

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií



Vliv úzkostných poruch na partnerskou intimitu

Bakalářská práce

Autor: Barbora Semecká

Vedoucí: Mgr. Eva Richterová, Ph.D.

Praha 2022

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Veškeré použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Toto prohlášení a souhlas budou signovány vlastnoručním podpisem

V Praze dne:

Podpis:

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Zuzaně Donáthové za cenné rady, Mgr. Evě Richterové, Ph.D. za odborné konzultace a mé mamince Mgr. Daniele Semecké DiS za podporu a trpělivost při psaní této práce i napříč celým studiem. Velký dík patří i všem respondentům, bez kterých bych nemohla uskutečnit svůj výzkum.

Abstrakt

Úzkosti mají přímý vliv na jedincovu schopnost socializace, tvoření nových vztahů a na celkovou kvalitu života. V rámci této bakalářské práce jsem se proto zaměřila na zkoumání intimacy, která je klíčová pro vytvoření a udržení kvalitního partnerského vztahu, u jedinců vykazujících přítomnost úzkosti. K tomuto účelu jsem použila kombinaci Fear of intimacy scale a Investment model scale, které byly doplněny o demografický dotazník včetně otázek mapující stav daného vztahu.

Klíčová slova: intimita, partnerský vztah, úzkost, úzkostné poruchy, citová blízkost, strach z intimacy

Abstract

Anxiety has a direct impact on an individual's ability to socialize, form new relationships, and overall quality of life. In this bachelor's thesis, I therefore focused on the study of intimacy, which is key to creating and maintaining a quality partnership, in individuals showing the presence of anxiety. For this purpose, I used a combination of Fear-of-intimacy scale and Investment model scale, which were supplemented by a demographic questionnaire, including questions mapping the state of the relationship.

Key words: intimacy, relationship, anxiety, anxiety disorders, emotional closeness, fear of intimacy

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Úzkost a úzkostnost	12
1.1. Typy úzkosti	13
1.1.1. Stavová úzkost	13
1.1.2. Úzkostnost jako rys	14
1.1.3. Neuroticismus	15
1.2. Projevy úzkosti	15
1.3. Projevy úzkostnosti	17
2. Úzkostné poruchy	18
2.1. Generalizovaná úzkostná porucha	18
2.2. Panická porucha	19
2.3. Smíšená úzkostně-depresivní porucha	21
2.4. Sociální fobie	22
2.5. Agorafobie	23
2.6. Specifické fobie	24
3. Intimita	25
3.1. Definice a charakteristika	26
3.1.1. Trojúhelníková teorie lásky	27
3.2. Druhy intimity	28
3.2.1. Emoční (psychologická) intimita	28
3.2.2. Fyzická (sexuální) intimita	29
3.2.3. Intelektuální intimita	30
3.3. Intimita jako sebeodhalování	30
3.4. Závazek	31
3.5. Vzájemná závislost	32

3.6.	Strach z intimity	32
3.7.	Vliv úzkosti na intimitu.....	33
4.	Partnerské vztahy.....	35
EMPIRICKÁ ČÁST		38
5.	Výzkumný problém	38
5.1.	Cíle výzkumu a hypotézy	38
6.	Výzkumný design	39
6.1.	Základní a výběrový soubor	39
6.1.1.	Základní soubor	39
6.1.2.	Výběrový soubor	40
6.1.3.	Stanovení skupin.....	41
6.2.	Etika výzkumu	43
6.3.	Výzkumné metody a strategie	43
6.3.1.	Celkový dotazník	43
6.3.2.	Fear of intimacy scale (FIS)	43
6.3.3.	Investment model scale (IMS).....	44
6.4.	Metody analýzy a zpracování dat.....	45
6.4.1.	Výsledky vnitřní konzistence testů a jednotlivých subškál	46
6.5.	Hodnocení výzkumu	47
6.6.	Limity a úskalí výzkumu.....	48
7.	Výsledky.....	48
7.1.	Podrobnější charakteristika vybraného vzorku jako celku.....	48
7.2.	Podrobnější charakteristika věkových skupin	50
7.2.1.	Věková skupina do 25 let (V1).....	50
7.2.2.	Věková skupina 26-35 let (V2).....	50
7.2.3.	Věková skupina 36-45 let (V3).....	50
7.2.4.	Věková skupina nad 45 let (V4)	51

7.3.	Podrobnější analýza skupiny dle typu partnerství.....	51
7.3.1.	Podrobnější analýza skupiny partnerství	51
7.3.2.	Podrobnější analýza skupiny manželství	51
7.4.	Podrobnější analýza dle délky vztahu	53
7.4.1.	Podrobnější analýza dle délky vztahu do 2 let (D1)	53
7.4.2.	Podrobnější analýza dle délky vztahu od 2 do 5 ti let (D2)	53
7.4.3.	Podrobnější analýza dle délky vztahu nad 5 let (D3)	53
7.5.	Podrobnější analýza dle osob nepovažující partnera za nejbližší osobu	54
7.6.	Hypotéza 1: Úzkostné osoby nežijící ve společné domácnosti se svým partnerem budou vykazovat vyšší míru strachu z intimity.....	56
7.7.	Hypotéza 2: Úzkostné osoby žijící v dlouhodobém partnerském vztahu budou vykazovat nižší míru strachu z intimity.....	57
7.8.	Hypotéza 3: Úzkostné osoby v manželství budou hodnotit vyšší míru investic než úzkostné osoby žijící v partnerském vztahu.....	58
7.9.	Hypotéza 4: Úzkostné osoby budou s narůstajícím věkem vnímat nižší kvalitu alternativních vztahů.	60
7.10.	Hypotéza 5: S prodlužováním partnerského vztahu se bude zvyšovat i míra závazku.....	61
	ZÁVĚR	64
	Bibliografie	66
	PŘÍLOHY	76
8.	Příloha 1: Instrukce dotazníku.....	76
9.	Příloha 2: Dotazník na demografické údaje a partnerský život.....	77
10.	Příloha 3: The fear of intimacy scale.....	79
11.	Příloha 4: Investment Model Scale.....	83

ÚVOD

Intimita bývá označována za základní psychologická potřeba a má velký podíl na životní spokojenosti jedince (Kasalová, Praško, 2017). Definovat ji můžeme jako silný osobní vztah dvou jedinců, kteří k sobě trvale cítí blízkost, a jsou bezpodmínečně přijati druhou osobou. Vysoká míra intimity predikuje přetrvání vztahu, naopak její zánik většinou značí nezdravost vztahu a jeho blízký rozpad (Mosier, 2006). Intimita působí jako jakýsi tlumič každodenního stresu. Její nedostatek patří mezi hlavní příčiny úzkosti (Kasalová, Praško, 2017). Vliv intimity lze spatřovat i ve snižování psychických problémů, jako jsou deprese nebo úzkostné poruchy.

Psychická porucha výrazně omezuje člověka a ovlivňuje jeho možnosti dosahování a naplňování osobních životních cílů (Sigmondová, Šilhán, 2013). Úzkost je také jedním z faktorů, které se negativně odráží na pocíťované kvalitě vztahu (Pankiewicz, Majkowicz, Krzykowski, 2012). Jedinec trpící úzkostmi má zhoršené sociální fungování, obtížněji navazuje těsné mezilidské vztahy a prožívá pocity strachu z opuštění partnerem, ze vzniku konfliktu nebo odmítnutí při vyjádření svých potřeb (Kasalová, Praško, 2017).

Úzkost a intimita se vzájemně ovlivňují a tvoří jakýsi kruh. Vysoká míra úzkosti se negativně odráží na spokojenosti partnerského vztahu, čímž opět zvyšuje míru úzkosti. Pakliže se jedinec nachází ve vztahu s vysokou mírou intimity, zlepšuje se jeho psychický stav, což se opět odráží zvýšením míry intimity.

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy, během života je zažívá až 33,7 % lidí (Bandelow, Michaelis, 2022), proto se tato problematika dotýká velké části populace.

V teoretické části se zaměřím na vymezení pojmů úzkost a úzkostnost, budu se věnovat typologii a definicím. Dále se budu zabývat vymezením úzkostných poruch dle MKN-10 a rozeberu jejich epidemiologii a psychické i somatické projevy. Prostor věnuji i samotné intimitě: vymezím její charakteristiku, rozeberu některé její komponenty a popíšu i to, jak je ovlivňována úzkostí. Na konci teoretické části krátce vymezím pojem partnerské vztahy.

V empirické části mé práce stanovím výzkumný problém a hypotézy a popíšu průběh výzkumu včetně použitého designu, metod a strategie. Zmíním také etickou stránku práce a vymežím její limity. Na závěr odprezentuji výsledek výzkumného šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Úzkost a úzkostnost

Úzkost je velmi široce používaný termín. První kapitola bude tudíž věnována vymezení pojmu úzkost, úzkostnost a neuroticismus, vysvětlení rozdílů jejich rozdílů a na závěr rozeberu psychické i fyziologické projevy úzkostí a úzkostností.

Podíváme-li se na slovo úzkost z etymologického hlediska, je pro ní v latině používané slovo *angor*, které má velmi blízko ke slovu *angustus*, tedy úzký či tělesný. Tímto významem odkazuje na charakteristický pocit tělesnosti a sevřenosti, vyvolaný úzkostí (Vymětal, 2007).

Úzkost je emoční stav, při kterém jedinec vnímá hrozbu, kterou ale není schopen přesněji definovat (Praško, 2005). To způsobuje psychický diskomfort, který se může projevovat od mírného neklidu až po enormní strach způsobující znehybnění (Scrabble et al., 2009).

Pocity úzkosti plní v první řadě adaptivní funkci, která je v běžných situacích velmi důležitá. Díky úzkosti se člověku ostří smysly, mobilizuje energie a napomáhá organismu, aby se v případě nebezpečí ubránil, utekl, nebo se mu úplně vyhnul. Taktéž napomáhá zvýšit výkon a motivaci (Praško, Vyskočilová, 2012). Úzkost je zprostředkována skrze nervové a hormonální mechanismy. Ty můžeme nalézt u všech zástupců živočichů, kteří se nacházejí ve vývojové řadě od obratlích ryb (Honzák, 1995).

Jedná se tedy o emocionální stav, který kloubí fyziologickou a psychologickou reakci a odráží míru kognitivní a behaviorální výstrahy (Ferreira, Silva, 2016). Psychosomatická reakce na úzkosti je vyvolána předtuchami hrozícího nebezpečí, které je jedinci neznámé a nedokáže ho přesněji specifikovat (Honzák, 1995). Občasné zažívání mírné úzkosti je přirozené a každý člověk ji zažívá (Praško, Vyskočilová, 2012).

Podle Nakonečného (2000) lze v rámci psychologie vymežit úzkost dvěma způsoby. Zaprvé můžeme úzkost chápat jako synonymum k psychické tenzi, zadruhé ji můžeme rozumět jakožto stav, který byl vyvolán neurčitou obavou. Základ pro tuto obavu tvoří *bazální úzkost*, která se začíná rozvíjet v raném dětství stavu nejistoty kvůli často opakované a masivní sociální separaci.

Úzkost můžeme dělit na několik typů. Spontánní úzkost z pravidla přihází nečekaně. Pakliže je možné její výskyt očekávat, mluvíme o situační či fobické úzkosti. Anticipační úzkost se rozvíjí pouhou myšlenkou na konkrétní situaci (Smolík, 2002).

Zaměříme-li se na úzkost z koncepčního hlediska, obsahuje dvě složky: rys a stav. Rys nebo také vlastnost, se označuje jako úzkostnost a týká se jedinci osobnosti a jeho predispozic ke vzniku úzkosti. Stav – úzkost – se týká emoční reakce na vnímaný distres (Ferreira, Silva, 2016).

Toto rozlišení navrhl Spielberger (1970), který tím reagoval na psychodynamiku, populární model v 70. letech. Psychodynamika totiž mnohdy využívala označení neuroticismus jako souhrnné označení pro úzkostnost, depresi a stres.

1.1. Typy úzkosti

1.1.1. Stavová úzkost

State anxiety, nebo také stavová úzkost, můžeme definovat jako přechodný emoční stav založený na prožívání obav a distresu ve specifických situacích způsobujících stres. Toto vnímání stresu a napětí je subjektivní a probíhá na vědomé úrovni. Stavová úzkost je tedy stav, který má v čase různou intenzitu a podléhá zvýšené aktivitě autonomního nervového systému. Objevuje se na kratší dobu a reaguje na specifickou hrozbu. Pokud hrozba pomine, míra úzkosti klesne (Magnusson, 1980).

Freud (1936) připisoval úzkosti adaptivní účely. Podle jeho modelu pomáhá jedinci s efektivním vypořádáním se s potencionálním ohrožením. Krause (1961) byl toho názoru, že je možné úzkostný stav rozpoznat, fyziologickými projevy, nasazením během plnění úkolů, reakcí na stres a neverbální komunikací, avšak nejspolehlivější má být introspektivní pozorování. Reiss (1997) stavovou úzkost identifikoval skrze chování jedince, mluvíme tedy o kognitivní symptomatologii.

Stavová úzkost je výzkumníky považována za multidimenzionální konstrukt, který je možné rozdělit do dvou aspektů: autonomního (emoce) a kognitivního (obavy; Endler, Kocovski, 2001). Na kognitivní rovině se projevuje zkresleným myšlením, zatímco na rovině autonomně emoční představuje psychosomatické příznaky – např. zvyšuje podrážděnost a způsobuje plačtivost (Harrison et al., 2016).

Averzivní stavovou úzkost se může jedinec naučit zvládat různými copingovými strategiemi. Mezi ty patří například strategie zaměřená na zvládání emocí nebo strategie na

vyhýbání a zvládání stresujícího stimulu. Tím značně napomáhají jedinci s vyrovnáváním se se stresorem vyvolávajícím úzkost a mění jeho chování (Enderler, Kantor, Parker, 1994).

1.1.2. Úzkostnost jako rys

Trait anxiety, nebo jak se překládá do češtiny rysová úzkost, úzkostnost, je psychologická charakteristika jedince. Jedná se o relativně stabilní předpoklad vnímat situace jako nebezpečné a ohrožující. Tím tato dispozice zvyšuje míru úzkosti, kterou jedinec vnímá, a poukazuje na náchylnost jedince ke vzniku chronické úzkosti (Ferreira, Silva, 2016). Na rozdíl od běžného stavu úzkosti je konstitučně zakotvena. (Vymětal, 2007) a vyznačuje se chroničtější charakterem a delší dobou trvání. Přetrvávat může měsíce až roky (Teachman, 2006).

Tento koncept úzkostnosti původně pochází z psychoanalýzy. Freud (1924) odlišoval tři druhy úzkostnosti: neurotickou (rysovou), objektivní a morální. Neurotická je podle Freuda způsobena tím, že se určitá informace plánuje dostat z nevědomí do vědomí. To připisoval jedincům, kteří se podle něj nacházeli v Oidipovském stádiu vývoje a měli sklony ke stavovému úzkostem v situacích, které tito jedinci pocítovali jako duševně ohrožující (Freud, 1924).

Později byla rysová úzkostnost definována Spielbergerem jakožto sklon k úzkostné reakci na nepříjemné podněty a k citlivosti vůči stresu. Tento typ úzkostnosti se přímo neodráží v chování jedince, ale má vliv na větší frekventovanost prožívání stavové úzkosti (Spielberger, Pollans, Worden, 1984). Spielberger (1970) pak využil Freudovu teorii modelu nebezpečí a koncepty rysové a stavové úzkostnosti Cattellových k sestavení sebeposuzovací škály, která měří rysovou a stavovou úzkostnost, tzv. *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI).

Nezbytné je i vymezit rozdíl mezi *trait anxiety* (rysová úzkostnost) a *anxiety sensitivity*, která se překládá do českého jazyka jako přecitlivělost (Dolejš, Miovský, Řehan, 2012) nebo citlivost k úzkosti (Hrdlička, Goetz, Dudová, 2004). V rámci této práce budu používat pojem přecitlivělost. Za příčinu panických atak se v 70. a 80. letech považoval takzvaný strach ze strachu, tedy domněnka o tom, že prožitá úzkost naplňuje jedince obavami z možného opakování prožitku. To vede podmiňováním ke vzniku agorafobie (Goldstein, Chambless, 1978). Strach ze strachu byl však později interpretován jako již zmíněná přecitlivělost, která byla dále definována jakožto přesvědčení o tom, že prožitá úzkost vede ke vzniku onemocnění, rozpakům nebo dalším úzkostným atakám. Jinak řečeno

přecitlivělost je zvýšená obava z potencionálních budoucích úzkostí, což jedince motivuje k vyhýbavému chování (Reiss, McNally, 1985).

Rysová úzkostnost se vztahuje k předvídání budoucí úzkosti dle již prožitých úzkostných epizodách. Přecitlivělost je oproti tomu založená na predikci nadcházející úzkosti bez zohlednění intenzity či frekvence úzkostných stavů (Reiss, 1997).

1.1.3. Neuroticismus

Pojmy úzkostnost a neuroticismus jsou často volně zaměňovány, avšak již Sigmund Freud rozlišoval mezi neurotickou úzkostí a úzkostí jakožto emocí (1936). Proto je vhodné je vzájemně vymezit i v rámci této práce. Podle teorie Big five, tedy pětifaktorového modelu osobnosti, je neuroticismus, jednou z hlavních dimenzí osobnosti. Neuroticismus je osobnostní rys, pro který je typická tendence reagovat na nebezpečí, frustraci nebo ztrátu negativními emocemi. Považuje se za předpoklad vzniku některých psychických i fyzických onemocnění, ovlivňovat by měl i kvalitu a délku života (Lahey, 2009). Podle Eysenck a Eysenck (1975) dělá vysoce neurotického jedince celková přecitlivělost a příliš velká síla emocí jakožto reakce na podněty. Přesto, že jsou úzkostnost a neuroticismus samostatnými koncepty, mají mezi sebou vysokou korelaci (Matthews, Deary, Whiteman, 2009).

Neuroticismus jakožto osobnostní rys se stává stabilnějším během dospívání (Roberts, DelVecchio, 2000), jeho průměrné skóre dosahuje vrcholu na prahu dospělosti a následně mírně klesá (Roberts, Mroczek, 2008).

1.2. Projevy úzkosti

Úzkost může představovat trvalý kolísavý stav, nebo je situačně podmíněna. Pokud se objevuje v náhlých záchvatech, mluvíme o spontánní úzkosti nebo spontánním záchvatu paniky. Pokud se váže s konkrétními situacemi, můžeme definovat zdroj strachu, a označujeme ji jako fobii. Stav očekávání ohrožující situace nazýváme anticipační úzkost. Úzkost výrazně snižuje kvalitu pacientova života a nepříznivě ovlivňují výkon práce a rodinné i partnerské vztahy (Praško, 2005), jejich utváření i udržování pomocí sociální socializace (Kasalová, Praško, 2017).

Pokud se objeví nové podněty, nebo dojde ke změně situace či výskytu něčeho neočekávaného, vyvolá se u jedince orientační reakce. Dosavadní chování se utlumuje a současně se zvyšuje míra pozornosti a dráždivosti. Tato reakce je způsobena oblastí nervové soustavy, která se nazývá behaviorální inhibiční systém (Gray, 1982). Jeho funkcí je

identifikovat potencionální nebezpečí. Pokud vyhodnotí situaci jako nepříznivou, zaměří se na její překonání a současně utlumuje ostatní činnosti. Pokud se ukáže, že situace nevyžaduje aktivaci těla, uvede ho do původního klidového stavu (Honzák, 1995). Úzkostní lidé nepříjemně vnímají již tuto předcházející fázi.

Strach z potencionálního nebezpečí aktivuje stresovou reakci, které způsobuje, že se v lidském těle odehrávají hormonální změny, díky kterým může tělo reagovat. Tato obranná reakce může mít tři podoby: útok (fight), útek (flight) nebo zamrznutí (freez). K tomu je zapotřebí koordinace fyziologické, behaviorální a kognitivní části organismu, avšak úzkost se projevuje ve všech těchto oblastech (Praško et al., 2006).

Protože může potencionální nebezpečí přetrvávat, připojují se k behaviorálnímu inhibičnímu systému i další poplachové mechanismy, jako jsou vrozené předpoklady, zkušenosti a emoční prožitková složka (Honzák, 1995). Veškeré zdroje informací vedou k vyhodnocení situace a připravení těla na útek či útok. Právě tyto příznaky připravenosti jedinec prožívá jako úzkost, pokud je její míra příliš vysoká, jedná se o paniku (Smolík, 2002).

Po fyziologické stránce se úzkosti se obvykle projevují hyperventilací, závratěmi, nevolností, pocením, suchem v ústech a poruchou svalového napětí jako jsou třes a pocity slabosti (Spielberger, Rickman, 1990). Také se zvyšuje srdeční tep a krev je cíleně odváděna od svalů. Díky tomu může být kůže nedostatečně prokrvená a kvůli tomu chladná. Pakliže se na kůži vyskytují rudé fleky, jedná se o místní překrvení (Honzák, 1995). Běžně se projevují i poruchy spánku (Smolík, 2002).

Jak jsem již zmínila, úzkost má vliv i na kognitivní schopnosti jedince. Její přítomnost zvyšuje úroveň pozornosti a uvědomování si většího počtu podnětů. Avšak pokud se jedná o příliš velké množství, ztrácí jedinec schopnost veškeré podněty zpracovat, což následně způsobí pocity depersonalizace a neskutečnosti. Dále se zlepšuje kvalita paměti, schopnost zapamatovat si jednotlivé detaily a rychlost potřebná k pochopení, jak funguje celek. To však může vést i k přehlcení jedincovi mysli podněty oznamující možné nebezpečí a neschopnosti soustředění se na každodenní činnosti (Honzák, 1995).

Pokud se zaměříme na behaviorální projevy, úzkost způsobuje častou chybovost v práci nebo ve škole, nepečlivost, jedinec často rezignuje na plnění nebo dokončení náročných projektů, přerušuje práci, je uzavřený, plačtivý, mívá časté výbuchy vzteku nebo má sklony k hádání se (Kyriacou, 2005).

1.3. Projevy úzkostnosti

Úzkostnost má vliv na kognitivní funkce. Jedinci, kteří mají vyšší rysovou úzkostnost, spíše zachycují a zpracovávají stimuly oznamující hrozby i přes to, že by se měla jejich pozornost zaměřovat jinými podněty (Deweese et al., 2014). Přecitlivělost se projevuje na rozpoznávání, zpracovávání i reakci na informace, které souvisejí s nebezpečím, a to nezávisle na reálnosti nebezpečí (Bar-Haim et al., 2007). Jedinci, kteří mají vyšší míru úzkostnosti, přikládají větší váhu řešení i potencionálně ohrožujících situací (Morales, 2012).

V odborné literatuře dominuje názor, že rysová úzkostnost negativně ovlivňuje scóre ve výkonnostních úlohách tím, že je jedincova pozornost konstantně odváděna od úkolu, na němž pracuje. Někteří však přicházejí s poznatkami o tom, že právě přítomnost úzkosti může podněcovat k většímu kompenzačnímu úsilí, čímž by se vyrovnával jedincův výkon (Matthews, Deary, Whiteman, 2009).

Eysenck et al. (2007) přišli v rámci své studie se zaměřením na vztah úzkostnosti a kognitivními funkcemi s teorií, podle které si jedinci trpící vyšší mírou úzkostnosti osvojili systém bottom-up, který používají ke zpracování informací. Tento systém je používán obzvláště pokud se v daném prostředí nenachází eventuálně ohrožující podnět. Naopak jedinci s nižší mírou úzkostnosti spíše používají ke zpracování stimulů systém top-down.

Chování jedince je značně ovlivňováno emočním rozpoložením. Aby byli úzkostní jedinci schopni zvládat aktuální emoční nepohodu, osvojují si rozličné strategie chování (Praško et al., 2006). Těchto strategií bývá více a jsou navzájem provázané. Zmírňují nepříjemné pocity plynoucí ze stimulů, avšak nejsou efektivní a dokonce jedince udržují v úzkostnosti (Procházka, 2015).

Typickou strategií představuje vyhýbavé chování, tedy cílené vyhýbání se situacím a podnětům, které u jedince vzbuzují silné negativní emoce. Neukazuje se však, že by tato strategie byla při léčbě úzkostných poruch efektivní, jelikož si jedinci nejsou schopni ověřit, zda je situace vyvolávající úzkost skutečně nebezpečná (Praško et al., 2006). Studie Campbell-Sills et al. (2006) prokázala, že pokud se jedinec vystaví podnětu vyvolávající úzkost namísto snahy ho potlačit nebo se mu vyhnout, rychleji klesne jeho srdeční frekvence.

Při objevení nových podnětů, změně situace nebo výskytu něčeho neočekávaného se u jedince vyvolá orientační reakce. Dosavadní chování se utlumuje a současně se zvyšuje

míra pozornosti a dráždivosti. Tato reakce je způsobena oblastí nervové soustavy, která se nazývá behaviorální inhibiční systém (Gray, 1982). Jeho funkcí je identifikovat potencionální nebezpečí. Pokud vyhodnotí situaci jako nepříznivou, zaměří se na její překonání a současně utlumuje ostatní činnosti. Pokud se ukáže, že situace nevyžaduje aktivaci těla, uvede ho do původního klidového stavu (Honzák, 1995). Úzkostní lidé nepříjemně vnímají již tuto předcházející fázi.

Protože může potencionální nebezpečí přetrvávat, zapojují se další poplachové mechanismy, jako jsou vrozené předpoklady, zkušenosti a emoční prožitková složka (Honzák, 1995). Veškeré zdroje informací vedou k vyhodnocení situace a připravení těla na útěk či útok. Právě tyto příznaky připravenosti jedinec prožívá jako úzkost, pokud je její míra příliš vysoká, jedná se o paniku (Smolík, 2002).

2. Úzkostné poruchy

V této kapitole se budu zabývat úzkostnými poruchami. Jejím hlavním cílem je definice a vymezení úzkostných poruch dle MKN-10. Součástí kapitoly jsou rozpracovány jednotlivé poruchy a jejich projevy. Cílem této kapitoly není detailní rozpracování dané tematiky, ale poskytnutí uceleného přehledu, který je adekvátní k potřebám této práce.

Úzkostné poruchy během života zažívá až 33,7% lidí a patří tak mezi nejčastější psychické poruchy. Mají chronický průběh a jsou vysoce komorbidní s jinými úzkostnými i jinými duševními poruchami (Bandelow, Michaelis, 2022). Jak jsem již zmiňovala v předchozí kapitole, úzkostné poruchy se vyznačují kombinací fyzických a psychických projevů úzkosti, které se dostávají ve chvílích, kdy jedinec nečelí žádnému reálnému ohrožení (Praško, 2005).

Mezi úzkostné poruchy patří generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně-depresivní porucha a panická porucha. Podle MKN-10 (1996) se mezi úzkostné řadí i fobické úzkostné poruchy, u kterých je úzkost spjata se specifickými situacemi a nepředstavuje tudíž primární symptom. Mluvíme tedy i o agorafobii, sociální fobii a specifické fobii. Obsedantně-kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha a akutní stresová reakce jsou s úzkostnými poruchami blízce spjaty, ale jsou zařazeny do vlastní kategorie.

2.1. Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) byla původně v DSM-III koncipována jako označení pro pacienty, kteří vykazovali úzkostné příznaky, ale nesplňovali kritéria jiných úzkostných poruch (APA, 1980). V současné době je GAD dle MNK-10 (1996) kategorizovaná jako samostatná porucha a pojí se s častým využíváním zdravotnických služeb (Maier et al., 2000).

GAD se vyznačuje trvalou přítomností multifokální úzkosti (například ohledně rodiny, peněz, kariéry; Stein, Sareen, 2015), kterou má jedinec obtíže kontrolovat (Rowa, Antony, 2008.). Oproti fobiím zde nedochází k systematickému vyhýbavému chování, pacient je fixovaný na starosti a stresující myšlenky o budoucnosti, kterými se nadměrně zabývá (Praško, 2005), je často podrážděný a má problémy se soustředěním (Huppert, Rynn, 2000).

Mezi fyzické projevy poruchy patří nevolnost, bolesti hlavy, závratě, bušení srdce, nadměrné pocení, zažívací potíže, poruchy spánku, pocit sevření krku a hrudi (Praško, 2005), svalové napětí a únava (Huppert, 2000). Projevy se stupňují především ve chvílích, kdy je jedinec ve zdánlivém klidu, jelikož jehož pozornost neodvádí vnější podněty (Praško, 2005). Aby bylo naplněno kritérium ke stanovení diagnózy, musí být tyto příznaky relativně stálé po dobu 6 měsíců a musí působit distres nebo narušovat běžné fungování (Huppert, Rynn, 2000).

Porucha se častěji vyskytuje u žen než u mužů (Wittchen, 2002) a může se projevit v jakékoliv životní fázi, nejčastěji však po 25. roce (Praško, 2005). Mezi rizikové faktory patří nízký socioekonomický status a traumatická zkušenost v dětství, např. fyzické nebo sexuální zneužívání, zanedbávání a násilí, alkoholismus nebo užívání drog ze strany rodiče nebo jeho partnera (Stein, Sareen, 2015). Vliv mají i genetické faktory (Hettema, Neale, Kendler, 2001).

2.2.Panická porucha

Panická porucha neboli paroxysmální epizodická úzkost je charakteristická opakovanými náhlými záchvaty masivní úzkosti, tedy panické ataky, které nejsou spjaty s žádným konkrétním podnětem nebo situací (Praško, 2005). Tyto záchvaty obvykle trvají 5 až 30 minut (Praško, Vyskočilová, 2012). Doprovází je fyzické příznaky, jako jsou palpitace, hyperventilace, pocity krátkého dechu nebo horka, pocení, třes, vnitřní chvění, pocit na omdlení, závrať, derealizace (pocit neskutečnosti), mravenčení a pocity, že zemře, omdlí, zblázní se nebo se pomůže (Čerňanová, 2020) a prožívá pocity ztráty kontroly. To později vede k úplnému nebo částečnému vyhýbání se místům, kde panickou ataku prožil, nebo se

jejího opětovného výskytu na daných místech obává (Praško, Vyskočilová, 2012). Následují nejméně měsíc přetrvávající obavy z dalších záchvatů (tj. anticipační úzkost), obavy z jejich následků nebo významné změny v chování, které je se záchvaty spojeno (Kinrys, Pollac, 2004; American Psychiatric Association, 2013).

Pacienti si osvojují určité typy zabezpečovacího chování, tedy adaptační mechanismy, které jim pomáhají zvládat své onemocnění. Většina osob trpících panickou poruchou nachází komfort u blízkost osoby, které důvěřují. Nejčastěji se jedná o příbuzného, lékaře, nebo dobrého přítele obává. Jiní s sebou nosí uklidňovací léky, jako je například diazepam, alprazolam nebo bromazepam. Pakliže se obávají ztráty kontroly nad vyměšováním, vycházejí z domovů nalačno, nebo cestují pouze na místa, kde jsou dostupné toalety (Praško, Vyskočilová, 2012).

Nejčastěji se panická porucha rozvíjí mezi 23. a 29. rokem, ale může se vyskytovat i u dětí nebo seniorů. Vyskytuje se zhruba u 1-2% populace (Praško, Vyskočilová, 2012), a velmi výrazně ovlivňuje pacientův život (Praško, 2005), navíc se zřídka kdy vyskytuje v klinických podmínkách bez dalších psychopatologických komorbidit. Se zvýšeným výskytem byly hlášeny další psychiatrické poruchy, zejména těžká deprese, bipolární onemocnění a další úzkostné poruchy (Roy-Byrne, Craske, Stein, 2006).

Genetická podmíněnost poruchy je vyšší u žen. Rozvoj nemoci ovlivňují spíše individuální faktory vnějšího prostředí než ty, které jsou sdílené v rodině (Hosák, Šilhán, Hosáková, 2013). Pro splnění kritérií diagnózy nesmí být záchvaty přímo navozeny užíváním návykových látek, farmaceutiky nebo zdravotním stavem (American Psychiatric Association, 2013).

Vzhledem k nejednotnosti názorů na etiopatogenezi panické poruchy na ni můžeme nahlížet z různých směrů. Genetické studie udávají zvýšený výskyt panické poruchy mezi příbuznými (Praško, 2005). Praško (2008) ale poukazuje na to, že geneticky přenosné jsou spíše predispozice úzkostného reagování na dané situace než panická porucha sama o sobě. Někteří výzkumníci připisují hlavní roli rysům osobnosti. Ehlers (1995) ve své studii označil za prediktor panické poruchy neuroticismus a obecné sklony k negativnímu prožívání emocí. To potvrzuje i Roy-Byrne, Craske a Stein (2006). Vymětal (2007) považuje za prediktor tendenci hromadit stresové situace v kombinaci s nutkavostí opakovat činnosti, které vedou pouze ke krátkodobé úlevě, ale neřeší situaci samotnou.

Kognitivní teorie uvádí, že ke vzniku a udržení panické poruchy jsou zásadní katastrofické interpretace tělesných stavů. Pacient se zaměřuje na fyzické projevy, které vedou ke katastrofickým myšlenkám (např. „Mám srdeční zástavu.“), což vede ke vzniku dalších fyzických pocitů. Zvýšenou pozorností k somatickým pocitům zvyšuje citlivost na ony projevy, čímž se tvoří bludný kruh, který ústí v panickou ataku (Clark, 1986). Avšak tyto přístupy selhávají ve vysvětlení panické poruchy u jedinců, kteří trpí neúzkostnou panickou poruchou – tedy neprožívají úzkostné stavy (Kushner, Beitman, 1990).

Dle výzkumů teorie attachmentu by jedním z rizikových faktorů mohla být nejistá vazba v dětství. Studie prokázali, že pacienti trpící panickou poruchou častěji v raných fázích vývoje odloučení od matky nebo obou rodičů vlivem rozvodu nebo jiné ztráty. Spojitost byla nalezena i s úmrtím otce v dětství (Holubová, Zařková, Minaříková, 2020).

Teorie podmiňování předpokládají, že přítomnost podmíněného podnětu u panické ataky může opakovaně paniku vyvolávat (Goldstein, Chambless, 1978). Avšak panika v mnohých studiích představuje současně podmíněný podnět, nepodmíněný podnět, podmíněnou reakci a nepodmíněnou reakci, proto byly tyto teorie podrobeny značné kritice (Reiss, 1997; McNally, 1990, 1994).

2.3. Smíšená úzkostně-depresivní porucha

Dle MKN-10 se smíšená úzkostně-depresivní porucha přiřazuje pacientům, u kterých se kombinují úzkostné a depresivní příznaky, avšak míra těchto příznaků není natolik vysoká, aby splňovala diagnostiku depresivní poruchy nebo některé z úzkostných poruch. Kumar Sharma a Arora (2019) uvádí, že příznaky úzkosti i deprese jsou stejně intenzivní a žádný z nich jasně nepřevládá.

Poruchu provází stálá nebo opakující se dysforická nálada, problémy s koncentrací, únava a podrážděnost. Dále se jedinec potýká s poruchami spánku, pociťuje tzv. prázdnotu v hlavě, má tendence k plačtivosti, nízké sebevědomí a převažují u něj pesimistická očekávání budoucnosti (Praško, Prašková 2005). Výskyt příznaků je nezávislý na stresujících životních událostech (Kara et al., 2000).

Porucha bývá okolím i odborníky mnohdy podceňována, a to především nižší intenzitou depresivních příznaků než u depresivních poruch a nižší výrazností úzkostí v porovnání s jinými úzkostnými poruchami (Ulč, 1999). Příslušné studie však úzkostnou

depresi s větší závažností deprese, sníženou léčebnou odpovědí, zvýšeným rizikem sebevražd a vyšším rizikem kardiovaskulárních onemocnění (Sonawalla, Fava, 2001).

Pacienti splňující diagnostická kritéria smíšené úzkostně-depresivní poruchy se běžně vyskytují v primární zdravotní péči. Ačkoli existují určité rozdíly v odhadované míře prevalence, vědci se široce shodují, že smíšená úzkostně-depresivní porucha patří mezi nejrozšířenější psychiatrické poruchy (Möller et al., 2016).

2.4.Sociální fobie

„Fobie je iracionální (nerozumný) strach ze situace, kde běžně lidé velký strach nevnímají. Trpící vědí, že ve skutečnosti jsou jejich obavy přehnané, nicméně nepomáhá jim to v ovládnutí úzkosti, kterou při vystavení situaci prožívají,“ (Praško, et al., 2012, str.25). Tato úzkost může vést až k panické atace (Schneier et al., 1992).

Sociální fobie, nebo také antropofobie, je dle MKN-10 strach z posuzování ostatními, která vede ke stranění se lidí. Jedinec se obává, že se bude chovat způsobem, který ho poníží nebo ztrapní (Schneier et al., 1992). Působí mu potíže pohled z očí do očí (Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2008), často nemůže v přítomnosti jiných lidí mluvit, jíst, telefonovat apod., protože se obává zkoumavých pohledů (Praško, Holubová, 2017) a kritiky (MKN-10). V těchto situacích je sebekritický (Heimberg, 1995) a projevují se u něj fyzické symptomy: červená se, třesou se mu ruce, dělá se mu špatně od žaludku nebo má naléhavou potřebu močit (Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2008). Těžší formy fobie se obvykle spojují s nízkým sebevědomím (MKN-10).

To vede k tomu, že se člověk trpící sociální fobií vyhýbá sociálním situacím (Schneier et al., 1992), nebo každodenním povinnostem, jako je například školní docházka nebo pracovní schůzky. Pakliže se účastní, není aktivně zapojen (Stein, Stein, 2008). V extrémním případě může sociální fobie vést k úplné izolaci (Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2008).

Sociální fobii můžeme dělit na generalizovanou a negeneralizovanou. Generalizovaná sociální fobie, jinak také označována jako všeobecná, se projevuje téměř ve všech druzích sociálních situacích (Praško, Holubová, 2017). Také je spojována s vyšší komorbiditou s dalšími psychickými nemocemi jako jsou deprese a alkoholismus (National Collaborating

Centre for Mental Health, 2013)¹. Negenalizovaná nebo také specifická sociální fobie je spjatá pouze s konkrétními sociálními aktivitami (Praško, Holubová, 2017). Jako příklad mohu uvést například rozhovor s nadřazeným nebo jinou autoritou, či telefonování.

Nejčastěji se sociální fobie rozvíjí během dospívání (Praško, Holubová, 2017) a zvyšuje riziko rozvinutí deprese (Beesdo et al., 2007). Někteří autoři (Clark, Wells, 1995; Rapee, Heimberg, 1997) považují za příčinu vzniku této fobie pozornostní procesy. Clark a Wells přisuzují obavu ze sociálních situací pozornosti, kterou jedinec zaměřuje sám na sebe. Dle Rapee a Heimberg jsou naopak tyto pozornostní procesy klíčové, ale zmiňují i environmentální faktory, jako je například potencionální hrozba negativního hodnocení. Jedná se tedy o dva odlišné konceptualizační modely. Zatímco Rapee a Heimberg zohledňují interní i externí procesy, které společně interagují, Clark a Wells se zaměřují pouze na interní náznaky ohrožení. Z těch vyplývá, že úzkost se u jedince vyskytuje bez ohledu na to, zda je vystaven reálnému nebezpečí.

Z nejnovějších výzkumů, například dvoufázové teorie pozornostního zaměření, vyplývá, že jedinci se sociální fobií mají dva systémy. Ten první je nevědomý a automaticky vyhledává hrozby, na které je nutí reagovat. Druhý systém je vědomý a dále udržuje zvýšenou pozornost ohledně nebezpečí (Cisler, Koster, 2010).

2.5. Agorafobie

Agorafobie je chorobný strach ze situací nebo míst, ve kterých v případě panické ataky nebo jiné nevolnosti není dostupná pomoc, nebo z nich není možný únik (Praško et al., 2012). Zmínit můžeme například cestování městskou hromadnou dopravou, jízdu výtahem, obchodní centra, velká seskupení lidí, nebo pobyt v uzavřených prostorách. Úzkost se objevuje přítomností podnětu způsobujícího fobii i opuštěním místa, ve kterém se jedinec cítí bezpečně. Čím dál se nachází od domova (nebo jiného bezpečného útočiště), tím více je pohlcuje strach (Praško, 2005). Lidé trpící touto úzkostnou poruchou se také obávají reakce okolí, pokud by se dozvědělo o jejich potížích (Praško, Holubová, 2017).

Jako adaptační mechanismus je typické osvojení vyhýbavého chování. Počet situací, které jim připadají nebezpečné a obávají se jich, tak časem narůstá. Naopak jako uklidňující pro většinu lidí trpící agorafobií působí, pokud se mohou v situacích, ze kterých mají obavy,

¹ Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment

někoho držet, něčeho dotýkat (například zeď, zábradlí) nebo se mohou něčeho přidržovat (taška na kolečkách, berle apod.; Praško, 2005).

V minulosti byla agorafobie považována pouze jako důsledek panické poruchy (American Psychiatric Association, 2000). Avšak prokázalo se, že se vyskytuje i samostatně, a proto se v roce 2013 zařadila do DSM-5 jako samostatná porucha (American Psychiatric Association). Z tohoto důvodu byla většina výzkumů o agorafobii prováděna ve spojitosti s panickou poruchou.

Agorafobie se vyskytuje u 5–6 % populace (Praško, Holubová, 2017) a to asi dvakrát až třikrát častěji u žen než u mužů. Mnohdy se pojí s panickou poruchou, podle některých studií u 50% případů, u pacientů, kteří se léčí, až 75%. Faktory, které vedou ke vzniku agorafobie, budou zřejmě kombinací dědičných predispozic a prožitky z dětství. Rozvoj poruchy pak má vliv aktuální okolnosti, které pacienta zatěžují. Může se tak jednat o faktory, které se liší od těch, jež vedly k jejímu vzniku (Praško et al., 2012).

2.6. Specifické fobie

Dle MKN-10 jsou specifické fobie zaměřeny na vysoce konkrétní situace nebo objekty. Pakliže s nimi není jedinec v kontaktu nebo se ho neobává, netrpí žádnými příznaky úzkosti (Praško, 2005). Postižený z nich má iracionální stálý strach a v případě kontaktu se spouštěcí situací, u něj propuká panika, stejně jako u sociální fobie a agorafobie (MKN-10). Strach a úzkost jsou tak dalece intenzivní, že vedou ke vzniku nadměrného stresu, který přímo negativně ovlivňuje jedincův každodenní život (Praško, 2005). Do specifických fobií tudíž nespádají obavy, které jsou přiměřené hrozícímu nebezpečí (přepadení v noci ve městě apod.; (Praško et al., 2008).

Jako příklad uvedu několik specifických fobií:

- Akrofobie – strach z výšek či hloubek
- Zoofobie – souhrnné označení pro strach ze zvířat. Může se jednat o zvířata obecně nebo o jeden konkrétní druh (například arachnofobie – strach z pavouků, ofidiofobie – strach z hadů, entomofobie – strach z hmyzu atd.)
- Klaustrofobie – strach z uzavřených nebo omezeně přístupných prostorů
- Hematofobie – strach vyvolaný krví nebo pohledem na krev

Specifické fobie nemůžeme fyziologicky, subjektivně ani projevy chování odlišit od ostatních typů úzkostí. Prožitek se může pohybovat na škále kdekoliv od mírného pocitu nepohody až po děs (Praško, 2005).

Například v USA se jedná o jednu z nejčastějších psychiatrických poruch s celoživotní prevalencí 12,5 %. Je asi dvakrát častější u žen, a u většiny postižených se objevuje raném dětství, u situačních podtypů pak kolem dvaceti let (Choy, Fyer, Lipsitz, 2007).

Fobie přetrvávají několik let nebo dokonce u 10–30 % případů celá desetiletí. Silně predikují vznik dalších úzkostných poruch nebo poruch nálady, také mohou vést k užívání návykových látek. Specifické fobie mají vysokou komorbiditu s jinými duševními poruchami, zejména po rozvinutí fobie, což naznačuje, že včasná léčba by mohla také snížit riziko vzniku dalších poruch (Eaton, Bienvenu, Miloyan, 2018).

3. Intimita

Intimita je samostatným konstruktem, ale současně i podřízenou dimenzí lásky. Je zapotřebí o ní uvažovat v kontextu dalších aspektů, jako jsou sebeodhalování, attachment, sexualita a láska (Dosedlová, 2015).

Ve studiu mezilidských vztahů se intimitě věnuje mnoho pozornosti. Intimitu můžeme naleznout v příbuzenských, partnerských, přátelských nebo i v jiných druzích vztahů a je mnohdy označována za základní psychologickou potřebu. Má velký podíl na životní spokojenost jedince. Kladný vliv má i na snižování psychických problémů, jako jsou deprese nebo úzkostné poruchy (Kasalová, Praško, 2017). Podle Sternberga (1986) představuje intimita jeden ze tří pilířů partnerského vztahu.

Výzkum intimity ale je značně zkomplikován, a to především kvůli nejednotnosti akademické obce při definování významu tohoto slova. Definování znesnadňuje i to, že někteří akademici volně zaměňují termíny intimita a blízkost, kdežto jiní autoři oba termíny striktně odlišují. Zatímco blízkost představuje prožitek bytí s někým, sdílení společných témat, cílů nebo osobnostních rysů, intimita představuje hluboký citový vztah spojený s hlubokými emocemi (Haubertová, 2015). V této práci budu oba významy odlišovat.

Na to navazuje také Ferreirová et al. (2012), kteří uvádějí, že v literatuře je dlouhodobá nejednotnost v určení vztahu mezi blízkostí, sexuální aktivitou a intimitou. Kvůli tomu mnohdy bývá intimita a sexuální touha či vášeň za totožné.

Na intimitu můžeme nahlížet ve třech množných směrech: jako interakci dvou osob, jako proces odehrávající se mezi partnery nebo jako vcelku statický prožitek. První přístup zastává například Weingartenová (cit. dle Heller, Wood, 1998), která intimitu podmiňuje kvalitou interakce partnerů. Tou vytvářejí nebo spolu vzájemně sdílejí významy okolního světa, díky čemuž koordinují svá jednání. Pakliže je intimita zkoumána jako reciproční chování, definuje se její účel jako úrovně blízkosti mezi partnery, se kterou jsou oba spokojeni (Trestrová, 2012).

Intimitu jako dynamický proces zastává Hatfieldová (cit.dle Heller, Wood, 1998). Partneři se snaží dosáhnout vzájemné blízkosti, poznat způsob myšlení, chování a prožívání emocí toho druhého a rozpoznat v nich vzájemné podobnosti a rozdíly. Jedná se tedy o proces sdílení informací a prožitků, kterému se přikládá subjektivní důležitost, na nějž partner reaguje přijetím, pochopením a oceněním.

Podle Schaefera a Olsona (cit.dle Heller, Wood, 1998) se intimita nachází na pomezí procesu a prožitku, jenž mezi partnery vzniká sebeodhalováním (kterému se věnuji v samostatné kapitole) a sdílení intimních emocí. Tento proces se odehrává v očekávání pokračujícího poznávání druhé osoby. Za klíčové komponenty prožitku se může dokonce považovat empatie a sebeodhalování (cit. dle Heller, Wood, 1998).

McAdams (1989) uvádí, že touha po intimitě znamená touhu po sdílení svých nejnítěrnějších myšlenek a pocitů s druhou osobou. Jedná se o zásadní psychologickou potřebu člověka a je jednou z malého množství potřeb, které dodávají lidskému životu smysl. Zdůrazňuje, že intimita a láska nejsou totožné. Přesto může být intimita přítomna u všech druhů lásky a jedinec ji může prožít v kontextu jakékoliv z nich.

3.1. Definice a charakteristika

Slovo intimita má základ z latinského *intimus*, což znamená nejnítěrnější, nejdůvěrnější (Haubertová et al., 2015). Avšak vymezit pojem intimita je přinejmenším problematické. Používá se ve vědecké i populárně naučné literatuře a můžeme nalézt velké množství různých definic a pojetí intimity (Výrost, Slaměník, Sollárová 2019).

Intimitě jsou přisuzovány specifické způsoby komunikace, odkrývání emocí, pocity blízkosti, otevřenost, pochopení a porozumění, poznávání sebe navzájem, upřímnost, sex, důvěra a především sebeodhalování (Holmes, Rempel, 1989; Hubertová, 2015). Najdou se ale i protichůdné názory. Například Popovic (2005) považuje některé z těchto přístupů za

výsledek spekulací, nejsou fakticky podložené. Nadto se některé popisy intimity kryjí se znaky těsných vztahů, především se jedná o důvěru, které se v rámci studií věnuje zvláštní pozornost (Holmes, Rempel, 1989; Hubertová, 2015).

Na intimitu se však postupně začalo nahlížet jako na komplexní fenomén, který se skládá z vzájemně propojených dimenzí. V dnešní době se její interpretace staví na detailním popisu jejích rozdílných součástí, ke kterým řadíme specifické chování, jako jsou dotyky a oční kontakt, afektivní složku či svěřování se s citlivými informacemi (Hubertová, 2015).

Mosier (2006) považuje intimitu za velice silný osobní vztah dvou jedinců, kteří k sobě trvale cítí blízkost, a oba partneři jsou láskyplně a bezpodmínečně přijati tím druhým. Intimita predikuje přetrvání vztahu, naopak její vytracení se většinou značí nezdravost vztahu a jeho blízký rozpad. Skrze intimitu se partneři sobě navzájem oddávají a odhalují pro ostatní skryté části sami sebe. Navozuje pocit duševního souladu, silné emoční propojení, vzájemnou empatii a bezmeznou důvěru. McAdams (1989) říká, že prožitek intimity se u různých lidí liší. Rozdíly pramení z jejich zájmu o intimní vztahy a schopnosti tento typ vztahu navázat.

Vznik intimity mezi partnery je podmíněn emocionální blízkostí, která musí být vzájemná. Nejprve tedy probíhá jakási domluva: pokud touží po blízkosti ve vztahu pouze jeden z partnerů, není možné, aby se intimita rozvinula (Mosier, 2006). Reis (1998) na to navazuje s tvrzením, že intimita je interakční proces. Z toho důvodu je nezbytná i odpověď druhého, a nejen vlastní sebevyjádření.

Erikson (cit.dle Dosedlová, 2015) je toho názoru, že plně schopní trvalých intimních vztahů jsou až mladí dospělí. Jejich navázání totiž vyžaduje partnerskou percepci, komunikaci, sebeodhalování, atribuční styly a attachment zažitý v dětství a již vybudovaná vlastní identita.

3.1.1. Trojúhelníková teorie lásky

Trojúhelníkovou teorii lásky, kterou definoval Sternberg (1986), se zakládá na představě lásky jako souboru tří vzájemně propojených dimenzí – intimity, závazku a vášně. Tyto tři aspekty představuje v grafické rovině – každá tvoří jednu stranu trojúhelníku. V závislosti na povaze daného vztahu se mění jednotlivé proporce.

Z hlediska emočního sycení je vášně považována za tzv. horkou komponentu a naplňuje ji sexuální přitažlivost. Intimita představuje teplou komponentu, která vyjadřuje blízkost k partnerovi, a závazek, jakožto chladná komponenta, se pojí se záměrem setrvat ve vztahu. Závazku se budu samostatně věnovat v samostatné kapitole.

Sternberg považuje emocionální vklad za primární podstatu intimity. Její dosažení má následující projevy (Dosedlová, 2015):

- společné prožívání pocitů štěstí,
- vysoké mínění a cenění si partnera ve svém životě,
- porozumění sobě navzájem,
- sdílení svých životů a majetku,
- touha přispět k prosperitě partnera,
- vyjadřování vzájemné emoční podpory,
- spolehnouti se jeden na druhého v případě nouze,
- intimní důvěrná komunikace.

3.2.Druhy intimity

Gaiová (2002) rozlišuje intimitu na dva druhy: emocionální a fyzickou, která nemusí být vždy přítomná. Autorka přichází s názorem, že úroveň intimity ve vztahu nemůže být objektivní, protože vždy záleží na potřebách a preferencích každého jednotlivého páru. Sexuální aktivita – ať už její prezence či absence – může mít velký vliv na intimním prožitku. Jiní autoři ve svých pracích uvádějí i intelektuální intimitu, proto ji začlením do celkového výčtu.

3.2.1. Emoční (psychologická) intimita

Emoční intimitu definuje vzájemná důvěra, emocionální blízkost a možnost otevřené komunikace mezi partnery. Mnohdy bývá spojována s vyjadřováním nejniternějších myšlenek a prožitků, které jedinec s ostatními nesdílí. Podle Timmermana (2009) není fyzická intimita dostačující nebo nezbytná k rozvinutí skutečné intimity, za kterou považuje právě emoční, a proto tuto položku do své definice nezahrnuje.

Vznik a rozvoj emoční intimity je dlouhodobě náročný a vyžaduje úsilí obou partnerů – péči i účast v každodenním životě i v obtížných situacích. Míra propojení je závislá na interních i externích faktorech a časem se mění (Mackey, Diemer, O'Brien). V případě

narušení emoční intimity může mezi partnery narůstat napětí a nesoulad, který může vyústit v rozpad vztahu (Olson et al., 2008).

Podle studie Mackey et al. (2000) existuje hned několik zásadních komponent pro vznik emoční intimity: 1) otevřenost, tedy možnost být autentický při vyjadřování svých citů, 2) míra vzájemné závislosti, která značí míru propojení partnerů navzájem a 3) vzájemnost, tedy být schopný přijímat lásku, péči a zájem ze strany partnera.

V rozsáhlé studii se Olson et al. (2008) zaměřili na rozdíly párů, kteří svůj vztah považují za uspokojivý a neuspokojivý. Párům, které byly ve svých vztazích šťastné, se dařilo rozvíjet a udržovat emoční intimitu, což se vyznačovalo otevřenou komunikací, schopností řešit vzájemné neshody či schopností přizpůsobování se přicházejícím překážkám jako pár. Emoční intimita se vyvíjí společným trávením času, sdílením hodnot a udržování vřelých vztahů s rodinou a přáteli. Někteří autoři proto mezi předpoklady řadí i některé osobnostní rysy, jako je přátelskost a spolehlivost (Haubertová, 2020)

3.2.2. *Fyzická (sexuální) intimita*

Fyzická intimita představuje způsob, jakým jedinec vyjadřuje náklonost a blízkost skrze dotyk – jako objetí, polibek, pohazení, držení za ruku nebo sexuální styk (Haubertová, 2020). Především sex je to, co si laická veřejnost s intimitou spojuje, případně oba termíny považují za totožné. Fyzický kontakt a odhalování svého těla je zcela určitě součástí intimity, avšak není možné vznik intimity pouze na základě sexu. Intimní vztah není založen na sexuální aktivitě, avšak může být jeho součástí. Zásadní význam může mít pro partnery i vzájemná blízkost, letný dotek nebo pohled z očí do očí. Tyto projevy fyzické intimity projevují vzájemné porozumění a prohlubují intimitu na jinou úroveň (Haubertová, Slaměník, 2015).

S pojmem sexuální intimita pracuje především Birnie-Porterová a Lyndon (2013), kteří ji neomezují na samotné sexuální chování, ale považují ji za podkategorii intimity. Armstrong (2006) dokonce tvrdí, že předpokladem plně rozvinuté intimní sexuality je přítomnost emoční intimity. Riessmanová (1990) se domnívá, že budou panovat určité rozdíly napříč pohlavím: zatímco ženy vyžadují alespoň určitou míru intimity před pohlavním stykem, muži mají naopak potřebu následně. Sexuální soulad sám o sobě nezajišťuje dostatečnou úroveň prožívané intimity, stejně jako emoční propojení nezaručuje sexuální uspokojenost (Yoo et al. 2014).

3.2.3. *Intelektuální intimita*

V některých textech se zmiňuje i tzv. intelektuální intimita. Tento typ označuje možnost otevřeně komunikovat o vlastních myšlenkách, představách a zálibách bez jakýchkoliv obav. Umožňuje svěřovat se se svými sny, tužbami, přesvědčeními i vírou.

Intelektuální intimita pramení a rozvíjí se sdílením stejných nebo podobných zálib, profesí, hodnot, světonázoru a budoucích životních cílů. Důležitá není naprostá shoda u výše jmenovaných, naopak je to diskuse o daném tématu a inspirace odlišným pohledem na věc, která intelektuální intimitu prohlubuje. Z tohoto důvodu se partneři mohou stávat více podobnými – mají podobnou gestikulaci, říkají stejná slova a mají v oblibě stejné věci (Haubertová, 2020).

Pakliže je ve vztahu přítomno vzájemné porozumění a je rozvinutá intelektuální intimita, partneři si vzájemně projevují podporu při snaze docílit společných cílů stejně jako osobní realizace a pro některé páry je tento typ podpory ve vztahu klíčový.

Pro rozvoj a udržení tohoto typu intimity je důležitý také společný smysl pro humor (Saroglou, Lacour, Demeure, 2010), hudební a umělecký vkus, podobná představa o trávení volného času apod. Veškeré pociťované podobnosti na intelektuální rovině u partnerů vyvolávají vzájemnou přitažlivost a zprostředkovávají pocit blízkosti a vzájemného porozumění (Haubertová, 2020).

3.3. Intimita jako sebeodhalování

Většina autorů označuje sebeodhalování jako podstatnou součást intimity. Sebeodhalování můžeme definovat jako sdělování nejnaternějších emocí, názorů a intimních informací o sobě samém. To se zakládá na (předpokládané) důvěře ke druhé osobě a předpokladu, že druhá osoba by mohla tyto informace považovat za významné k pochopení partnera. Pojí se i s očekáváním opory, pochopením či emoční reakce.

Sebeodhalování se prohlubuje časem a získaným pocitem porozumění a důvěry. Jedinec postupně získává odvalu a přesouvá se od povrchních informací o sobě samém k nejhlubším tématům a přesvědčením, stejně tak jako projevování emocí. Tím vzniká pocit intimity (Haubertová, Slaměnik, 2015).

Rozlišovat můžeme dva typy sebeodhalování: 1) popisné nebo faktické, tedy sdělování informací, které jsou pro jedince osobně podstatné, a 2) emoční nebo hodnotící, které stojí na sdělování názorů a pocitů. Za více spjaté s intimitou se považuje emoční sebeodhalování

(Reis, Patrick, 1996), což potvrzují i Clark, Fitness a Brissette (2001), kteří považují vyjadřování emocí za klíčové při zvyšování těsnosti vztahu a intimity.

Sdělování informací s potenciálně negativní reakcí, riskuje odmítnutí ze strany partnera. Pokud jsou přijaty, nejpravděpodobněji povedou k posílení jejich vztahu a k prohloubení potřeby hlubšího sebeodhalování (Haubertová, Slaměník, 2015).

3.4.Závazek

Společně se vzájemnou závislostí je rozvíjen i závazek. Závazek představuje dlouhodobé zaměření na partnerovy zájmy a potřeby a záměr vztah udržovat a rozvíjet (Slaměník, 2011).

Podle Hatfield a Rapson (1993) představuje závazek míru, která označuje jedincovu ochotu stát při svém partnerovi i přes to, že musí některé věci obětovat v jeho prospěch. Typickým příkladem jsou vlastní zájmy, potřeby, nebo tužby.

Závazek také může mít funkci určité formy normy sociální odpovědnosti, která partnerům brání podlehnout v atraktivním alternativám a ukončení vztahu. Pokud nastanou partnerské problémy, jako jsou hádky, nepochopení se nebo provinění, je míra závazku tím, co udržuje partnery pohromadě (Haubertová, Slaměník, 2015).

Podle Johnsona (1991) existují tři důvody, proč jsou někteří v dlouhodobém vztahu: 1) vlastní zájem na setrvání ve vztahu (osobní závazek), vnímají, že by měli (morální závazek), nebo vnímají svou povinnost (strukturální závazek). Percepce míry závazku se zakládá na subjektivním pocitu, který se odvíjí od spokojenosti, míry investic do vztahu a množství alternativních příležitostí, tedy příležitostí, které by jedinec měl, pokud by nesesetřoval ve vztahu. Pokud jsou tyto možnosti atraktivní, jedinec spíše vztah opouští (Buss, 1994).

Pakliže jedinec již do vztahu vložil mnoho investic a je v něm spokojený, nevnímá kolem sebe mnoho alternativních možností a spíše ve vztahu setrvává zůstává (Weigel, 2008). Sprecherová (1988) pak doplňuje dimenze partnerského závazku i o nerovnost, tedy pocit jednoho z partnerů, že vkládá do vztahu mnohem více nebo méně než ten druhý, a sociální podporu, nebo také podporu ze svého okolí – přátel, rodiny.

Teorie rovnosti (*the equity theory*) říká, že nejvíce spokojení jsou ti, kteří jsou ve vztahu rovnocenní a sdílí stejnou míru zisků i ztrát. V opačném případě se partner, do kterého je více investováno, může cítit přeceňovaný, zatímco druhý partner se může

považovat za podceňovaného, protože do něj není investováno tolik, kolik si myslí, že by měl (Canary, Stafford, 1992).

Závazek se objevuje i ve Sternbergově trojúhelníkové teorii lásky (1986), kde ho dává do spojitosti s dalším aspektem: rozhodnutím. Zatímco rozhodnutí (*decision*) představuje odhodlání milovat druhou osobu, a to již po krátké době vztahu, závazek značí rozhodnutí tento vztah a lásku udržet dlouhodobě. Ve Sternbergově pojetí se počátek vztahu spojuje s nulovým závazkem, který v průběhu času narůstá. Míra dosáhne stabilní úrovně v okamžiku, kdy se ze vztahu stane dlouhodobý. Avšak je pravděpodobné, že míra bude i nadále procházet změnami podmíněnými interními i externími faktory. Závazek může zakolísat i u těch nejúspěšnějších vztahů a není proto vhodné považovat ho za prediktor problémů ve vztahu. Pokud vztah skončí, obvykle klesne míra závazku opět na bod nula, v některých případech však může přetrvat i nějakou dobu po rozpadu vztahu.

Marston et al. (1998) v rámci své studie zkoumali projevy závazku v partnerském vztahu. Identifikovali celkem osm kategorií: podporu a důvěru, věrnost, délku vztahu, rutinní aktivity, oddanost a pozornost, porozumění a verbální a neverbální projevy náklonosti.

3.5. Vzájemná závislost

Vzájemnou závislostí v partnerském vztahu chápeme jako míru udávající, jak moc se partneři navzájem potřebují. Tato potřeba má obvykle dlouhodobější charakter a její intenzita se může u jednotlivých párů lišit, stejně jako způsob, kterým je vyjadřována (Trestrová, 2012).

Závislost se pojí i s vzájemným ovlivňováním. Zjednodušeně řečeno, činnost jednoho partnera vyvolává odezvu toho druhého. Frekventovanost aktivit, jimiž se partneři vzájemně ovlivňují, je u partnerských vztahů vysoká, vyznačuje se určitou silou, trváním a rozmanitostí oblastí života, na které tomuto vlivu podléhají (Brehm, 1985).

Vzájemná závislost je prohlubována odpovědností za psychickou pohodu, kterou mají partneři k sobě navzájem. Vliv mají i investice do potřeb toho druhého, vzájemná pomoc, zájmy a cíle a v neposlední řadě i ohleduplnost vůči emocím svého partnera. Úroveň závislosti je určována mírou vzájemného ovlivňování, naplněných očekávání a spokojenost se vztahem. Vzájemná závislost se tudíž dá považovat za péči o partnera (Haubertová, 2013).

3.6. Strach z intimacy

Vytváření intimních vztahů je člověku přirozené, avšak strach z intimity je čím dál více diskutovaným tématem. Hatfield a Rapson (1993) uvádějí, že intimní vztahy mohou být i přes veškerá pozitiva riskantní. Mnozí váhají se vstupem do vztahu, obávají se například zneužití důvěry či „zlomeného srdce.“

Existuje mnoho důvodů, které stojí za strachem z intimity. Ze studie Mashekové et al. (2011) vyplývá, že odmítání intimity může pramenit z předchozích nevydařených vztahů nebo z rozporu mezi touhou po tvoření páru a zachování si individuality a osobní svobody. Jedinec si touží zachovat vlastní nezávislost a má pocit, že vztah mu bude znemožňovat věnování se vlastním zájmům nebo svému okolí mimo partnerský vztah.

Cox (1984) považuje za největší bariéry v rozvoji intimity neakceptování sebe sama, obavy z odmítnutí, nebo stavění nevyjádřené negativní emoce. Právě nejistí jedinci jsou ti, kdo mají podle Coxe největší potíže s vytvořením intimního vztahu. To odůvodňuje tím, že schopnost skutečně přilnout k druhé osobě pramení ze schopnosti přijetí sebe sama a být se sebou spokojeni. Na to navazují Firestone a Catlett (2009), kteří za důvod považují pocity vlastní méněcennosti nebo osobní přesvědčení, že jedinec není hoden lásky. Tato přesvědčení mohou být reakcí na předchozí zkušenosti s nevěrou či rozchodem.

Intimita s sebou v ideálním případě přináší projevy skutečných pocitů a emocí, ať už jsou pozitivní nebo negativní. Podle Coxe (1984) je potlačování negativních emocí jeden z aspektů, které zamezují vzniku intimního vztahu. Je přirozené vůči milovaným osobám cítit vztek nebo zlost a jejich prožívání nenarušuje intimní propojení. Zlobná je narůstající hostilita, která vzniká z jejich potlačení nebo předstírání, že jsou něco jiného. Popírání negativních emocí je projevem nedostatečné důvěry vůči partnerovi, a právě důvěra je ve vztahu klíčová.

Haubertová a Slaměnik (2015) uvádějí, že příčinou neochoty „otevřít“ se svému partnerovi může pramenit i z předpokládané neperspektivnosti vztahu, která se rovná neochotě do něj investovat, obavy ze zneužití důvěrných informací v případě konfliktu, sdílení stejného sociálního prostředí (kde by rozpad vztahu znamenal potencionální riziko rozšíření intimních informací) nebo tajení minulosti. Do této kategorie patří nelegální činnost, neúspěch v rámci své profese či nevydařené vztahy. Důvodem mohou být i zdravotní potíže.

3.7.Vliv úzkosti na intimitu

Kvalitní blízké vztahy jsou jedním z klíčových aspektů, které mají podíl na úroveň psychické pohody (well-being) jedince, percepce sebe sama a celkového prožívání (Haubertová, 2013). Přesto, jak jsem již zmiňovala v prvních kapitolách, úzkost a úzkostné poruchy mají zásadní vliv na pacienta i na jeho okolí, a znesnadňují mu mezilidské vztahy. Partnerské vztahy nejsou výjimkou. Tato spojitost je ovšem obousměrná – postoj partnera k pacientovi má významný vliv na jeho úzkost.

Existuje několik rovin, kterými lze propojit duševní zdraví a fungování vztahů. Vztahové problémy mohou být stresující, zvláště pokud jsou vážné nebo chronické (Whisman, Baucom, 2012). Intimita představuje jakýsi tlumič každodenního stresu. Její nedostatek patří mezi hlavní příčiny úzkosti a negativně se odráží na kvalitě vztahu. Stejně tak může způsobovat deprese či dekompenzaci osobnosti (Kasalová, Praško, 2017).

Úzkost je také faktorem, který negativně ovlivňuje pocíťovanou kvalitu manželství (Pankiewicz, Majkowicz, Krzykowski, 2012; McLeod, 1994). Psychické problémy působí i na některé ze situací spojovaných s partnerským životem: mimomanželská aféra, problémy s dětmi, oznámení rozchodu apod. Naopak impotence nebo anorgasmie jsou spojené s úzkostmi a mohou narušovat partnerské soužití (Kasalová, Praško, 2017).

U lidí, kteří uvádějí větší vztahové neshody, je větší pravděpodobnost vzniku nebo existence duševních problémů. Společný výskyt nesouladu ve vztahu a psychopatologií lze nalézt u řady poruch (Whisman, Baucom, 2012).

Dá se předpokládat, že úzkost může být ve vztahu přenášena mezi manželé nebo partnery. Tento fenomén byl často pozorován u příbuzných prvního stupně (Pankiewicz, Majkowicz, Krzykowski, 2012).

Zaiderová, Heimberg a Iida, (2010) ve své studii zjistili souvislost mezi úzkostnými poruchami a vztahovou úzkostí. Tato asociace se projevovala jako proces, ke kterému dochází na denní bázi, a to nejen na úrovni globálních skupinových rozdílů. Manželky zkoumaných párů vnímaly, že jejich partneři hrají určitou roli při vyvolávání, zhoršování nebo zmírňování jejich úzkosti.

Zásadní roli žen zjistila i studie Pankiewicz, Majkowicz a Krzykowskiho (2012). Ženy postižené úzkostnými poruchami hodnotily kvalitu svých vztahů jako výrazně horší ve srovnání s respondentkami bez tohoto typu onemocnění, a to i u párů, kde jejich mužské protějšky nebyly ovlivněny. Kdežto muži trpící úzkostnými poruchami vnímali kvalitu

svého manželství hůře pouze za předpokladu, že byla postižena i jejich partnerka. Na základě těchto zjištění se zdá, že ženy hrají zásadní roli při budování kvalitního vztahu a také při podpoře svých partnerů, kteří trpí úzkostnými poruchami. Páry, v nichž jsou partnerky postiženy, jsou obzvláště křehké.

Muži a ženy mají také odlišně vnímají zdroj problémů, které úzkost v jejich vztahu způsobuje. Úzkostné pacientky nejsou spokojené s mírou intimity se svým partnerem, ale současně se obávají s ním komunikovat své prožitky a nejsou vůči němu otevřené. Paradoxní je i požadavek, aby je partner přijal takové, jaké jsou, ale samy se takové přijmout neumí. Muži oproti tomu hůře hodnotí schopnost komunikovat své vlastní pocity. Nevědí, jak vyjadřovat svá přání a prožitky, často je provází strach z partnerčiny kritiky či vzniku konfliktu (Kasalová, Praško, 2017).

Pokud je jedincova míra úzkosti vysoká, zrcadlí se přílišnou závislostí na svém partnerovi. Úzkostní lidé se ve vztahu snaží o dosažení nejvyšší možné úrovně intimity, aby minimalizovali svůj strach z opuštění partnerem. Avšak tato tendence má opačný efekt. Úroveň intimity snižuje tím, jak partner začne pociťovat závislost a kontrolu ze strany úzkostného partnera (Trestrová, 2012).

4. Partnerské vztahy

Pro účely této práce bych na závěr teoretické části krátce vymezila pojem partnerský vztah. Během svého života člověk navazuje velké množství interpersonálních vztahů, na kterých je ze své přirozenosti vysoce závislý a reprezentují jednu z nejvýznamnějších oblastí. Touha po navazování a udržování dlouhodobějších těsných vztahů je základní potřeba člověka a sociální izolace má negativní vliv na jedincovi psychické prožitky (Výrost, Slaměník, 2008). Těsné vztahy jsou založené na vzájemné závislosti, porozumění, prohlubující se důvěře partnerů navzájem, na stejných názorech, prožívaných emocích apod. (Slaměník, Hurychová, 2010).

Partnerské vztahy jsou mnohdy označovány jako *romantické vztahy*, a to především v zahraniční literatuře. Vyznačují se silnou citovou vazbou (láskou) a sexuální touhou. Předpokladem je rovnocenné ovlivňování partnerů a přispívání k psychické pohodě druhého. Avšak ve většině případů vztah vykazuje určitou asymetrii – jeden z partnerů je více závislý a má od vztahu větší očekávání (Slaměník, Hurychová, 2010).

Zpravidla se partnerské vztahy rozlišují na manželství a nesezdané partnerství (*kohabitaci*). V České republice je manželství právně uzavřené soužití muže a ženy, které se vyznačuje dlouhodobým trváním a bylo sjednané ze svobodné vůle obou partnerů. Vzhledem k právní podstatě vztahu partnery zavazuje k rozvíjení svazku, spravování společného majetku a společném rozhodování o důležitých aspektech života (Štěrbová, 2020). Pro stejnopohlavní páry je v ČR ustanovené registrované partnerství jakožto forma veřejnoprávně institucionalizovaného svazku.

Z psychologického hlediska znamená pro partnery vstup do manželství definování své příslušnosti k tomu druhému, určení rolí a nastavení životního stylu. Pokud se na manželství podíváme fyzickým úhlem pohledu, vymezuje pro partnery společný prostor, tedy sdílený domov, a nespécifické množství času (Vágnerová, 2007).

EMPIRICKÁ ČÁST

5. Výzkumný problém

Cílem výzkumu je zmapovat intimitu v partnerských vztazích u úzkostných jedinců, které se v této souvislosti odborná literatura doposud příliš nevěnuje.

Úzkosti mají přímý vliv na jedincovu schopnost socializace, tvoření nových vztahů a na celkovou kvalitu života. Ovlivňují pacienta i jeho okolí, a znesnadňují mu prohlubování partnerských vztahů kvůli strachu z intimity a sebeodhalování, které je podle většiny akademiků klíčové k vytvoření a udržení intimního vztahu. Úzkost se také negativně odráží na pocíťované kvalitě vztahu, jedinec prožívá pocity strachu z opuštění partnerem, ze vzniku konfliktu nebo odmítnutí při vyjádření svých potřeb.

Tato spojitost úzkosti a intimity je ovšem obousměrná – míra úzkosti se odráží na míře spokojenosti partnerského vztahu, čímž opět ovlivňuje míru úzkostnosti. Tento kruh vzájemného vlivu se pohybuje v pozitivní i negativní úrovni. Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější psychické poruchy a během života ji zažije až 33,7 % lidí. Proto se tato problematika dotýká velké části populace.

Budu se proto snažit zjistit, zda je strach z intimity u úzkostných jedinců podmíněn délkou partnerského vztahu, zda se strach z intimity a hledání alternativních vztahů mění v závislosti na věk úzkostného a zda se liší vztahová spokojenost u různých druhů vztahu úzkostných jedinců.

5.1. Cíle výzkumu a hypotézy

Výzkumné otázky:

1. Je strach z intimity u úzkostných jedinců podmíněn délkou partnerského vztahu?
2. Jaký vztah má věk na strach z intimity a hledání alternativních vztahů?
3. Liší se vztahová spokojenost u různých druhů vztahu úzkostných jedinců?

Hypotézy:

H1: Úzkostné osoby nežijící ve společné domácnosti se svým partnerem budou vykazovat vyšší míru strachu z intimity

H2: Úzkostné osoby žijící v dlouhodobém partnerském vztahu budou vykazovat nižší míru strachu z intimity.

H3: Úzkostné osoby v manželství budou hodnotit vyšší míru investic než úzkostné osoby žijící v partnerském vztahu.

H4: Úzkostné osoby budou s narůstajícím věkem vnímat nižší kvalitu alternativních vztahů.

H5: S prodlužováním partnerského vztahu se bude zvyšovat i míra závazku.

6. Výzkumný design

Vzhledem k citlivosti tématu mé práce jsem se rozhodla oslovit takové jedince, kteří jsou spíše otevření k mluvení o svých potížích. Proto jsem se v rámci anonymního dotazníku obrátila na čtyři facebookové skupiny, které shromažďují jedince s psychickými a psychiatrickými obtížemi. Skupiny jsem zvolila podle zaměření na úzkosti a úzkostné poruchy a podle vysokého počtu členů:

- Panická porucha, panická ataka – nejste v tom sami²
- Psychické problémy, úzkosti, deprese a jiné...³
- Panická porucha/úzkosti/deprese/agorafobie.⁴
- Nejsi sám – Úzkost, panika, deprese, sociální fobie, PPP⁵

6.1. Základní a výběrový soubor

6.1.1. Základní soubor

Dotazník nebyl specificky zaměřen na pohlaví a věk. Výzkumu se zúčastnilo celkem 69 dotazovaných, z toho 58 žen a 11 mužů. Z tohoto vzorku byli na základě dvou vyřazovacích otázek vyfiltrováni jedinci, kteří u sebe nepotvrdili výskyt úzkosti či úzkostné poruchy a aktuálně se nenachází v partnerském vztahu nebo v manželství.

V okamžiku sdělení záporné odpovědi na 1. vyřazovací otázku: „Zažívám úzkosti / mám úzkostnou poruchu“ nebo na 2. vyřazovací otázku: „Žijete v partnerském vztahu nebo v manželství“ se dotazník automaticky uzavřel.

² <https://www.facebook.com/groups/756062404442227/>

³ <https://www.facebook.com/groups/1778377035597318/>

⁴ <https://www.facebook.com/groups/998578543594592/>

⁵ <https://www.facebook.com/groups/359401381345866/>

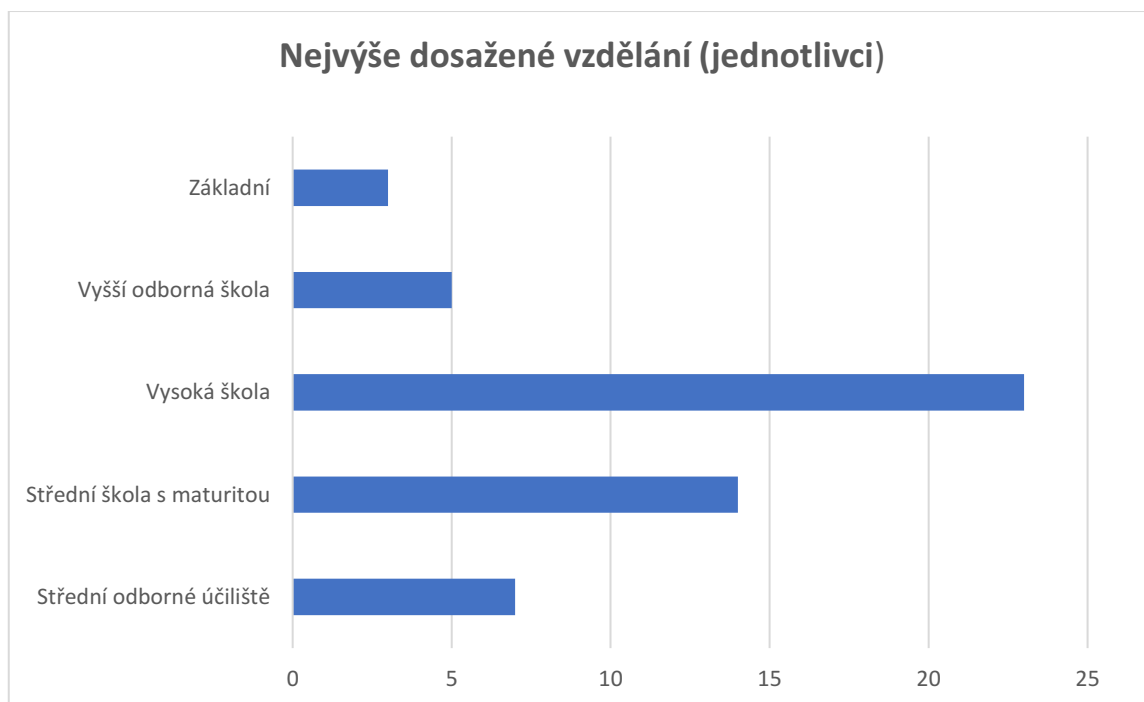
Základní charakteristiky výběrového souboru - vstupní data						
	Počet na vstupu	Relativní četnost na vstupu	1. vyřazovací otázka		2. vyřazovací otázka	
			ano	ne	ano	ne
Žena	58	84,60%	53	5	44	9
Muž	11	15,94%	10	1	8	2
Celý soubor	69	100,00%	63	6	52	11
1. vyřazovací otázka	Zažívám úzkosti / mám úzkostnou poruchu					
2. vyřazovací otázka	Žijete v partnerském vztahu, nebo manželství?					

6.1.2. Výběrový soubor

Po této selekci zbylo 52 dotazovaných, kteří představují finální výzkumný vzorek. Ve finálním vzorku se označilo jako žena 44 respondentů (85 % všech dotázaných) a jako muž 8 respondentů (15 % dotázaných) ve věkovém rozpětí 19 až 71 let, přičemž průměrný věk respondentů činil 34,38 let.

Ve výsledcích testu Fear of intimacy scale nebyli nalezeny významné genderové rozdíly, z tohoto důvodu jsem toto rozdělení při zpracování dat neaplikovala.

Respondenti ve výzkumném vzorku dosáhly veškerého typu vzdělání (základní, střední odborné, střední s maturitou, vyšší odborné a vysoké).



Respondenti tohoto výzkumu v současné době studují, pracují, jsou na mateřské dovolené, podnikají, jsou nezaměstnaní, v pracovní neschopnosti, v důchodu nebo v invalidním důchodu, dvacet šest z nich udalo, že má ve výchově děti. Diverzita vykonávaných činností participantů je tedy dostatečně široká.

6.1.3. Stanovení skupin

Na základě vstupních dat byl celý výzkumný vzorek rozřazen do 3 typových skupin. První skupinu jsem stanovila na základě typu vztahu na respondenty žijící v partnerském vztahu (37 osob, 71 %, průměrný věk 31,95 let) a na respondenty žijící v manželském vztahu (15 osob, 29 %, průměrný věk 41,66 let).

Druhou skupinu jsem stanovila na základě délky vztahů. Při stanovování jednotlivých skupin jsem zkombinovala fáze partnerského vztahu dle pojetí Vágnerové (2007), která dělí vývoj partnerského vztahu v mladém dospělosti na období zamilovanosti a romantické lásky, ve které je partner často idealizován a je zde přítomna milostná touha, která ovlivňuje rozumové hodnocení a chování (tato fáze trvá obvykle kolem jednoho roku) a dělení vztahů na krátkodobé a dlouhodobé dle Zacharové a Šimíčkové – Čížkové, (2011).

Dle tohoto pojetí jsou za krátkodobé vztahy považovány vztahy s trváním od jedné hodiny do 5 let. Krátkodobé vztahy jsou navazovány především k získávání informací o možných partnerech pro manželství, kde na rozdíl od mužů, mají ženy stejné požadavky na krátkodobé partnery jako na dlouhodobé (Buss, 2009).

U dlouhodobých vztahů je kladen důraz především na kvalitu partnerů, kdy muži upřednostňují vztah s partnerkami s rodičovskými předpoklady a ženy upřednostňují partnery, kteří je, případně její potomky, zajistí materiálně, poskytnou jim ochranu a kvalitní geny (Willerton, 2012).

Na základě výše uvedených informací a charakteru vzorku sebraných dat jsem výběrový soubor rozřadila celkem do 3 skupiny dle délky vztahu: délka vztahu do 2 let (8 respondentů, 15 %, průměrná délka vztahů 0,6 roku), délka vztahu 2–5 let (13 respondentů, 25 %, průměrná délka vztahu 3,23 let) a délka vztahu nad 5 let (30 respondentů, 58 %, průměrná délka vztahu 15,03 let).

Vzhledem k citlivosti tématu a pocíťované úzkost dotazovaných, byly odpovědi v druhé a třetí části dotazníku nepovinné. Respondenti byly vyzváni k tomu, aby v případě, kdy budou cítit při odpovídání na některé položky dotazníku nekonformně, tyto ponechali

nevyplněné, než aby narušili autenticitu své odpovědi. V tomto případě 1 respondent (2 %) neudal délku vztahu. Nezodpovězené otázky nebyly hodnoceny bodovým skórem 0 a zároveň nebyly zahrnuty do minimálních hodnot skóre hodnocení.

Třetí skupina hodnocení výběrového vzorku byla definována na základě věku respondentů. Při stanovení jednotlivých věkových škál jsem vycházela ze syntetického charakteru věku, kterým jsou definované jednotlivé životní etapy (Nešpor, 2017).

Jako první klasifikaci životní etapy jsem stanovila „mládí“, které je velmi obtížně definováno a kdy období mezi roky 20.–25. je považováno za dosažení profesionalizace a případně uzavření manželství a období mezi 25.–30. rokem dochází k sociální stabilizaci a zakládání rodin. Další životní etapou je období středního věku, kdy mezi 30. a 45. rokem se jedná o vlastní střední věk, 45. - 60. rokem o pozdní střední věk a následně následuje stáří (Nešpor, 2017).

Na základě těchto poznatků a charakteru sebraných dat jsem stanovila 4 věkové skupiny: věková skupina do 25 let (14 respondentů, 27 %, věkový průměr 23,14 let), věková skupina 26–35 let (14 respondentů, 27 %, věkový průměr 30 let), věková skupina 36–45 let (17 respondentů, 33 %, věkový průměr 40,88 let) a věková skupina nad 45 let (7 respondentů, 13 %, věkový průměr 52,57 let).

U jednotlivých skupin jsem následně sledovala stejné hodnoty tak, aby mohly být výsledky vzájemně porovnány.

Základní charakteristiky výběrového souboru odpovídající zadaným kritériím						
	Počet	Vyjádření v % poměru	Průměrný věk/délka	Směrodatná odchylka (SD)	Minimum (věk)	Maximum (věk)
Žena	44	85	34,82	9,32	19	56
Muž	8	15	34,38	15,59	23	71
Celý soubor	52	100	34,75	10,53	19	71
Věková skupina do 25 let (V1)	14	27	23,14	1,50	19	25
Věková skupina 26 - 35 let (V2)	14	27	30,00	2,78	26	35
Věková skupina 36 - 45 let (V3)	17	33	40,88	2,42	37	45
Věková skupina nad 45 let (V4)	7	13	52,57	8,12	46	71
Partnerský vztah (P)	37	71	31,95	9,23	19	56
Manželství (M)	15	29	41,66	10,35	26	71
Délka vztahu do 2 let (D1)	8	15	0,60	0,43	19	56
Délka vztahu 2 - 5 let (D2)	13	25	3,23	1,12	22	39
Délka vztahu nad 5 let (D3)	30	58	15,03	7,99	23	71

6.2. Etika výzkumu

Veškerá data získaná z výzkumu byla použita pouze pro účely této práce. Účast na výzkumu byla dobrovolná, respondenti odpovídali na dotazník přes online formulář zprostředkovaný skrze facebookové skupiny, tudíž byli odpovědi zcela anonymní. Na začátku dotazníku byl uvedený informovaný souhlas (příloha 1) se stručným vysvětlením výzkumu. Vzhledem k citlivosti výzkumu byli participanti vyzváni, aby na otázky, které jsou pro ně nepříjemné nebo nekomfortní, neodpovídali, než aby narušili autenticitu výzkumu či jednali i přes nepříjemné pocity. Také byli upozorněni, že kdykoliv v průběhu vyplňování mohou z dotazníku odstoupit.

V případě jakéhokoli dotazu k dotazníku nebo projevení zájmu o výsledek výzkumu, měli respondenti možnost uvést svou emailovou adresu na konci dotazníku, na který bude po obhájení bakalářské práce zaslán odkaz s přístupem k celému znění. Otázka: *Pokud máte nějaké otázky, nebo se chcete informovat o výsledcích dotazníku, zanechte mi zde svoji emailovou adresu* byla označena jako nepovinná a bylo na uvážení každého participanta, zda ji vyplní. Odpovědi na dotazník nebyly nijak spojovány s uvedenými emailovými adresami.

Vzhledem k povaze distribuce dotazníku měli participanti také možnost obrátit se s případnými dotazy skrze svůj facebookový profil. Ani takováto aktivita nebyla nijak spojena s vyplněnými odpověďmi.

6.3. Výzkumné metody a strategie

6.3.1. Celkový dotazník

Výzkumný dotazník byl publikován v programu Qualtrics pod názvem *Vliv úzkostných poruch na partnerskou intimitu*. Složen byl ze tří částí. První část byla věnována demografickým údajům a položkám ohledně partnerského života dotazovaného a úzkosti/úzkostné poruchy (příloha 1). Pokud se dotazovaný aktuálně nenacházel ve vztahu nebo pokud nepotvrdil přítomnost úzkostí, dotazník se sám ukončil. Do druhé a třetí tudíž části prošli pouze ti, kteří jsou validní pro tento výzkum.

6.3.2. Fear of intimacy scale (FIS)

Druhá část dotazníku se zaměřovala na strach z intimity. Pro tento účel jsem použila *Fear of intimacy scale* (Descutner, Thelen, 1991), dotazník měřící strach z intimity, jinými slovy hladinu úzkosti pramenící z intimity. V rámci dotazníku se autoři zaměřili na tři oblasti

intimního vztahu: na vzájemnou výměnu intimních informací (úvod), intenzivní emoce, které se vztahují ke sdíleným informacím (emocionální valence), a zranitelnost.

Fear of intimacy scale (příloha 2) je originálně aplikovaný na jedince bez ohledu na aktuální partnerský status, pro účely této práce jsem ho předložila pouze zadaným jedincům, a to bez ohledu na to, zda se nacházejí v partnerském vztahu nebo v manželství.

Fear of Intimacy Scale se skládá ze 35 výroků, které se bezprostředně vztahují k intimnímu vztahu. Dotazovaný zaznamenává svou míru souhlasu či nesouhlasu u jednotlivých položek na pětistupňové Likertově škále: 1) vůbec mě nevystihuje, 2) trochu mě vystihuje, 3) docela mě vystihuje, 4) hodně mě vystihuje a 5) zcela mě vystihuje. Otázky 3, 6, 7, 8, 10, 14, 17, 19, 21, 22, 25, 27, 29, a 30 jsou reverzní a jejich skórování se provádí v opačné hodnotě.

Celkové skóre se pohybuje od 35 (minimum) do 175 (maximum) bodů. Čím vyšší skóre jedinec získal, tím byl indikován větší strach z intimity. V původní studii se prokázala vnitřní konzistence testu (Cronbachova alfa = 0,93).

6.3.3. *Investment model scale (IMS)*

Poslední část dotazníku se zabývala zachycením úrovně spokojenosti dotazovaného v rámci partnerského vztahu. K tomuto účelu jsem zvolila Investment model scale, dotazník sestavený Rusbultovou, Martzem a Agnewa (1998). Použitá škála odpovědí byla založena na Investičním modelu Rusbultové (1980). Je celkem tvořena 25 položkami, které jsou dále rozděleny do čtyř kategorií:

- *úroveň spokojenosti* (Satisfaction Level; SAT), která informuje o tom, do jaké míry jsou jedincovi potřeby ve vztahu naplňovány,
- *kvalita alternativních vztahů* (Quality of Alternatives; ALV) popisuje alternativní vztah jako kterýkoliv jiný vztah – rodinný, přátelský i romantický – než ten, ve kterém se odpovídající nachází, a zjišťuje, zda dotazovaný vnímá tyto alternativy jako potencionálně lépe uspokojivé pro své potřeby,
- *velikost investic* (Investment Size; INV) vystihuje hodnotu zdrojů, které dotazovaný do vztahu vložil,
- *úroveň závazku* (Commitment Level; COM) vypovídá, zda dotazovaný chce nadále setrvávat v partnerském vztahu.

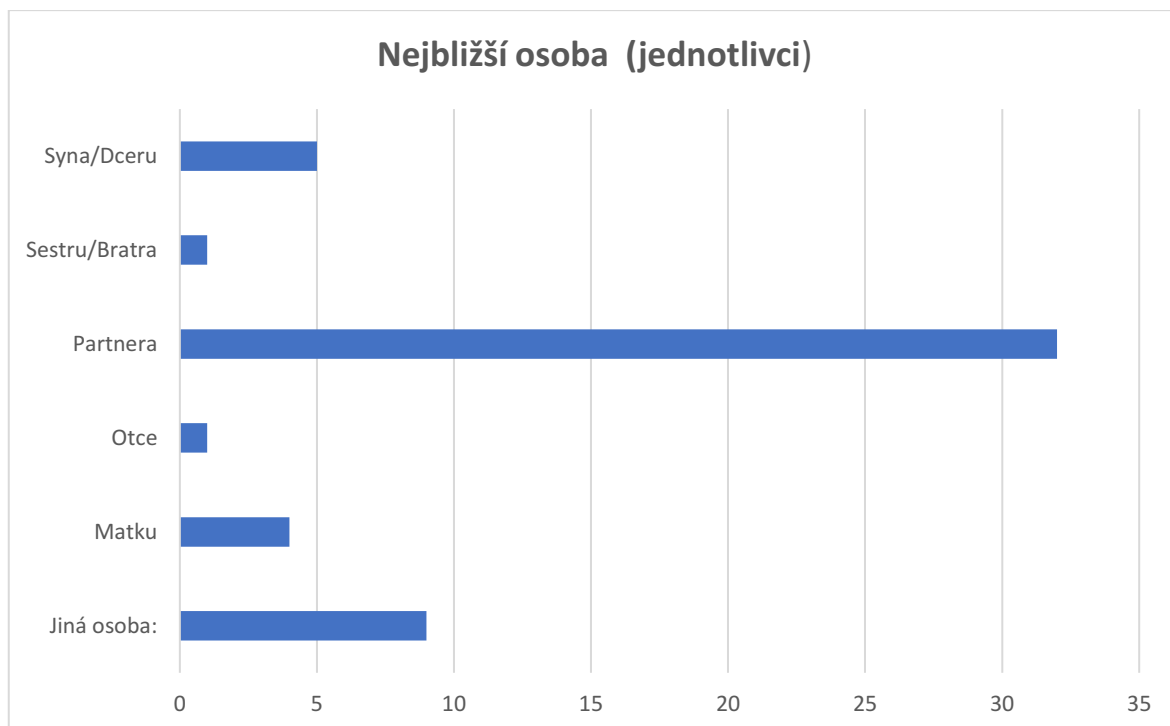
Pokud lidé vnímají dostupné alternativní vztahy, snižuje se míra závazku. V případě, že je tomu naopak a kvalitní alternativní vztahy nejsou v dosahu, míra závazku vůči aktuálnímu partnerovi se zvyšuje.

Kategorie Spokojenost, Alternativy a Investice jsou složeny z „aspektových“ (facet items) a „globálních“ (global items) položek. Aspektové položky slouží k navození představy o zaměření globálních položek, a skrze to i zlepšit psychometrické ukazatele. Rusbultová totiž prokázala, že aspektové položky vždy nejvíce korelují s globálními položkami v rámci stejné kategorie než napříč jimi. Vynechání aspektových položek by navíc mohlo ohrozit reliabilitu celé metody.

K vyvození výsledků a závěrů IMS se následně používají pouze globální položky. Je volena Likertova devíti položková škála zobrazující stupnici od zcela nesouhlasím po zcela souhlasím. Pro svůj výzkum jsem použila pětistupňovou Likertovu škálu. Hrubý skóre se počítá jako součet hodnot odpovědí globálních položek. Otázky 3 a 4 v kategorii Závazek jsou reverzní a jejich skórování se provádí v opačné hodnotě. Investment model scale nezapočítává celkové skóre, každá ze čtyř kategorií se počítá zvlášť. V původní studii se prokázala vnitřní konzistence testu, Cronbachova alfa se pohybuje mezi 0.82 a 0.95.

6.4. Metody analýzy a zpracování dat

Pro ověření všech hypotéz jsem nejprve stanovila výzkumné skupiny, které jsou popsány v kapitole 6.1.3 tak, aby bylo možné ověřit jejich výpovědní hodnotu. Následně jsem výzkumný soubor rozřadila do třech skupin a tyto skupiny byly zkoumány a porovnávány pomocí metod deskriptivní statistiky. V průběhu výzkumu se ukázalo, že větší počet respondentů (40 %) uvedl za osobu blízkou jinou osobu než partnera. Z toho důvodu jsem tuto skupinu osob následně také blíže analyzovala.



Soubor všech získaných dat jsem zpracovala pomocí použití kontingenčních Excelových tabulek. Data jsem nejprve vyčistila, sjednotila jsem získané hodnoty (například informaci o délce vztahu, která byla uvedena jak v letech, rocích tak měsících, jsem převedla na roky), ujednotila jsem názvosloví (u osoby blízké jiné jsem sjednotila výraz kamarádka). U metody IMS jsem pracovala pouze s hodnotami získanými z globálních otázek, hodnoty aspektových jsem do výpočtů nezahrnovala.

Dále jsem pro celý výzkumný soubor vypočítala směrodatnou odchylku (SD), stanovila jsem absolutní a vypočítala relevantní četnost jednotlivých výroků, průměrnou hodnotu a nejčastěji použitý výrok (modus). Modus jsem z důvodu velkého množství reverzních otázek nepočítala u dotazníku FIS. Ostatní hodnoty jsem vypočítala pro každou skupinu zvlášť. Výpočty a tabulky byly stanoveny tak, aby se získané hodnoty neduplikovaly a pokaždé měly jinou výpovědní hodnotu.

6.4.1. Výsledky vnitřní konzistence testů a jednotlivých subškál

Pro ověření spolehlivosti měření jsem ověřila vnitřní konzistenci všech užitých dotazníků.

Na základě vyplněných dotazníků jsem všechna získaná data vyexportovala z programu Qualtrics do programu Microsoft Office Excel a s tímto souborem dat jsem následně pracovala. Všechna data byla kódována a čištěna, s ohledem na opačné hodnoty reverzních položek.

V excelové tabulce jsem následně vypočítala jednotlivou variaci pro každou otázku zvlášť a následně jsem vypočítala Cronbachovu alfu, která měří závislosti mezi jednotlivými položkami, pro každou metodu zvlášť. Všechny vypočtené hodnoty Cronbachovy alfy jsou nad úrovní hraniční hodnoty 0,75. Cronbachova alfa pro dotazník Fear of Intimacy Scale (FIS) vypočtena 0,86, a pro jednotlivé části dotazníku Investment model scale (IMS) byly vypočteny následující hodnoty: IMS – Spokojenost 0,94, IMS – Kvalita alternativ 0,90, IMS – Investice 0,82 a IMS – Závazek 0,92, viz. tabulka: Výsledky vnitřní konzistence testů a jednotlivých subškál.

Porovnáním takto získaných hodnot jsem došla k závěru, že reliabilita použitých dotazníků je dostačující, jejich výsledky jsou konzistentní a pro studii vhodné.

Výsledky vnitřní konzistence testů a jednotlivých subškál		
	Cronbachova alfa pro použitý dotazník	Cronbachova alfa dle autorů metody IMS ¹
FIS	0,86	0,93
IMS - Spokojenost	0,94	0,92 / 0,94
IMS - Kvalita alternativ	0,90	0,82 / 0,88
IMS - Investice	0,82	0,82 / 0,84
IMS - Závazek	0,92	0,91 / 0,95
¹ Rusbult, Martz, & Agnew, 1998		

6.5.Hodnocení výzkumu

K této výzkumné práci jsem zvolila kvantitativní výzkumnou strategii, díky které mám možnost rychlého sběru dat a jedná se o vhodnou výzkumnou strategii při zkoumání velkých skupin. Získaná data se dají jednoduše ověřit a jsou relativně nezávislá na výzkumníkovi. Avšak proto, že byl výzkum prováděn na relativně malém výzkumném vzorku, není možné jeho výsledky zcela generalizovat. I přes to může odkrýt určité vzorce a souvislosti, které by mohli dát základ následujícímu zkoumání. Další nevýhodou kvantitativní výzkumné strategie je, že poskytuje pouhé potvrzování či vyvracení hypotéz a teorií.

Reliabilita výzkumu byla ověřena vypočtením Cronbachovy alfy. Validitu výzkumu jsem se snažila dosáhnout především použitím standardizovaných dotazníků a inspirací jinými výzkumy, které se zaměřovali na podobnou psychologickou oblast. Přesto je validita ohrožena participantem výzkumu. Odpovědi na dotazník jsou na základě subjektivních dojmů dotazovaných, informace proto mohou být zkreslené. Tomu jsem se snažila zabránit

výzvou o nevyplňování otázek v případě nekomformity nebo jiných negativních pocitů, které by mohli vést k „jen tak nějakému zaškrtnutí odpovědi.“

Ukázalo se, že výzkum by bylo vhodné podrobit také kvalitativní formě šetření, která by se mohla více zaměřit na jednotlivé proměnné a spojitosti, které mi kvantitativní metodou unikly. K uskutečnění mi však chybí osobní předpoklady, časová kapacita i zkušenosti.

6.6.Limity a úskalí výzkumu

Limity tohoto výzkumu je možné spatřovat ve způsobu, jakým byl výzkumný vzorek vybírán. Účast byla plně dobrovolná a na osobním zvážení každého respondenta, čímž se nezaručuje reprezentativnost získaných dat. Také demografické rozložení vzorku se může jevit problematické: ženy výrazně převyšovali muže (44 vs. 8), stejně jako množství lidí v partnerském vztahu vůči jedincům žijících v manželství (37 vs. 15).

Limitující je i volba výzkumného designu a volby sběru dat. Kvantitativní výzkum se soustředí pouze na potvrzování hypotéz, nikoli na jejich rozvoj. Dotazník pak neposkytuje možnost se zeptat respondentů na případné doplňující otázky a v případě nejasnosti nebo nepochopení otázky nemá možnost se doptat ani sám participant. Také diagnostická hodnota je plně závislá na schopnosti introspekce participanta.

Zkoumání intimity je velkým zásahem do soukromí lidí, a to především u jedinců vyznačujících se prožívanými úzkostmi, které ze své podstaty toto spektrum života ovlivňují. Pro respondenty vyplňující online dotazník nemám možnost zajistit bezpečí a komfort, popřípadě následující péči, kterou by mohli vyžadovat. I z tohoto důvodu je výzkum spíše povrchovým zkoumáním a zmapováním této oblasti výzkumu, která by mohla vést k dalšímu, pro který by již byl zvolen odlišný sběr dat.

Jistým úskalím by se mohlo jevit i nerozlišování mezi úzkostí a jednotlivými úzkostnými poruchami. Podstata této práce byla stavěna na prožitku úzkosti jako takové bez ohledu na to, kterou úzkostnou poruchou je způsobován. Avšak tato práce může být podkladem pro budoucí výzkum, v rámci kterého, je možná bližší specifikace.

7. Výsledky

7.1.Podrobnější charakteristika vybraného vzorku jako celku

V rámci metody deskriptivní statistiky jsem vypočítala pro jednotlivé dotazníky kumulativní hodnoty tak, aby měly výpovědní hodnotu a byly použitelné pro ověření

hypotéz. Jako srovnávací vzorek jsem použila následující kumulativní tabulku, která vypovídá o nejnižších a nejvyšším dosaženém skóre v rámci jednotlivých dotazníků, jejich průměrnou hodnotu a nejčastěji použité tvrzení (modus). Z důvodu velkého počtu konverzních otázek jsem tento nevypočítávala u dotazníku FIS.

Dále jsem veškeré získané údaje zobrazila pomocí sloupcových grafů.

Z hodnot následující tabulky vyplývá, že nejnižší skóre u dotazníku FIS je 62, nejvyšší 130 a průměrná hodnota odpovědi činila 99,92.

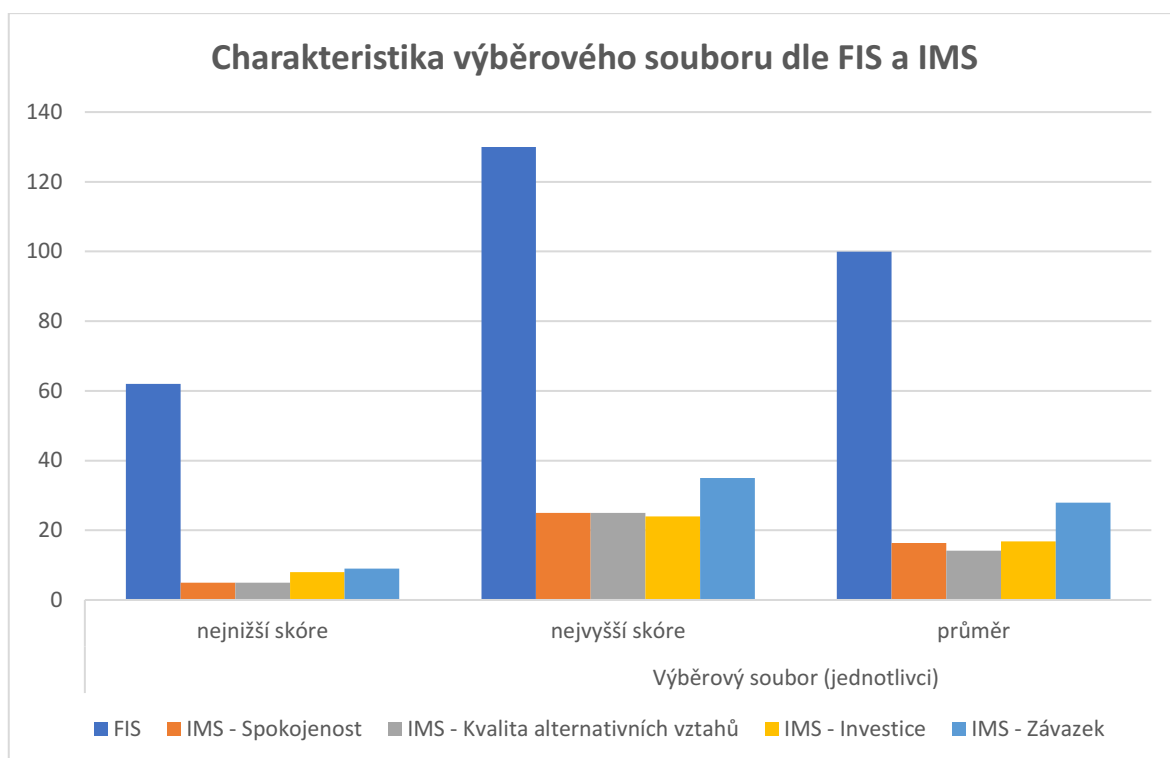
U dotazníku IMS-Spokojenost bylo zaznamenáno nejnižší skóre 5, nejvyšší 25, průměrná hodnota byla 16,32 a nejčastěji použité tvrzení bylo 4, tedy Spíše souhlasím.

U dotazníku IMS-Kvalita alternativních vztahů bylo zaznamenáno nejnižší skóre 5, nejvyšší 25, průměrná hodnota byla 14,13 a nejčastěji použité tvrzení bylo 4, tedy Spíše souhlasím.

U dotazníku IMS-Investice bylo zaznamenáno nejnižší skóre 8, nejvyšší 24, průměrná hodnota byla 16,84 a nejčastěji použité tvrzení bylo 4, tedy Spíše souhlasím.

U dotazníku IMS-Závazek bylo zaznamenáno nejnižší skóre 9, nejvyšší 35, průměrná hodnota byla 27,93 a nejčastěji použité tvrzení bylo 5, tedy Zcela souhlasím.

	Výběrový soubor (jednotlivci)			
	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus
FIS	62	130	99,92	-
IMS - Spokojenost	5	25	16,32	4
IMS - Kvalita alternativních vztahů	5	25	14,13	4
IMS - Investice	8	24	16,84	4
IMS - Závazek	9	35	27,93	5



7.2. Podrobnější charakteristika věkových skupin

7.2.1. Věková skupina do 25 let (V1)

V této skupině je zastoupeno 11 žen (79 %) a 3 muži (21 %), z nichž 14 (100 %) žije pouze v partnerském vztahu. Ve vztahu do 2 let se označilo 6 respondentů (43 %) a od 2 do 5 let, stejně jako ve vztahu nad 5 let, se označili 4 respondenti (29 %). Nejnižší dosažené vzdělání je u této skupiny střední škola s maturitou (43 %), a naopak nejvyšší je vysokoškolské vzdělání (57 %). Žádný respondent z uvedené skupiny nevedl dítě.

7.2.2. Věková skupina 26-35 let (V2)

I v této skupině je zastoupeno 11 žen (79 %) a 3 muži (21 %), z nichž 10 (71 %) žije pouze partnerském vztahu a 4 (29 %) žije v manželství. Ve vztahu do 2 let se označil pouze 1 respondent (7 %), ve vztahu v trvání od 2 do 5 let se uvedlo 6 (43 %) dotazovaných, ve vztahu nad 5 let, se označilo 7 respondentů (50 %). Nejnižší dosažené vzdělání u této skupiny je střední odborné (14 %) a nejvyšší vzdělání je vysokoškolské (29%). Dítě uvedlo 6 respondentů.

7.2.3. Věková skupina 36-45 let (V3)

V této věkové skupině jsou zastoupeny pouze ženy (17, 100 %), z nichž 10 (59 %) žije v partnerství a 7 (41 %) v manželství. Délka vztahu ani u jedné z nich není uváděna do 2 let, 18 % z nich (3) žijí ve vztahu od 2 do 5 let a 82 % z nich (14) uvedlo, že žije ve vztahu

delším jak 5 let. Patnáct žen (15, 88 %) uvedlo, že má dítě. Za nejnižší dosažené vzdělání bylo uvedeno střední odborné (18 %) a za nejvyšší vysokoškolské (47 %).

7.2.4. Věková skupina nad 45 let (V4)

V této skupině je 5 žen (79 %) a 2 muži (21 %), tři (3, 49 %) z nich žijí v partnerském vztahu a čtyři (4, 71 %) v manželství. Jeden respondent (1, 14,5 %) uvedl, že žije v partnerství kratším než 2 roky a 5 respondentů uvedlo vztah delší než 5 let (71 %), jeden se k této odpovědi nevyjádřil (1, 14,5 %). Jako nejnižší dosažené vzdělání bylo označena základní (14 %) a za nejvyšší vysokoškolské (43 %). Dítě uvedlo 5 respondentů (71 %).

Veškerá data jsou shrnuta v tabulce: *Bližší charakteristika věkových skupin.*

Bližší charakteristika skupin věkových skupin								
	Věková skupina do 25 let (V1)		Věková skupina 26 - 35 let (V2)		Věková skupina 36 - 45 let (V3)		Věková skupina nad 45 let (V4)	
	absolutní četnost/typ	relativní četnost	absolutní četnost/typ	relativní četnost	absolutní četnost/typ	relativní četnost	absolutní četnost/typ	relativní četnost
Žena	11	79%	11	79%	17	100%	5	71%
Muž	3	21%	3	21%	0	0%	2	29%
Partnerský vztah (P)	14	100%	10,00	71%	10,00	59%	3	43%
Manželství (M)	0	0%	4,00	29%	7,00	41%	4	57%
Délka vztahu do 2 let (D1)	6	43%	1,00	7%	0	0%	1	14,5%
Délka vztahu 2 - 5 let (D2)	4	29%	6,00	43%	3	18%	0	0%
Délka vztahu nad 5 let (D3)	4	29%	7,00	50%	14	82%	5	71%
Nejnižší dosažené vzdělání	Střední škola s maturitou	43%	Základní	14%	Střední odborné učiliště	18%	Základní	14%
Nejvyšší dosažené vzdělání	Vysoká škola	57%	Vysoká škola	29%	Vysoká škola	47%	Vysoká škola	43%

7.3. Podrobnější analýza skupiny dle typu partnerství

7.3.1. Podrobnější analýza skupiny partnerství

V této skupině je zastoupeno 37 respondentů, z nichž je 31 žen (84 %) a 6 mužů (16 %). Ve vztahu do 2 let žije 8 respondentů (22 %), od 2 do 5 let jedenáct respondentů (11, 30 %) a nad 5 let 18 (49 %). Jako nejbližší osobu uvedlo 59 % z nich partnera. Věková skupina do 25 let je v tomto vzorku zastoupena 14 jedinci (38 %), věkové skupiny od 26 do 35 let a od 36 do 45 let jsou zastoupeny shodně 10 jednotlivci (27 %), ve věkové skupině nad 45 let jsou 3 dotázaní (8 %), přičemž ve společné domácnosti jich žije 30 (81 %) a 7 z nich uvedlo že nikoli (19 %). Sňatek plánuje 20 (54 %) dotázaných, dítě uvedlo že má 25 z nich (68 %) a 12 (32 %) z nich uvedlo že nikoli.

7.3.2. Podrobnější analýza skupiny manželství

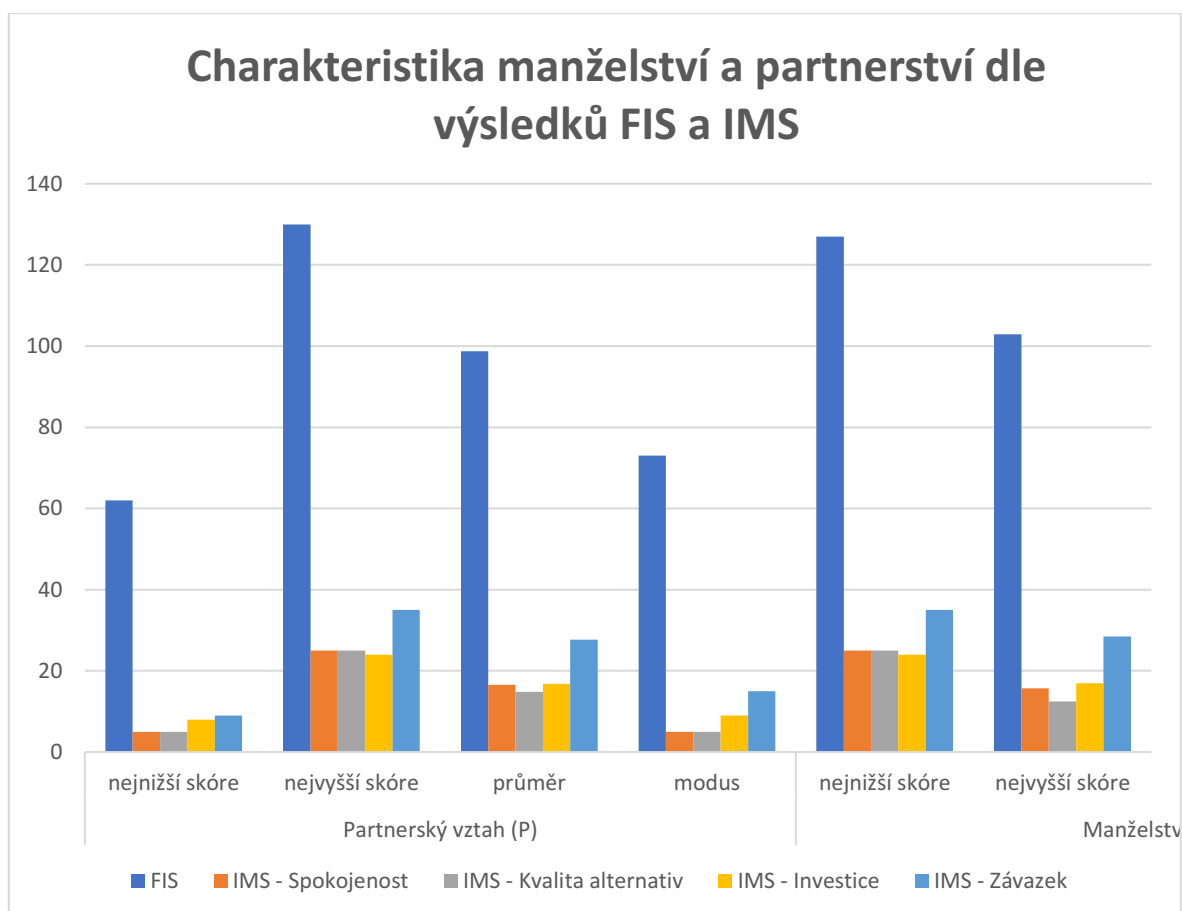
V této skupině je zastoupeno 15 respondentů, z nichž je 13 žen (87 %) a 2 muži (13 %), přičemž ve vztahu do 2 let nežije ani jeden, vztahu s dobou trvání od 2 do 5 let uvedli 2 (13 %) respondentů (11, 30 %) a nad 5 let 13 (87 %). Jako nejbližší osobu uvedlo 67 % z nich

partnera. Věková skupina do 25 let není v tomto vzorku zastoupena, věková skupina od 26 do 35 let je zastoupena 4 jedinci (27 %), od 36 do 45 let je zastoupena 7 (47 %) a věkovou skupinu nad 45 let uvedli 4 (27 %), přičemž ve společné domácnosti jich žije 15 (100 %) a 14 z nich uvedlo že má dítě (93 %), jeden že nikoli (1, 7 %).

Bližší charakteristika dle partnerských vazeb				
	Partnerský vztah (P)		Manželství (M)	
	absolutní četnost/typ	relativní četnost	absolutní četnost/typ	relativní četnost
Žena	31	84%	13	87%
Muž	6	16%	2	13%
Celý soubor	37	100%	15	100%
Nejbližší osoba	partner	59%	partner	67%
Délka vztahu do 2 let (D1)	8	22%	0	0%
Délka vztahu 2 - 5 let (D2)	11	30%	2	13%
Délka vztahu nad 5 let (D3)	18	49%	13	87%
Věková skupina do 25 let (V1)	14	38%	0	0%
Věková skupina 26 - 35 let (V2)	10	27%	4	27%
Věková skupina 36 - 45 let (V3)	10	27%	7	47%
Věková skupina nad 45 let (V4)	3	8%	4	27%

	Partnerský vztah (P)				Manželství (P)			
	ano		ne		ano		ne	
	absolutní četnost/typ	relativní četnost	absolutní četnost/typ	relativní četnost	absolutní četnost/typ	relativní četnost	absolutní četnost/typ	relativní četnost
Společná domácnost	30	81,00%	7	19%	15	100,00%	0	0%
Děti	25	68,00%	12	32%	14	93,00%	1	7%
Plánujete sňatek	20	54,00%	17	46%	-	-	-	-

	Partnerský vztah (P)				Manželství (P)			
	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus
FIS	62	130	98,70	-	73	127	102,93	-
IMS - Spokojenost	5	25	16,57	4	5	25	15,73	5
IMS - Kvalita alternativ	5	25	14,81	4	5	25	12,47	1
IMS - Investice	8	24	16,81	4	9	24	16,93	5
IMS - Závazek	9	35	27,70	5	15	35	28,47	5



7.4. Podrobnější analýza dle délky vztahu

7.4.1. Podrobnější analýza dle délky vztahu do 2 let (D1)

Tato skupina je zastoupena 8 participanty (100 %), z nichž je 6 žen (75 %) a 2 muži (25 %). Ve věkové skupině do 25 let je 6 osob (75 %), ve věkové skupině od 26 do 35 let, stejně jako ve věkové skupině nad 45 let je 1 osoba (12,5 %), věková skupina 36–45 let není zastoupena. Partnera jako nejbližší osobu označilo 38 % dotázaných.

7.4.2. Podrobnější analýza dle délky vztahu od 2 do 5 ti let (D2)

V této skupině je 13 respondentů, z nichž je 11 žen (85 %) a 2 muži (15 %). Ve věkové skupině do 25 let jsou 4 (31 %) respondenti, 6 respondentů (46 %) je ve věkové skupině od 26 do 35 let, ve věkové skupině od 36 do 45 let jsou 3 (23 %), věková skupina nad 45 let není zastoupena. Partnera jako nejbližší osobu uvedlo 69 % respondentů.

7.4.3. Podrobnější analýza dle délky vztahu nad 5 let (D3)

Tato skupina je zastoupena nejpočetněji. Celkem je v ní 31 účastníků (100 %), z nichž je 27 žen (87 %) a 4 muži (13 %). Věkovou skupinu do 25 let zastupují 4 účastníci (13 %), ve věkové skupině od 26 do 35 let jich je 7 (23 %), ve věkové skupině od 36 do 45

let jich je 14 (45 %) a ve věkové skupině nad 45 let 6 (19 %). Partnera jako nejbližší osobu označilo 65 % z nich.

Bližší charakteristika dle délky vztahu						
	Délka vztahu do 2 let (D1)		Délka vztahu 2 - 5 let (D2)		Délka vztahu nad 5 let (D3)	
	absolutní četnost/typ	relativní četnost	absolutní četnost/typ	relativní četnost	absolutní četnost/typ	relativní četnost
Žena	6	75%	11	85%	27	87%
Muž	2	25%	2	15%	4	13%
Celý soubor	8	100%	13	100%	31	100%
Nejbližší osoba	partner	38%	partner	69%	partner	65%
Věková skupina do 25 let (V1)	6	75%	4	31%	4	13%
Věková skupina 26 - 35 let (V2)	1	12,5%	6	46%	7	23%
Věková skupina 36 - 45 let (V3)	0	0%	3	23%	14	45%
Věková skupina nad 45 let (V4)	1	12,5%	0	0%	6	19%

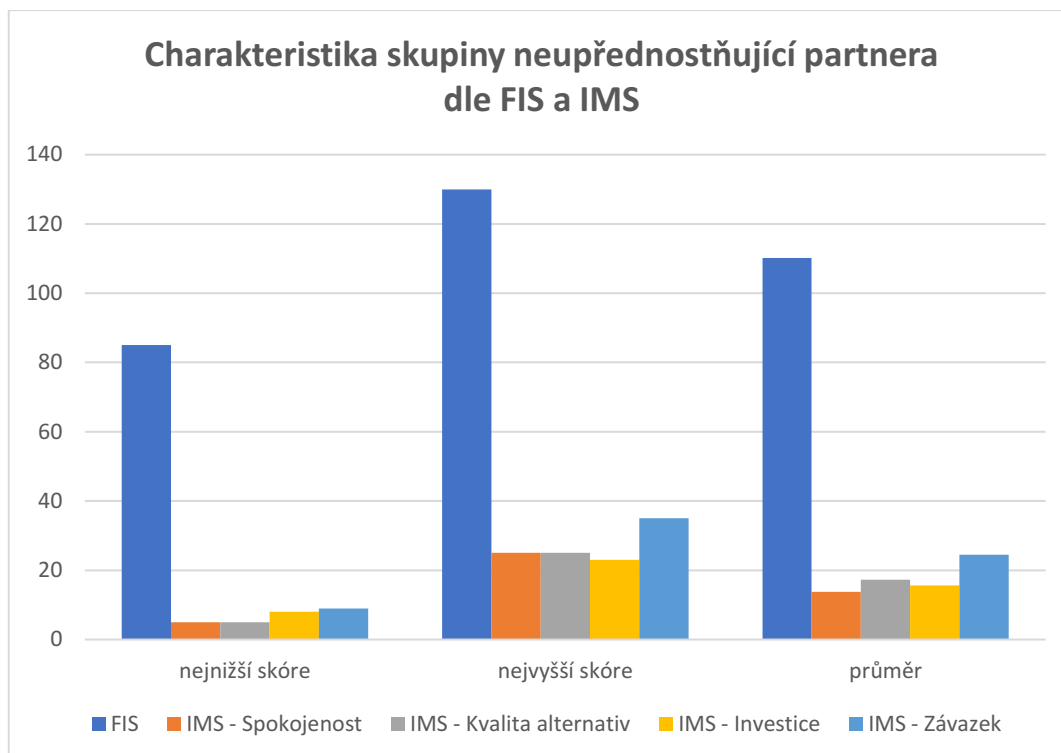
7.5.Podrobnější analýza dle osob nepovažující partnera za nejbližší osobu

V této skupině se nachází 20 respondentů, což je 40 % osob z celého výběrového souboru. Vzhledem k takto velkému počtu, jsem se rozhodlo tuto skupinu osob blíže popsat. Jedná se o 20 osob (100 %), z nichž je 19 (95 %) žen a 1 muž (5 %). Věková skupina do 25 let je zastoupena 4 respondenty (20 %), věková skupina od 26 do 35 let 6 (30 %) respondenty, věková skupina 36–45 let 8 (40 %) a věková skupina nad 45 let 2 respondenty (10 %). Skupinu dle délky vztahu do 2 let zastupuje 5 respondentů (25 %), skupinu dle délky vztahu od 2 do 5 let 4 respondenti (20 %) a skupinu nad 5 let délky vztahu 11 (55 %) respondentů.

V partnerském vztahu žije 15 osob (75 %) a v manželství 5 (25 %). Ve společné domácnosti žije 16 z nich (75 %), 4 žijí odděleně (25 %). Na otázku, zda plánují sňatek odpovědělo 5 respondentů ano (25 %), 10 respondentů ne (50 %) a 5 respondentů na otázku neodpovědělo (25 %). Stejně tak děti má 5 z nich (25 %), 5 z nich na otázku neodpovědělo (25 %) a 10 odpovědělo ne (50 %).

Jako nejbližší osoba byla označená u všech “jiná”, z nichž 78 % upřesnilo, že nejbližším člověkem je kamarádka/kamarád. Tito respondenti se nacházejí ve všech skupinách.

	Osoby nepovažující partnera za nejbližší osobu			
	absolutní četnost/typ	relativní četnost		
Žena	19	95%		
Muž	1	5%		
Poměr z celého výběrového vzorku	20	40%		
Nejbližší osoba	jiná	45%		
Jaká nejbližší osoba	kamarádka	78%		
Věková skupina do 25 let (V1)	4	20%		
Věková skupina 26 - 35 let (V2)	6	30%		
Věková skupina 36 - 45 let (V3)	8	40%		
Věková skupina nad 45 let (V4)	2	10%		
Délka vztahu do 2 let (D1)	5	25%		
Délka vztahu 2 - 5 let (D2)	4	20%		
Délka vztahu nad 5 let (D3)	11	55%		
Partnerský vztah (P)	15	75%		
Manželství (M)	5	25%		
	ano		ne	
	absolutní četnost/typ	relativní četnost	absolutní četnost/typ	relativní četnost
Společná domácnost	16	75,00%	4	25%
Děti	5	25,00%	10	50%
Plánujete sňatek	5	25,00%	10	50%
	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus
FIS	85	130	110,20	-
IMS - Spokojenost	5	25	13,80	1
IMS - Kvalita alternativ	5	25	17,30	4
IMS - Investice	8	23	15,60	4
IMS - Závazek	9	35	24,50	5



7.6.Hypotéza 1: Úzkostné osoby nežijící ve společné domácnosti se svým partnerem budou vykazovat vyšší míru strachu z intimity

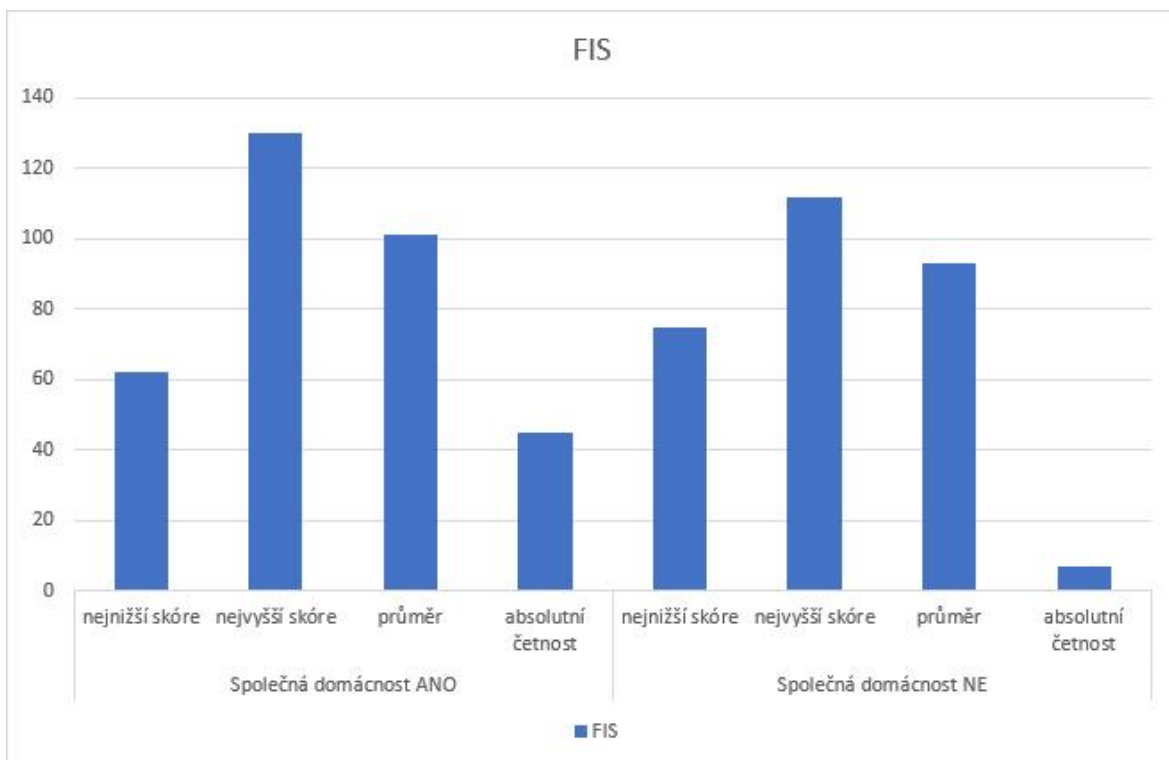
Subjektivně vnímanou míru strachu z intimity jsem se rozhodla posuzovat pomocí porovnání výsledků metody FIS, kde podle autorů maximální skóre dosažených bodů (175) značí extrémní míru strachu, a naopak. Z uvedené teorie vyplývá, že pokud je má hypotéza správná, bude průměrná hodnota FIS u osob nežijících ve společné domácnosti vyšší než u osob, kteří v ní žijí.

V rámci mého výzkumného vzorku čítajícího 52 úzkostných jedinců (100 %), uvedlo 7 respondentů (13,5 %), že nežije ve společné domácnosti a 45 (86,5 %) respondentů uvedlo, že ve společné domácnosti žije. Z mé analýzy dat vyplývá, že průměrná hodnota FIS u jedinců nežijících ve společné domácnosti je nižší (93,28) než průměrná hodnota jedinců žijících ve společné domácnosti (101,18), což moji hypotézu nepotvrzuje.

Budoucí práce by se mohla zaměřit na vysvětlení tohoto jevu.

Závěr: Hypotéza 1: Úzkostné osoby nežijící ve společné domácnosti se svým partnerem budou vykazovat vyšší míru strachu z intimity se na základě sebraných údajů nepotvrdila.

	Společná domácnost ANO				Společná domácnost NE			
	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	absolutní četnost	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	absolutní četnost
FIS	62	130	101,18	45	75	112	93,28	7



7.7. Hypotéza 2: Úzkostné osoby žijící v dlouhodobém partnerském vztahu budou vykazovat nižší míru strachu z intimity.

Tato hypotéza vychází z předpokladu, že délka partnerského vztahu poskytuje i úzkostnému jedinci dostatečný prostor k vytvoření partnerské intimity, nebo jeho strach z intimity je alespoň zmírněn dostatečným prostorem a časem, který umožní úzkostnému jedinci se partnerovi otevřít.

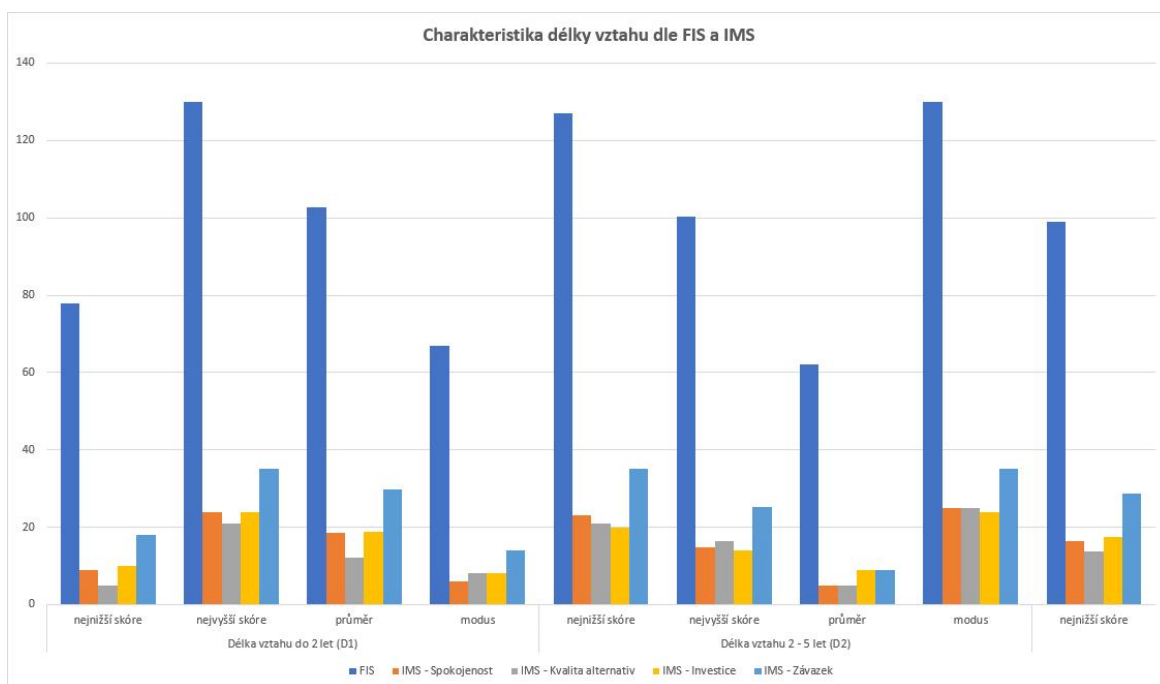
Subjektivně vnímanou míru strachu z intimity jsem se rozhodla posuzovat pomocí porovnání výsledků metody FIS, kde podle autorů maximální skóre dosažených bodů (175) značí extrémní míru strachu, a naopak.

V rámci mého dotazníkového šetření uvedlo 8 respondentů (15 %), že žije ve vztahu do 2 let, jejich průměrná hodnota FIS je 102,63. Dále 13 (25 %) respondentů uvedlo, že žije ve vztahu 2-5 let. Jejich průměrná hodnota FIS je 100,38 a 31 (60 %) respondentů uvedlo, že žije ve vztahu déle jak 5 let. Jejich průměrná hodnota FIS je 99,03.

Na základě těchto hodnot je vidět sestupná tendence průměrných hodnot FIS s narůstající délkou vztahu.

Závěr: hypotéza 2: Úzkostné osoby žijící v dlouhodobém partnerském vztahu budou vykazovat nižší míru strachu z intimity byla na základě dotazníkového šetření potvrzena.

	Délka vztahu do 2 let (D1)				Délka vztahu 2 - 5 let (D2)				Délka vztahu nad 5 let (D3)			
	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus
FIS	78	130	102,63	-	67	127	100,38	-	62	130	99,03	-
IMS - Spokojenost	9	24	18,63	4 + 5	6	23	14,85	2	5	25	16,35	4
IMS - Kvalita alternativ	5	21	12,13	1	8	21	16,46	4	5	25	13,68	1
IMS - Investice	10	24	18,75	4 + 5	8	20	14,08	3	9	24	17,52	4
IMS - Závazek	18	35	29,875	5	14	35	25,15	5	9	35	28,58	5



7.8. Hypotéza 3: Úzkostné osoby v manželství budou hodnotit vyšší míru investic než úzkostné osoby žijící v partnerském vztahu.

Předpokladem této hypotézy je skutečnost, že úzkostné poruchy jako takové negativně ovlivňují sociální fungování jedince a zvyšují problémy v mezilidských vztazích. Úzkostný jedinec obtížně navazuje intimní vztahy v jakékoliv podobě. Dalším předpokladem potvrzení této hypotézy je existence přímé úměry mezi mírou investice do vztahu a jeho prohlubování, a to vzhledem k náročnosti budování těchto vztahů jako takových. Pro potvrzení nebo vyvrácení této hypotézy jsem se rozhodla použít výsledky škály Investice metody IMS.

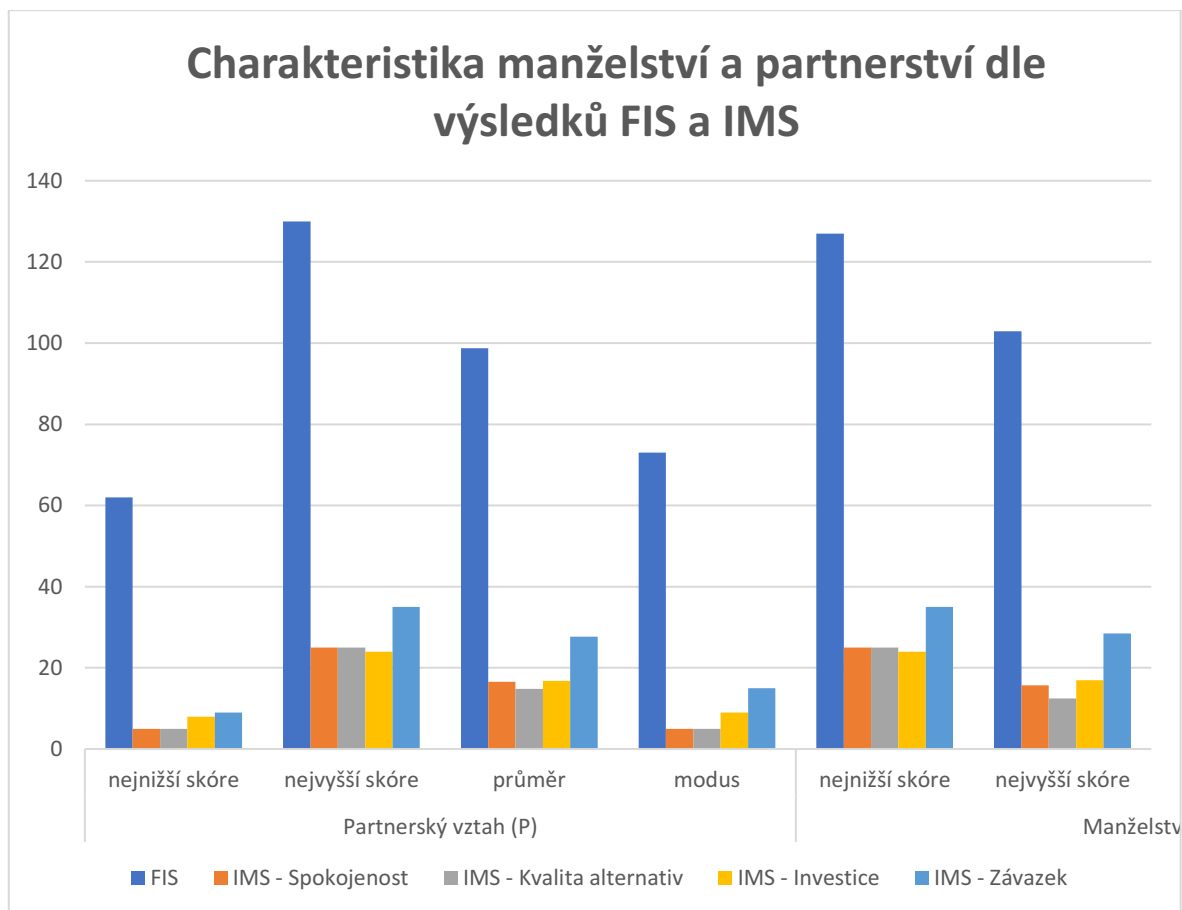
Průměrná hodnota IMS-Investice u všech respondentů žijících v manželském svazku byla 16,93, naproti tomu průměrná hodnota IMS-Investice u partnerů žijících v partnerském svazku byla 16,84. Průměrná hodnota celého vzorku pak činila 16,81. Modus u úzkostných

osob žijících v manželství nejčastěji odpovídal tvrzení 5=Zcela souhlasím a u úzkostných osob žijících v partnerství tvrzení 4=Spíše souhlasím.

Přestože osoby žijící v manželství dosáhly lepšího výsledku než osoby žijící v partnerství, nejedná se o jasný signifikantní rozdíl, na kterém bych mohla svoji hypotézu potvrdit.

Závěr: hypotéza 3: Úzkostné osoby v manželství budou hodnotit vyšší míru investic, než úzkostné osoby žijící v partnerském vztahu nebyla na základě sebraných dat ani jednoznačně potvrzena, ani vyvrácena.

	Partnerský vztah (P)				Manželství (P)			
	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus
FIS	62	130	98,70	-	73	127	102,93	-
IMS - Spokojenost	5	25	16,57	4	5	25	15,73	5
IMS - Kvalita alternativ	5	25	14,81	4	5	25	12,47	1
IMS - Investice	8	24	16,81	4	9	24	16,93	5
IMS - Závazek	9	35	27,70	5	15	35	28,47	5



7.9. Hypotéza 4: Úzkostné osoby budou s narůstajícím věkem vnímat nižší kvalitu alternativních vztahů.

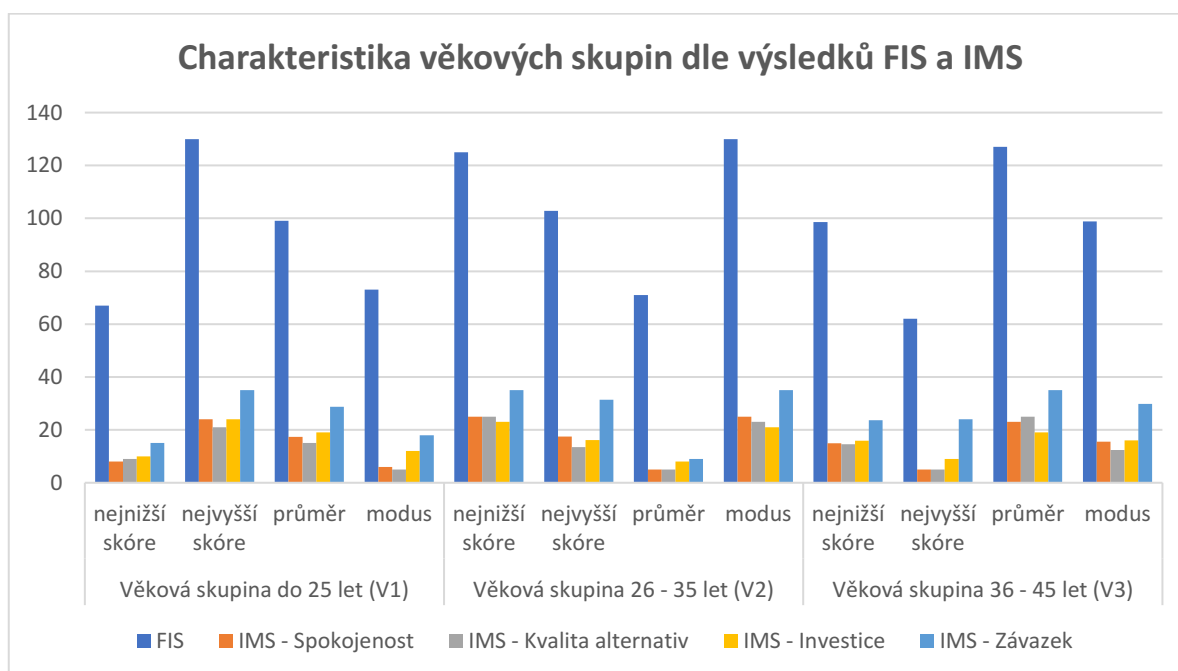
Předpokladem této hypotézy je opět skutečnost, že úzkostné poruchy jako takové negativně ovlivňují sociální fungování jedince a zvyšují problémy v mezilidských vztazích. Úzkostný jedinec obtížně navazuje intimní vztahy v jakékoliv podobě a s narůstajícím věkem se atraktivita uzavírat nové partnerské vztahy snižuje. Dalším předpokladem potvrzení této hypotézy je existence přímé úměry mezi mírou investice do vztahu a jeho prohlubování, a to vzhledem k náročnosti budování těchto vztahů jako takových. Pro potvrzení nebo vyvrácení této hypotézy jsem se rozhodla použít výsledky škály Kvality alternativ IMS.

Průměrná hodnota IMS-Kvalita alternativ u věkové skupiny do 25 let byla 15,07, u věkové skupiny 26–35 let byla tato hodnota 13,5, u věkové skupiny 36–45 byla tato hodnota 14,58, a u věkové skupiny nad 45 let byla tato průměrná hodnota 12,43. Průměrná hodnota IMS-Kvalita alternativ celého vzorku pak činila 14,13. Modus u úzkostných osob ve věkové skupině nad 45 nejčastěji odpovídal tvrzení 1=Zcela nesouhlasím narozdíl od ostatních věkových skupin, kde převládal modus 4=Spíše souhlasím.

Uvedené výsledky jasně prokázaly sestupnou tendenci hodnot IMS-Kvalita alternativ v závislosti na nárůstu věku a potvrdily tak správnost mojí hypotézy.

Závěr: hypotéza 4: Úzkostné osoby budou s narůstajícím věkem vnímat nižší kvalitu alternativních vztahů byla na základě sebraných dat potvrzena.

	Věková skupina do 25 let (V1)				Věková skupina 26 - 35 let (V2)				Věková skupina 36 - 45 let (V3)				Věková skupina nad 45 let (V4)			
	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus
FIS	67	130	99,14	-	73	125	102,79	-	71	130	98,65	-	62	127	98,86	-
IMS - Spokojenost	8	24	17,38	4 + 5	6	25	17,43	4	5	25	14,88	2	5	23	15,57	4
IMS - Kvalita alternativ	9	21	15,07	4	5	25	13,5	3	5	23	14,58	4	5	25	12,43	1
IMS - Investice	10	24	19,07	5	12	23	16,14	4	8	21	15,94	4	9	19	16,00	2
IMS - Závazek	15	35	28,71	5	18	35	31,43	5	9	35	23,59	5	24	35	29,86	5



7.10. Hypotéza 5: S prodlužováním partnerského vztahu se bude zvyšovat i míra závazku.

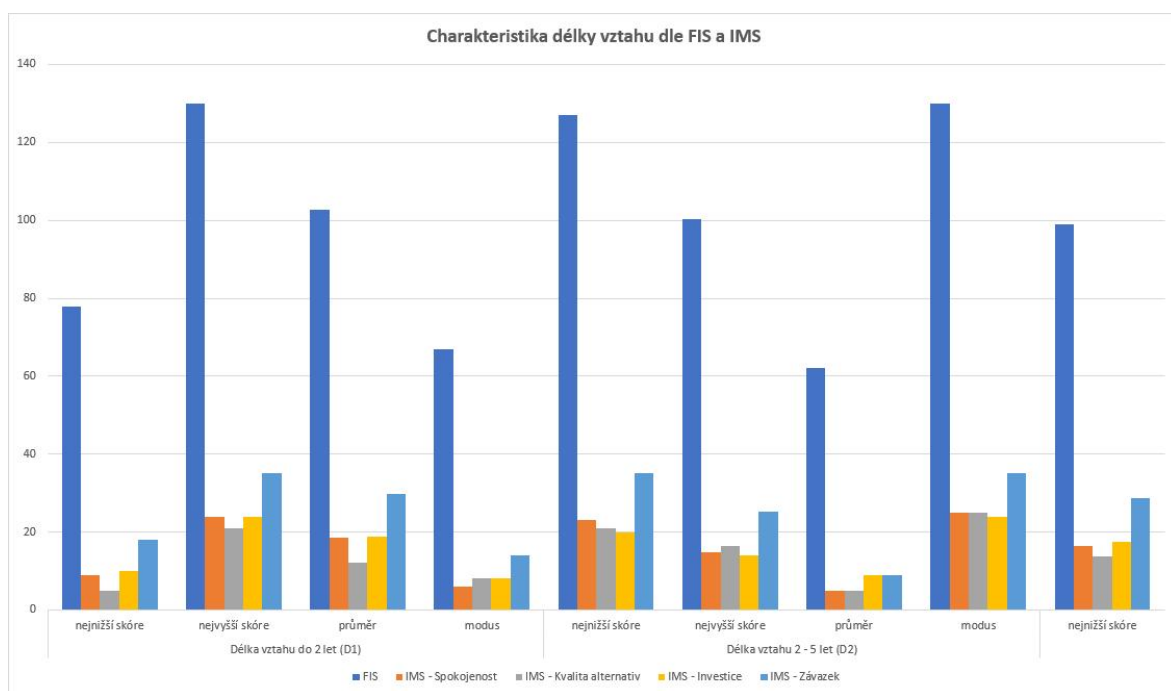
Podle autorů metody IMS vyjadřuje škála Závazek tendenci v existujícím vztahu setrvat a zároveň se tato škála používá jako ukazatel spokojenosti ve vztahu.

V rámci mého dotazníkového šetření uvedlo 8 respondentů (15 %), že žije ve vztahu do 2 let, jejich průměrná hodnota IMS-Závazku je 29,875. Dále 13 respondentů (25 %) uvedlo, že žije ve vztahu 2-5 let. Jejich průměrná hodnota IMS-Závazku je 25,15 a 31 respondentů (60 %) uvedlo, že žije ve vztahu déle jak 5 let. Jejich průměrná hodnota IMS-Závazku je 28,58.

Na základě těchto hodnot je vidět že není prokázána přímá úměra zvyšováním míry závazku s prodlužováním partnerského vztahu.

Závěr: Hypotéza 5: S prodlužováním partnerského vztahu se bude zvyšovat i míra závazku se na základě dat získaných ze vzorového souboru nepotvrdila

	Délka vztahu do 2 let (D1)				Délka vztahu 2 - 5 let (D2)				Délka vztahu nad 5 let (D3)			
	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus	nejnižší skóre	nejvyšší skóre	průměr	modus
FIS	78	130	102,63	-	67	127	100,38	-	62	130	99,03	-
IMS - Spokojenost	9	24	18,63	4 + 5	6	23	14,85	2	5	25	16,35	4
IMS - Kvalita alternativ	5	21	12,13	1	8	21	16,46	4	5	25	13,68	1
IMS - Investice	10	24	18,75	4 + 5	8	20	14,08	3	9	24	17,52	4
IMS - Závazek	18	35	29,875	5	14	35	25,15	5	9	35	28,58	5



ZÁVĚR

V rámci této bakalářské práce jsem se snažila zjistit, zda je strach z intimity u úzkostných jedinců podmíněn délkou partnerského vztahu, zda se strach z intimity a hledání alternativních vztahů mění v závislosti na věk úzkostného a zda se liší vztahová spokojenost u různých druhů vztahu úzkostných jedinců. Stanovila jsem si několik hypotéz, které jsem chtěla ověřit a na které jsem chtěla najít odpovědi.

Aplikací zvolených metod jsem došla k závěru, že mé hypotézy 1: *úzkostné osoby nežijící ve společné domácnosti se svým partnerem budou vykazovat vyšší míru strachu z intimity*; a 5: *s prodlužováním partnerského vztahu se bude zvyšovat i míra závazku se nepotvrdili*.

Hypotéza 3: *úzkostné osoby v manželství budou hodnotit vyšší míru investic než úzkostné osoby žijící v partnerském vztahu* nebyla potvrzena ani vyvrácena. Rozdíl mezi jednotlivými druhy vztahu nalezen byl, ale nebyl dostatečně markantní, aby potvrdil mou hypotézu.

U hypotéz 2: *úzkostné osoby žijící v dlouhodobém partnerském vztahu budou vykazovat nižší míru strachu z intimity*; a 4: *úzkostné osoby budou s narůstajícím věkem vnímat nižší kvalitu alternativních vztahů* se potvrdily mé předpoklady.

Tato práce tak poskytla náhled do soukromí a intimních vztahů lidí s úzkostnou poruchou. Tito jedinci jsou náchylní na interní i externí vlivy, které ovlivňují jejich psychický stav. Vzhledem k důležitosti intimity a partnerských vztahů v lidském životě jsou i tyto aspekty důležitými faktory ovlivňujícími celkovou kvalitu života úzkostných jedinců. Bližší porozumění toho, jakým způsobem se jedinec s úzkostnou poruchou chová ve vztahu a jeho vztah vůči partnerovi, by mohlo být implementováno na zefektivnění psychoterapeutické léčby a případné zapojení partnera.

Bibliografie

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author. 1980

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author. 2000

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub. 2013

ARMSTRONG, Laura Lynne. Barriers to intimate sexuality: Concerns and meaning-based therapy approaches. *The humanistic psychologist*, 2006, 34.3: 281-298.

BANDELOW, Borwin; MICHAELIS, Sophie. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2022.

BAR-HAIM, Yair, et al. Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychological bulletin*, 2007, 133.1: 1.

BEESSDO, Katja, et al. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of general psychiatry*, 2007, 64.8: 903-912.

BIRNIE-PORTER, Carolyn; LYDON, John E. A prototype approach to understanding sexual intimacy through its relationship to intimacy. *Personal Relationships*, 2013, 20.2: 236-258.

BREHM, Sharon S. *Intimate relationships*. McGraw-Hill Book Company, 1992.

BUSS, David M. *Evoluce touhy (Strategie sexuálního chování)*. *Dauphin*, 2009.

BUSS, David M. *The evolution of desire: Strategies of human mating*. *Basic books*, 2016.

CAMPBELL-SILLS, Laura, et al. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 2006, 44.9: 1251-1263.

CANARY, Daniel J.; STAFFORD, Laura. Relational maintenance strategies and equity in marriage. *Communications Monographs*, 1992, 59.3: 243-267.

- CISLER, Josh M.; KOSTER, Ernst HW. Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical psychology review*, 2010, 30.2: 203-216.
- CLARK, David M. A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 1986, 24.4: 461-470.
- CLARK, David M.; WELLS, Adrian. A cognitive model. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 1995, 69: 1025.
- CLARK, Margaret S.; FITNESS, Julie; BRISSETTE, Ian. Understanding people's perceptions of relationships is crucial to understanding their emotional lives. *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes*, 2001, 2: 253-278.
- COX, Frank D.; DEMMITT, Kevin. *Human intimacy: Marriage, the family, and its meaning*. Cengage Learning, 2013.
- ČERŇANOVÁ, MUDr Andrea. Panická porucha. 2020
- DESCUTNER, Carol J.; THELEN, Mark H. Development and validation of a Fear-of-Intimacy Scale. *Psychological assessment: A journal of consulting and clinical psychology*, 1991, 3.2: 218.
- DEWEESE, Menton McGinnis, et al. Snake fearfulness is associated with sustained competitive biases to visual snake features: hypervigilance without avoidance. *Psychiatry research*, 2014, 219.2: 329-335.
- DOLEJŠ, Martin; MIOVSKÝ, Michal; ŘEHAN, Vladimír. Testová příručka ke škále osobnostních rysů představujících riziko z hlediska užívání návykových látek:(SURPS-substance use risk profile scale). *Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga*, 2012.
- DOSEDLOVÁ, J. Intimita v partnerských vztazích a rodinném systému. *Symposium rodinné resilience: sborník příspěvků*, 2015, 1: 119-130.
- EATON, William W.; BIENVENU, O. Joseph; MILOYAN, Beyon. Specific phobias. *The Lancet Psychiatry*, 2018, 5.8: 678-686.
- EHLERS, Anke. A 1-year prospective study of panic attacks: clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of abnormal psychology*, 1995, 104.1: 164.

- ENDLER, Norman S.; KOCOVSKI, Nancy L. State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*, 2001, 15.3: 231-245.
- EYSENCK, H. J.; EYSENCK, S. B. G. Personality questionnaire (junior and adult) Hodder and Stoughton educational. 1975.
- EYSENCK, Michael W., et al. Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*, 2007, 7.2: 336.
- FERREIRA, C.; SILVA, R. The spielberger inventory like a tool for assess the trait and state anxiety. *Trait and State Anxiety: Assessment, Predictors and Outcomes*. NY: Nova Science Publishers, 2016, 2-4.
- FERREIRA, Luana Cunha; NARCISO, Isabel; NOVO, Rosa Ferreira. Intimacy, sexual desire and differentiation in couplehood: A theoretical and methodological review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2012, 38.3: 263-280.
- FIRESTONE, R. W., CATLETT, J. Fear of Intimacy. *Washington: American Psychological Association*, 2009
- FREUD, S. A general introduction to psychoanalysis (J. Riviere, Trans.) *New York: Washington Square*. (1961 edition) *Original work published*, 1924.
- FREUD, Sigmund. Inhibitions, symptoms and anxiety. *The Psychoanalytic Quarterly*, 1936, 5.1: 1-28.
- GAIA, A. Celeste. Understanding emotional intimacy: A review of conceptualization, assessment and the role of gender. *International Social Science Review*, 2002, 77.3/4: 151-170.
- GOLDSTEIN, Alan J.; CHAMBLESS, Dianne L. A reanalysis of agoraphobia. *Behavior therapy*, 1978.
- GOLDSTEIN, Alan J.; CHAMBLESS, Dianne L. A reanalysis of agoraphobia. *Behavior therapy*, 1978.
- GRAY, Jeffrey A. Précis of The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. *Behavioral and brain sciences*, 1982, 5.3: 469-484.
- HARREWIJN, Anita, et al. Electrocortical measures of information processing biases in social anxiety disorder: A review. *Biological Psychology*, 2017, 129: 324-348.

- HARRISON, Cory E., et al. Differentiating the impact of state versus trait anxiety on cognitive functioning of the aging brain. *International Journal of Psychology Research*, 2015, 10.2: 125.
- HATFIELD, Elaine; RAPSON, Richard L. Love, sex, and intimacy: Their psychology, biology, and history. HarperCollins College Publishers, 1993.
- HAUBERTO VÁ, Daniela, et al. Soudobá témata psychologie intimity. *Psychologie pro praxi*, 2015, 3-4: 9-24.
- HAUBERTO VÁ, Daniela. Intimita jako jedna ze základních komponent partnerského vztahu. 2020.
- HAUBERTO VÁ, Daniela. Intimita v těsných interpersonálních vztazích. 2013.
- HAUBERTO VÁ, Daniela; SLAMĚNÍK, Ivan. Intimita jako jeden ze základních znaků těsných vztahů. *Psychologie pro praxi*, 2015, 48.3: 9-23.
- HELLER, Patrice E.; WOOD, Beatrice. The process of intimacy: Similarity, understanding and gender. *Journal of Marital and Family therapy*, 1998, 24.3: 273-288.
- HETTEMA, John M.; NEALE, Michael C.; KENDLER, Kenneth S. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158.10: 1568-1578.
- HOLMES, J. G.; REMPEL, J. K. Trust in close relationships. Dalam C. Hendrick (Ed.), *Close relationships: Review of personality and social psychology* (Vol. 10, hlm. 187-220). 1989.
- HOLUBOVÁ, PhDr Michaela; ZAŤKOVÁ, PhDr Marta; MINAŘÍKOVÁ, MUDr Kamila. Panická porucha v partnerském vztahu, *Psychiatrie pro praxi* 2020; 21(3): 129–135
- HONZÁK, Radkin. Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat. *Maxdorf*, 1995.
- HOSÁK, MUDr Ladislav; ŠILHÁN, MUDr Petr; HOSÁKOVÁ, Mgr Jiřina. Genetika úzkostných poruch. *Psychiatr. prax*, 2013, 14.1: 23-25.
- HRDLIČKA, Michal; GOETZ, M.; DUDOVÁ, I. Panická porucha v pedopsychiatrii. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 2004.
- HUPPERT, Jonathan D.; RYAN, M.; STEIN, D. J. Generalized anxiety disorder. *Clinical manual of anxiety disorders*, 2004, 147-171.

- CHOY, Yujuan; FYER, Abby J.; LIPSITZ, Josh D. Treatment of specific phobia in adults. *Clinical psychology review*, 2007, 27.3: 266-286.
- JOHNSON, Michael P. Commitment to personal relationships. *Advances in personal relationships*, 1991, 3: 117-143.
- KARA, Suzan, et al. Mixed anxiety–depressive disorder and major depressive disorder: comparison of the severity of illness and biological variables. *Psychiatry research*, 2000, 94.1: 59-66.
- KASALOVÁ, Petra; PRAŠKO, Ján. Úzkostné poruchy a manželská spokojenosť. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 2017, 113.5.
- KINRYS, Gustavo; POLLACK, Mark H. Panic disorder and Agoraphobia. *Clinical Manual of Anxiety Disorders*. American Psychiatric Publishing, 2004, 13-41.
- KRAUSE, Merton S. The measurement of transitory anxiety. *Psychological Review*, 1961, 68.3: 178.
- KUMAR, Akshi; SHARMA, Aditi; ARORA, Anshika. Anxious depression prediction in real-time social data. In: *International conference on advances in engineering science management & technology (ICAESMT)-2019, Uttaranchal University, Dehradun, India*. 2019.
- KUSHNER, Matt G.; BEITMAN, Bernard D. Panic attacks without fear: An overview*. *Behaviour research and therapy*, 1990, 28.6: 469-479.
- KYRIACOU, Chris. Řešení výchovných problémů ve škole. *Portál, sro*, 2005.
- LAHEY, Benjamin B. Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 2009, 64.4: 241.
- MACKEY, Richard A.; DIEMER, Matthew A.; O'BRIEN, Bernard A. Psychological intimacy in the lasting relationships of heterosexual and same-gender couples. *Sex roles*, 2000, 43.3: 201-227.
- MAGNUSSON, David. Trait-state anxiety: a note on conceptual and empirical relationships. *Personality and Individual Differences*, 1980, 1.3: 215-217.

- MAIER, Wolfgang, et al. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000, 101.1: 29-36.
- MASHEK, D., Le, B., Israel, K., Aron, A. (2011). Wanting less closeness in romantic relationships. *Basic and Applied Social Psychology*, 33, 333–345.
- MATTHEWS, G., DEARY, I. J., & WHITEMAN, M. C. *Personality Traits: Vol. 3rd ed. Cambridge University Press*, 2009
- MCADAMS, Dan P. *Intimacy: The need to be close*. Doubleday & Co, 1989.
- MCCRAE, Robert R.; COSTA, Paul T. *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. Guilford Press, 2003.
- MCLEOD, Jane D. Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994, 103.4: 767.
- MCNALLY, R. J. *Panic disorder: a critical analysis*. Guilford Press, 1994
- MCNALLY, Richard J. Psychological approaches to panic disorder: a review. *Psychological Bulletin*, 1990, 108.3: 403.
- MÖLLER, Hans-Jürgen, et al. The relevance of ‘mixed anxiety and depression’ as a diagnostic category in clinical practice. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2016, 266.8: 725-736.
- MORALES, A. *Trait Anxiety*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, Inc, 2012.
- MOSIER, Will. Intimacy: The key to a healthy relationship. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 2006, 9.1: 34-36.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. Praha: Academia, 2000
- NEŠPOR, Zdeněk, et al. *Sociologická encyklopedie*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2017, 6.
- OLSON, David H.; OLSON-SIGG, Amy; LARSON, Peter J. *The couple checkup: Find your relationship strengths*. Thomas Nelson, 2008.

- PANKIEWICZ, Piotr; MAJKOWICZ, Mikołaj; KRZYKOWSKI, Grzegorz. Anxiety disorders in intimate partners and the quality of their relationship. *Journal of Affective Disorders*, 2012, 140.2: 176-180.
- POPOVIC, Miodrag. Intimacy and its relevance in human functioning. *Sexual and Relationship Therapy*, 2005, 20.1: 31-49.
- PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., ADAMCOVÁ, K., PRAŠKOVÁ, H. Agorafobie a panická porucha. Vyd. 1. *Praha: Portál*, 2008.
- PRAŠKO, Ján, et al. Agorafobie a její léčba. *Medicína pro praxi*, 2012, 9.3: 113-118.
- PRAŠKO, Ján, et al. Sociální fobie: jak překonat nadměrný stud. *PORTÁL sro*, 2012.
- PRAŠKO, Ján, et al. Úzkost a obavy: jak je překonat. *PORTÁL sro*, 2006.
- PRAŠKO, Ján. Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. *PORTÁL sro*, 2005.
- PRAŠKO, Ján; HOLUBOVÁ, Michaela. Sociální fobie a její léčba. *Grada Publishing as*, 2017.
- PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Hana. Psychoterapie úzkostných poruch. Dostupné na internete: <http://uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf>, 2005.
- PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Hana; PRAŠKOVÁ, Jana. Specifické fobie. *PORTÁL sro*, 2008.
- PRAŠKO, Ján; VYSKOČILOVÁ, Jana. Panická porucha a jak ji zvládat. *Medical Tribune CZ*, 2012.
- PROCHÁZKA, Roman. Kognitivně behaviorální terapie aneb netlač řeku, teče sama. *Psychoterapeutické směry*, 2015, 67.
- RAPEE, Ronald M.; HEIMBERG, Richard G. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 1997, 35.8: 741-756.
- REIS, Harry T. Gender differences in intimacy and related behaviors: Context and process. In: *Sex differences and similarities in communication*. Psychology Press, 1998. p. 203-232.
- REIS, Harry T.; PATRICK, Brian C. Attachment and intimacy: Component processes. 1996.
- REISS, S.; MCNALLY, R. Expectancy model of fear.. S. Reiss, RR Bootzin (Eds). *Theoretical issues in behavior therapy inside*. 1985.

- REISS, Steven. Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of anxiety disorders*, 1997, 11.2: 201-214.
- RIESSMAN, Catherine Kohler. *Divorce talk: Women and men make sense of personal relationships*. Rutgers University Press, 1990.
- ROBERTS, Brent W.; DELVECCHIO, Wendy F. The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 2000, 126.1: 3.
- ROBERTS, Brent W.; MROCZEK, Daniel. Personality trait change in adulthood. *Current directions in psychological science*, 2008, 17.1: 31-35.
- ROWA, Karen; ANTONY, Martin M. Generalized anxiety disorder. 2008.
- ROY-BYRNE, Peter P.; CRASKE, Michelle G.; STEIN, Murray B. Panic disorder. *The Lancet*, 2006, 368.9540: 1023-1032.
- RUSBULT, Caryl E. Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *Journal of experimental social psychology*, 1980, 16.2: 172-186.
- SAROGLOU, Vassilis; LACOUR, Christelle; DEMEURE, Marie-Eve. Bad humor, bad marriage: Humor styles in divorced and married couples. *Europe's Journal of Psychology*, 2010, 6.3: 94-121.
- SCRABLE, Heidi; BURNS-CUSATO, Melissa; MEDRANO, Silvia. Anxiety and the aging brain: stressed out over p53?. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-General Subjects*, 2009, 1790.12: 1587-1591.
- SCHNEIER, Franklin R., et al. Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of general psychiatry*, 1992, 49.4: 282-288.
- SIGMUNDOVÁ, MUDr Zuzana; ŠILHÁN, MUDr Petr. Stigmatizace a panická porucha. *Psychiatr. prax*, 2013, 14.4: 151-154.
- SLAMĚNÍK, Ivan. *Emoce a interpersonální vztahy*. Grada Publishing as, 2011.
- SLAMĚNÍK, Ivan; HURYCHOVÁ, Zuzana. K pojetí těsných interpersonálních vztahů. *Psychologie pro praxi*, 2015, 45.3: 9-19.
- SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Maxdorf, 2002.

- SONAWALLA, Shamsah B.; FAVA, Maurizio. Severe depression. *CNS drugs*, 2001, 15.10: 765-776.
- SPIELBERGER, C. D. Manual for the state-trait anxiety inventory (Self-evaluation questionnaire). *Consulting Psychologists Press*, 1970.
- SPIELBERGER, C. D.; POLLANS, C. H.; WORDEN, T. V. Adult psychopathology and diagnosis. *Anxiety Disorders. Wiley, New York*, 1984, 263-303.
- SPIELBERGER, C. D.; RICKMAN, R. L. Assessment of state and trait anxiety. *Anxiety: Psychobiological and clinical perspectives*, 1990, 69-83.
- SPRECHER, Susan. Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *Journal of sex research*, 2002, 39.3: 190-196.
- STEIN, Murray B.; SAREEN, Jitender. Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 2015, 373.21: 2059-2068.
- STEIN, Murray B.; STEIN, Dan J. Social anxiety disorder. *The lancet*, 2008, 371.9618: 1115-1125.
- STERNBERG, Robert J. A triangular theory of love. *Psychological review*, 1986, 93.2: 119.
- ŠTĚRBOVÁ, Iveta. Partnerské vztahy a strach být nezadaný. 2020.
- TEACHMAN, Bethany A. Aging and negative affect: the rise and fall and rise of anxiety and depression symptoms. *Psychology and aging*, 2006, 21.1: 201.
- TIMMERMAN, Gayle M. A concept analysis of intimacy. *Issues in mental health nursing*, 1991, 12.1: 19-30.
- TRESTROVÁ, Olga. Intimita a závazek v partnerských vztazích v mladé dospělosti. 2012. *PhD Thesis. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií*.
- ULČ, Igor. Úzkost a úzkostné poruchy. *Grada Publishing*, 1999. 57-70
- VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. *Karolinum*, 2007.
- VYMĚTAL, Jan. Speciální psychoterapie (2. přeprac. a dopl. vyd). *Praha: Grada*, 2007.
- VYMĚTAL, Jan. Speciální psychoterapie-2., přepracované a doplněné vydání. *Grada Publishing as*, 2007.

- VÝROST, J. Sociální psychologie. (2., přeprac. a rozš. vyd., 404 s., Editor Ivan Slaměník). *Praha: Grada*, 2008.
- VÝROST, Josef; SLAMĚNÍK, Ivan; SOLLÁROVÁ, Eva. Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace. *Grada Publishing, as, Praha: Grada*, 2019, 184 – 186.
- WEIGEL, Daniel J. A dyadic assessment of how couples indicate their commitment to each other. *Personal Relationships*, 2008, 15.1: 17-39.
- WHISMAN, Mark A.; BAUCOM, Donald H. Intimate relationships and psychopathology. *Clinical child and family psychology review*, 2012, 15.1: 4-13.
- WILLERTON, Julia. Psychologie mezilidských vztahů. *Grada Publishing as*, 2012.
- WITTCHEN, Hans-Ulrich. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and anxiety*, 2002, 16.4: 162-171.
- YOO, Hana, et al. Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 2014, 40.4: 275-293.
- ZACHAROVÁ, Eva; ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. Základy psychologie pro zdravotnické obory. *Grada Publishing as*, 2011.
- ZAIDER, Talia I.; HEIMBERG, Richard G.; IIDA, Masumi. Anxiety disorders and intimate relationships: a study of daily processes in couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 2010, 119.1: 163.

PŘÍLOHY

8. Příloha 1: Instrukce dotazníku

Dobrý

den,

Velice si vážím Vaší ochoty zapojení se do výzkumu v rámci mé bakalářské práce „Vliv úzkostných poruch na partnerskou intimitu.“ Bakalářská práce probíhá pod záštitou psychologického modulu Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy. Cílem mé práce je zmapovat intimitu u párů, kde jeden z partnerů zažívá úzkosti. Výzkum realizuji prostřednictvím tří dotazníků, které se zaměřují na intimitu a partnerský vztah.

Tento dotazník je určen pro úzkostné jedince. **Účast je zcela anonymní** a výsledky budou použity pouze pro účely mé práce. V případě, že Vás budou zajímat výsledky tohoto výzkumu, uveďte prosím do poznámky na konci dotazníku svůj email a já Vás budu kontaktovat.

Vyplnění dotazníku Vám zabere okolo 15 minut. Prosím Vás o pravdivé zodpovězení následujících dotazů. Pokud na některou z uvedených otázek nechcete odpovědět, raději ji přeskočte, než abyste uvedl nepravdivý údaj. Žádná odpověď není "správná" nebo "špatná".

Vyplněním dotazníku vyjadřujete souhlas s Vaší účastí na výzkumu. Účast na projektu je zcela dobrovolná a kdykoliv ji můžete přerušit nebo odmítnout.

Děkuji Vám za spolupráci,
Barbora Semecká, autor výzkumu

9. Příloha 2: Dotazník na demografické údaje a partnerský život

1. Pohlaví
 - a. Muž
 - b. Žena
2. Kolik je Vám let? _____
3. Vaše nejvýše dosažené vzdělání
 - a. Základní
 - b. Učňovský obor
 - c. Střední škola s maturitou
 - d. Vyšší odborná škola
 - e. Vysoká škola
4. V současné době
 - a. studuji střední školu
 - b. studuji vyšší odbornou školu
 - c. studuji vysokou školu
 - d. pracuji
 - e. jiné: _____
5. Zažívám úzkosti / mám úzkostnou poruchu – Pokud **je odpověď ne, dotazník končí.**
6. Kterou osobu v současné době považujete za sobě nejbližší? (vyberte 1 odpověď)
 - a. Matku
 - b. Otce
 - c. Partnera
 - d. Syna/Dceru
 - e. Sestru/Bratra
 - f. Jiná osoba: _____
7. Žijete v partnerském vztahu, nebo manželství?
 - a. Partnerský vztah
 - b. Manželství
 - c. Bez partnera - **Pokud tato odpověď, dotazník končí.**
8. Jak dlouho trvá Váš vztah s Vaším současným partnerem? _____
9. Pokud jste svobodný/á, plánujete se současným partnerem uzavřít sňatek/
registrované partnerství? ano/ne
10. Žijete s partnerem ve společné domácnosti? ano/ne

11. Pokud ve společné domácnosti nežijete, kolik hodin týdně strávíte s partnerem/kou?

(V případě kladné odpovědi na předchozí otázku nevyplňujte.)

12. Máte děti? - ano/ne

10. Příloha 3: The fear of intimacy scale

Originální znění:

Part A

1. I would feel uncomfortable telling O about things in the past that I have felt ashamed of.
2. I would feel uneasy talking with O about something that has hurt me deeply.
3. I would feel comfortable expressing my true feelings to O.
4. If O were upset I would sometimes be afraid of showing that I care.
5. I might be afraid to confide my innermost feelings to O.
6. I would feel at ease telling O that I care about him/her.
7. I would have a feeling of complete togetherness with O.
8. I would be comfortable discussing significant problems with O.
9. A part of me would be afraid to make a long-term commitment to O.
10. I would feel comfortable telling my experiences, even sad ones, to O.
11. I would probably feel nervous showing O strong feelings of affection.
12. I would find it difficult being open with O about my personal thoughts.
13. I would feel uneasy with O depending on me for emotional support.
14. I would not be afraid to share with O what I dislike about myself.
15. I would be afraid to take the risk of being hurt in order to establish a closer relationship with O.
16. I would feel comfortable keeping very personal information to myself.
17. I would not be nervous about being spontaneous with O.
18. I would feel comfortable telling O things that I do not tell other people.
19. I would feel comfortable trusting O with my deepest thoughts and feelings.
20. I would sometimes feel uneasy if O told me about very personal matters.
21. I would be comfortable revealing to O what I feel are my shortcomings and handicaps.
22. I would be comfortable with having a close emotional tie between us.
23. I would be afraid of sharing my private thoughts with O.
24. I would be afraid that I might not always feel close to O.
25. I would be comfortable telling O what my needs are.
26. I would be afraid that O would be more invested in the relationship than I would be.
27. I would feel uncomfortable about having open and honest communication with O.

28. I would sometimes feel uncomfortable listening to O's personal problems.
29. I would feel at ease to completely be myself around O.
30. I would feel relaxed being together and talking about our personal goals.

Part B

31. I have shied away from opportunities to be close to someone.
32. I have held back my feelings in previous relationships.
33. There are people who think that I am afraid to get close to them.
34. There are people who think that I am not an easy person to get to know.
35. I have done things in previous relationships to keep me from developing closeness.

Překlad použitý ve výzkumu:

Vůbec mě nevystihuje	Trochu mě vystihuje	Docela mě vystihuje	Hodně mě vystihuje	Zcela mě vystihuje
1	2	3	4	5

Část A:

1. Cítím se nepříjemně, když mám vyprávět partnerovi o osobních věcech z minulosti, za něž se stydím.
2. Cítím neklid (úzkost, znepokojení), když mám s partnerem hovořit o tom, co mě hluboce ranilo.
3. Při vyjadřování svých skutečných citů partnerovi se cítím dobře.
4. Když je partner naštvaný, občas se bojím dát mu najevo, že to vnímám.
5. Bojím se svěřit partnerovi své nejnítěrnější pocity.
6. Cítím se dobře, když dávám partnerovi najevo, že mi na něm záleží.
7. S partnerem mám pocit naprosté soudržnosti.
8. Cítím se dobře, když si s partnerem povídám o závažných problémech.
9. Část mě sama se bojí dlouhodobého závazku s partnerem.
10. Cítím se dobře, když partnerovi sděluji své zkušenosti, ačkoli jsou tyto zkušenosti někdy smutné.

11. Když mám partnerovi projevít silnou náklonnost, jsem nervózní.
12. Co se týče mých osobních myšlenek, je pro mne obtížné být vůči partnerovi otevřený.
13. Vědomí, že je partner závislý na citové podpoře z mé strany, ve mně vyvolává neklid (úzkost, znepokojení).
14. Nebojím se partnerovi sdělit, s čím jsem na sobě nespokojený.
15. Když se s partnerem pokouším více citově sblížit, mám zároveň obavu, že raní mé city.
16. Cítím se dobře s vědomím, že si nechávám velmi osobní informace pro sebe.
17. Bezprostřední projevy citů vůči partnerovi ve mně nevyvolávají nervozitu.
18. Cítím se dobře, když se partnerovi svěřuji s věcmi, o kterých nikdo jiný neví.
19. Cítím se dobře, když se partnerovi důvěrně svěřuji se svými nejhlubšími myšlenkami a pocity.
20. Občas se cítím nepříjemně, když se mnou partner otevřeně mluví o velmi osobních záležitostech.
21. Cítím se dobře, když partnerovi odhaluji věci, které vnímám jako své nedostatky a zlozvyky.
22. Cítím se dobře s vědomím, že k sobě s partnerem vzájemně chováme hluboké city.
23. Bojím se s partnerem sdílet své osobní myšlenky.
24. Obávám se, že mi partner někdy není tak blízký, jak bych si přál/a.
25. Cítím se dobře, když partnerovi sdělují své potřeby.
26. Bojím se, že do našeho vztahu partner vkládá více než já.
27. Necítím se dobře, když s partnerem komunikujeme otevřeně a upřímně.
28. Naslouchání partnerovým osobním problémům ve mně občas vzbuzuje nepříjemné pocity.
29. Cítím se příjemně, když jsem ve společnosti partnera naprosto svůj/svá.
30. Cítím se uvolněně, když s partnerem vzájemně probíráme osobní cíle každého z nás.

Část B:

31. Vyhýbal/a jsem se příležitostí být někomu nablízku.
32. V předchozích vztazích jsem své pocity zadržoval/a.
33. Jsou lidé, kteří si myslí, že se s nimi bojím sblížit.
34. Jsou lidé, kteří si myslí, že mě není snadné poznat.
35. V předchozích vztazích jsem dělal/a věci, které mi bránily v rozvoji blízkosti.

11. Příloha 4: Investment Model Scale

Originální znění

Satisfaction Level Facet and Global Items

1. Please indicate the degree to which you agree with each of the following statements regarding your current relationship (circle an answer for each item).
 - a. My partner fulfills my needs for intimacy (sharing personal thoughts, secrets, etc.)
 - b. My partner fulfills my needs for companionship (doing things together, enjoying each other's company, etc.)
 - c. My partner fulfills my sexual needs (holding hands, kissing, etc.)
 - d. My partner fulfills my needs for security (feeling trusting, comfortable in a stable relationship, etc.)
 - e. My partner fulfills my needs for emotional involvement (feeling emotionally attached, feeling good when another feels good, etc.)
2. I feel satisfied with our relationship (please circle a number).
3. My relationship is much better than others' relationships.
4. My relationship is close to ideal.
5. Our relationship makes me very happy.
6. Our relationship does a good job of fulfilling my needs for intimacy, companionship, etc.

Quality of Alternatives Facet and Global Items

1. Please indicate the degree to which you agree with each statement regarding the fulfillment of each need in alternative relationships (e.g., by another dating partner, friends, family).
 - a. My needs for intimacy (sharing Don't personal thoughts, secrets, etc.) could be fulfilled in alternative relationships
 - b. My needs for companionship (doing things together, enjoying each other's company, etc.) could be fulfilled in alternative relationships
 - c. My sexual needs (holding hands, kissing, etc.) could be fulfilled in alternative relationships

- d. My needs for security (feeling trusting, comfortable in a stable relationship, etc.) could be fulfilled in alternative relationships
 - e. My needs for emotional involvement (feeling emotionally attached, feeling good when another feels good, etc.) could be fulfilled in alternative relationships
2. The people other than my partner with whom I might become involved are very appealing (please circle a number).
 3. My alternatives to our relationship are close to ideal (dating another, spending time with friends or on my own, etc.).
 4. If I weren't dating my partner, I would do fine-I would find another appealing person to date.
 5. My alternatives are attractive to me (dating another, spending time with friends or on my own, etc.).
 6. My needs for intimacy, companionship, etc., could easily be fulfilled in an alternative relationship.

Investment Size Facet and Global Items

1. Please indicate the degree to which you agree with each of the following statements regarding your current relationship (circle an answer for each item).
 - a. I have invested a great deal of time in our relationship
 - b. I have told my partner many private things about myself (I disclose secrets At All Slightly Moderately Completely to him/her)
 - c. My partner and I have an intellectual life together that would be difficult to replace
 - d. My sense of personal identity (who I am) is linked to my partner and our relationship memories
 - e. My partner and I share many memories
2. I have put a great deal into our relationship that I would lose if the relationship were to end (please circle a number).
3. Many aspects of my life have become linked to my partner (recreational activities, etc.), and I would lose all of this if we were to break up.
4. I feel very involved in our relationship-like I have put a great deal into it.
5. My relationships with friends and family members would be complicated if my partner and I were to break up (e.g., partner is friends with people I care about).

6. Compared to other people I know, I have invested a great deal in my relationship with my partner.

Commitment Level Items

1. I want our relationship to last for a very long time (please circle a number).
2. I am committed to maintaining my relationship with my partner.
3. I would not feel very upset if our relationship were to end in the near future.
4. It is likely that I will date someone other than my partner within the next year.
5. I feel very attached to our relationship-very strongly linked to my partner.
6. I want our relationship to last forever.
7. I am oriented toward the long-term future of my relationship (for example, I imagine being with my partner several years from now).

Překlad použitý ve výzkumu:

Zcela nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Neutrální postoj	Spíše souhlasím	Zcela souhlasím
1	2	3	4	5

Úroveň spokojenosti a obecné položky

1. Uveďte prosím, nakolik souhlasíte s každým z následujících výroků, týkajících se vašeho současného vztahu. Vyberte odpověď pro každé tvrzení.
 - a. Můj/moje partner/ka naplňuje mé potřeby týkající se intimity (sdílení osobních myšlenek, tajemství atd.).
 - b. Můj/moje partner/ka naplňuje mé potřeby týkající se společně tráveného času (dělání věcí společně, užívání si společnosti jeden druhého, atd.)
 - c. Můj/moje partner/ka naplňuje mé sexuální potřeby (držení se za ruce, líbání, atd.).
 - d. Můj/moje partner/ka naplňuje mé potřeby týkající se bezpečí (pocit důvěry, pohodní ve stabilním vztahu atd.).

- e. Můj/moje partner/ka naplňuje mé citové potřeby (pocit emočního propojení, pocit spokojenosti, když se druhý cítí dobře, atd.).
2. Cítím se spokojen/a s naším vztahem.
 3. Můj vztah je mnohem lepší než vztahy ostatních lidí.
 4. Můj vztah je téměř ideální.
 5. Náš vztah mě činí velmi šťastným/šťastnou.
 6. Náš vztah velmi dobře naplňuje mé potřeby týkající se intimity, společně tráveného času, atd.

Kvalita alternativních vztahů a obecné položky

1. Uveďte prosím, nakolik souhlasíte s každým z následujících výroků, týkajících se naplnění jednotlivých potřeb v rámci alternativního vztahu. Alternativní vztah chápejte jako jiný možný vztah, který máte (přátelé, rodina, jiný partner, aj.), v rámci kterého byste mohli uspokojit dané potřeby stejnou měrou, jako v aktuálním partnerském vztahu.
 - a. Mé potřeby důvěrnosti (sdílení osobních myšlenek, tajemství, atd.) by mohly být naplněny v alternativních vztazích.
 - b. Mé potřeby týkající se společně tráveného času (společné děláni věcí, užívání si společnosti toho druhého, atd.) by mohly být naplněny v alternativních vztazích.
 - c. Mé sexuální potřeby (držení se za ruce, líbání, atd.) by mohly být naplněny v alternativních vztazích.
 - d. Mé potřeby týkající se bezpečí (pocit důvěry, bezpečí ve stabilním vztahu, atd.) by mohly být naplněny v alternativních vztazích.
 - e. Mé citové potřeby (pocit emočního propojení, spokojenost, když se druhý cítí spokojený, atd.) by mohly být naplněny v alternativních vztazích.
2. Lidé, se kterými bych kromě svého partnera mohl/a navázat vztah, jsou pro mě velmi přitažliví.
3. Mé alternativní možnosti našeho vztahu jsou téměř ideální (chození s někým jiným, trávení času s přáteli nebo o samotě, atd.)
4. Kdybych nechodil/a se svým/svou partnerem/kou, vedlo by se mi dobře, našel/la bych si jinou přitažlivou osobu, se kterou bych chodil/a.
5. Mé alternativní možnosti našeho vztahu jsou pro mě atraktivní (chození s někým jiným, trávení času s přáteli, o samotě, atd.).

6. Mé potřeby pro intimitu, společně trávený čas, atd. by mohly být snadno naplněny v alternativním vztahu

Velikost investic a obecné položky

1. Uveďte prosím, nakolik souhlasíte s každým z následujících výroků, týkajících se vašeho současného vztahu. Vyberte odpověď pro každé tvrzení.
 - a. Do našeho vztahu jsem investoval/a velké množství času.
 - b. Svému/své partnerovi/ce jsem o sobě řekl/a mnoho osobních věcí (odhaluji mu/jí svá tajemství).
 - c. Se svým partnerem sdílíme intelektuální život, který by byl těžko nahraditelný.
 - d. Mé vnímání mojí identity (toho, kdo jsem), je spojeno s mým/mou partnerem/kou a naším vztahem.
 - e. S mým partnerem sdílíme mnoho společných vzpomínek.
2. Do našeho vztahu jsem hodně vložil/a, a hodně bych ztratil/a, kdyby náš vztah skončil.
3. Mnoho oblastí mého života je spojených s mým/mou partnerem/kou (volnočasové aktivity, atd.) a kdybychom se rozešli, vše bych to ztratil/a.
4. Cítím se velmi zúčastněný/á v našem vztahu, hodně jsem do něj vložil/a.
5. Mé vztahy s přáteli a rodinnými příslušníky by se zkomplikovaly, kdybychom se s partnerem rozešli (např. můj partner se přátelí s lidmi, na kterých mi záleží).
6. Ve srovnání s ostatními lidmi, které znám, jsem investoval/a do mého partnerského vztahu opravdu hodně.

Míra závazku

1. Chci, aby náš vztah trval velmi dlouho.
2. Záleží mi na tom, abych s mým partnerem/kou udržel/a vztah.
3. Necítil/a bych se příliš rozrušený/á, kdyby měl náš vztah v blízké budoucnosti skončit.
4. Je pravděpodobné, že příští rok budu chodit s někým jiným, než s mým/mou současným/nou partnerem/kou.
5. Cítím k našemu vztahu silnou vazbu – se svým/svou partnerem/kou jsem velmi silně propojen.
6. Chci, aby náš vztah trval navždy.

7. Ve svém vztahu se zaměřuji na jeho dlouhodobou budoucnost (například si představuji, že jsme s partnerem/kou i za několik let)