

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Sociální fobie a možnosti sociální práce

Social phobia and possibilities of social work

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Autor:

Kateřina Pomahačová

Praha 2018

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu, při psaní práce.

Také bych chtěla poděkovat respondentům za ochotu a spolupráci při realizaci druhé části bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sociální fobie a možnosti sociální práce“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne Jméno a příjmení autora

Anotace

Má bakalářská práce na téma „Sociální fobie a možnosti sociální práce“ se skládá z dvou částí. V první části se nejprve zaměřuji na terminologii, kde se seznámíme s pojmem fobie, vzniku fobií jako je sociální fobie, agorafobie, specifické fobie a s nimi spojené panické záchvaty, úzkosti a deprese. Dále se zde dozvíme základní informace o těchto fobiích. V první části věnuji také jednu celou podkapitolu sociální fobii. Poté se věnuji možnosti ovlivnění sociálních fobií, kde se seznámíme s prevencí, léčbou a se sociální pomocí. V poslední řadě se zde dozvíme o sociálních zařízeních se zaměřením na práci s těmito poruchami.

V druhé části se věnuji průzkumu pomocí dotazníkového šetření, výsledkům tohoto průzkumu a v poslední řadě diskuzi o získaných poznatcích.

Klíčová slova

Sociální, fobie, sociální fobie, agorafobie, specifické fobie, úzkost, deprese

Annotation

My bachelor thesis named “Social phobia and possibilities of social work” consists of two parts. The first part is focused on terminology which acquaints us with the concept of phobia, the formation of phobias such as social phobia, agoraphobia, specific phobias and associated panic attacks, anxiety and depression. Then we will learn basic information about these phobias. In the first part, I also devote one whole subchapter to social phobia. Then I focus on the possibilities of influencing social phobias, we also become familiar with prevention, treatment and social assistance. Finally, we shall learn about social facilities and focus on working with these disorders.

The second part deals with the survey using the questionnaire survey, the results of this survey and, last but not least, the discussion about the acquired knowledge.

Keywords

Social phobia, social phobia, agoraphobia, specific phobias, anxiety, depression

OBSAH

ÚVOD	7
1. Terminologie	8
1.1. Definice pojmu fobie	8
1.1.1. Vznik fobií	9
1.1.2. Typy fobií	15
1.1.3. Sociální fobie	22
2. Možnosti ovlivnění sociálních fobií	26
2.1. Prevence	26
2.2. Desenzibilizace – léčba	30
2.3. Sociální pomoc	42
3. Zařízení zabývající se léčbou	45
3.1. Sociální zařízení se zaměřením na práci s fobiemi	45
4. Průzkum	47
4.1. Metodologie průzkumu	47
4.2. Výsledky a jejich interpretace	47
4.3. Shrnutí výsledků	56
4.4. Diskuze	57
ZÁVĚR	59
Seznam použité literatury	60
Seznam příloh	62

Seznam zkratek

- IMAO - inhibitory monoaminoxidázy
- SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
- SNRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu
- TCA – tricyklická antidepresiva
- RIMA – reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy
- NDRI – specifické inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu
- SARI – antagonisté serotoninu a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
- NaSSA – noradrenergní a specifické serotonergní látky
- rTMS – metoda k léčbě deprese, která spočívá v aplikaci magnetického pole na specifickou oblast mozkové kůry
- NUDZ – národní ústav duševního zdraví

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma: „Sociální fobie a možnosti sociální práce“.

Hlavním důvodem mého výběru je, že jsem se sama s touto fobií setkala, ale také můj výběr doprovázela zvědavost a touha získat nové informace o tomto tématu. Zjistit nejen jakým způsobem vzniká a projevuje se ale vzhledem k mnou studovanému oboru jaké jsou možnosti sociální práce a sociální pomoci lidem se sociální fobií.

Sociální poruchou trpí 40% populace, ale často se o této poruše nemluví, zejména o ní nehovoří lidé, kteří jí trpí. Je těžké říci, jestli je to strachem, co si o nich budou lidé myslet, nebo studem. Může to být také tím, že nemají odhodlání si to přiznat.

V první řadě bych se chtěla věnovat vzniku fobií. Dále se zaměřím na terminologii, co sociální fobie je a jak se projevuje.

Také se zaměřím i na jiné fobie, se kterými se můžeme setkat. Vybrala jsem si podobné fobie, které směřují k sociální oblasti. Každá fobie je velmi individuální ve svém vzniku, svých projevech a závažnosti. Mohou se setkat dva lidé se stejnou diagnostikovanou poruchou, ale každý ji jinak prožívá a hlavně se s ní vypořádává. Proto se mohou i jejich názory na stejnou poruchu velmi lišit.

Cílem mé bakalářské práce je jednak poukázat na fakt, že sociální fobie, ale nejen sociální vzniká z určitého traumatu, který si s sebou neseme z průběhu našeho života a dále se zaměřit i na možnosti sociální práce s fobii.

Další téma, kterým se budu zabývat je prevence a sociální pomoc pro lidi zasažené těmito poruchami. Jaká sociální zařízení se věnují těmto lidem a co pro ně mohou udělat? Jakou pomoc jim mohou poskytnout? Těmito otázkami se budu dále také zabývat a zkoumat, kam tyto jedince návštěva těchto zařízení může posunout.

Pro zpracování tohoto tématu jsem si zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazníky budou rozdány lidem, kteří trpí fobiemi, které se vztahují k sociální oblasti. Chtěla bych zjistit, jak svůj „hendikep“ prožívají, jak s ním pracují, jestli mají tendenci podléhat pocitu méněcennosti a hlavně, jestli si vybavují svůj první příznak, kdy se porucha začala projevovat. S jakou situací si tento první příznak spojují? Toto je má prioritní otázka.

Dále se zaměřuji i na to, zda tito lidé měli možnost využít sociální pomoci, zda se jim jí dostalo a případně jakou formu využili.

1. Terminologie

1.1. Definice pojmu 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 ovládnání úzkosti, kterou při vystavení situaci prožívají.“ (Praško, a kol., 2012, str. 25)

Dále Ján Praško tvrdí že se proto postižený takovýmito situacím vyhýbá nebo je snáší s pocitem hrůzy. Fobická úzkost se nedá rozlišit od jiných typů úzkosti a může se co do závažnosti pohybovat od mírného pocitu nepohody až k silnému děsu. Úzkost se nezmírní, i když si osoba uvědomuje, že ostatní nepokládají stejnou situaci za nebezpečnou nebo hrozivou. Pouhé pomyšlení, že se subjekt dostane do fobické situace, vyvolá obvykle anticipační úzkost (úzkost z očekávání). Mluvit na veřejnosti je snad nejčastější obávaná situace u většiny lidí, za ní hned následuje rozhovor s cizincem. Jiné strachy – jako je pít, jíst nebo psát v přítomnosti jiných, nejsou relativně tak časté.

Ne každý člověk, který trpí sociální fobií, se bojí stejného druhu situace. Někdo se obává, že druzí si o něm budou myslet, že je hloupý, jiný, že se chová normálně nebo že se chová nenormálně nebo že bude nudný anebo moc nápadný. Někteří se bojí svojí vlastní reakce na situaci – mají dojem, že je nenapadne, co mají říct, jak se zachovat. Např. zčervenají, „zablokují se“, roztřesou. Jiní se obávají hlavně dalších důsledků, které by takové „selhání“ mohlo přinést – lidé je budou pomlouvat, stranit se jim. Bojí se, že by ztratili před druhými svoji hodnotu (Praško a kol., 2012).

Obdobně jako Ján Praško Marie Vágnerová uvádí, že se úzkostné napětí zvyšuje zejména v situacích, kdy je člověk středem pozornosti, kdy by měl podat nějaký výkon, a mohl by se podle svého názoru chovat trapným nebo ponižujícím způsobem, anebo by být ohrožen, např. kritikou či výsměchem. Má neustále obavy z toho, že je kriticky sledován, ačkoli si uvědomuje, že k tomuto přesvědčení nemá žádný rozumný důvod. Nadměrný strach a úzkostné prožívání mnohdy bývá zřejmé a na první pohled. Může se projevovat například zrudnutím, třesem, pocením, nevolností, neschopností se vyjádřit (Vágnerová, 2008).

Ohledně definice pojmu fobie Ján Praško dále uvádí, že při strachu dochází k aktivizaci řady tělesných systémů, které ovládají různé oblasti mozku. Za ústřední centrum strachu označujeme amygdalu, který funguje jako paměťová banka. Jsou v ní uloženy veškeré naše emočně podbarvené zážitky, naděje, obavy, zklamání. Uložené zkušenosti fungují jako vzorce. Amygdala srovnáváním s dříve uloženými zkušenostmi rozliší, jestli nové vjemy

signalizují šanci, či ohrožení. Vzorce chování zafixované v amygdale se aktivují v ohrožujících situacích. Reakce mozku na ohrožení je tedy předem daná: zbystrit pozornost, přestat uvažovat. Další důležitou oblastí potřebnou pro správnou funkci strachu je hypotalamus – řídicí centrum vegetativního nervstva a stresové kaskády, na jejímž konci je vyplavení stresového hormonu, tedy kortizolu z kůry nadledvin. Uvolňování hormonu kortizolu tlumí hipokampus. Hipokampus je důležitý pro ukládání paměťové stopy. Dále při panickém záchvatu dochází v mozku i v těle k hyperaktivitě neuropřenašečů. Signály pro jejich výdej vycházejí z malého jádra v prodloužené míše. Při zvýšené aktivitě během panického záchvatu jsou aktivovány v mozku i v těle neurony, které vydávají noradrenalin a adrenalin. Díky změnám, které tyto látky způsobují, se nám emočně nabitě události vtisknou velmi jasně do paměti. Hipokampus si je pamatuje. I situace, která není nebezpečná, ale pouze vzdáleně připomíná něco z okolností panického záchvatu nebo příznaku, kterých se člověk obává, stačí ke spuštění falešného poplachu (Praško, a kol., 2012).

1.1.1. Vznik fobií

Každá fobie má své specifické podněty pro vznik, ale také mají spoustu podobných příznaků. Někdy může být těžké díky stejným příznakům v danou chvíli rozlišit o jaký psychický problém se jedná.

„Sociální fobie se objevuje stejně často u mužů jako u žen. Nezáleží na inteligenci, vzdělání ekonomickém zázemí, zaměstnání.“ (Praško, a kol., 2012, str. 22-23).

Jak sociální fobie u konkrétního člověka vzniká, Ján Praško uvádí, že není vždy zřejmé. Zřídka se objeví po jasném traumatu (např. výsměchu spolužáků), častěji po drobných sociálních neúspěších a následném vyhýbání se daným situacím. Sociální fobie může také vzniknout díky imitaci rodičovských vzorů. Dítě kopíruje vyhýbání se určitým situacím jako jeho rodiče.

Dalším faktorem může být nedostatek sociálních dovedností, které člověk nezískal v prostředí, ve kterém vyrostl. Buď proto, že neměl možnost vidět je u rodičů či nejbližších, nebo je v důsledku dlouhodobé nemoci, izolaci apod. nerozvinula. A pokud někdo nemá v rejstříku určité chování, může ve chvílích, kdy ho nejvíce potřebuje, rozvinout významnou úzkost.

Dispozice ke zvýšenému napětí může být vrozená. Výsledky výzkumu nasvědčují tomu, že u jedinců, kteří trpí sociální fobií dochází v některých oblastech mozku k úbytku

hladiny neurotransmiterů (chemických látek, které přináší nervový signál mezi jednotlivými buňkami) a následně k omezenému převodu informací (například v oblastech, které souvisí s „vnitřním odměňováním“, tedy s pocitem, že se mi něco povedlo, spokojenosti se sebou, radosti, a v oblastech, které zprostředkují pocit bezpečí) a naopak v jiných oblastech jsou mozkové buňky nadměrně vybudeny (v oblastech, které odpovídají spouštění poplachové reakce).

U sociální fobie jsou převážně studovány zejména tři neurotransmitery – serotonin, noradrenalin a dopamin. Sociální fobie je spojena s nedostatkem serotoninu, dopaminu a relativním nadbytkem noradrenalinu na některých nervových spojení. Tyto změny pak mohou na subjekt působit jako setrvačnická úzkost (Praško, a kol., 2012).

Obdobně jako Ján Praško se Edmund J. Bourne zabývá vznikem sociální fobie a tvrdí, že sociální fobie může začít na konci dětství či adolescence, často mezi osmým až patnáctým rokem života. Častěji se objevuje u stydlivých dětí v době, kdy začínají čelit zvýšenému tlaku vrstevníků ve škole.

Velké procento lidí se sociální fobií současně trpí klinickou depresí, další úzkostnou poruchou, například panickou poruchou nebo generalizovanou úzkostnou poruchou, anebo se potýká se závislostí na návykových látkách (Bourne, 2017).

Kendler, Karkowski a Prescott tvrdí, že stejně jako u ostatních úzkostných poruch se i na vzniku sociálně úzkostné poruchy podílejí genetické faktory, tak vlivy okolního prostředí. Dědičnost mezi příbuznými v první linii je pětikrát až šestkrát vyšší než mezi osobami bez vztahu příbuzenského (Kendler, Karkowski a Prescott, 1999 in Bourne, 2017).

„Jasně příčiny vzniku panické poruchy zatím nejsou úplně známy. Na zranitelnosti k úzkosti se podílí řada faktorů, a to u různých lidí v různé míře.“ (Praško, a kol., 2012, str. 24-29)

Ohledně vzniku panické poruchy Ján Praško uvádí tyto faktory:

- a) Vrozené faktory: Mají významný vliv, pro což svědčí skutečnost, že v některých rodinách nacházíme tyto poruchy častěji. To může znamenat, že je zde vrozená biologická zranitelnost. Pravděpodobně se však nedědí přímo panická porucha, ale dispozice reagovat na zátěž úzkostí.
- b) Biochemické faktory: *„U úzkostných stavů dochází k poruše v přenosu serotoninu v mozku.“* Tato biochemická porucha je přítomna pravděpodobně u všech typů úzkostných stavů, ať již je jejich rozvoj pochopitelný z toho, co se v životě toho kterého člověka stalo, nebo úzkostné stavy přišli z ničeho nic. Zda tato biologická porucha je příčinou úzkosti, nebo pouze její součástí zatím nevíme.

- c) Podmínky vývoje v dětství a výchova: Nejdůležitější dar, který mohou rodiče dát svým dětem je pocit bezpečí. Kdo nezažil pocit bezpečí v dětství, snadno podléhá stresu v dospělosti. Důležitou roli také hraje výchova. Pokud je některý z rodičů nadměrně úzkostný, dítě se to od něj velmi rychle učí nápodobou. Naučené faktory zahrnují vše, co jsme se od narození až do současnosti naučili. Mohou to být různé pohledy na sebe sama, mezilidské vztahy, životní styl, požadavky kladené na sebe sama či na druhé, předsudky, apod.
- d) Rysy osobnosti: Přibližně u poloviny lidí trpících panickou poruchou jsou nápadné některé povahové vlastnosti. Většinou jde o lidi, kteří mají celoživotní tendenci si dělat nadměrné starosti i o věci, které jiní vůbec neřeší. Často jsou to lidé, kteří mají problémy v asertivním jednání. Mají nadměrnou potřebu pochvaly a povzbuzení a bývají velmi závislí na hodnocení druhých. Mívají tendenci dělat „katastrofické“ závěry.
- e) Stres: Je často důležitou okolností na počátku rozvoje panické poruchy nebo agorafobie. Lidé, kteří žijí ve stresových podmínkách, jsou náchylnější k rozvoji úzkosti. První záchvat paniky se ve většině případů objeví v době zvýšeného stresu.
- Psychologický stres: vzniká v době sporů a hádek s blízkými lidmi, při problémech v sexuální oblasti, po ztrátě blízké osoby, v časovém tlaku.
 - Tělesný stres: vniká v době tělesné nemoci, při únavě z přepracování, při nadměrném užívání alkoholu nebo drog.
- f) Životní události: Často předchází rozvoji panické poruchy těžká životní událost. Může jít o událost, která vede k sociální izolaci, ke změně role. Sama panická porucha má řadu důsledků, které mohou vést k dalšímu prohloubení izolace.
- g) Tělesná onemocnění: Úzkost může být také spojená s tělesným onemocněním. Zejména toto platí pro starší populaci. Úzkostná porucha může navazovat na ischemickou chorobu srdeční, vysoký krevní tlak apod.
- h) Léky, drogy a alkohol: Rozvoj úzkosti může také souviset s užíváním různých léků. Často vede k úzkosti nadměrná konzumace alkoholu nebo závislost na drogách (Praško, a kol., 2012).

V rámci vzniku panické poruchy Edmund J. Bourne uvádí, že se obvykle poprvé panické záchvaty objevují ke konci dospívání či mezi 20. a 30. rokem života. Pouze u velmi malého procenta lidí se panické záchvaty rozvinou již v dětství nebo po 65. roce života (Bourne, 2017).

Už v Antickém Řecku, kde depresi nazývali „melancholií“ byla hledána tělesná příčina deprese, uvádí Ján Praško ve své publikaci. Podle Hippokrata velké množství „černé žluči“ v organismu způsobuje melancholií.

Dle dnešních představ nejsou depresivní poruchy způsobené jedinou příčinou, ale spíše společným působením řady dílčích příčin. Některé z nich jsou vrozené, zděděné, jiné jsou způsobeny vlivy prostředí, sociálním prostředím, ve kterém se pohybuje.

Je jasné, že důležitou roli hrají genetické faktory. Některé typy deprese se často objevují v určitých rodinách, což může znamenat, že je zde přítomna vrozená biologická zranitelnost. Velká depresivní porucha se může objevovat v některých rodinách v následujících generacích. Samozřejmě se deprese objevuje i u lidí, v jejichž rodinné historii nikdy podobné potíže nebyly.

Velmi často souvisí s rozvojem deprese v dospělosti ztráta důležité osoby v dětství, ať úmrtím nebo rozchodem rodičů.

Příliš mnoho změn, které překračují rutinu a odehrávají se v krátkém časovém období, snižuje tělesnou i psychickou odolnost. Vliv životních událostí se během roku sčítá. I radostné události jsou prožívány jako stresor a jejich vliv se také sčítá s vlivem negativních událostí.

Zátěžové životní události jsou velmi často spouštěči deprese. Jde o události, které vedou ke ztrátě, změně role, ztrátě důležité role apod.

Drobných situací, které spouštějí automatické negativní myšlenky, je ale celá řada a mohou se objevit každodenně.

U deprese jsou studovány hlavně tři chemické faktory – serotonin, noradrenalin a dopamin. Depresivní nálada je spojena s nedostatkem těchto látek na nervových zakončeních v mozku.

Lidé s nízkým sebevědomím, kteří se dívají na sebe a na budoucnost pesimisticky, nebo lidé, kteří žijí ve stresujících podmínkách, jsou více náchylní k depresi. Lidé, kteří jsou náchylní k depresím bývají málo asertivní.

K depresi také může vést užívání různých léků. Dále k depresi může vést nadměrná kontumace alkoholu a drog.

Konflikty v rodinném životě, problémy v práci často souvisí s rozvojem deprese (Praško, a kol., 2009).

U úzkostných poruch Edmund J. Bourne uvádí, že jsou úzkostné poruchy způsobeny řadou příčin, které působí na mnoha různých úrovních: dědičností, biologickými faktory, rodinným prostředím a výchovou, vnějšími okolnostmi, nedávnými stresujícími událostmi,

vnitřními hovory se sebou a systémem vnitřních osobních přesvědčení a názorů, schopností vyjadřovat pocity atd. (Bourne, 2017).

Edmund J. Bourne se dále zabývá agorafobií a uvádí, že v mnoha případech bývá vyvolána panickou poruchou. Nejdříve člověk trpí pouze panickými záchvaty, které se objevují bez zjevné příčiny.

V současnosti neznáme odpověď na otázku, proč se u některých lidí s panickými záchvaty rozvine agorafobie a u jiných nikoli. Dosud není ani známo to, proč někteří lidé trpí mnohem vážnější formou této poruchy než jiní. Víme ale, že agorafobie je způsobena kombinací dědičnosti a vlivů okolního prostředí. Lidé, kteří trpí agorafobií, mají s velkou pravděpodobností ve své rodině někoho se stejným problémem. Ohledně vlivu okolního prostředí, existují určité okolnosti v dětství, které činí dítě náchylným k agorafobii. Jedná se o vyrůstání s rodiči, kteří jsou perfekcionistaři a přehnaně kritičtí, přehnaně ochranní, nadměrně úzkostliví.

Agorafobie postihuje osoby různých profesí a všech socioekonomických vrstev (Bourne, 2017).

Cameron tvrdí, že většina typů specifických fobií se stejnou měrou vyskytují u mužů i u žen. Fobie ze zvířat ale bývají častější u žen, zatímco fobie z nemocí je běžnější u mužů (Cameron, 2004 in Bourne, 2017).

Specifické fobie bývají často dětskými strachy, ze kterých jsme nikdy nevyrostli, uvádí Edmund J. Bourne ve své publikaci. V jiném případě se mohou rozvinout po traumatické události, například nehodě, přírodní katastrofě, nemoci nebo návštěvě zubaře – jinými slovy v důsledky vnějších negativních okolností. K další příčině patří pozorování chování u modelových dospělých osob v našem dětství. Opakované sledování jednoho z rodičů, jenž trpí specifickou fobií, může vést k tomu, že se u dítěte rozvine stejná fobie. Specifických fobií je velká řada. Mezi nejčastější a nejznámější specifické fobie patří: performační úzkost, strach z létání, klaustrofobie, fobie ze zubařů, strach z výšek, strach ze zvířat a hmyzu (Bourne, 2017).

V textu viz níže se můžeme dozvědět nejčastější fobie, které spadají pod kategorii specifických fobií. Edmund J. Bourne ve své publikaci představuje fobie jako například:

- K dlouhodobým příčinám performační úzkosti může patřit pouze jediná traumatická událost při mluvení před skupinou lidí či hudebním vystoupením v dětství. Také můžete mít jednoduše sklony k sociální úzkosti a stydlivosti již od nejranějšího dětství.

Bezprostřední příčinou performační úzkosti bývá hluboce zakořeněné vnitřní přesvědčení, při kterém si představujeme sami sebe, jak ztrácíme kontrolu před lidmi či jsme neschopni.

- Nejčastější příčinou fobií z létání je předchozí traumatická zkušenost s létáním, a to buď v souvislosti s jinou fobií anebo v důsledku zažití vzdušných turbulencí, nevolnosti nebo silného panického záchvatu během letu.

K vyvolání této fobie může u některých lidí stačit pouze shlédnutí záběrů leteckého neštěstí v televizi.

- Odborníci se dosud neshodli na jednoznačné příčině klaustrofobie. Nejčastějším vysvětlením je traumatická zkušenost z dětství, při které jsme byli vyděšeni, zatímco jsme byli nějakým způsobem stísněni.

- Nejčastějším vznikem dentální fobie je skutečná bolestivá či traumatická zkušenost v zubní ordinaci v minulosti. Dalším faktorem je osobnost zubaře.

Fobie z návštěvy zubaře se může rozvinout i poté, co jsme slyšeli o něčí špatné zkušenosti anebo jako důsledek obecné fobie z lékařů – to znamená, že se bojíte jakýchkoli zákroků na sterilní klinice prováděné zdravotnickým personálem, a posléze se tento váš strach rozšíří i na zubaře.

- Fobie z výšek je obvykle naučená a je přehnanou normální adaptivní reakcí v podobě strachu z výšek. Rozvinout se může v důsledku skutečného pádu anebo vzpomínky na událost, při které jste se jako dítě báli, že odněkud spadnete. Lidé, kteří trpí problémy s rovnováhou, mohou být náchylnější k fobii z výšek, ale dosavadní výzkum to jednoznačně nepotvrdil.

- Předpokládá se, že fobie z některých zvířat či hmyzu, například z hadů nebo velkých zvířat, jsou vrozené všem savcům, neboť tyto fobie představují evoluční výhodu při zajištění jejich přežití. Ve většině případech se však ukáže, že příčinou dané fobie u konkrétních lidí bývá předchozí traumatická zkušenost, například pokousání psem, poškrábání kočkou nebo pobodání vosami. Také je možné, že děti přebírají strachy z konkrétních zvířat či hmyzu od svých rodičů. Existují i případy, ve kterých k vyvolání fobie stačilo pouhé sledování hororu s konkrétním zvířetem či hmyzem (Bourne, 2017).

V této kapitole jsem se na vznik fobií velmi zaměřila z důvodu mého záměru, který je popsán v úvodu bakalářské práce: Cílem mé bakalářské práce je jednak poukázat na fakt, že sociální fobie, ale nejen sociální vzniká z určitého traumatu, který si s sebou neseme z průběhu našeho života a dále se zaměřit i na možnosti sociální práce s fobiemi.

Jak zde můžeme zjistit, tak ve většině případech je opravdu spouštěčem fobie nějaké trauma, které jsme v průběhu života prožili. Tento fakt je zřejmý převážně u specifických fobií.

Další společné rysy, které zde můžeme zjistit je užívání některých léků, které fobii mohou spustit, užívání alkoholu či jiných návykových látek a malá asertivita člověka.

Dalšími společnými rysy je dědičná predispozice, vrozené vlohy, nedostatek serotoninu či vliv prostředí, sociálního prostředí ve kterém se pohybujeme.

Faktem, který jsme zde zjistili je také to, že se spousta fobií prolíná a propuknutí jedné fobie může vést k propuknutí dalších „podobných“ fobií.

1.1.2. Typy fobií

Příznaky fobií jak jsem již zmínila jsou velmi podobné a v některých případech dokonce stejné jak se můžeme dočíst v této kapitole.

Dále jsem se v této kapitole zaměřila převážně na vztah sociální fobie, panické poruchy a depresivní úzkosti.

„Sociální fobie je strach a následné vyhýbání se situacím, v nichž může být člověk pozorován a posuzován druhými lidmi.“ (Praško, a kol., 2008, str. 23)

Sociální fobie může mít formu strachu z psaní před druhými, tvrdí Ján Praško, dále ze setkání s neznámými lidmi nebo z mluvení na veřejnosti apod. Člověk, který trpí sociální fobií je přesvědčen, že si druzí všimají jeho potíží a podle toho jej hodnotí. Toto přesvědčení jeho úzkost jen dále zvyšuje. Typickým rysem sociální fobie je silná anticipační úzkost, která vede často k nějaké formě vyhýbavého chování. Pro tuto poruchu je typická obava ze zkoumavých pohledů druhých lidí, strach ze zesměšnění, ztrapnění, z projevení příznaků úzkosti před druhými. Soustřeďuje se na strach z pátravých pohledů jiných lidí. To vede k vyhýbání se společnosti. Fobické situace mohou být konkrétní (to znamená omezující se na jídlo, mluvení na veřejnosti nebo setkávání se s lidmi opačného pohlaví), nebo mohou být také difuzní (to znamená zahrnující téměř všechny sociální situace mimo okruh rodiny).

Sociální fobie je většinou spojena s nízkým sebevědomím a strachem z kritiky. Spousta lidí se sociální fobií si stěžuje na červenání, na potíže při pohledu z očí do očí, na třes rukou, na pocit na zvracení nebo naléhavou potřebu močit, což jsou druhotné příznaky úzkosti. Nápadné je vyhýbání se sociálním situacím, což v extrémních případech může vést k téměř úplné sociální izolaci (Praško, a kol., 2008).

Ján Praško dále tvrdí, že se panický záchvat projevuje silnou úzkostí až hrůzou, která vzniká náhle, většinou bez jasné příčiny. Je doprovázena výraznými tělesnými příznaky a má vliv na následné chování: člověk se snaží ze situace utéci, později se vyhýbá místům, kde paniku prožil, nebo má strach, že by se panika mohla znovu objevit. Během záchvatu dochází k pocitu, že člověk ztrácí kontrolu. Postižený má strach z omdlení, ze smrti, ze ztráty sebeovládání nebo že zešílí. Doprovodem jsou rozsáhlé tělesné pocity. Člověk může dostat strach, že onemocněl vážnou tělesnou či duševní chorobou. Záchvaty trvají většinou 5-30 minut, výjimečně déle. Po záchvatu může zůstat třes, napětí a vyčerpání, nebo naopak dojde k uvolnění či ochabnutí.

Panickou poruchou trpí 1-2% lidí. Často se rozvine i agorafobie.

Jakmile se u člověka rozvine tendence katastroficky si vykládat některé tělesné pocity, tak k rozvíjení a udržování panické poruchy začnou sloužit další procesy.

Postižený začne být zaměřený na ty tělesné pocity, kterých se nejvíce obává, a opakovaně má tendenci zkoumat své tělo. Výsledek je pak ten, že si začne uvědomovat tělesné projevy, které dříve nevnímal.

Tím, že se člověk postupně začne vyhýbat některým činnostem a situacím, si nemůže vyzkoušet, že jeho katastrofické interpretace neplatí. Např. člověk, který je zaujatý myšlenkou, že trpí chorobou srdce, se začne vyhýbat tělesné námaze.

Negativní chování okolí vede k udržování nebo posilování úzkosti, protože svědčí o vzbuzené pozornosti. Výčitky, moralizování a odsuzování zvyšují úzkost a tím podporují bludný kruh (Praško, a kol., 2012).

Obdobně jako Ján Praško, Edmund J. Bourne uvádí, že se panická porucha vyznačuje náhlými epizodami akutní úzkosti a obav či intenzivního strachu, které se objevují bez zjevné příčiny. V průběhu panického záchvatu se mohou objevit kterékoli z následujících symptomů:

- Dechová nedostatečnost
- Bušení srdce nebo zrychlený srdeční tep
- Nevolnost, pocity na omdlení
- Chvění, či třes
- Pocit zastřený či přidušený hlas
- Zažívací potíže
- Nevolnost, pocení
- Pocity nereálnosti
- Otupělost, znecitlivění

- Silné návaly horka či chladu
- Bolest na hrudi
- Pocit na zbláznění, nad ztrátou sebekontroly
- Strach ze smrti

U plně rozvinutého panického záchvatu se objevují nejméně čtyři z výše uvedených symptomů, zatímco výskyt dvou či tří zmíněných symptomů se označuje jako panický záchvat s omezenými symptomy (Bourne, 2017).

Oba dva autoři se tedy shodli, že se jedná o stav úzkosti bez zjevné příčiny.

Ján Praško se rovněž zabývá depresí, která se často vyskytuje u lidí se sociální fobií. Deprese je nemoc podobná jiným nemocím, jako např. vysoký krevní tlak, vředová choroba nebo cukrovka. Není to pouze špatná nálada, ale nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek vůle. Deprese není jenom reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje. U většiny lidí léčitelné onemocnění. Pokud není deprese léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, izolaci, ztrátě radosti v životě.

Mezi hlavní příznaky deprese patří porucha nálad. Dále kromě nálady je zasaženo také myšlení, chování i tělesné fungování. Deprese je onemocnění celého těla i duše.

Depresivní porucha se může objevit v různých formách. Máme různé typy deprese.

- Depresivní epizoda se může objevit v životě jednou nebo opakovaně. Rozvoji depresivní epizody může předcházet stresující životní období nebo životní událost, může se ale také objevit bez zjevné vnější příčiny.
- Rekurentní depresivní porucha je charakterizována opakovanými epizodami deprese, bez samostatných epizod mánie, ale nevylučují se krátké epizody zvýšené aktivity, které následují bezprostředně po depresivní epizodě.
- Dystymie není závažný typ deprese. Příznaky však trvají většinou dlouhou dobu, často léta. Před rozvinutím dystymie je postižený často vystaven většímu stresu nebo životní události. Obvykle se pacienti cítí unavení a depresivní. Z ničeho nemají radost. Špatně spí a necítí se dobře, nicméně obvykle stačí na základní požadavky každodenního života.
- Bipolární porucha není tak častá, jako jiné formy depresivní poruchy. Bipolární poruchou trpí 1-2 lidé ze 100. Při této depresi má postižený nadnesenou náladu, většinou subjektivní pocit zvýšené výkonnosti, sníženou potřebu spánku, bývá mnohomluvný, lehkomyšlný, může dělat ostudu.

- Sezónní afektivní porucha se u některých lidí objevuje s úbytkem energie, zhoršením výkonnosti a nadměrnou únavností pravidelně každý rok v podzimních a zimních měsících. Začátek potíží bývá nejčastěji na počátku zimy a končí obvykle na jaře.
- Reaktivní porucha nálady je přímým následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícím traumatem. Zátěžová událost nebo trvající nepříznivé okolnosti jsou vyvolávajícím faktorem, k poruše by bez jeho působení nedošlo. Reaktivní deprese začíná okamžitě (nebo do jednoho měsíce) po výskytu stresující události nebo životní změny.
- U smíšené úzkostně-depresivní poruchy se mísí příznaky úzkosti s depresí, ale ani příznaků deprese ani příznaků úzkosti není tolik, aby umožnily diagnózu depresivní poruchy či některé z úzkostných poruch.
- Krátká rekurentní depresivní porucha je relativně vzácná a často ujde pozornosti lékařů. Depresivní epizody trvají typicky 2-3 dny a objevují se alespoň jednou za měsíc.
- V poporodní depresi se velmi často objevuje zhoršená nálada. Obvykle se objevuje u žen, které před těhotenstvím trpěly premenstruální tenzí. Projevuje se nadměrnou únavou, podrážděností, sebevýčitkami, úzkostí, pocity nejistoty a strachu, můžou se dostavit fobické příznaky.
- Deprese ve vyšším věku se objevuje často, bývá zpravidla přehlédnuta, protože je maskována tělesnými příznaky nebo zjevně navazuje na tělesnou nemoc. Nejběžnějšími stresujícími faktory, na které deprese navazuje, jsou ztráty, konflikty ve vztazích, sociální izolace apod.
- Deprese při tělesném onemocnění může být spojená se souběžným tělesným onemocněním. Může navazovat na ischemickou chorobu srdeční, vysoký krevní tlak, mozkovou příhodu apod. Deprese může být i důsledkem užívání různých léků, alkoholu nebo drog (Praško, a kol., 2009).

Deprese není forma fobie, ale i přes to se jedná o psychický problém, který si s sebou neseme v každodenním životě, pokud není léčena. U tohoto onemocnění jsem chtěla poukázat, že i deprese může být spojena s traumatem, který jsme v životě prožili. Tento fakt se můžeme dočíst u některých typů deprese.

Na rozdíl od Jána Praška a Edmunda J. Bourna spojují Hans Morschitzky a Sigrid Sator úzkost se situacemi, které jsou hodnoceny jako nebezpečné. Úzkost je podle nich normální lidský pocit stejně jako radost, láska, vztek, zlost nebo smutek. Úzkost spouští poplašnou reakci těla a připravuje je na boj nebo útěk, a to bez rozmýšlení. Srdce začne tlouct rychleji,

stoupá krevní tlak, dech se zrychluje a svaly se napínají, aby člověk mohl co nejrychleji uniknout blížícímu se nebezpečí.

Úzkost je základním stavem lidské existence. Bez úzkostní nemůžeme víceméně být, protože nemít vůbec žádnou úzkost je nerealistické a přímo životu nebezpečné.

Úzkostné reakce jsou podmíněné biologicky, kulturně a sociálně.

Úzkost se primárně projevuje na třech úrovních:

- Úzkost je měřitelná tělesná reakce. Projevuje se napětím svalů, zrychlením tepu nebo bušením srdce, cévními změnami, změnou krevního tlaku, kožního odporu a mozkových frekvencí. Dostavuje se vždy spolu s určitými tělesnými symptomy. Spousta úzkostných pacientů má silně reaktivní, konstitučně podmíněnou, vegetativní nervovou soustavu.
- Úzkost spočívá v myšlenkových procesech, jako jsou obavy, pocity bezmocnosti, pocit, že jsme něčemu vydáni napospas, a další myšlenkové vzorce, které vytváří úzkost. Úzkostní pacienti si připomínají minulé nebo tuší příští panický záchvat: nadsazují pravděpodobnost příchodu nebezpečných událostí a jejich následky.
- Úzkost se projevuje pozorovatelnými znaky chování. Může to být šokové strnutí až úplná nehybnost, ale může to být také chvění nebo třas, útěková reakce, panické chování, vyhýbání se situacím, které budí úzkost, vyhýbání se zrakovému kontaktu.

Tyto součásti, tělesné reakce, myšlenky, emoce a chování, hrají naprosto rozhodnou roli ve vzniku a přetrvávání úzkostných poruch, nicméně individuálně se projevují různorodě.

Přechody v rámci životního cyklu jsou velmi často kritické, téměř dramatické události a mohou vést k psychickým poruchám, pokud je nezvládáme.

Úzkostné poruchy jsou také často projevem strachu ze změny, o níž člověk ví, že je nutná.

Pro psychické poruchy bývá charakteristická proměnlivost symptomatologie. Kdo trpěl úzkostí, začne být navíc ještě depresivní, protože se mu nedostává zážitků úspěchu. Kdo se nechce stát depresivním, stává se nezřídka nutkavým perfekcionista, aby unikl pocitům viny ze selhání, kterých se obává (Morschitzky, Sator, 2014).

Vlivem úzkosti na psychiku člověka se dále zabývá i Verena Kast, která uvádí, že úzkost nás proměňuje v tom, jak prožíváme sebe samotné. Proměňuje nás také i v tom, jak prožíváme vztahy s ostatními lidmi. Jsme-li úzkostní nebo máme strach, míváme přitom vědomé nebo nevědomé fantazie, které mají na naše prožívání úzkosti veliký vliv. Zaměřují se na blízkou či vzdálenou katastrofickou budoucnost.

Úzkost se může vyšplhat až v paniku. Když se dostaneme do panické úzkosti, již si nevytváříme hrozivé fantazie o budoucnosti. V panické úzkosti už žádnou budoucnost nemáme. Vzniká v nás pocit, že pro nás není žádná budoucnost, jen ta hrozná přítomnost, která je stále strašnější.

Úzkost pocítujeme, když očekáváme nebezpečí nebo jsme se v nebezpečí octli. Hrozba může přicházet ze světa kolem nás. Také to může být i nebezpečí přicházející z vlastního nitra.

Úzkost se u některých lidí projevuje blednutím, zatímco jiní zase rudnou. Při mluvení bývá úzkost znát z našeho hlasového projevu. Někdo se chvěje při pocitu úzkosti. Jiný pocítuje úzkost v žaludku, další v kolenou.

Tělo však nevypovídá jen o aktuálních úzkostných stavech. Někteří lidé habituálně trpí velmi často úzkostmi. Můžeme to poznat třeba podle povrchového dýchání nebo podle chůze. Dlouhodobě přetrvávající úzkost je znát na těle, a člověk ji v těle také cítí (Kast, 2012).

Vztahem úzkosti a panické poruchy se zaměřením na vznik agorafobie se zabývá Ján Praško. Pojem agorafobie znamená strach z otevřeného prostoru (agora=tržiště, fobie=strach). Podstatou agorafobie je ale spíš hrůza z panického záchvatu v situaci, ve které není dostupná pomoc, nebo ze které je těžké se vzdálit. Mimo strachu z příznaků paniky mívají lidé trpící touto poruchou často obavy z toho, co by si řekli ostatní lidé, kdyby jejich potíže viděli. Agorafobií trpí přibližně 5-6% populace.

Lidé trpící agorafobií se ve většině případech vyhýbají cestování dopravními prostředky, nebo to uskuteční jen v doprovodu někoho, komu důvěřují. Agorafobie se typicky projevuje záchvaty paniky, které jsou vázané na určitá místa nebo situace.

Nejtypičtějším rysem agorafobie je strach být daleko od domova nebo od osoby, se kterou se člověk cítí bezpečně. Člověk s touto fobií se často zcela vyhýbá samostatnému cestování, řízení auta nebo i vycházení z bytu. V nejtěžších případech není ani schopen bez doprovodu opustit svou ložnici (Praško, a kol., 2012).

Obdobně jako Ján Praško Edmund J. Bourne tvrdí, že pojem agorafobie znamená strach z otevřených prostorů, podstatou však je strach z panických záchvatů. Hlavní roli hraje strach, že se člověk ztrapní. Spoustu lidí, kteří trpí agorafobií, se bojí nejen toho, že dostanou panický záchvat, ale také toho, že by si o nich druzí lidé mysleli, že jsou blázní, pokud by se to stalo.

Pokud trpíte agorafobií, nemáte fobii pouze z celé řady situací, ale obvykle býváte úzkostní po většinu času. Deprese vzniká z pocitu, že jste uvíznuli v nějaké nepříjemné situaci, nad kterou nemáte kontrolu, ani nemáte moc ji změnit (Bourne, 2017).

Další z fobií jsou specifické fobie u kterých Ján Praško uvádí, že specifická fobie je charakterizována nadměrným nebo extrémním strachem z určitého objektu, zvířete nebo specifické situace. Tento strach je iracionální a člověk s fobií je schopen si ho přiznat. Člověk obvykle netrpí příznaky strachu, pokud není ve fobické situaci ani ji neočekává.

Abychom mohli strach z určité situace označit fobií, musí nějakým způsobem zasahovat do života člověka nebo mu způsobovat výrazný stres. Pokud strach není nadměrný nebo nezasahuje do každodenních aktivit, pak jde o strach a ne o fobii (Praško a kol., 2008).

Obdobně jako Ján Praško Vladimír Hort tvrdí, že Specifické fobie se váží na přítomnost specifického objektu nebo situace. Vedou k vyhýbavému chování nebo k výrazné úzkostné reakci (Hort a kol., 2008).

Ke stejnému závěru dospěl Edmund J. Bourne, který spojuje specifické fobie s panickou reakcí. Specifická fobie obvykle zahrnuje intenzivní strach z jednoho určitého objektu nebo situace a vyhýbání se tomuto objektu či situace. Přímá expozice obávanému objektu nebo situaci může vyvolat panickou reakci. Při specifické fobii bývá vždy strach nepřiměřeně vysoký oproti reálnému nebezpečí, který daný objekt či situace představuje. I když si člověk uvědomuje iracionálnost této specifické fobie, může i přes to způsobovat značnou úzkost.

- Performanční úzkost, neboli strach z veřejného vystupování či mluvení před publikem patří k nejčastější fobii.

Performanční úzkost bývá často spojena se silnou anticipační úzkostí. Úzkost se obvykle zesiluje s blížícím se vystoupením. U mnoha lidí se tato úzkost rozplyne, jakmile začnou mluvit. Jiní lidé však i nadále trpí rušivými symptomy úzkosti během celého představení.

- Strach z létání je druhou nejčastější fobií a postihuje okolo 20 procent lidí, kteří se buď zcela vyhýbají létání anebo se při létání cítí velmi nepříjemně. Tato fobie může značně omezovat život, například vyhýbat se vytoužené práci, vysněné dovolené nebo návštěvě příbuzných či přátel.

Strach z létání se často prolíná s jinými fobiemi, zejména klaustrofobií. Může zde hrát i strach z výšek.

- Klaustrofobie je strach z uzavření ve stísněném prostoru bez možnosti úniku. Může mít spoustu podob, včetně strachu z malých nebo přelidněných místností, strachu, že

člověk uvízne v dopravní zácpě, strachu z tunelů či podchodů apod. Může se prolínat i s jinými fobiemi.

Klaustrofobie se může projevovat v celé řadě situací. Člověk se může začít vyhýbat davům anebo může v každé místnosti vždy sedět u dveří, aby mohl v případě nouze snadno utéci.

- Dentální fobie může zahrnovat strach ze zubařů nebo i dokonce úplné vyhýbání se návštěvě u zubaře.

Je jasné, že tato fobie může mít za následek výrazné problémy se zuby.

Čím bolestivější zákrok člověka čeká, tím je pravděpodobnější že bude trpět dentální fobií či výraznou anticipační úzkostí.

- Strach z výšek neboli akrofobie patří k dalším častým fobiím. Často se pojí s jinými fobiemi, například fobií z létání, strachem z výtahů apod. Nejtypičtější formou tohoto strachu je strach z pobývání ve vysokých patrech výškových budov.

Akrofobie může výrazně omezovat život, pokud v důsledku této fobie například člověk odmítne nabídky práce apod.

- Fobie z různých druhů zvířat či hmyzu bývá u lidí velmi častá. Lidé s touto fobií se vyhýbají nejen konkrétnímu zvířeti či hmyzu, ale i oblastem, ve kterých si myslí, že by na dané zvíře nebo hmyz mohli narazit. Velký strach v lidech vyvolá již pouhý důkaz, že se obávané zvíře či hmyz nachází někde poblíž. Někdy může vyvolat panický záchvat již pouhé zhlédnutí daného zvířete či hmyzu na obrázku (Bourne, 2017).

V této kapitole jsme se mohli dozvědět, že se autoři například shodují na tělesných příčinách poruch. Dále že se fobie mohou prolínat/navazovat na sebe, což jsme si mohly povšimnout u panického záchvatu, který se prolíná s úzkostí, dále panický záchvat prolínající se s agorafobií, specifická porucha spojená s úzkostí, či panickými záchvaty a dále deprese, která se může rozvinout u jakéhokoli typu fobie/poruchy.

1.1.3. Sociální fobie

Ján Praško ve své publikaci tvrdí, že sociální fobie se vyznačuje strachem ze sociálních situací. Většinou začíná v pubertě, v dospívání, méně často může začít později. Člověk, který trpí sociální fobií se bojí společenského styku s jinými lidmi. V jejich přítomnosti často nemůže mluvit, jíst, psát, telefonovat, zpívat apod. Jádrem tohoto strachu je strach ze zvědavých či pátravých pohledů jiných lidí. V mnoha případech se dají určit konkrétní

sociální situace, ve kterých člověk pociťuje větší strach. Na druhou stranu jsou situace, kdy je strach menší, např. mezi příbuznými. Spoustu lidí, kteří trpí sociální fobií, se navíc obává, že se v dané sociální situaci zcela přestanou ovládat, že je jejich strach přemůže a začnou panikařit. Tento strach je právě spojen s touhou vyhnout se dané situaci. To ale vede k vyhýbání se pobytu ve společnosti. Tito lidé jsou nejraději doma a nechodí mezi lidi. Mohou mít také potíže s nakupováním v obchodech, kde je přímý kontakt s prodavačkou. Tato fobie je většinou spojena s nízkým sebehodnocením, obavou z autority a strachem z kritiky (Praško a kol., 2008).

Tvrzení Vladimíra Horta se shoduje s definicí Jána Praška v tom, že povahu fobie určují obavy a strach ze situací, kde se objevuje pozornost jiných lidí. Přítomnost v takových situacích, zejména pokud je to navíc spojeno s potřebou či nutností se nějak projevit či vystoupit, vyvolává silné úzkostné zneklidnění, z kterého může vzniknout panika. Porucha pak vede k tomu, že se člověk postižený sociální fobií vyhýbá těmto situacím a stále více se izoluje. Právě důvody svých úzkostných potíží si postižený obvykle neuvědomuje, a proto hledají jiná vysvětlení. Je rozlišována částečná sociální fobie, která je vázána jen na některé specifické situace a generalizovaná forma, kde jsou fobie široce provázané a ovlivňují život ve velkém rozsahu (Hort a kol., 2008).

Můžeme si zde povšimnout, že se oba autoři shodují na tom, že se sociální fobie objevuje především v situacím, kdy jsou postižení vystaveni pozornosti cizích lidí.

Ve své publikaci Marie Vágnerová uvádí, že se sociální fobie projevuje silným strachem z lidí, hlavně cizích. Může mít charakter sociální úzkostné poruchy, kterou lze chápat jako patologické přetrvávání obav z neznámých osob. Tyto obavy by měly vymizet již v předškolním věku. Pokud vzniká po šestém roce života, již se označuje jako sociální fobie. Sociální fobie postihuje především dospívající. Dětem, kteří trpí sociální fobií se opoždí rozvoj jejich sociálních dovedností, které si nemohou osvojit, pokud se vyhýbají situacím, v nichž by se je mohly naučit. Tato fobie také může negativně ovlivnit také komunikační kompetence, může se objevit i mutismus, zpravidla elektivního typu, to znamená, že dochází k inhibici verbální komunikace. Dítě může přestat mluvit, protože se bojí. Vztahy s lidmi se omezí jen na členy rodiny, což opět omezuje socializační rozvoj dítěte (Vágnerová, 2008).

Obdobně jako předchozí autoři i Edmund J. Bourne tvrdí, že sociální fobie zahrnuje strach z toho, že se člověk ztrapní či bude poníženi v situacích, ve kterých je vystaven pohledům druhých lidí. Sociálně úzkostná porucha patří k nejčastějším úzkostným poruchám. Tento strach je mnohem silnější než normální úzkost, kterou zažívá většina lidí. Obvykle bývá natolik silný, že se v důsledku něj postižený začne daným situacím zcela

vyhýbat, ačkoli někteří lidé se sociální fobií dokáží tyto situace přetřpět, zatímco přitom zažívají silnou úzkost. Nejčastěji si tito lidé dělají starosti kuli tomu, že řeknou nebo udělají něco, kuli čemu ho budou druzí negativně hodnotit. Dále so bojí toho, že si všimnou samotných fyzických symptomů úzkosti. Sociálně úzkostná porucha bývá diagnostikovaná v případě, kdy člověk trpí přetrvávajícím strachem ze sociálních situací nejméně šest měsíců. Se sociální fobií se se pojí vyšší pravděpodobnost nedokončení studia, snížená spokojenost, nižší socioekonomický status a obecně horší kvalita života (Bourne, 2017).

Jak jsme se v textu viz výše dozvěděli, tak sociální fobie je úzkost, která velmi ovlivňuje život postiženého člověka. Převážná řada symptomů je viditelná, jako například zčervenání, třes, pocení apod. To vede k sociálnímu vyloučení. Je velmi důležité se s touto fobií naučit žít, přiznat si, že se v našem životě objevila a nenechat se „pohlit“. Hlavní je, aby se postižení dozvěděli, že pro ně existují sociální zařízení a různé skupiny, které jim mohou pomoci se s fobií vyrovnat či se vyléčit. Ohledně možností poskytnutí sociální pomoci či léčby která může být postiženému nabídnuta se dozvíme v dalších kapitolách.

Ján Praško uvádí, že člověk, který trpí sociální fobií se pohybuje v bludném kruhu. Úzkostné myšlenky a představy mají při vzniku a udržování zmíněného bludného kruhu ústřední roli. Jen pomyslení na sociální situaci, které vzbuzuje úzkost, může vyvolat stejné příznaky jako reálná situace sama. Někdy nemusí být obtížné si úzkostné myšlenky uvědomit. Jindy to může ale být velmi těžké, protože se objevují automaticky, aniž bychom o nich přemýšleli. Charakteristické pro sociální fobii jsou tzv. úzkostné automatické myšlenky.

Charakteristika úzkostných myšlenek:

- Jsou automatické. Vybavují se bez toho, že by si je člověk přál. Nesou promyšlené. Jsou to jen negativní nápady, které nepřesně souvisí se skutečností.
- Jsou zkreslené, neodpovídají skutečným faktům.
- Úzkostné myšlenky jsou neužitečné. Neslouží žádnému konstruktivnímu cíli. Naopak člověku škodí, protože udržují sociální fobii. Snižují sebevědomí.
- I když jsou úzkostné myšlenky bezdůvodné a přehnané, v době, kdy člověka napadnou, jim plně věří. Vůbec postiženého nenapadne o nich pochybovat.
- Čím více jim člověk uvěří, tím hůře se bude cítit. Pokud postiženého plně ovládnou, zjistí, že je všechno špatné. Pak bude mít tendenci všechno vzdát, protože se mu bude zdát vše beznadějně (Praško a kol., 2012).

Dle tvrzení Vladimíra Horta jsou příčiny sociální fobie mnohotvárné. Jedná se o biologické příčiny, dále jsou zdůrazněny i poznatky o zvýšeném výskytu poruchy u

příbuzných prvního řádu. Možný je i neurochemický korelát zvýšené senzitivity k odmítnutí a kritice. Modelující význam mají psychosociální podmínky vývoje dítěte v rodinném i širším sociálním prostředí. Dříve určené populární psychoanalytické teorie zaujímají dnes spíše historické místo. „*Existují etologické snahy vysvětlit sociální fobii jako určitou analogii s hierarchií skupinového chování savců, které vytváří pozice dominance a submise*“ (Hort a kol., 2008, str. 225).

Dále ve své publikaci Vladimír Hort uvádí, že průběh sociální fobie bývá většinou chronický. V průběhu let se může původní ráz fobických a úzkostných projevů měnit, eventuálně i slábnout v souvislosti s tím, jak se daří, či nedaří nacházet cestu společenskými, partnerskými apod. situacemi tak, aby se míra úzkosti stala únosnou. Porucha omezuje uplatnění ve škole, v zaměstnání, v sociálních a intimních vztazích. V průběhu poruchy jsou časté depresivní potíže, případně i suicidální myšlenky. Komplikací bývá rozvoj alkoholové závislosti (Hort, 2008).

Ján Praško ve své publikaci uvádí přibližná procenta týkající se sociální fobie jako například, že sociální fobií odhadem trpí během svého života 3-13% populace. V kterémkoliv čase sociální fobii zažije přibližně 1-3% lidí. Stydlivost se projevuje mnohem častěji. Kolem 80-90% lidí zažije ve svém životě období, kdy se nadměrně stydí.

Sociální fobie většinou vzniká kolem puberty, nejčastěji ve věku mezi 14 a 20 lety. Stává se to v období vývoje, kdy je častá stydlivost. Běžné je, že mladí lidé mají strach z oslovení druhého pohlaví. Lidé, kteří trpí sociální fobií se těmito situacím vyhýbají, takže časem se na ně stanou přecitlivělí. Někdy však dochází k recidivě problémů, které člověk již někdy v životě překonal (Praško a kol., 2012).

Negativní sebeobraz jak uvádí Ján Praško je zrakový, myšlenkový a pocitový stereotyp, který si řada lidí se sociální fobií o sobě vytvoří. Obvykle pochází z puberty nebo z dětství. Člověk jako by se viděl, jak selhává, je neschopen reagovat, nebo reaguje nepřiměřeně. Může jít o jasné vybavení si situace, kdy zažil výsměch ve škole nebo zesměšnění před partou či odmítnutí děvčete/chlapce. Jindy si nemusí vzpomenout na podobnou situaci, ale představuje si sebe sama jako selhávajícího a trapného. Pokud si člověk takovýto sebeobraz vytvoří, může si ho v libovolnou chvíli vybavit a vyvolat tak úzkost, a to těsně před sociální událostí, které se obává. Negativní sebeobraz je hrubě zkreslený pohled na sebe sama, kterému však člověk věří. Pokud druzí lidé postiženému říkají, že situace zvládá lépe, než odpovídá jeho sebeobrazu, zpravidla druhým nevěří a myslí si, že mu ze soucitu lichoť (Praško a kol., 2008).

2. Možnosti ovlivnění sociálních fobií

2.1. Prevence

Při rozrušení bludného kruhu sociální fobie máme řadu možností. Ján Praško uvádí tyto:

- Jednou z možností je vyhýbat se veškerým situacím, ve kterých pocítíme úzkost. V případě sociální fobie to znamená vyhýbat se mezilidským situacím. Důsledkem ale bude izolace, uzavření v samotě, neschopnost pracovat.
- Další možností je užívání léku. Ty změni biochemickou nerovnováhu na některých spojích v mozku a tím dojde ke snížení úzkosti.
- Těžší cesta je naučit se zvládat svoji úzkost a strach ze sociálních situací pomocí expoziční – místo, abychom se situacím vyhýbali, postupně se jim vystavujeme tak dlouho, dokud se jich bát nepřestaneme. Aby expoziční byla účinná, musí probíhat od lehčí k obtížnější, v hierarchicky uspořádaných krocích.
- Další cestou je postupně změnit svoje myšlení o tom, čeho se člověk bojí – kognitivní rekonstrukce. Při kognitivní rekonstrukci se člověk učí zbavovat iracionálních myšlenek a nahrazovat je myšlenkami konstruktivními.
- Pro spoustu lidí se sociální fobií, zejména těch, kteří trpí fobií od dětství, je potřebné naučit se novým sociálním dovednostem. Potřebují se postupně naučit chování v různých situacích, kterými se zatím nevystavili. Dá se také říci, že se potřebují naučit asertivitě.
- Velmi vhodná cesta je naučit se zvládat svou úzkost a strach pomocí zklidnění dechu a aplikované relaxace. Při aplikované relaxaci se člověk naučí snižovat své napětí před anebo dokonce přímo v dané situaci.

Nejdůležitější je vystavit se a naučit se čelit situacím, kterých se člověk bojí. Odborným názvem je expoziční. Při expoziční člověk pocítí strach a potřebuje se naučit, jak ho překonat. Znamená to naučit se překonávat strach, aniž by na ně člověk přehnaně reagoval. Po určité době, za předpokladu, že se člověk obávané situaci nevyhne nebo z ní neuteče, by se pocitý strachu měli snížit samy od sebe (Praško a kol., 2012).

K udržování sociální fobie nejčastěji směřuje vyhýbavé a zabezpečovací chování, přecitlivělost, nedostatek sociálních dovedností, jak uvádí Ján Praško ve své publikaci. Dále k udržování sociální fobie vede okolí, které svým chováním člověk „odměňuje“. Sociální úzkost udržují samotné negativní myšlenky, anticipační úzkost a také i negativní sebeobraz (Praško a kol., 2008).

Jak jsme se v textu viz výše dozvěděli tak nejlepší prevencí sociální fobie je naučit se zvládat svoji úzkost, dále naučení se novým sociálním dovednostem a ovládnutí aplikované relaxace. Těžkou, ale velmi účinnou cestou je naučit se překonat svůj strach. Samozřejmě v těžších případech je zapotřebí užívání léku – o těchto typech léčeb se dozvíme v další kapitole „Desenzibilizace – léčba“.

V rámci prevence při panické poruše Edmund J. Bourne uvádí trénink relaxace. Jedná se o každodenní provádění břišního dýchání u některých forem hluboké svalové relaxace. Tyto postupy pomáhají zmírňovat fyzické symptomy paniky i anticipační úzkost z dalšího možného panického záchvatu. Ke zmírnění úzkosti rovněž pomáhá věnování se nějaké pohybové aktivitě či fyzickému cvičení.

Terapie zaměřená na zvládnutí paniky: v této terapii jde o naučení se rozpoznávat a rozpustit své katastrofické myšlenky, které vyvolávají panické záchvaty (Bourne, 2017).

Obdobně jako Edmund J. Bourne Ján Praško uvádí, že jelikož úzkost při panické poruše vzniká velmi rychle, účinný způsob relaxace je pouze takový, který umožní člověku uvolnit se nejen tehdy, když si doma sedne do křesla, ale v jakékoli situaci a velmi rychle. K tomu slouží nácvik Östovy progresivní relaxace.

Prvním krokem je zjišťování rozdílu mezi napětím a uvolněním.

Dalším krokem je pouze relaxace. Cílem je zkrátit dobu potřebnou k dosažení relaxace.

Třetím krokem je rychlá relaxace. V této fázi jde o to, aby se člověk naučil rychle uvolnit v běžných, nestresujících situacích.

Čtvrtým krokem je aplikovaná relaxace. Nácvik spočívá v tom, že se často, ale jen na krátkou dobu člověk vystaví některé ze situací, které v něm budí úzkost.

Jak jsme se mohli dozvědět, tak prevence u sociální fobie a panické poruchy je velmi podobná. Typickým cvičením je naučit se zvládat úzkost pomocí zklidnění dechu.

Důležitou prevencí panické poruchy je relaxace která pomáhá v prevenci vzniku úzkosti (Praško a kol., 2012).

Dále Ján Praško uvádí, jak lze zmírnit depresivní příznaky, jako například pomocí:

- Uvědomění, že se deprese dá léčit
- Neizolovat se
- Důvěřovat lékaři
- Neklást si náročné cíle
- Pravidelně užívat léky
- Nevěřit svým negativním myšlenkám

- Spolupráce s rodinou
- Neukončovat předčasně léčbu (Praško a kol., 2009).

V textu viz výše jsme se dozvěděli pár rad, jak by se měl člověk preventivně chovat, aby zamezil znovu „rozběhnutí“ deprese. Hlavním faktorem je nechat si pomoci, neizolovat se a udržet si pozitivní myšlení. Veškeré rady/prevenční, které Ján Praško uvádí se můžeme dozvědět v příloze č. 1.

Prevenční úzkosti se dále zabývá Hans Morschitzky a Sigrid Sator, kteří uvádí, že člověk by měl v akutní panice odvést svou pozornost jinam, v úzkostech z očekávání záchvatu by se měl soustředit na tělo.

Výzkumy ukázali, že odvedení vlastní pozornosti od stresoru přináší krátkodobě lepší výsledky, zatímco zabývat se stresem je účinnější dlouhodobě.

U panických záchvatů jsou techniky odvádění pozornosti krátkodobě účinnější, zatímco u chronických úzkostí z očekávání a při setrvalé psychovegetativní dráždivosti má z dlouhodobého hlediska větší smysl zabývat se tělem, aby člověk lépe zvládl vnímat příznaky.

Když se člověk koncentruje na své momentální tělesné, emocionální a duševní rozpoložení, nehrozí aspoň odcizení se vlastnímu aktuálnímu prožívání a současným potřebám (Morschitzky, Sator, 2014).

Hölderlin tvrdí, že je velmi důležité, abychom přestali utíkat před svými úzkostmi. Hlavní je opustit přesvědčení, že musíme úzkost za každou cenu odvrátit. Takové přesvědčení zároveň znamená tvrdit o sobě, že nejsme v ohrožení, nebo alespoň že nechceme být ohrožení. Když ale přiznáme, že v ohrožení jsme, může se objevit záchrana (Hölderlin in Kast 2012).

Dále Hans Morschitzky, Sigrid Sator v rámci prevence uvádějí, že dýchání má zajímavé postavení mezi vegetativně řízenými tělesnými funkcemi. Dá se snadno ovlivňovat vůlí.

Mimo dechových technik, které se dají rychle naučit, pomáhají v kritických chvílích snížit velké napětí a podrážděnost i jiné relaxační techniky. Nejznámější technikami jsou autogenní trénink a progresivní svalová relaxace.

Autogenní trénink zahrnuje šestici cviků, které mají napomáhat příjemnému pocitu tělesné tíže. Autogenní trénink je autosugesce. Člověk si má tělesné vjemy představovat v myšlenkách tak, aby se potom také skutečně dostavily.

Progresivní svalová relaxace podle Jacobsona je postupné napínání jednotlivých svalů.

Člověk by neměl své tělo šetřit, měl by ho naopak posilovat. Pravidelné sportování, případně navázání na svou dřívější aktivitu. Člověk by měl dbát na dostatek pohybu, zejména má-li sedavé zaměstnání.

Vnímání, přijímání a vyjadřování pocitů vede nejen ke zjišťování a řešení vnitřního rozpoložení, ale také k urovnání napětí ve vztazích. Nejprve je ale nejdůležitější zlepšit vztah, který má člověk sám k sobě.

Mít sebevědomí znamená mnohem víc než jen jistotu vystupování, sílu prosazovat se. Dokud člověk sám sebe ve svém momentálním rozpoložení odmítá, tak nemůže něco postavit jako protiváhu kritice ze strany sociálního prostředí. „Být si vědom sám sebe“ znamená vnímat své silné, ale i slabé stránky.

Neschopnost říkat „ne“ a nedostatečná schopnost vymezovat se vůči druhým vedou k tomu, že se člověk cítí přetížený.

Důležité je usilovat o větší samostatnost a nezávislost (Morschitzky, Sator, 2014).

Hans Morschitzky a Sigrid Sator se dále ve své publikaci také zabývají prevencí agorafobie. Postižený by si měl říkat, že agorafobie je vlastně úzkost ze sebe sama a tím získat nový pohled na věc.

Člověk by měl mít na paměti, že se vlastně nebojí určitých situací, nýbrž toho, že by v nich mohl ztratit kontrolu nad svým tělem nebo rozumem. Měl by si říkat, že má strach, že ztratí kontrolu, ale jsou to jen subjektivní myšlenky a pocity. Ve skutečnosti se nic stát nemůže. Dále by jsi měl říkat, že když vydrží strach ze svého těla, vydrží i strach ze všeho ostatního. Díky těmto instrukcím, které člověk bude dávat sám sobě, úzkostné situace snáze vydrží. Všechno chce ale svůj čas. Když mění své návyky, například chronicky vyhybavé chování, tak jeho pocitům a tělesným stavům nějakou dobu trvá, než se začnou měnit podle nového postoje. Tím pádem je docela normální, jestliže se v určitých situacích, z nichž člověk dříve prchal v úzkostech, bude ještě nějaký čas cítit poněkud nepříjemně, dokud se jeho tělo neuklidní (Morschitzky, Sator, 2014).

U specifických fobií je důležitá kontrola katastrofických myšlenek, uvádí Ján Praško ve své publikaci. Dále kontrola dechu a řízení záchvatu úzkosti. Velmi účinný je nácvik relaxace. Dalším krokem je aplikovaná tenze. Další součástí je expozice v představách a systematická desenzibilizace. Dalším krokem je systematické praktikování. Dále postupná expozice obávaným situacím. Nakonec změna hlubších postojů (Praško a kol., 2008).

Zde jsme se dozvěděli hlavní rady prevence specifických fobií. Ohledně podrobnějších informací, které prevenci dále vysvětlují se můžeme dozvědět v příloze č. 2.

V kapitole prevence jsme se mohli dozvědět, jak zabránit či zmírnit rozběhnutí fobické situace. Velmi důležité je se naučit se svou fobií pracovat, nebýt na to sám a hlavně mít odhodlání, trpělivost.

2.2. Desenzibilizace – léčba

Jako léčbu u sociální fobie Vladimír Hort uvádí, že se sociální fobie jako u ostatních fobií opírá o kombinaci psychosociálních metod – prostředků individuální, behaviorální a skupinové psychoterapie, relaxačních postupů a medikamentózní léčby (Hort a kol., 2008).

Léčbou sociální fobie se dále zabývá také Ján Praško a uvádí, že řada lidí je přesvědčená, že sociální fobie je rysem povahy člověka, a tudíž s tím nepůjde nic dělat, není to pravda. Sociální fobie je přitom dobře léčitelná úzkostná porucha. Možnosti léčby jsou v zásadě dvě:

- Léčba léky
- Léčba psychoterapií

Samotná léčba léky ukazuje velké zlepšení v 70-80% nemocných. Podobné výsledky také dosahuje kognitivně-behaviorální terapie. Pokud léčba ani jedním způsobem nepomohla, je možná i kombinace obou přístupů.

- Léčba léky: Ne veškeré léky používané v psychiatrii jsou u sociální fobie vhodné. Anxiolytika jsou léky, které se běžně používají na rychlé snížení úzkosti. Krátkodobě sociální úzkost sníží, ale v delší perspektivě účinnost ztrácejí a snadno na ně vzniká léková závislost.

Vhodnější jsou antidepresiva, zejména skupiny léků, jako například RIMA (moklobemid), SSRI (paroxetin, fluoxetin, citalopram, sertralin, fluvoxamin a escitalopram), SNRI (venlafaxin) či NDRI (bupropion). Antidepresiva umožňují lepší přenos signálů v některých neurotransmitterových systémech mozku tím, že zvyšují dostupnost přenašečů a nervových zakončeních. Jde hlavně o serotoninový, noradrenalinový a dopaminový přenašečový systém, který v úzkosti funguje nedostatečně. Po zlepšení fungování nervového přenosu na těchto zakončeních dochází k pozvolnému odeznívání sociální fobie. První projevy účinku antidepresiv se u sociální fobie dostavují většinou po 8-12 týdnech podávání léků. Velkou předností antidepresiv je, že na ně nevzniká závislost.

Je velmi důležité předčasně nepřerušit léčbu antidepresivy. To by mohlo způsobit rychlý návrat. I po odeznění úzkostných stavů je v užívání léků nutné pokračovat.

Dle doporučení odborníků by mělo podávání antidepresiv trvat ještě nejméně rok až 18 měsíců po odeznění sociální fobie, při závažnějším průběhu i déle.

- Léčba psychoterapií – Behaviorální experimenty: Občas je velmi obtížné uvěřit svým rozumným myšlenkám v situaci, kdy nás něco čeká v budoucnosti a máme z toho obavy. Nejlepším přístupem v těchto situacích je pracovat s behaviorálními experimenty. Ty mohou člověku pomoci ověřit platnost nové rozumné myšlenky (Praško a kol., 2012).

Následující postupy se používají při léčbě sociální fobie. Edmund J. Bourne uvádí tyto:

- Návlek relaxace: Je to pravidelné provádění břišního dýchání a hluboké relaxace ke zmírnění fyzických symptomů úzkosti.
- Kognitivní relaxace: Rozpoznávání úzkostných myšlenek, které prohlubují sociální fobii, jejich zpochybňování a nahrazuje je realističtějšími myšlenkami. Kognitivní terapeuti se většinou zaměřují na tři typy kognitivních zkreslení:
 1. Přehnané zaměřování se člověka symptomy úzkosti a na to, jak mohou působit na druhé.
 2. Zkreslené vnímání člověka na sebe sama a vlastní sociální atraktivity.
 3. Sklon přeceňovat pravděpodobnost negativního hodnocení ze strany ostatních.
- Expozice: Zahrnuje postupné čelení sociálním situacím či situacím, ze kterých má člověk fobii. Prvotně je možné ji provádět pouze v představě, a poté ve skutečném životě. Pokud má člověk například fobii z mluvení a vystupování na veřejnosti, může začít tím, že bude jednu minutu mluvit k příteli, a poté postupně – po malých krůčcích – bude zvyšovat jak dobu mluvení, tak počet osob, před nimiž bude mluvit. Po každé expozici člověk vyhodnotí a zpochybní všechny nerealistické myšlenky, které v něm vyvolávaly úzkost. I když může léčba sociální fobie probíhat v rámci individuální terapie, nejvhodnějším léčebným postupem je skupinová terapie. Umožňuje totiž člověku přímo čelit situacím a podnětům, které v něm vyvolávají největší úzkost.
- Soustředění se na daný úkol: Lidé se sociální fobií mají sklon věnovat při mluvení v sociálních situacích velkou pozornost tomu, jak si vedou nebo se snaží vyhodnocovat reakce ostatních. Léčba sociální fobie proto zahrnuje také rozvíjení schopnosti zaměřovat se pouze na daný úkol, když například uvedení lidé hovoří se svým šéfem anebo předávají informace nějaké skupině.

- **Psychofarmakoterapie:** Jako doplněk kognitivní terapie a léčby pomocí expozice je ve vážných případech možné užívat inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Občas se při léčbě sociální fobie s úspěchem používají léky ze skupiny inhibitorů monoaminoxidázy (IMAO), například Nardil nebo Parnate, ačkoli se jedná o méně prováděný přístup.
- **Trénink sociálních dovedností:** Někdy bývá součástí léčby sociální fobie trénink základních sociálních dovedností, například úsměvu nebo navázání očního kontaktu či udržení konverzace, odhalování osobnějších informací o sobě a aktivní naslouchání.
- **Nácvik asertivity:** Dále léčba sociální fobie často zahrnuje nácvik asertivity, schopnosti požádat přímo o to, co si člověk přeje, anebo umění říci „ne“, jestliže si něco nepřeje (Bourne, 2017).

Zde si ukážeme několik možností podle Jána Praška, jak panické záchvaty postupně odstranit.

- **Farmakoterapie:** Léky pomáhají tím, že snižují základní hladinu napětí, což vede ke snížení pravděpodobnosti výskytu panických záchvatů. Je důležité pokračovat v léčbě alespoň rok poté, kdy panické záchvaty odezněly.

Antidepresiva: Pomáhají vytvořit rovnováhu na určitých neuronech v mozku, kde je u panické poruchy nedostatek působků. Chybějící látky přímo nedodávají, ale svým působením mohou urychlit jejich tvorbu či zvýšit jejich nabídku tam, kde je to potřeba.

SSRI – Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu: Pro kontrolu panických atak jsou účinné: escitalopram, citalopram, paroxetin a sertralin. Zmíněné léky výrazně snižují frekvenci panických záchvatů, nebo je u mnoha lidí plně odstraní.

SNRI – Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu: Účinnost těchto léků je podobná jako u SSRI.

TCA – Tricyklická antidepresiva: Hlavními prostudovanými antidepresivy jsou imipramin a clomipramin. Jejich výhodou je vysoká účinnost, nevzniká na nich závislost, nemusí se zvyšovat dávka, mají dlouhý poločas vylučování, takže dovolují podávání v jedné denní dávce.

Benzodiazepiny: Mohou být velmi užitečné při zvládnutí akutního stavu úzkosti či paniky, nejsou nejvhodnější pro dlouhodobé užívání, protože ohrožují návykem. Jedná se o léky, jako je alprazolam, clonazepam, diazepam a další.

Kombinace psychofarmak: V ambulantní klinické praxi je nejběžnější podávání kombinace benzodiazepinů s antidepresivem. Benzodiazepin pomáhá snížit aktuální úzkost a blokovat panické záchvaty zejména na začátku léčby.

- Psychoterapie: Může pomoci u lehčích a středně závažných forem panické poruchy. V kombinaci s léky se zvyšuje účinnost. Psychoterapie pomáhá lépe porozumět tomu, co se s člověkem děje. Učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a s problémy v životě, a poté trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji nové epizody. Nejvíce používané jsou:

Psychodynamicky orientované psychoterapie: Psychoanalýza i skupinová dynamická psychoterapie jsou zaměřeny nikoliv na přímé snížení úzkosti, ale spíše na vybudování osobnosti, která má i jinou dobrou schopnost úzkost snášet. Buduje sebevědomí, které je nejlepší ochranou před úzkostí.

Skupinová psychoterapie: Díky své důvěrné atmosféře pomáhá, aby si pacient ujasnil svou situaci, porozuměl způsobům, jakými se utváří vztah k druhým, a uvědomil si formy chování, které vedou ke stresu.

Kognitivně-behaviorální terapie: Je to forma léčby zaměřená na přímé odstranění vyhybavého chování a panických záchvatů. Základními postupy jsou:

- a) Psychoedukace – cílem je porozumět projevům paniky a jejich souvislostem.
- b) Kognitivní restrukturalizace – lidé mívají automatické myšlenky ohrožujícího charakteru. Je potřebné nahradit tyto myšlenky, myšlenkami konstruktivními.
- c) Interoceptivní expozice, kontrolu dechu – Nejdůležitějším krokem odstranění panické poruchy je expozice – to znamená vystavení člověka obávaným podnětům, a to buď podnětům vnějším (například postupně začne jezdit dopravními prostředky), nebo vystavení podnětům vnitřním, které vyvolávají stejné příznaky, jaké se objevují při záchvatu paniky. Před expozicí se člověk učí dechový trénink, který odstraňuje rozbouřené příznaky.
- d) Expozice skutečným situacím – Vystavení člověka vnějším podnětům, které v něm vyvolávají úzkost učí, jak čelit obávané situaci.
- e) Relaxace
- f) Řešení problémů v životě (Praško a kol., 2012).

Následující strategie jsou považovány za nejmodernější léčebné postupy dle Edmunda J. Bourna pro panickou poruchu:

- Tréning relaxace
- Terapie zaměřená na zvládnání paniky
- Interoceptivní expozice – jedná se o praktikování dobrovolného vystavování se (expozici) tělesným symptomům paniky, například zrychlenému srdečnímu tepu, pocení dlaní, dechové nedostatečnosti nebo závratí. Zmíněné symptomy jsou vyvolávány cíleně, obvykle v pracovně terapeuta. Opakované vystavování se nepříjemným tělesným symptomům napomáhá procesu desenzibilizace, a to ve své podstatě znamená snížení citlivosti na tyto symptomy nebo přivyknutí si na ně do takové míry, že vás přestanou děsit.
- Psychofarmakoterapie – v případě velmi vážných panických záchvatů je možné užívat antidepresiva ze skupiny SSRI.
- Změna životního stylu a změna vlastních postojů – ke změnám v životním stylu, které mohou zmírnit sklon k panickým záchvatům, patří: zmírnění stresu a osvojení si technik k jeho zvládnání, pravidelný pohyb a cvičení, vyloučení stimulujících látek a cukry ze stravy, zpomalení životního tempa a vyhrazení so dostatku času na odpočinek, kdy můžete zcela „vypnout“ apod. (Bourne, 2017).

O tréninku relaxace a terapii zaměřenou na zvládnání paniky jsme se dozvěděli v předchozí kapitole „Prevence“.

Deprese se dá léčit antidepresivy, psychoterapií, fototerapií a také i elektrokonvulzivní léčbou, uvádí Ján Praško ve své publikaci. Nejrozšířenější a ve většině případů také nejosvědčenější u všech depresí je užívání antidepresiv. U mírné deprese může pomoci samotná psychoterapie. Od středně těžké deprese jsou ale potřebné léky a optimální je kombinace antidepresiv a psychoterapie.

- Farmakoterapie: Antidepresiva přímo chybějící neurotransmitery nedodávají, ale regulují jejich porušenou rovnováhu, jejich efekt není okamžitý, ale zpravidla se objeví za 3-6 týdnů užívání. Proto je důležité užívat léky dostatečnou dobu. I po odeznění depresivní nálady je nutné pokračovat v léčbě.

Antidepresiva: jsou léky, které umožňují lepší přenos vzruchu v některých neurotransmitterových systémech mozku tak, že zvyšují dostupnost chemických přenašečů na nervových zakončeních. Jde zejména o serotoninový, noradrenalinový nebo dopaminový přenašečový systém, které při depresivní poruše fungují

nedostatečně. Antidepresiva jsou účinné léky u depresivních a úzkostných stavů, ale i v celé řadě dalších indikací (např. u chronické bolesti, únavového syndromu apod.)

1. TCA – tricyklická antidepresiva: patří sem klasická antidepresiva – imipramin, amitriptylin, dosulepin, nortriptylin, clomipramin a další. Tyto léky existují již bezmála 50 let. Jsou to první léky, které prokázaly svou účinnost při léčbě deprese.
2. Antidepresiva 2. generace: patří sem novější léky – maprotilin, dibenzepin, mianserin.
3. SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu: tato skupina látek znamenala v posledních 20 letech revoluci v léčbě deprese, tak i úzkostných stavů. Patří sem citalopram, escitalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin a sertralin.
4. RIMA – reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy: Na trhu u nás je jediný přípravek moclobemid. Jedná se o středně účinné antidepresivum, vhodné také u pacientů s atypickými příznaky a zejména u lidí trpících sociální fobií nebo panickými záchvaty.
5. SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu – jedná se o novější skupinu léků – venlafaxin, milnacipran a duloxetin.
6. NDRI – specifické inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu – jedná se o bupropion. Toto antidepresivum snižuje také bažení po návykových látkách. Používá se například při odvykání kouření.
7. SARI – antagonisté serotoninu a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu – zástupcem této skupiny je trazodon.
8. NaSSA – noradrenergní a specifické serotonergní látky – představitelem této skupiny je mirtazapin.
9. Tianeptin – Jedná se o antidepresivum s jiným mechanismem účinku, o „antistresovou látku“, která v části mozku související s emoční pamětí napravuje důsledky dlouhodobého stresu.
10. Agomelatin – Nová látka podobná melatoninu. Mechanismus účinku je odlišný než u všech předešlých antidepresiv (Praško a kol., 2009).

Další možnosti léčby deprese uvádí Ján Praško, jako je například:

- Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět tomu, co se s člověkem v depresi děje. Učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a s problémy v životě a následně trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji nové fáze. Psychoterapeutický přístup poskytuje určitý ochraňující prostor, ve kterém se může postižený projevit a vyjádřit, co ho trápí. Psychoterapie zkracuje dobu léčby a u lehčích depresí je schopna pomoci i bez léků.
- Podpůrná psychoterapie je základní psychoterapie, kterou by měl provádět nejen každý psychiatr a psycholog, ale každý lékař a i zdravotní sestra. Základními rysy jsou naslouchání, vcítění, podpora, vedení, podání informací a i vysvětlení, povzbuzování, umožnění vyjádřit všechny emoce, které člověk prožívá. Měla by poskytnout dostatek informací o depresi a její léčbě a vysvětlit důležitost užívání antidepresiv.
- Individuální dynamická psychoterapie se snaží o analýzu nevědomých konfliktů. Jejich přivedením do vědomého myšlení pomocí interpretací, které vedou ke vhledu, dále pomáhá změnit pohledy na svět i postoje k sobě, které vedly k depresi. Většinou se jedná o dlouhodobou terapii.
- Skupinová psychoterapie se může stát velmi užitečnou. Zejména pokud deprese souvisí se vztahovými problémy v rodině či práci nebo ke vztahovým problémům vedla. Tato terapie umožní lépe porozumět svým problémům. Ale při středně závažné a těžké depresi není skupinová psychoterapie na počátku terapie možná. Je vhodná, až když nejtěžší příznaky po dobrání antidepresiv odezní. Také může rovněž pomoci v době udržování zlepšení.
- Podle kognitivně behaviorální terapie by se depresivní člověk naučil depresivním způsobem myslet a jednat a tento způsob je možné postupně přeučit na konstruktivní. Po změně depresivního způsobu myšlení a chování na konstruktivní způsoby běžně dojde k normalizaci nálady. Typicky se pracuje krok za krokem s depresivními myšlenkami a postoji, které se učí postupně proměňovat ve více adaptivní. Zároveň také učí, jak postupně plánovat a měnit svoji aktivitu. Dovednosti, které se postižený během léčby naučí, mu pak zůstávají. Kognitivně behaviorální terapie patří k nejúspěšnějším psychoterapiím deprese. U hlubokých depresí však tento přístup sám nestačí a musí se kombinovat s léky.
- Fototerapie je pro lidi trpící sezónní poruchou nálady je nejvhodnější léčbou ranní aplikace intenzivního světla, které se říká fototerapie. Dá se říci, že lidem se sezónní

poruchou nálady pomáhá každodenní prodloužení světelné části krátkého zimního dne.

- Elektrokonvulzivní léčba je vhodná u mnohých lidí s hlubokou depresí. Je vhodná i u nemocných, kteří nereagují na jinou léčbu a u lidí s vysokým rizikem sebevraždy. Elektrokonvulzivní léčba je nejúčinnější metodou léčby depresí. Tato metoda se provádí v celkové anestezii. Elektricky jsou stimulovány určité oblasti mozku pomocí elektrod přiložených na hlavě. Tato zmíněná stimulace vyvolá elektrickou synchronizaci v mozku. Celou proceduru postižený vůbec necítí a vůbec o ní neví.
- Metoda rTMS spočívá v aplikaci magnetického pole na specifickou oblast mozkové kůry, která je u lidí trpících depresí změněná. Na začátku je přiložena cívka indukující magnetické pole nad oblast pravého spánku a je lokalizována ideální oblast pro změření tzv. motorického prahu, to znamená zjištění intenzity magnetického pole, které vyvolá minimální svalovou odpověď na palci levé ruky. Po zjištění je cívka posunuta 5 cm dopředu nad oblast čelní kůry, kde je pak opakovaně aplikováno magnetické pole (Praško a kol., 2009).

Mezi nejruznějšími psychoterapeutickými metodami je to kognitivně-behaviorální terapie, v jejímž rámci se vytvořily ty nejkonkrétnější způsoby pomoci v případech všech typů úzkosti, uvádí Hans Morschitzky a Sigrid Sator ve své publikaci . Hledá-li člověk speciální návod ke zvládnání úzkosti, panických záchvatů nebo obsesí, bezpodmínečně by měl vyhledat právě zmíněnou kognitivně-behaviorální terapii. Pokud jde o pozadí úzkosti, mohou účinně člověku pomoci též jiné metody. Kromě individuální terapie může člověku trpící úzkostmi pomoci také terapie skupinová, například trénink sebejistoty a to také v případě sociální fobie.

Když nestačí svépomoc ani psychoterapie je tu možnost užívání léků. Všechna novější antidepresiva mají také anxiolytické účinky, to znamená, že působí proti úzkostem. Anxiolytika jsou považovány za první volbu léků v medikamentózní léčbě úzkostných a panických poruch. Jde o skupinu inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu.

Dále se můžeme při léčbě setkat s pojmem „utišující prostředky“, kterým rozumíme známé trankvilizéry ze skupiny benzodiazepinů. Jelikož jde o léky, na nichž po delší době vzniká závislost, neměli by je postižení pravidelně užívat déle než tři až čtyři týdny. Trankvilizéry jsou jen počáteční akutní opatření, než člověk začne s psychoterapií, nebo slouží jako počáteční medikace.

Betablokátory jsou léky určené k léčbě kardiovaskulárních onemocnění a původně nebyly pro úzkostné pacienty. Lékaři je však v určitých případech předepisují ke zmírnění

průvodních tělesných symptomů a úzkostí různého typu. Tyto léky se mají používat užívat jen v akutních případech. Působí tedy pouze na úrovni symptomů.

Neuroleptika někteří lékaři předepisují v nižších dávkách jako alternativu trankvilizéru. Člověk by měl mít ale na paměti, že tyto prostředky zdravotnické úřady nepřipouštějí při léčbě úzkostných a panických poruch.

Placebo-efekt – placebo jsou zdánlivé léky bez účinné látky, které působí jen díky víře pacienta, že obdržel skutečný lék. Ve výzkumných studiích účinnosti nových léků se placebo podává „kontrolní skupině“. Výsledkem četných takovýchto studií je zjištění, že placebo bylo u třetiny až poloviny úzkostných a panických pacientů stejně účinné jako skutečný lék. Rostlinné přípravky získaly v posledních letech v léčbě úzkostných poruch velký ohlas. Jsou to různé preparáty na bázi kava-kava, případně přípravky z třezalky, které se už v minulosti úspěšně ordinovaly mnoha depresivními pacientům.

V případě rostlinných přípravků se člověku doporučuje konzultace s lékařem. Preparáty kava-kava jsou dnes zakázané pro možné poškození jater (Morschitzky, Sator, 2014).

Současná léčba agorafobie se podle Edmunda J Bourna:

- Návčik relaxace je terapie zaměřená na zvládnání paniky a interoceptivní expozice. Jelikož agorafobie většinou pramení ze strachu z panických záchvatů, používají se pro její léčbu stejné postupy, jako jsou u panické poruchy.
- Expozice (expoziční terapie) znamená, že člověk čelí či se vystavuje obávané situaci, které se vyhýbal, a to postupně, krok po kroku. Tato expozice se prvotně provádí pouze v představách, a poté v reálném životě.
- Kognitivní terapie jejímž cílem je pomoci člověku nahradit negativní a úzkostné vnitřní hovory o panických záchvatech a fobiích realističtějšími a více podporujícími vnitřními hovory. Člověk se naučí rozpoznávat, zpochybňovat a nahrazovat negativní myšlenky konstruktivními myšlenkami.
- Psychofarmakoterapie se v současné době při léčbě závažných forem agorafobie obvykle používají psychofarmaka. U lidí, kteří nejsou schopni vyjít z domu anebo jejichž aktivity jsou v důsledku agorafobie velmi vážně omezeny, se používají zejména inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), jako je Zoloft, Lexapro, Celexa nebo Cymbalta. Pro zvládnání prvotních fází expozice je možné také použít nízké dávky sedativ, jako Xanax nebo Klonopin.
- Návčik asertivity – Protože lidé, kteří trpí agorafobií, mívají obvykle problém postavit se sami za sebe a hájit svá práva, je součástí léčby návčik asertivity.

- Díky skupinové terapii je možné agorafobii velmi účinně léčit. Skupina může člověku poskytnout velkou podporu, díky které si uvědomí, že není se svým problémem sám, a zároveň mu pomůže dokončit domácí úkoly mezi jednotlivými sezeními (Bourne, 2017).

Dle Jána Praška je spousta lidí přesvědčena, že specifická fobie je rys jejich povahy, a tudíž s tím nepůjde nic dělat, to ale není pravda. Specifická fobie je totiž dobře léčitelná úzkostná porucha. Možnosti léčby jsou v zásadě dvě a obě velmi úspěšné:

1. Psychoterapie
2. Léčba léky

Pouze samotná léčba léky vede ke zlepšení u 30-50% postižených. Lepších výsledků dosahuje kognitivně-behaviorální terapie, po které se cítí lépe 70-80% postižených. K léčbě je potřeba vytvořit žebříček strachů, od nejlehčího k nejtěžšímu, a pak se postupně, krůček po krůčku, obávaným situacím vystavit a vydržet v nich dostatečně dlouho, aby úzkost mohla citelně polevit. Je možná i kombinace obou přístupů.

- Léčba léky – používají se léky, které jsou účinné u panické poruchy a mohou pomoci i u situačních fobií, jako je klaustrofobie.

Účinek expozice bývá menší, užívá-li člověk s fobií zároveň i léky na uklidnění například Anxiolytika. Užívání je pro to, že svůj klid při kontaktu s fobickým objektem přičítá účinku léku, a ne svému vlastnímu jednání. Umožňují například zvládnout situaci, na kterou se dotyčný nemohl předem připravit nebo jejíž zvládnutí je v současné době ještě za hranicemi jeho možností, ale přitom ji nelze odložit.

Mohou se podávat také léky proti úzkosti (benzodiazepiny) v mírných dávkách usnadní začátek úzkosti. Benzodiazepiny mohou také rychleji zlepšit návrat k normálnímu fungování pro lidi, kterým vyhýbání narušuje normální život.

- Psychoterapie – Psychoanalýza ani psychodynamické terapie v krátkém časovém rozmezí nevedou ke zmírnění vyhýbavého chování. Panuje obecná shoda v tom, že taková léčba, v níž má pacient pasivní roli, je méně účinná, a že má-li se stav pacienta zlepšit, je nedůležitější, aby se postižený opakovaně vracel do situací, kterým se dříve vyhýbal. Okolo 80% postižených se zlepší středně, nebo výrazně. Vzhledem k mnohokrát prokázané účinnosti behaviorální terapie u specifických fobií by ale jakýkoli jiný psychotherapeutický přístup k léčbě těchto fobií měl zahrnovat specifické behaviorální techniky.
- Kognitivně-behaviorální terapie – První volbou v léčbě specifických fobií je expozice „na život“, která patří do rámce této terapie. V některých obzvlášť těžkých

a chronických případech může být prvním krokem expozice v imaginaci, nebo u silně úzkostných pacientů systematická desenzibilizace.

Po vyšetření a zhodnocení fobie odborník s pacientem vytvoří hierarchii situací, kterým se pacient bude postupně vystavovat, od nejlehčích po nejtěžší. Jedná se o odstupňovanou expozici. Vždy, když již zvládá lehčí položku v hierarchii dobře, je vystavován další, subjektivně více obávané situaci. Ideální je praktikovat 1-3 expozice denně.

Při expoziční léčbě se jedná o vystavení se strachovému podnětu bez relaxace. Základním principem je, že zabránění útěku nebo vyhnutí se situaci vede k učení, že strachová reakce je dobře zvládnutelná.

Další variantou expoziční léčby je zaplacení. Při tomto typu expozice je pacient konfrontován rovnou s nejtěžší situací, aby se vyprovokoval maximální strach, přičemž v situaci zůstává tak dlouho, až strach poleví. Zaplavení strachem je velmi účinné a vede k rychlému odstranění fobie. Ovšem pouze málo pacientů se k této metodě odhodlá (Praško a kol., 2008).

Obdobně jako Ján Praško se i Edmund J. Bourne zabývá léčbou určitých specifických fobií a to konkrétně:

- Kognitivně-behaviorální terapie performační úzkosti spočívá v rozpoznání negativních vnitřních přesvědčení a obrazů, která člověku podryvá sebevědomí, a jejich postupným nahrazování konstruktivnějšími vnitřními přesvědčeními, které člověku říkají, že:
 1. Člověk má schopnost podat dobrý výkon před druhými lidmi
 2. Je možné přijmout svou úzkost a být s ní součástí, když se objeví, namísto toho, aby s ní člověk bojoval
 3. Je lidské dělat chyby
 4. Ostatní ocení, když bude člověk „sám sebou“
 5. Druzí lidé pravděpodobně nebudou vidět v člověku úzkost, ačkoli se uvnitř cítí hodně úzkostně
 6. Ostatní lidé postiženého nepodrobují pečlivému zkoumání, zda pokazí svou řeč či výkon
 7. Když se člověk zaměří na poselství a informace, které chce druhým lidem sdělit, může odvést svou pozornost od vlastní úzkosti
 8. Díky praxi a dostatečnému tréninku může dosáhnout skvělých výkonů

Jakmile člověk nahradí svá dysfunkční vnitřní přesvědčení konstruktivními přesvědčeními, sestaví si postupně expoziční škálu a bude krok za krokem čelit složitějším situacím, ve kterých bude vystupovat na veřejnosti.

- Hlavní pilíře účinné léčby fobie z létání jsou edukace a kognitivně-behaviorální terapie. Edukace zahrnuje informace o tom, jak letadla létají, a všechna možná opatření, která zajišťují bezpečnost postiženého. Seznámení se se skutečností, že letadla jsou konstruována tak, aby vydržela několikanásobně vyšší vzdušné turbulence, než jaké mohou reálně nastat. Pochopení toho, že určité rušivé zvuky, například vysouvání podvozku, jsou zcela běžnou součástí letu.

V rámci kognitivně-behaviorální terapie se lidé učí strategie ke zvládnání panických záchvatů a poté pracují na změně katastrofických myšlenek založených na jejich specifických obavách.

- Stejně jako u dalších fobií se při léčbě klaustrofobie používá kognitivně-behaviorální terapie, která je úspěšná. V rámci tohoto přístupu terapeut pomůže člověku rozpoznat a zpochybnit jeho katastrofické myšlenky, například mylný názor, že pobyt v přeplněné místnosti či plném letadle je potencionálně nebezpečný a ohrožuje postiženého na životě. Člověk pracuje na posílení vnitřního přesvědčení, že schopnost cestovat má mnoho výhod oproti vyhýbání se cestování kuli strachu.

K léčbě klaustrofobie se dále úspěšně používá virtuální realita.

- Opět jako u ostatních fobií je u dentální fobie prvotní léčbou volba kognitivně-behaviorální terapie. Pro úspěch této léčby je kromě terapie důležitá ještě jedna proměnná, a to osobnost zubaře a způsob jeho jednání s pacienty.
- Pro překonání strachu z výšek je účinná kognitivně-behaviorální terapie. Nejdříve si člověk bude v rámci terapie osvojovat strategie pro zvládnání paniky a poté bude provádět postupnou expozici v čím dál vyšší výšce.
- Překonání fobie ze zvířat a hmyzu je celkem jednoduché a zahrnuje postupnou expozici obávanému zvířeti či hmyzu. Stejně jako u ostatních fobií je i zde potřeba sestavit expoziční stupnici, která je tvořena postupně čím dál složitějšími kroky – od sledování obávaného zvířete nebo hmyzu na fotografiích a videu až po přímý kontakt s ním (Bourne, 2017).

2.3. Sociální pomoc

V této kapitole se dozvíme dalších pár informací o některých službách sociální práce. Mezi služby sociální práce patří, služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství.

Dále se zde můžeme dozvědět i některé doplňující informace o typech/metodách léčeb, se kterými jsme se seznámili v předchozí kapitole „Desenzibilizace – léčba“.

Sheafor, Horejsi, Horejsi tvrdí, že případová práce vychází z předpokladu, že hodnota člověka je nadřazena všemu ostatnímu. Je tedy postavena výše než zájmy institucí nebo jakékoli možné hmotné hodnoty (Sheafor, Horejsi, Horejsi, 1988 in Matoušek a kol., 2013).

Sociální pomocí se zabývá Oldřich Matoušek, který uvádí, že poradenstvím se dnes zabývají všechny pomáhající profese, je považováno za všestrannou činnost, na níž spolupracuje mnoho osob a organizací (Matoušek a kol., 2013).

Ján Praško ve své publikaci uvádí možné termíny sociální pomoci, se kterými se můžeme setkat a to například:

- Psychoterapie – Psychoterapeut je odborník, který je schopen se vcítit do toho, co člověk prožívá. Má již zkušenosti s jinými lidmi s podrobnými problémy a odborné znalosti, které mu umožní člověku co nejlépe pomoci. Odborník je lidským průvodcem, který člověku umožní uklidnit se a postupně mu pomoci porozumět souvislostem.
- Individuální podpůrná psychoterapie pomáhá obnovit člověku důvěru v sama sebe a v budoucnosti a vytvořit si pevný vztah s osobou, které je možné důvěřovat v krizových situacích. Je zde přátelská atmosféra, přijetí a pochopení, do ničeho nenutí.
- Individuální dynamická psychoterapie není zaměřena tolik na odstranění příznaku deprese jako na změnu osobnosti člověka, aby depresí trpět nemusel.
- Skupinová psychoterapie běžně probíhá ve skupině 8-12 osob. Nejčastěji ji vedou dva psychoterapeuti, nejlépe muž a žena. Cílem léčby je poznat souvislosti mezi chováním jedince a jeho problémy a nemocí a poté pomoci tyto vzorce změnit (Praško a kol., 2009).

Goldschmidt uvádí skupinu a její význam – lidé se potřebují kontaktovat, komunikovat, dorozumívat se, přijímat druhé a cítit, že jsou také přijímáni, potřebují vzájemnost, aby mohli pocítit a dát najevo svou jedinečnost. Dále se učí naslouchat, tolerovat, respektovat,

ale také se vymezovat a obhajovat to, co je pro ně důležité (Goldschmidt in Yalom, 1999 in Matoušek a kol., 2013).

Hans Morschitzky a Sigrid Sator uvádějí možné příklady, kam se obrátit v případě hledání sociální pomoci, jako například:

- Stacionární léčba na psychiatrické nebo psychosomatické klinice může mít smysl, když díky ní nastane koncentrovaná terapie s vyhlídkou na rychlejší vyléčení. Tato léčba může mít smysl také jako ulehčení od tlaku celkově stresující životní situace, na níž není dotyčný schopen pracovní činnosti, anebo při extrémním napětí v rodině.
- Svépomocná skupina – ve skupině lidí s podobnými problémy člověk může najít porozumění, oporu a sílu k tomu, aby ke svým úzkostem přistupoval po vzoru ostatních lépe než dosud.
- Nejnovější možností pro svépomoc v úzkostech a panice jsou internetové stránky. S některými otázkami se můžete obracet na účastníky odpovídajících fór, kteří člověku mohou poskytnout informace, rady a podporu.
- Pokud právě rodinný příslušníci nepřispěli ke vzniku úzkostné poruchy, mohou být velice užiteční v případě, že by se člověk z počátku pokusil dostat své úzkostné a panické stavy pod kontrolu bez odborné pomoci (Morschitzky, Sator, 2014).

O některých konkrétních organizacích, které mohou postiženému nabídnout zmíněné služby se dozvíme v následující kapitole „zařízení zabývající se léčbou“.

Socioterapií se zabývá Lenka Šimková, která uvádí, že sociálně terapeutické činnosti jsou součástí odborného sociálního poradenství dle prováděcí vyhlášky k zákonu o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.)

U konkrétních typů sociálních služeb je zákon o sociálních službách popisuje například jako krizovou intervenci a další možné socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování pomáhá k překonání krizového stavu a zahájení navazujícího terapeutického procesu. Je to bráno jako činnost, díky které vede její poskytování k rozvoji, či udržení osobních a sociálních schopností a také k dovednostem podporujících sociální začleňování. Dále je to také bráno, jako poskytování psychosociální podpory formou naslouchání, nebo podporu výměny zkušeností. Také to mohou být v poslední řadě brány jako výchovné, nebo také vzdělávací a volnočasové aktivity (*Http://socialnirevue.cz: Socioterapie aneb Když poradenství nestačí* [online]. Lenka Šimková, 2009 [cit. 2018-04-26]).

Výkon sociální pomoci je zajišťován určitými službami uvádí Oldřich Matoušek ve své publikaci. Termín sociální služby v podmínkách českého prostřednictví má užší význam,

který jim dává zákon o sociálních službách a jeho druhové vymezení ve více jak třech desítkách jednotlivých druhů sociálních služeb.

Služby poskytují:

- Odborní pracovníci
- Organizace poskytující činnosti

Poslání organizace – pro každou organizaci je důležité, aby její pracovníci, okolní prostředí a její spolupracovníci organizace případní zájemci o službu znali a rozuměli jejímu poslání (Matoušek a kol., 2013).

Dále se Oldřich Matoušek zabývá rolemi sociálních pracovníků. Sociální pracovníci na sebe berou povinnost k profesi a k zaměstnavateli. Že budou své povinnosti plnit od nich legitimně očekávají ostatní.

Sociální pracovník se pohybuje v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, dále zaměstnavatelem a také profesními standarty.

Obecné předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese jsou: zdatnost (fyzická zdatnost z důvodu, že pomáhat druhým je těžká a vysilující práce), inteligence, přitažlivost (vyplývá nejen z fyzického vzhledu, ale i z toho, jak dalece klient vnímá určitou názorovou příbuznost, myšlenkovou slučitelnost, případně i citový příklon k pracovníkovi), důvěryhodnost, komunikační dovednosti (Matoušek a kol., 2013).

3. Zařízení zabývající se léčbou

3.1. Sociální zařízení se zaměřením na práci s fobiemi

Na stránkách organizace Adicare, přesněji v záložce „Psychoterapie“ se můžeme setkat s poruchami, jako deprese, úzkosti a fobie (sociální fobie, agorafobie, panická porucha, specifická fobie).

Organizace ADICARE S.R.O. umožňuje léčbu těchto fobií a dalších podobným pomocí kognitivně-behaviorální psychoterapie, individuální psychoterapie, skupinové terapie, Gestalt psychoterapie, Daseins analýzy apod. Dále tato organizace nabízí terapeutické víkendy.

Národní ústav duševního zdraví na svých stránkách uvádí, že jejich hlavním zaměřením programu je výzkum neurobiologických mechanismů vedoucích k rozvoji nejzávažnějších duševních poruch (schizofrenie, deprese, úzkostné stavy a reakce na stres). Dále je také součástí programu vývoj a testování nových diagnostických a léčebných metod. Přístup k řešení problematiky je vytvořený na vzájemné provázanosti metodik molekulární biologie, animálního modelování a klinického výzkumu a testování.

NUDZ věnuje zvláštní pozornost výzkumu a léčbě poruch nálad, úzkostných poruch, psychotických poruch a podobně ([Http://www.nudz.cz](http://www.nudz.cz): *O nás* [online]. NUDZ, 2015 [cit. 2018-04-18]).

Dále na stránkách NUDZ konkrétně po zvolení ikony „Léčebná práce“ se nám zobrazí možnost denních stacionářů. Po zvolení „Denní stacionář 2: úzkostné poruchy“ se nám zobrazí informace k možnosti léčbě fobií jako je agorafobie, sociální fobie, panická porucha, úzkostná porucha a další. Dále zde nalezneme kontakt kam se obrátit v případě zájmu o program. Nejčastěji se jedná o uzavřenou skupinu.

Na stránkách organizace Šance dětem po zvolení ikony „kontakty“ se nám zobrazí několik možných telefonních čísel krizových linek, kam se lze obrátit v případě nouze.

Organizace Šance dětem se také zaměřuje na deprese u dětí, psychické problémy dítěte apod.

Jak jsme se již mohli dozvědět v předchozích kapitolách je velmi důležité již v zárodku jakékoli typu fobie či poruchy zakročit a začít s ní pracovat. V dospělosti je těžší se s touto poruchou vyrovnat, neboť postižené velmi omezuje jak v osobním, tak v profesním životě.

Na stránkách organizace SFinga se můžeme dozvědět, že cílovou skupinou organizace jsou lidé trpící sociální úzkostí. Převážně se jedná o lidi trpící sociální fobií, nebo také vyhubou poruchou osobnosti a o další osoby, u nichž se výrazná sociální úzkost projevuje. Není však podmínkou mít kteroukoliv diagnózu stanovenou. Cílem organizace je zvyšování kvality života lidí a jejich lepší integrace do společnosti. Dalším cílem je udržení převažujícího svépomocného charakteru spolku a informování o problematice sociální fobie ve společnosti ([Http://www.sfingaos.cz](http://www.sfingaos.cz): *Cílová skupina a cíle spolku* [online]. Spolek SFinga [cit. 2018-04-18]).

U spolku SFinga si můžeme povšimnout, že se již nejedná jen o léčbu, ale i o sociální sféru, integraci do společnosti a hlavně o informovanost společnosti.

Podrobnější informace jako jsou kontakty na výše zmíněné organizace nalezneme v příloze č. 3.

4. Průzkum

V druhé části mé bakalářské práce jsem se zaměřila na průzkum k potvrzení mého cíle, že sociální fobie, ale nejen tato vzniká z určitého traumatu, který se odehrál během našeho života.

V rámci průzkumu mé bakalářské práce na téma „Sociální fobie a možnosti sociální práce“ jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Dotazník je zaměřen zejména na lidi trpící sociální fobií, ale také i na jiné poruchy, jako je panická porucha, deprese, úzkost, agorafobie, specifické fobie a možnosti sociální práce s nimi.

Cílem mého průzkumu je od respondentům zjistit, zda si svou fobií spojují s nějakým traumatem, který v určité etapě jejich života prožili. Dalším mým cílem bylo zjistit zda respondenti využili možnosti sociální práce a pomoci.

4.1. Metodologie průzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodu kvantitativního průzkumu formou dotazníku.

Dotazník byl zcela anonymní a rovněž dobrovolný. Pro respondenty jsem si připravila dotazník s dvanácti otázkami. Převážná část otázek v dotazníku byla sestrojena z uzavřených otázek a u některých byla doplňující otevřená otázka. Také jsem do dotazníku zakomponovala pouze pár otevřených otázek.

Dotazník byl sestrojen elektronicky a byl rozdán respondentům.

Průzkumu se zúčastnilo 13 respondentů, z čehož bylo 8 respondentů z organizace SFinga a 7 náhodných respondentů, o kterých vím, že se s fobií potýkají. Jak organizaci, tak i náhodné respondenty jsem oslovila osobně a dotazníky jim předala.

V poslední fázi po navrácení dotazníků od respondentů jsem provedla analýzu výsledků pomocí grafů. Výsledky jsem vyhodnotila procentuálně.

Dotazník nalezneme v příloze č. 4.

4.2. Výsledky a jejich interpretace

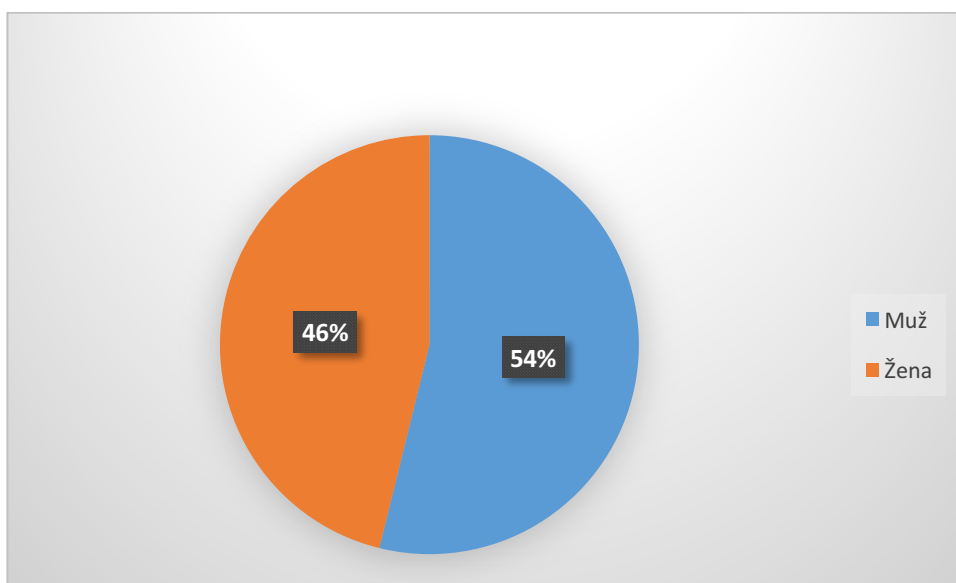
Zde jsem se zaměřila na výsledky a jejich interpretaci.

Výsledky dotazníků se nedají zobecnit z důvodu nedostatečného počtu vrácených vyplněných dotazníků. Jak jsme se již mohli v první části bakalářské práce dozvědět, tak lidé, kteří trpí fobií, či poruchou mají tendenci si tento fakt zapírat. Dalším faktem, který

mohl být důvodem vrácením nedostatečného počtu dotazníků může být ten, že se spousta lidí za tento „problém“ stydí, či se bojí „nálepkování“.

Otázka č. 1 – Jsem pohlaví.

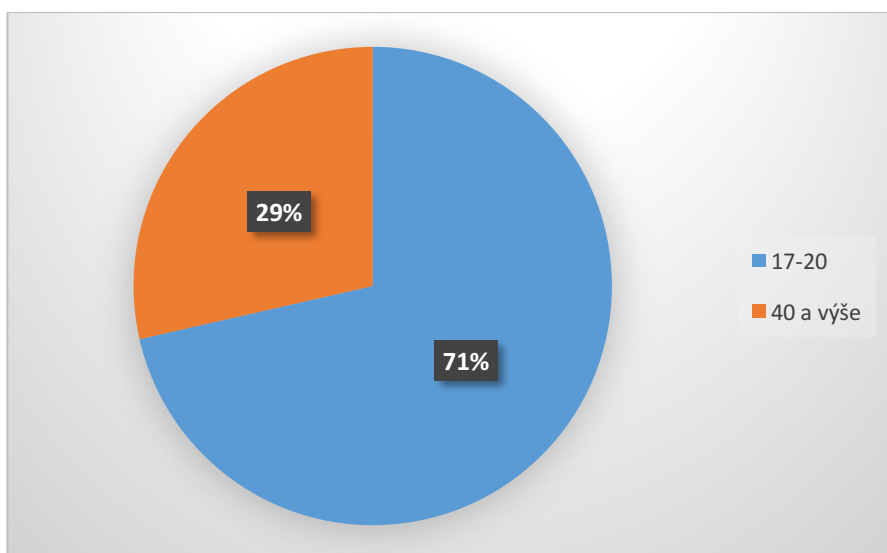
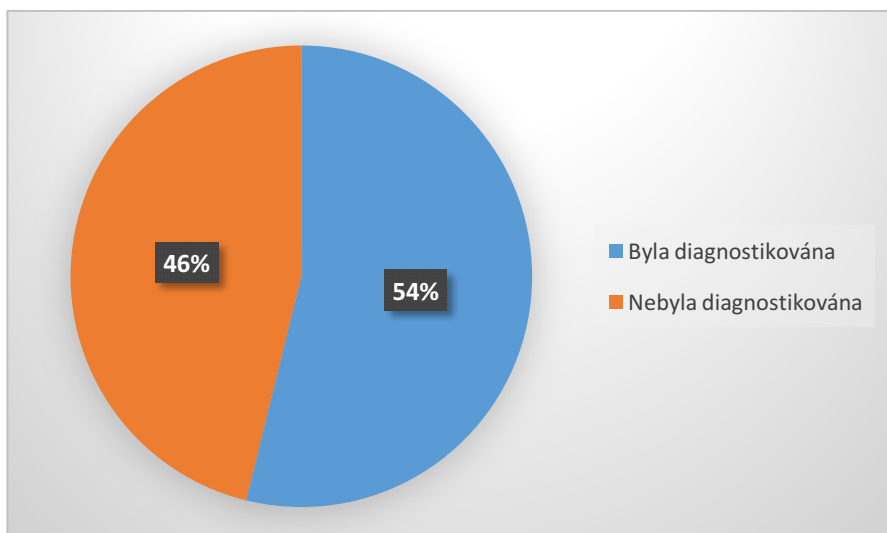
Cílem této otázky bylo zjistit, jakého jsou respondenti pohlaví a zda fobie postihuje stejně tak často muže, jako ženy. Možnosti této otázky byly uzavřené a respondent měl zvolit pouze jednu variantu.



Tuto otázku zodpovědělo všech 13 respondentů, z nichž bylo 6 žen (46%) a 7 mužů (54%). V mém průzkumu to znamená, že fobiami jsou více postiženy ženy.

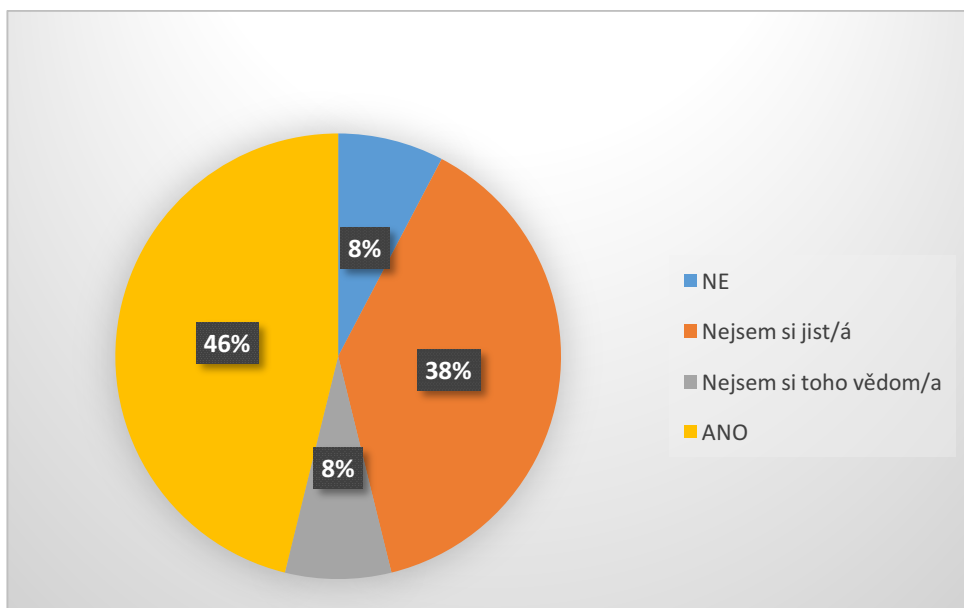
Otázka č. 2 – Fobie mi byla diagnostikována v letech.

Cílem druhé otázky bylo zjistit, v kolika letech byla respondentům diagnostikována fobie. Otázka byla otevřená a respondent měl věk napsat. Ze 13 respondentů byla 7 lidem (54%) diagnostikována. V pěti ze sedmi případů se jednalo o věk v rozmezí 17-20, ve zbylých dvou případech se jednalo o věk nad 40. Zbylým 6 respondentům (46%) ze 13 fobie nebyla lékařsky diagnostikována. Tito lidé si svou fobii uvědomují a pracují s ní, ale nemají tento fakt lékařsky doložený a opět se můžeme vrátit k názoru, že se bojí „nálepkování“, či se za svou fobii stydí.



Otázka č. 3 – Spojujete si svou fobii s určitým traumatem, který se odehrál v průběhu Vašeho života?

Toto byla jedna z mých prioritních otázek a cílů mé bakalářské práce, zda si respondenti spojují svou fobii s traumatem. Na výběr měli z možností čtyř uzavřených otázek a v případě zvolení otázky ano, byl vymezen prostor pro napsání daného traumatu.



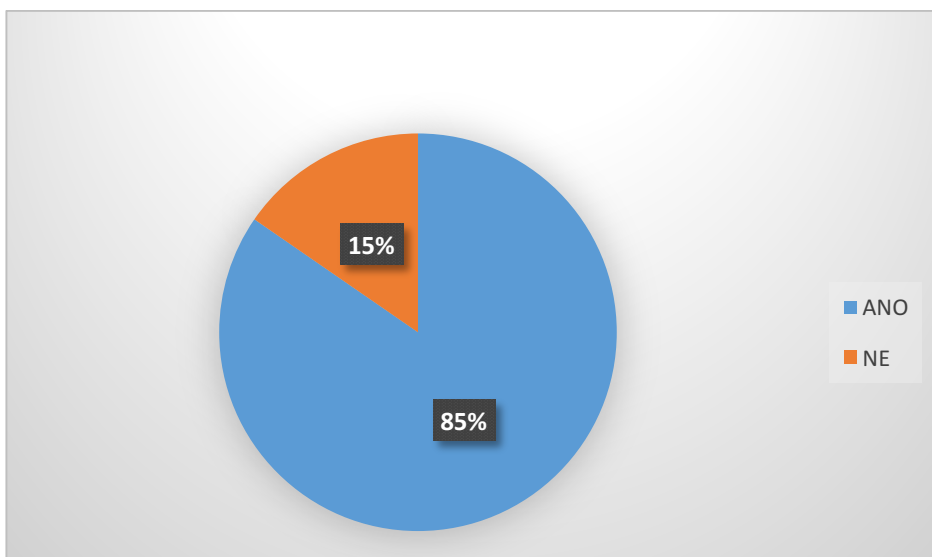
Z grafu vyplývá, že 6 respondentů (46%) ze 13 si svou fobii spojují s určitým traumatem. Dále pouze 1 respondent (8%) zvolil variantu ne, 1 respondent (8%) si toho není vědom a 5 respondentů (38%) si nejsou jistí.

5 respondentů tedy 38% odpovědělo, že si své trauma spojuje s šikanou na základní škola, zejména z posmívání. Dále dva respondenti napsali, že se na jeho fobii podílel i vliv rodiny, či, náročná práce.

Vysoké procento respondentů si spojuje fobii s traumatem který během svého života prožili. Respondenti, kteří zvolili jednu z variant odpovědi „Nejsou si jistí“, nebo „Nejsou si toho vědomí“, tak ani v jedné z možností mou teorii nevyklučují.

Otázka č. 4 – Máte dojem, že Vás fobie omezuje v každodenním životě?

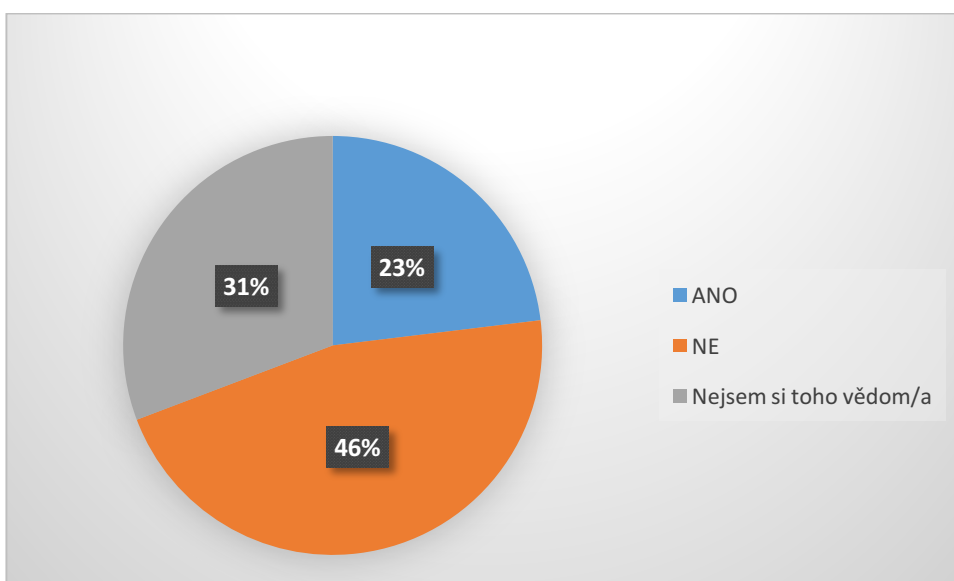
Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenty jejich fobie omezuje v každodenním životě a tím pádem se pro ně fobie stává překážkou, které musí čelit. Respondenti měli na výběr ze dvou uzavřených otázek.



Z grafu vyplývá, že 11 respondentů (85%) ze 13 jsou svou fobií denně omezovány a pouze 2 respondenti (15%) zvolilo variantu ne. To znamená, že výrazně respondentů, kteří trpí fobií jsou omezováni v každodenním životě.

Otázka č. 5 – Máte člena rodiny, který trpí stejnou fobií, jako máte vy?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda je u respondentů fobie dědičná, či se spíše potvrzuje domněnka mé bakalářské práce a to, že je fobie způsobena traumatem. Respondenti měli na výběr ze tří uzavřených otázek.

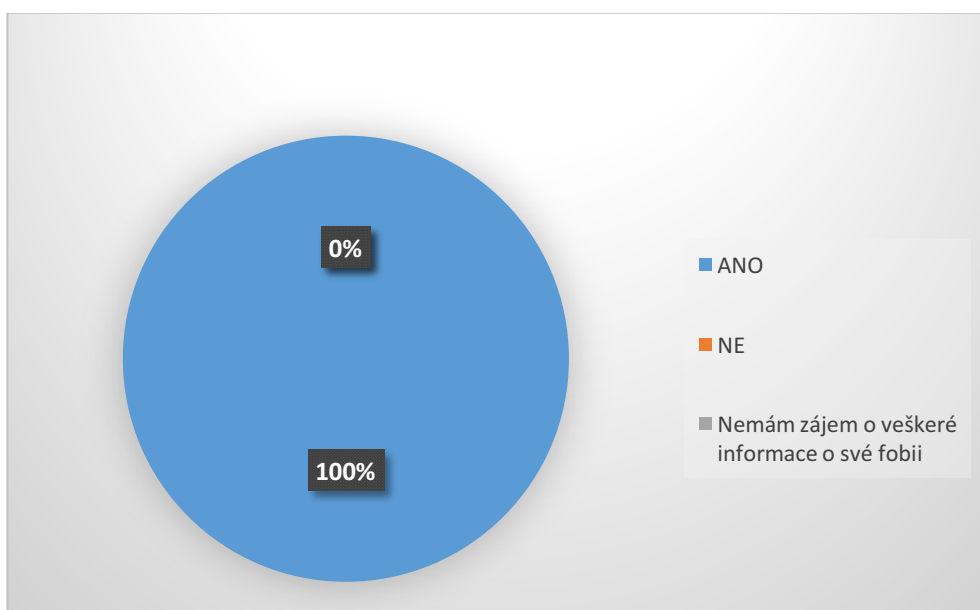


Z grafu vyplývá, že 3 respondenti (23%) ze 13 mají člena rodiny se stejnou fobií, 6 respondentů (46%) nemají člena rodiny se stejnou fobií a 4 respondenti (31%) si toho nejsou vědomi.

Vysoké procento respondentů nemá člena rodiny se stejnou fobií. Zřejmě se tedy nejedná o dědičnost a případně že ano, je spíše možný vliv prostředí.

Otázka č. 6 – Zajímáte se o svou fobii?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda se respondenti zajímají o svou fobii, či nikoli. Respondenti měli na výběr ze tří uzavřených otázek.



Z grafu je očividné, že všech 13 respondentů (100%) ze 13 se zajímá o svou fobii a chtějí ji řešit. Tento výsledek je velmi pozitivní, ale je zajímavé, že ne všichni respondenti si nechali svou fobii diagnostikovat.

Otázka č. 7 – Začal/a jste svou fobii řešit ve chvíli, kdy jste si ji uvědomil/a, nebo Vám byla diagnostikována?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti po zjištění, či uvědomění si své diagnózy začali s fobií pracovat, či se opět potvrdí fakt, že se za svou fobii stydí, či se s ní chtěli naučit pracovat sami, aby se vyhnuli „nálepkování“. Respondenti měli na výběr z 9 uzavřených možností. Někteří respondenti zvolili i více možností.

ANO, hned jsem se o své fobii začal/a informovat	1
ANO, hned jsem navštívil/a lékaře	1
ANO, hned jsem navštívil/a sociální zařízení	0
ANO, využila jsem možnost psychoterapie	1
NE, bál/a jsem se si to přiznat	1
NE, chtěl/a jsem nejdříve svůj problém zkusit vyřešit sám/a	5
NE, bál/a jsem se, co si o mě pak budou myslet ostatní	0
NE nevěděl/a jsem, kam se mám s tímto problémem obrátit	4
NE z důvodu úzkosti jsem s tím nedovedl/a nic dělat	3

Z tabulky vyplývá, že nejvíce, tedy 5 respondentů zvolilo variantu, že nejdříve chtěli svůj problém zkusit vyřešit sami, což se opět vracíme faktu, který jsem již zmiňovala. Dále 4 respondenti zvolili variantu, že nevěděli kam se s tímto problémem obrátit, 3 respondenti z důvodu úzkosti s tím nedokázali nic dělat, 1 respondent se bál svůj problém přiznat. Pouze 3 respondenti zvolili variantu, kde začali se svým problémem pracovat.

V rámci vyhodnocení tabulky si můžeme povšimnout problému, kdy 4 respondenti odpověděli, že nevěděli kam se s tímto problémem obrátit. Díky tomuto poznatku je zřejmé, že je nutná větší informovanost.

Otázka č. 8 – Pokud jste navštívil/a nebo navštěvujete sociální zařízení, tak jaké?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda se respondenti obrátili na nějakou organizaci, kde se mohou léčit, či začít se svou fobií pracovat. Otázka byla otevřená a respondent měl napsat název organizace, kterou navštěvuje, či navštěvoval.

Někteří respondenti napsali více organizací které kdy navštěvovali, či stále navštěvují.

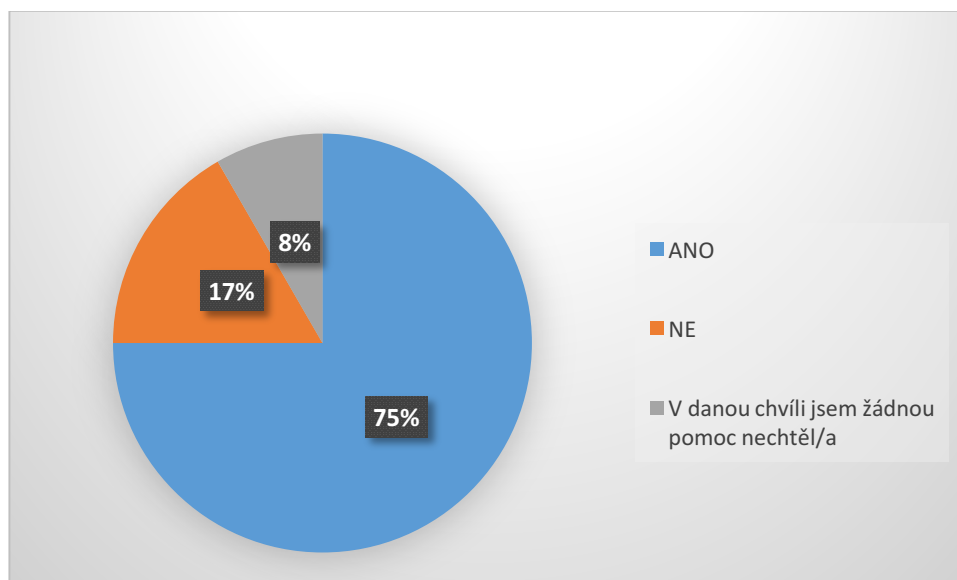
Pouze 3 respondenti (23%) ze 13 neuvedli žádnou organizaci, kterou kdy navštívili, či jsou klienty. 10 respondentů (77%) navštěvuje, či navštěvovalo organizaci SFinga, dále organizaci CATA, Sanatorium Ondřejov, skupinovou kognitivně behaviorální terapii, Ambulantní psychiatrii, psychologa, Stacionáře na Hájích, organizaci NUDZ (Národní ústav duševního zdraví).

V rámci výsledků, 77% respondentů jsou klienty, či byli klienty organizace a se svou fobií pracují. Zbýlých 23% respondentů žádnou organizaci nenavštívili.

Pouze malé množství výše zmíněných organizací poskytuje sociální služby. Převážně se organizace zaměřují na socioterapii.

Otázka č. 9 – Byla Vám poskytnuta sociální pomoc?

Tato otázka byla směřována již pouze pro lidi, kteří navštěvují, či navštěvovali sociální zařízení. Cílem bylo zjistit, zda byla respondentům v dané organizaci poskytnuta sociální pomoc. Respondenti měli na výběr ze 3 uzavřených otázek.



Na tuto otázku odpovědělo 12 respondentů ze 13. Z grafu vyplývá, že 9 respondentům (75%) z 12 byla poskytnuta sociální pomoc. 2 respondenti (17%) z 12 uvedlo, že jim sociální pomoc poskytnuta nebyla. Tato otázka byla položena lidem, kteří odpověděli na předchozí otázku a to jakou navštěvují, či navštěvovali organizaci. Přesto jeden respondent na předchozí otázku neodpověděl, ale zde uvedl, že mu sociální pomoc poskytnuta nebyla. Je možné že respondent nechtěl zmínit organizaci, kde mu sociální pomoc nebyla poskytnuta. Dále 1 respondent (8%) z 12 odpověděl, že v danou chvíli žádnou sociální pomoc nechtěl.

Otázka č. 10 – Byla mi poskytnuta sociální pomoc a jednalo se o:

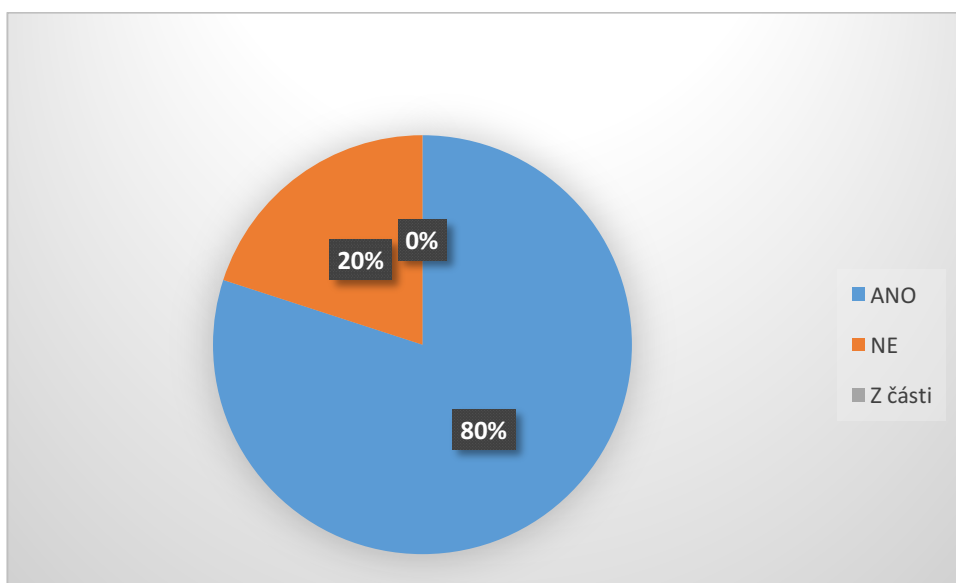
Tato otázka navazovala na předchozí otázku a cílem bylo zjistit, jaké sociální služby organizace nabízejí respondentům, kteří trpí fobiemi.

Na tuto otázku odpovědělo 10 respondentů ze 13. Respondenti uvedli, že se jednalo o poskytnutí služeb jako skupinová terapie, diskuze, sociální kontakt, tolerance, psychologická a psychiatrická sezení, antidepresiva, psychoterapie, schůzky s dobrovolníkem a různé sociální pobyty.

Výše uvedené služby se dají zařadit do sociální práce, ale ve své podstatě se jedná o terapii, a ne o sociální služby.

Otázka č. 11 – Máte dojem, že sociální zařízení, které navštěvujete splnilo Vaše očekávání?

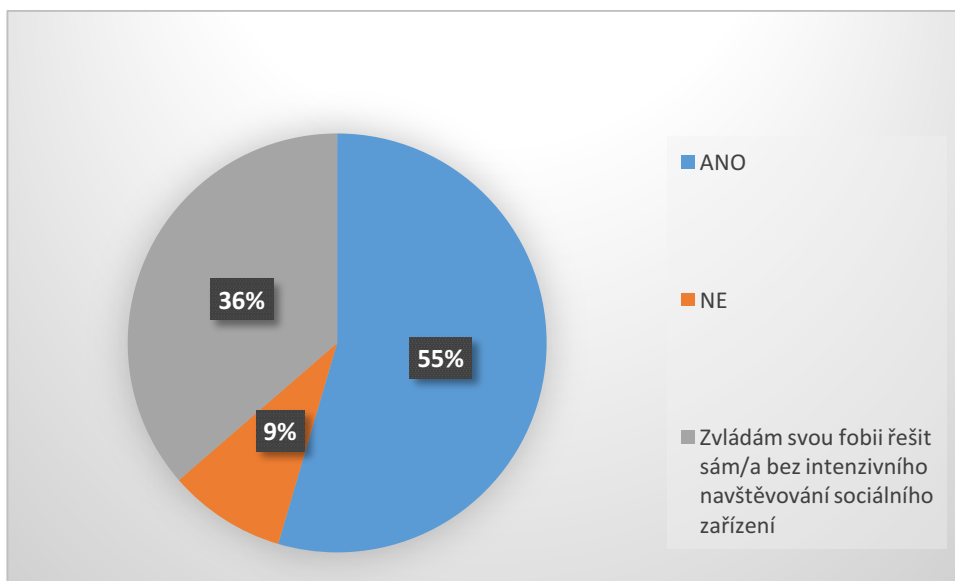
Cíle této otázky bylo zjistit, zda byli respondenti spokojeni se službami, která organizace poskytuje. Respondenti měli na výběr ze 3 uzavřených odpovědí.



Na tuto otázku odpovědělo 10 respondentů ze 13. Z grafu vyplývá, že 8 respondentů (80%) z 10 sociální zařízení splnilo jejich očekávání. Další 2 respondenti (20%) z 10 nebyli se sociálním zařízením spokojeni, neboť na otázku odpověděli, že sociální zařízení nesplnilo jejich očekávání.

Otázka č. 12 – Máte dojem, že díky navštěvování sociálního zařízení se Vaše fobie zlepšuje/zmírňují se příznaky?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda sociální zařízení a jejich služby, které poskytují mají vliv na zlepšení, či zmírnění příznaků fobie, kterou respondent zažívá. Respondenti měli na výběr ze 3 uzavřených otázek.



Ze 13 respondentů odpovědělo 11 osob. 6 respondentů (55%) z 11 uvedlo, že díky navštěvování sociálního zařízení se zmírňují příznaky fobie. Pouze 1 respondent (9%) z 11 odpověděl, že se jeho příznaky nezlepšují díky návštěvám sociálního zařízení. Dále 4 respondenti (36%) uvedlo, že zvládají svou fobii řešit sami bez intenzivního navštěvování sociálního zařízení.

4.3. Shrnutí výsledků

Jak jsem již zmínila v předchozí kapitole „výsledky a jejich interpretace“ výsledky dotazníků se nedají zobecnit z důvodu nedostatečného množství vyplněných dotazníků. Jak jsem již také uvedla je možné že nízký návrat dotazníků je způsoben studem, kteří lidé s fobiemi zažívají.

V rámci mého dotazníkového šetření jsem vyhodnocovala dotazníky od 7 mužů a 6 žen. Dále 7 lidem byla fobie lékařsky diagnostikována a zbylým 6 respondentům fobie lékařsky diagnostikována nebyla. Tito lidé si svou fobii přiznali a jsou si ji vědomi. Důvod, že nenavštívili lékaře, který by jim fobii diagnostikoval může být různý, jako například již zmíněný stud, „nálepkování“ nebo strach z pouhé diagnózy.

Ve třetí otázce jsme se dozvěděli, že 6 lidí si svou fobii opravdu spojuje se zažitým traumatem v jejich životě, 5 lidí si není jisto, ale tento fakt nepopírají, 1 si traumatu není vědom, což opět nepopírá mou teorii a pouze 1 si fobii se svým traumatem nespojuje. Pokud se vrátím k vyhodnocení, tak má teorie je v této otázce potvrzena.

Dále jsme se mohli dozvědět, že 11 respondentů omezuje fobie v jejich každodenním životě, což může vyvolávat velké omezení, které díky fobii mají (jak se můžeme dočíst v první části bakalářské práce). Pouze 2 lidé uvedli, že je jejich fobie neomezuje, což může mít na svědomí pravidelné navštěvování organizace, či užívání léků, nebo i dokonce jejich vlastní vůle a odhodlání.

U 5 otázky jsme se setkali s vyhodnocením, že 3 respondenti mají člena rodiny, který má stejnou fobii, 6 respondentů uvedlo, že nemají člena rodiny se stejnou fobií a 4 o tom neví. Tím pádem v rámci neúplného zohlednění si dovolím říci, že opravdu převážnou většinu vzniku fobií doprovází trauma a ne dědičnost, což se shoduje s mým předpokladem a na což jsem zaměřila svou práci.

U 6 otázky vyhodnocení dokázalo, že 12 ze 13 respondentů se zajímá o svou fobii a mají zájem o informace, které ji doprovázejí.

V 7 otázce jsme si mohli povšimnout faktu, že více respondentů si vybralo odpověď, kde se chtějí se svou fobií nejdříve potýkat sami, než jí řešit. Tím pádem se opět vracíme k již zmíněnému studiu a „nálepkování“.

Organizací, které respondenti navštěvují je celá řada a 9 ze 13 respondentů uvedlo, že jim byla poskytnuta sociální pomoc. Otázkou je, zda si uvědomovali, co je to sociální pomoc. Jednalo se totiž spíše o socioterapii se sociální pomocí.

8 respondentů bylo s organizací kterou navštěvují, či navštěvovali spokojeni a 6 respondentů se díky těmto návštěvám zmírnili příznaky fobie. Dokonce 4 respondenti uvedli, že se svou fobií dokáží pracovat i bez intenzivního navštěvování sociálního zařízení, i když se spíše zařízení zaměřovali na socioterapii.

Ohledně pojmu socioterapie se můžeme dočíst v první části mé bakalářské práce v kapitole „Sociální pomoc“.

4.4. Diskuze

Nejprve bych chtěla opět zmínit, že mé výsledky výzkumu se nedají zcela zobecnit, z důvodu nedostatečného množství vrácených dotazníků. Jak bylo již řečeno a i s tímto tvrzením se můžeme setkat v mé první části bakalářské práce spoustu osob trpících fobií se stydí a bojí se „nálepkování“.

V počátku diskuze bych chtěla potvrdit teorii, kterou nalezneme v první části a potvrdila se i v mé druhé části bakalářské práce. Jedná se pohlaví osob, kteří trpí fobiemi. Praško uvádí, že se sociální fobie vyskytuje stejně často u mužů, jako u žen (Praško a kol.,

2012). Tento fakt si dovolím říci, že se potvrdil, jelikož 7 mých respondentů bylo mužů a 6 žen. Autoři se také shodují a v mé první části se také potvrdilo, že se fobie rozvíjejí převážně v období puberty. 7 respondentům ze 13, kterým byla fobie lékařsky diagnostikována bylo v období pubertě.

Dále v rámci mé první a druhé části bakalářské práce bych si chtěla dovolit poukázat na fakt, kdy nesouhlasím s názory autorů z knih, z kterých jsem čerpala. Zejména se jedná o jeden z mých cílů bakalářské práce a to, že sociální fobie, ale nejen sociální vzniká z určitého traumatu, který si s sebou neseme z průběhu našeho života. Po vyhodnocení otázky, zda si svou fobii spojují s nějakým traumatem mi 6 respondentů ze 13 uvedlo, že ano. Dále 5 respondentů uvedlo, že si nejsou jisti, 1 respondent si toho není vědom, ale ani v jednom z těchto uvedených odpovědí nepopírají mou teorii. Pouze 1 respondent odpověděl, že si svou fobii s traumatem nespojuje. Praško ve své publikaci uvádí, že se pouze zřídka fobie objeví po jasném traumatu, např. výsměchu spolužáků (Praško a kol., 2012). Zde si dovolím opakovat, jelikož 5 respondentů odpovědělo, že si svou fobii spojují zejména s vysmíváním spolužáků ve škole a šikanou. Naopak souhlasím s tvrzením Bourna, který u specifických fobií uvádí, že se fobie můžou rozvinout po traumatické události (Bourne, 2017).

Dále se spousta autorů shodla na dědičnosti fobií. V tomto tvrzení si nedovolím zcela opakovat, jelikož s tímto faktem také z části souhlasím, ale oponuji v tom, že to není hlavním faktorem vzniku fobie. U otázky, zda mají respondenti člena rodiny se stejnou fobií, mi 6 respondentů odpovědělo že nemají, 4 respondenti si o tom nejsou vědomi a pouze 3 respondenti člena rodiny se stejnou fobií mají.

V závěru mé diskuze bych chtěla opět poukázat na to, že většina respondentů zaměnila sociální pomoc se socioterapií. Může to být způsobeno tím, že si respondenti neuvědomují co je to sociální pomoc. Tím pádem bych chtěla opět poukázat na fakt, že se jedná o nedostatečnou informovanost společnosti. Dále také došlo k záměně vnímání zdravotního zařízení se sociální léčbou.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila zejména na sociální fobii, ale i na fobie, které mohou díky sociální fobii „propuknout“, jako je agorafobie, deprese, panická porucha, úzkost. Dále jsem se soustředila i na specifické fobie, které mohou vyvolat panickou reakci a mají podobné příznaky jako sociální fobie, zejména vyhýbaní se situacím, které mohou v postiženém vyvolat paniku.

Cílem mé bakalářské práce bylo jednak poukázat na fakt, že sociální fobie, ale nejen sociální vzniká z určitého traumatu, který si s sebou neseme z průběhu našeho života a dále se zaměřit i na možnosti sociální práce s fobiemi.

V rámci mého průzkumu jsem si potvrdila teorii, že sociální fobie, ale nejen tato vzniká převážně z určitého traumatu, který člověk v životě prožil. Dále jsem se utvrdila ve faktu, že převážná většina lidí, trpící fobií se bojí, či stydí se svým problémem „vystoupit“ a začít s ním pracovat. Největší problém lidí, trpící fobií je, že se začnou izolovat, mají strach a nechtějí o svém problému mluvit. Ve svém průzkumu jsem se dále utvrdila ve faktu, pokud je fobie léčena, či postižený s fobií pracuje je možné postupně zmírňovat příznaky, či ji úplně odstranit ze svého života. Také jsem se utvrdila, že vliv okolí je pro náš psychický rozvoj velmi důležitý.

Dále jsem dospěla ke zjištění, že lidé postižení fobií nevědí kam se obrátit, neznají možnosti sociální pomoci a když už, tak zaměňují sociální zařízení za terapeutická. Tímto bych chtěla opět poukázat na fakt, že je zapotřebí větší informovanost společnosti a to zejména o možnostech sociální pomoci, která jim může být v rámci jejich potřeby poskytnuta.

Lidem, kteří trpí fobií může být poskytnuta sociální pomoc jako je například příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, invalidní důchod, osobní asistence a podobně. Také bych chtěla poukázat na fakt, že ne všechna zmíněná zařízení v druhé části mé bakalářské práce mají sociální pracovníky, kteří by mohli tyto služby nabídnout.

Seznam použité literatury

1. Bourne, E., J., *Jak se zbavit úzkosti a fobií*. Olomouc: FONTÁNA, 2017. ISBN: 978-80-7336-890-6
2. Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol., *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, s. r. o., 2008. ISBN: 978-80-7367-404-5
3. Kast, V., *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál, s. r. o., 2012. ISBN 978-80-262-0160-1
4. Matoušek, O., a kol., *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, s. r. o., 2008, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4
5. Morschitzky, H., Sator, S., *Deset tváří úzkosti*. Praha: Portál, s. r. o., 2014. ISBN 978-80-262-0688-0
6. Praško, J., Buliková, B., Sigmundová, Z., *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-656-4
7. Praško, J., Prašková, H., Prašková, J., *Specifické fobie*. Praha: Portál, s. r. o., 2008. ISBN 978-80-7367-300-0
8. Praško, J., Prašková, H., Vašková, K., Vyskočilová, J., *Panická porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, 2006, 2012. ISBN 978-80-7262-424-5
9. Praško, J., Vyskočilová, J., Pígllová, L., Prašková, J., *Sociální fobie: jak překonat nadměrný stud*. Praha: Portál, s. r. o., 2005, 2012. ISBN 978-80-262-0204-2
10. Praško, J., Vyskočilová, J., Prašková, J., *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-580-2
11. Vágnerová, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s. r. o., 2008. ISBN: 978-80-7367-414-4

Elektronické zdroje:

1. *Http://www.adicare.cz: Kontakty* [online]. Adicare.cz, 2017 [cit. 2018-04-18].
2. *Http://www.nadacesirius.cz: Kontakt* [online]. Nadace Sirius, 2018 [cit. 2018-04-26].
3. *Http://www.neziskovky.cz: Infoslužby: Katalog neziskovek: Hledaný výraz: SFinga* [online]. NADACE NEZISKOVKY.CZ [cit. 2018-04-18].
4. *Http://www.nudz.cz: Kontakty* [online]. NUDZ, 2015 [cit. 2018-04-18].
5. *Http://www.nudz.cz: O nás* [online]. NUDZ, 2015 [cit. 2018-04-18].
6. *Http://www.sfingaos.cz: Cílová skupina a cíle spolku* [online]. Spolek SFinga [cit. 2018-04-18].
7. *Http://socialnirevue.cz: Socioterapie aneb Když poradenství nestačí* [online]. Lenka Šimková, 2009 [cit. 2018-04-26].

Seznam příloh

Příloha č. 1: Prevence deprese

Příloha č. 2: Prevence specifických fobií

Příloha č. 3: Kontaktní údaje sociálních zařízení zaměřených na poruchy

Příloha č. 4: Dotazník

Příloha č. 1: Prevence deprese

V této části nalezneme několik rad, které uvádí ve své publikaci Ján Praško pro lidi, kteří trpí, nebo trpěli depresivními příznaky.

- Je důležité si uvědomit, že deprese je nemoc, která se dá léčit. Není to ničí vina. Při depresi dochází k vyčerpání některých látek související s hladinou energie.
- Člověk by neměl zůstat s problémy sami. Hlavní zásadou je pokusit se nezůstat se svými prožitky izolovaný. Je to velmi těžké, protože často chybí důvěra ve změnu. Spoustu lidí se za svoji depresi stydí. Přesto má každý nějakého člověka, o kterém ví, že to s ním myslí dobře. Tento člověk může poskytnout podporu, pomoci ustát sebevražedné myšlenky a doprovodit daného člověka k lékaři.
- Je důležité důvěřovat svému lékaři a nebát se mu sdělit své potíže a problémy, zejména úvahu o sebevraždě.
- Pravidelně užívat léky, které byli předepsány od odborníka.
- Člověk by si neměl klást žádné náročné cíle a úkoly.
- Člověk by neměl během deprese dělat žádná závažná rozhodnutí.
- Neměl by srovnávat aktivitu nemoci se svou aktivitou ve zdraví. To znamená, že by neměl hodnotit svůj výkon.
- Neměl by si říkat, že depresi „zlomí vůlí“
- Člověk by měl dělat to, co mu je příjemné.
- Pokud se člověk odhodlá k delší činnosti, měl by ji rozdělit na menší úseky.
- Neměl by od sebe příliš očekávat, protože nadměrná očekávání zvyšují pocity selhání.
- Člověk by se neměl uchýlovat do samoty, ale měl by udržovat kontakt s blízkými lidmi.
- Neměl by se pokoušet depresi „zaspat“ tím, že bude polykat hypnotika během dne nebo pít alkohol.
- Člověk by rozhodně neměl věřit svým negativním myšlenkám.
- Dále by rozhodně neměl věřit lidem, kteří říkají, že „byste se měli vzchopit“.
- Člověk by se neměl stydět plakat, kdykoliv potřebuje.
- Neměl by čekat od léčby zázraky za několik dní. Nesmí čekat, že deprese zmizí rychle.

- Rozhodně by člověk neměl v depresi jezdit na dovolenou, ani kdyby mu to bylo doporučováno. Člověk by neměl měnit prostředí.
- Pokud člověka napadají myšlenky na sebevraždu, měl by to říci svým blízkým a hlavně to říci svému lékaři.
- Důležité je vysvětlit rodině, že je deprese nemoc.
- Nesmí se ukončovat léčba, i když se člověk již cítí dobře.
- V depresi nepomohou léčitelé, akupunktura, homeopatie nebo jiné alternativní praktiky.

Nejúčinnějším způsobem, jak přerušit bludný kruh, je postupně zvýšit svoji aktivitu (Praško a kol., 2009).

Příloha č. 2: Prevence specifických fobií

Ján Praško uvádí možnosti prevence specifických fobií, jako například:

- Důležitá je kontrola katastrofických myšlenek. Úzkostné myšlenky patří mezi hlavní udržovací mechanismy specifických fobií. Jedním z počátečních úkolů při snaze, aby člověk překonal fobie je identifikace a změna obávaných myšlenek. Pokud se naučí nesprávně korigovat vnímavou hrozbu, snáze překoná strach. Techniky zaměřené na zjištění a zkoumání myšlenek spojených z úzkostí lze použít ke zvládnání příznaků, například příznaků paniky a také i ke zpochybnění fobických obav s přesvědčení. Důležité je změnit obavná hodnocení a chybné interpretace objevující se ve fobických situacích, začít je pokládat za hypotézy a testovat jejich pravdivost. Dalším krokem je zjistit, jako logické chyby v myšlení člověk dělá při vytváření katastrofických závěrů.
- Dále je důležitá kontrola dechu a řízení záchvatu úzkosti. Nácvik zklidnění dechu pomáhá rychle snížit napětí v situacích, kdy se člověk dostává do úzkosti. Expozice tělesným příznakům může být pro postiženého velmi důležitá, zejména pokud při úzkosti trpí nepříjemnými tělesnými pocity.
- Velmi účinný je nácvik relaxace a kontrolované napětí. Vzhledem k častému napětí svalstva a podrážděnosti u těžších fobií může být relaxace jednou z nejdůležitějších věcí, kterou by se člověk měl naučit.
- Dalším krokem je aplikovaná tenze. Aplikovaná tenze může zabránit například omdlení, při níž člověk svaly rukou, nohou a trupu nerelaxuje, ale naopak napne.
- Další součástí je expozice v představách a systematická desenzibilizace. Expozici definujeme jako vystavení člověka něčemu, čemu se dosud vyhýbal, protože to v něm budilo úzkost.
Senzibilizace je proces zvyšování citlivosti k daným podnětům.
Desenzibilizace je proces zvyšování odolnosti k podnětům, ke kterým má člověk sklon k přecitlivělosti.
- Dále konstrukce scénářů. Člověk si vytvoří scénář fobické situace tak, aby pro něj byla „málo obtížná“, to znamená vyvolávala jen malé napětí. To může udělat tak, že si představí danou situaci se známými lidmi, přestaví si ji jen v omezeném rozsahu, někdo mu pomáhá apod.
- Dalším krokem je systematické praktikování. Desenzibilizace v imaginaci je proces, který se skládá ze dvou fází. Nejdříve se člověk potřebuje hluboce uvolnit pomocí

relaxace. Druhou fází je desenzibilizační proces sám, kdy si člověk v hluboké relaxaci představuje co nejživější situace, kterých se obává.

- Dále postupná expozice obávaným situacím. Jedním z nejdůležitějších a hlavně také nejúčinnějších kroků v odstranění specifické fobie je expozice ve skutečné fobické situaci. Expozice „na živo“ je opakované, systematické a kontrolované vystavování se objektům či situacím, kterých se člověk obává nebo kterým se vyhýbá. V průběhu expozice nakonec strach začne klesat a člověk postupně zjišťuje, že strach byl neopodstatněný.
- Nakonec změna hlubších postojů. Když se člověk zamyslí nad katastrofickými představami a myšlenkami, které lidé s fobiemi mají, zjišťuje, že se objevují znovu a znovu v situacích, kde se jiní lidé nebojí (Praško a kol., 2008).

Příloha č. 3: Kontaktní údaje sociálních zařízení se zaměřením na poruchy

Ze zdroje ([Http://www.adicare.cz](http://www.adicare.cz): *Kontakty* [online]. Adicare.cz, 2017 [cit. 2018-04-18]):

- Kontakty:
Charkovská 24
Vršovice
101 00 Praha 10
- Napište nám: info@adicare.cz
- Zavolejte nám: +420 739 375 763

Uvedeno ze zdroje ([Http://www.nudz.cz](http://www.nudz.cz): *Kontakty* [online]. NUDZ, 2015 [cit. 2018-04-18]):

- Kontakty
Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748
250 67 Klecany
- Recepce tel.: 283 088 111

Uvedeno ze zdroje: ([Http://www.nadacesirius.cz](http://www.nadacesirius.cz): *Kontakt* [online]. Nadace Sirius, 2018 [cit. 2018-04-26]):

- Za portál Šance dětem zodpovídá:
Dana Lipová (ředitelka Nadace Sirius)
e-mail: dana.lipova@nadacesirius.cz

Uvedeno ze zdroje ([Http://www.neziskovky.cz](http://www.neziskovky.cz): *Infoslužby: Katalog neziskovek: Hledaný výraz: SFinga* [online]. NADACE NEZISKOVKY.CZ [cit. 2018-04-18]):

- Kontakty:
Vánková 808
181 00 Praha 8
- E-mail: nebojmeselidi@email.cz
- Tel.: 723 115 973

Příloha č. 4: Dotazník

Vážení respondenti, Vážené respondentky,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který mi poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma: „Sociální fobie a možnosti sociální práce“.

Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou využity pouze k výzkumu této bakalářské práce. Dotazník je rovněž dobrovolný.

Správné odpovědi prosím zakroužkujte a v případě otevřené otázky Vás prosím o její vyplnění.

Předem Vám moc děkuji za spolupráci.

1. Jsem pohlaví.

- Žena
- Muž

2. Fobie mi byla diagnostikována v letech.

3. Spojujete si svou fobii s určitým traumatem, který se odehrál v průběhu Vašeho života?

- NE
- Nejsem si jist/á
- Nejsem si toho vědom/a
- ANO – v tomto případě prosím napište jakým

.....
.....
.....

4. Máte dojem, že Vás fobie omezuje ve Vašem každodenním životě?

- ANO
- NE

5. Máte člena rodiny, který trpí stejnou fobií, jako máte Vy?

- ANO
- NE
- Nejsem si toho vědom

6. Zajímáte se o svou fobii?

- ANO
- NE
- Nemám zájem o veškeré informace o své fobii

7. Začal/a jste svou fobii řešit ve chvíli, kdy jste si ji uvědomil/a, nebo Vám byla diagnostikována?

- ANO, hned jsem se o své fobii začal/a informovat
- ANO, hned jsem navštívil/a lékaře
- ANO, hned jsem navštívil/a sociální zařízení
- ANO, využila jsem možnost psychoterapie
- NE, bál/a jsem se si to přiznat
- NE, chtěl/a jsem nejdříve svůj problém zkusit vyřešit sám/a
- NE, bál/a jsem se, co si o mě pak budou myslet ostatní
- NE nevěděl/a jsem, kam se mám s tímto problémem obrátit
- NE z důvodu úzkosti jsem s tím nedovedl/a nic dělat

8. Pokud jste navštívil/a nebo navštěvujete sociální zařízení, tak jaké?

.....
.....

9. Byla Vám poskytnuta sociální pomoc?

- ANO
- NE
- V danou chvíli jsem žádnou sociální pomoc nechtěl/a.

10. Byla mi poskytnuta sociální pomoc a jednalo se o:

.....
.....

11. Máte dojem, že sociální zařízení, které navštěvuje splnilo Vaše očekávání?

- ANO
- NE
- Z části

12. Máte dojem, že díky navštěvování sociálního zařízení se Vaše fobie zlepšuje/zmírňují se příznaky?

- ANO
- NE
- Zvládám svou fobii řešit sám/a i bez intenzivního navštěvování sociálního zařízení