2005a). Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. Portál.
- Praško, J. (2005b). Asertivita v partnerství. Grada.
- Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton.
- Praško, J., Vyskočilová, J., & Prašková, J. (2008). Úzkost a obavy: jak je překonat (Vyd. 2). Portál.
- Purkrábek, M. (2018). Zdraví. Sociologická Encyklopedie. <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Zdrav%C3%AD>
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2008). Klinická psychiatrie v denní praxi. Galén
- Raboch, J., Pavlovský, P., Beran, J., & Češková, E. (2012). Psychiatrie. Karolinum.
- Racková, M. S., & Janů, M. L. (2006). Farmakoterapie úzkostných poruch. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 106-109.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: a 25-year review. *Journal of psychosomatic research*, 69(4), 419-432. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.006>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry (Fourth edition). Wolters Kluwer.

- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of social issues*, 40(4), 11-36.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D., & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55(8), 322–331.
- Starcevic, V. (2020). *Anxiety disorders in adults: a clinical guide* (2nd ed). Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Brohan, E., & Kassam, A. (2009). Public attitudes and the challenge of stigma. *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 1, 5-9.
- ÚZIS ČR. (n.d.). MKN-10 klasifikace. MKN-10. <https://mkn10.uzis.cz/>
- Večeřová-Procházková, A. (2013). Somatizace a somatoformní poruchy - aktuální pohled. *Revision & Assessment Medicine/Revizní a Posudkové Lékařství*, 16(2).
- Vobořilová, V., & Červený, R. (2018). Úzkostné poruchy: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2017/DP-Uzkostne-poruchy.pdf>
- Vymětal, J. (2000). *Speciální psychoterapie: úzkost a strach*. Psychoanalytické nakladatelství.
- Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. Grada.
- Vymětal, J. (2007). *Speciální psychoterapie 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada.
- 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.
- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: results from the National Comorbidity Survey. *Journal of abnormal psychology*, 108(4), 701.
- Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical child and family psychology review*, 15(1), 4-13.
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter?. *Journal of abnormal psychology*, 109(4), 803.

- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and Marital Satisfaction. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(5), 830-838. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.830>
- World Health Organization. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. World Health Organization.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 40*(4), 275-293. DOI: 10.1080/0092623X.2012.751072
- Yoon, K. L., & Zinbarg, R. E. (2007). Generalized anxiety disorder and entry into marriage or a marriage-like relationship. *Journal of anxiety disorders, 21*(7), 955-965.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: a Practitioner's Guide*. Guilford Press.
- Zaider, T. I., Heimberg, R. G., & Iida, M. (2010). Anxiety disorders and intimate relationships: a study of daily processes in couples. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(1), 163–173. <https://doi.org/10.1037/a0018473>

## **6. Seznam příloh**

1. Sociodemografický dotazník
2. Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R-16)
3. Dyadic Adjustment Scale (DAS)
4. Romantic Partner Conflict Scale (RPCP)
5. State-trait anxiety inventory (STAI)

## 7. Přílohy

### 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:.....

Subjektivní psychické obtíže:  ano  ne

Příčina obtíží:.....

Aktuálně užívaná psychofarmaka (např. léky na úzkost, deprese, na spaní):.....

Psychiatrická diagnóza:.....

Léčba na psychiatrii (aktuálně):  ano  ne

Léčba na psychiatrii (v minulosti):  ano  ne

Hospitalizace na psychiatrii:  ano  ne

Pokud ano, uveďte prosím kolikrát:.....

Dlouhodobý vztah v současnosti  mám  nemám  nevím

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

Pohlaví současného partnera:  žena  muž

Délka vztahu .....let.....měsíců

Jste 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 vztahu .....let.....měsíců

Byli jsme manželé:  ano  ne

Máme děti:  ano  ne

Poznámky:

## Experience 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 přiřadíte 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 projevat 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. Přijde 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



## Dyadic Adjustment Scale (DAS)

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

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

## PARTNERSKÁ SHODA

Většina lidí v některých otázkách nesouhlasí se svým partnerem/partnerkou. V každém řádku označte křížkem odpověď, která podle Vás nejlépe odpovídá tomu, jak se s partnerem v uvedených oblastech obvykle shodujete.

	Vždy shoda	Téměř vždy shoda	Občas neshoda	Často neshoda	Téměř vždy neshoda	Vždy neshoda
Nakládání s rodinnými příjmy						
Rekreace						
Náboženství						
Projevování citů						
Přátelé						
Sex						
Správné nebo vhodné chování						
Životní filosofie						
Jednání s rodiči a příbuznými						
Cíle a důležité záležitosti						
Množství společně tráveného času						
Důležitá rozhodnutí						
Úkoly v domácnosti						
Volný čas a zájmy						
Rozhodnutí týkající se zaměstnání						

Dále jsou uvedeny některé momenty, v nichž se páry někdy shodnou a někdy ne. Označte u následujících položek, zda během posledních několika týdnů mezi Vámi vznikly rozpory nebo problémy v popsáném chování.

Nezájem o sex	ano	ne
Neprojevování lásky	ano	ne

## PARTNERSKÁ KOMUNIKACE

	Pořád	Často	Spíše častěji	Občas	Zřídka	Nikdy
Jak často uvažujete o ukončení vztahu?						
Jak často Vy nebo Váš partner/ka po hádce odchází z domu?						
Jak často Vás napadne, že vztah mezi Vámi a Vaším partnerem/partnerkou je v pořádku?						
Důvěřujete svému partnerovi/partnerce?						
Litujete toho, že žijete společně?						
Jak často se hádáte?						
Jak často si jdete s partnerem/partnerkou na nervy?						

Jak často se následující chování vyskytuje ve Vašem vztahu?

	Každý den	Téměř každý den	Příležitostně	Zřídka	Nikdy
Políbíte svého partnera/partnerku?					

Chodíte společně za zábavou a koničky?					
--	--	--	--	--	--

**Jak často se následující chování vyskytuje ve Vašem vztahu?**

	Nikdy	Méně než jednou za měsíc	Jednou nebo dvakrát za měsíc	Jednou nebo dvakrát týdně	Jednou denně	Častěji než jednou denně
Máte podnětnou výměnu názorů						
Společně se smějete						
Klidně o něčem diskutujete						
Společně něco plánujete						

**Jednotlivé stupně na ose představují různé stupně štěstí ve vztahu. Střední bod "šťastné" odpovídá stupni spokojenosti, jaký je ve většině vztahů. Zakroužkujte stupeň, který nejlépe vystihuje stupeň štěstí ve Vašem vztahu.**

Krajně nešťastné	Značně nešťastné	Trochu nešťastné	Šťastné	Velmi šťastné	Nesmírně šťastné	Dokonalé
------------------	------------------	------------------	---------	---------------	------------------	----------

**Který z následujících výroků vyjadřuje nejlépe vaše pocity týkající se budoucnosti Vašeho vztahu? (udělejte křížek u jedné z možností)**

Nesmírně si přeji, aby se náš vztah vydařil, a udělala bych pro to cokoli	
Velmi si přeji, aby se náš vztah vydařil, a udělám vše, co je v mých silách, aby tomu tak bylo	
Velmi si přeji, aby se náš vztah vydařil, a budu k tomu poctivě přispívat	
Byla bych ráda, kdyby se náš vztah vydařil, ale sama pro to nemohu dělat víc než dělám	
Byla bych ráda, kdyby se náš vztah vydařil, ale odmítám pro to dělat víc než dělám nyní	
Náš vztah se nemůže vydařit a já pro něj nemohu nic udělat	

## Romantic Partner Conflict Scale (RPCP)

Vaše vnímání stylů řešení konfliktů v současném partnerském vztahu.  
(Vaše vnímání stylů řešení konfliktů v minulém vztahu, jako by dnes stále ještě trval.)

1. Když máme s partnerem/partnerkou spor, hlasitě se hádáme.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

2. Kompromis je nejlepší způsob, jak vyřešit konflikt, který s partnerem/partnerkou máme.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

3. Obvykle se svým partnerem/partnerkou své problémy a starosti prodiskutují.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

4. Snažíme se hledat řešení, která jsou pro nás oba přijatelná.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

5. Když se hádáme, snažím se převzít kontrolu nad situací.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

6. S partnerem/partnerkou se oba snažíme vyhnout sporům.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

7. Když máme konflikt, obvykle partnerovi/partnerce ustoupím.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

8. Naše konflikty obvykle nějakou dobu trvají.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

9. Když zažíváme konflikt, necháme jeden druhého chvíli na pokoji, abychom se zklidnili a potom to prodiskutovali.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

10. Když máme spor, jde mi obvykle o partnerovu/partnerčinu spokojenost víc než o tu vlastní.

silně nesouhlasím                    1     2     3     4                    silně souhlasím

11. Konflikt často vyřešíme tím, že si o našich problémech promluvíme.

silně nesouhlasím                    1     2     3     4                    silně souhlasím

12. Když máme s partnerem/partnerkou spor, zabýváme se i našimi odlišnými úhly pohledu.

silně nesouhlasím                    1     2     3     4                    silně souhlasím

13. Když se hádáme, dávám partnerovi/partnerce najevo, že mám návrh.

silně nesouhlasím                    1     2     3     4                    silně souhlasím

14. Konfliktu se svým partnerem/svou partnerkou se vyhýbám.

silně nesouhlasím                    1     2     3     4                    silně souhlasím

15. Abychom vyřešili konflikt, snažíme se dosáhnout kompromisu.

silně nesouhlasím                    1     2     3     4                    silně souhlasím

16. Vyhýbám se neshodám se svým partnerem/svou partnerkou.

silně nesouhlasím                    1     2     3     4                    silně souhlasím

17. Podřizuji se přáním svého partnera/své partnerky tak, aby se spor vyřešil podle něj/ní.

silně nesouhlasím                    1     2     3     4                    silně souhlasím

18. Partner/partnerka i já spolupracujeme, abychom našli východisko pro řešení problémů mezi námi.

silně nesouhlasím                    1     2     3     4                    silně souhlasím

19. Často s partnerem/partnerkou míváme konflikty.

silně nesouhlasím                    1     2     3     4                    silně souhlasím

20. Aby konflikty vychladly, může dobře fungovat, když se od sebe na nějakou dobu oddálíme.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

21. Když máme na nějaké téma odlišný pohled, podřídím se názoru mého partnera/mé partnerky.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

22. Konflikty s partnerem/partnerkou mi velice ubližují.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

23. Nejlepším způsobem řešení konfliktu mezi námi je nalézt střední cestu, tím že každý trochu ustoupí.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

24. Když máme odlišné názory, je mým záměrem přesvědčit partnera/partnerku o tom, že mám pravdu.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

25. Snažíme se spolupracovat, abychom dosáhli společného řešení konfliktu.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

26. Když máme s partnerem/partnerkou problém, spolupracujeme, abychom našli jeho nejlepší řešení pro oba dva.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

27. Naše konflikty obyčejně skončí, když dosáhneme kompromisu.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

28. Když máme konflikt, izolujeme se od sebe, ale očekáváme, že se tím budeme později zabývat.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

29. Zřídka nechám svého partnera/partnerku, aby mě v diskuzi přesvědčil.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

30. Když máme konflikt, vzdálíme se od sebe na chvíli, abychom se mohli uklidnit.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

31. Když máme konflikt, začínám partnera/partnerku slovně urážet.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

32. S partnerem/partnerkou spolu vyjednáváme, abychom vyřešili naše spory.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

33. Když máme mezi sebou konflikt, pracujeme na tom, abychom s jeho řešením byli oba dva spokojeni.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

34. Když máme spor, snažíme se od sebe na chvíli vzdálit, abychom se mohli zamyslet nad našimi odlišnými úhly pohledu.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

35. Často se s partnerem/partnerkou hádáme, protože mu/jí nedůvěřuji.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

36. Když spolu nesouhlasíme, pracujeme na nalezení řešení, se kterým budeme oba spokojeni.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

37. Když se s partnerem/partnerkou přeme nebo soupeříme, snažím se zvítězit.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

38. Když máme s partnerem/partnerkou konflikt, snažím se jej/ji přimět k tomu, aby se rozhodl/rozhodla pro takové řešení, které pokládám za nejlepší.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

39. Při řešení našich neshod se snažím vyjít mému partnerovi/mé partnerce vstříc.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím

40. Občas souhlasím s partnerem/partnerkou jen proto, aby už konflikt skončil.

silně nesouhlasím                      1      2      3      4                      silně souhlasím



## State-trait anxiety inventory (STAI)

### INSTRUKCE

Uvedli jsme zde různé výroky, kterými jsou lidé zvyklí popisovat sami sebe. Pročtěte si pozorně každý výrok a z čísel uvedených vedle zakroužkujte to, které nejlépe vystihuje Vaše momentální pocity. Při každém výroku tedy uveďte,

### JAK SE CÍTÍTE PRÁVĚ TEĎ

	Vůbec ne	jen trochu	docela dost	velmi
1. Jsem klidná, pokojná.....	1	2	3	4
2. Jsem bezstarostná.....	1	2	3	4
3. Jsem napjatá.....	1	2	3	4
4. Jsem smutná.....	1	2	3	4
5. Cítím se dobře.....	1	2	3	4
6. Jsem vzrušená.....	1	2	3	4
7. Bojím se neúspěchu.....	1	2	3	4
8. Cítím se odpočínutá.....	1	2	3	4
9. Mám pocit úzkosti.....	1	2	3	4
10. Cítím se pohodlně.....	1	2	3	4
11. Důvěřuji si.....	1	2	3	4
12. Jsem nervózní.....	1	2	3	4
13. Jsem ustrašená.....	1	2	3	4
14. Cítím, že bych měla něco udělat.....	1	2	3	4
15. Jsem uvolněná.....	1	2	3	4
16. Jsem spokojená.....	1	2	3	4
17. Mám starosti.....	1	2	3	4
18. Jsem podrážděná a cítím se „vyvedena z míry“.....	1	2	3	4
19. Jsem šťastná.....	1	2	3	4
20. Cítím se příjemně.....	1	2	3	4

### INSTRUKCE

Uvedli jsme zde výroky, kterými obvykle lidé popisují sami sebe. Přečtěte si pozorně každý výrok a z čísel uvedených vedle zakroužkujte to, které nejlépe vystihuje Vaše obvyklé pocity. Při každém výroku tedy uveďte,

### JAK SE OBVYKLE CÍTÍTE

	Téměř nikdy	někdy	často	Téměř vždy
21. Cítím se příjemně.....	1	2	3	4
22. Rychle se unavím.....	1	2	3	4
23. Bývá mi do pláče.....	1	2	3	4
24. Ráda bych byla šťastná, jak se zdají ostatní.....	1	2	3	4
25. Přicházím o hodně, protože se neumím včas rozhodnout...	1	2	3	4
26. Cítím se odpočinitá a svěží.....	1	2	3	4
27. Jsem klidná, pokojná a rozvážená.....	1	2	3	4
28. Mívám pocity, že těžkosti se hromadí tak, že je nedokážu překonat.....	1	2	3	4
29. Trápí mne věci, na kterých ve skutečnosti nezáleží.....	1	2	3	4
30. Jsem šťastná.....	1	2	3	4
31. Mám sklon brát věci příliš vážně.....	1	2	3	4
32. Málo si důvěřuji.....	1	2	3	4
33. Jsem bezstarostná.....	1	2	3	4
34. Krizové situace a těžkosti mě pronásledují.....	1	2	3	4
35. Bývám smutná.....	1	2	3	4
36. Jsem spokojená.....	1	2	3	4
37. Zmocní se mě bezvýznamná myšlenka a nemůžu se jí zbavit	1	2	3	4
38. Zklamání prožívám tak hluboko, že na něj nemůžu zapomenout.....	1	2	3	4
39. Jsem vyrovnaná osobnost.....	1	2	3	4
40. Dostávám se do stavu napětí nebo nepokoje, když rozmýšlím o svých současných problémech.....	1	2	3	4