

# Kvalita života osob trpících sociální fobií

Alena Burianová

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena BURIANOVÁ**  
Osobní číslo: **H108021**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života osob trpících sociální fobí**

## Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenského výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na vymezení základních pojmů, např. zdraví, duševní zdraví, fobie, sociální fobie, její projevy, příznaky, výskyt, léčba;
- na myšlenky a emoce osob trpících sociální fobí;
- na obavu těchto jedinců ze stigmatizace okolím, popírání poruchy a vyhýbání se léčbě;
- na identifikování důsledků sociální fobie u zvolených subjektů;
- na hledání odpovědi na otázku, jak sociální fobie ovlivňuje kvalitu života člověka.

Součástí práce budou zpracované kazuistiky vybraných osob trpících sociální fobí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Esposito, J. **Jak překonat strach z veřejného vystoupení.** Praha: Grada, 2011.

Janíček, J. **Když úzkost bolí.** Praha: Portál, 2008.

Payne, J. a kol. **Kvalita života a zdraví.** Praha: Triton, 2005.

Praško, J. a kol. **Sociální fobie. Jak překonat nadměrný stud.** Praha: Portál, 2005.

Praško, J. a kol. **Sociální fobie a její léčba. Příručka pro lidi se sociální fobií.** Praha: Galén, 2008.

Praško, J. a kol. **Postupný nácvik trapasů aneb jak překonat sociální fobii. Svépomocná příručka.** Praha: Psychiatrické centrum, 2002.

Praško, J. a kol. **Psychiatrie pro střední zdravotnické školy.** Praha: Informatorium, 2003.

Raboch, J., Pavlovský, P., Janotová, D. **Psychiatrie – minimum pro praxi.** Praha: Triton, 2006.

Radvan, E., Vavřík, M. **Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách.** Brno: IMS, 2009.

Waters, R. **Fobie.** Praha: Metafora, 2009.

**Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.**

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Alena Plšková**

Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

**16. března 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. dubna 2013**

V Brně dne 16. března 2012

  
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.  
*vedoucí ústavu*



  
PhDr. Miloš Jůzl, Ph.D.  
*vedoucí katedry*

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Alena Zvarová

Jméno, příjmení studenta

V Brně ..... 1.3.2018

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou sociální fobie a jejího vlivu na kvalitu života osob trpících tímto postižením. Teoretická část práce je věnována vymezení základních pojmů, zejména sociální fobie, jejím příznakům, projevům a způsobům léčby. Výzkumná část práce je zaměřena na naplnění stanoveného cíle, kterým je vyhodnotit kvalitu života osob postižených sociální fobií. V jejím rámci jsou prezentovány kazuistiky získané na základě narativních rozhovorů s osobami postiženými tímto onemocněním. Tyto kazuistiky byly analyzovány za účelem identifikování společných prvků v prezentovaných příbězích. Pozornost byla věnována odhalení dopadů onemocnění na život jednotlivce.

### **Klíčová slova:**

Sociální fobie, strach, úzkost, úzkostné poruchy, stigmatizace, komorbidita, kvalita života, zdraví, duševní zdraví

## **ABSTRACT**

The Bachelor thesis deals with issues of social phobia and its influence on life qualities of people suffering from this disability. Theoretical part deals with specification of basic terms, particularly social phobia, its symptoms, displays and ways of treatment. Researched part is aimed at fulfilment of stated goal to evaluate life quality of people suffering from social phobia. In this part there are explained case histories acquired basically on narrative interviews with people disabled of this disease. These case histories were analyzed in order to identify collective features in presented stories. The attention was aimed at revealing impact of disease on life of an individual.

### **Keywords:**

Social phobia, fear, anxiety, anxiety disorders, stigmatization, comorbidity, quality of life, health, mental health,

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Alena Burianová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji paní PhDr. Aleně Plškové za vstřícný a trpělivý přístup a za velmi přínosnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat všem dotazovaným, díky jejichž ochotě a otevřenosti mohla tato práce vůbec vzniknout

## OBSAH

ÚVOD.....	8
<b>I</b> <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1</b> <b>VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ</b> .....	<b>11</b>
1.1    ZDRAVÍ .....	11
1.2    DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	13
1.3    ÚZKOSTNÉ PORUCHY.....	14
1.4    MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ .....	16
<b>2</b> <b>SOCIÁLNÍ FOBIE</b> .....	<b>17</b>
2.1    CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍ FOBIE .....	17
2.2    PROJEVY, PŘÍZNAKY A DŮSLEDKY SOCIÁLNÍ FOBIE .....	19
2.3    LÉČBA SOCIÁLNÍ FOBIE .....	23
2.4    STIGMATIZACE .....	26
<b>3</b> <b>KVALITA ŽIVOTA</b> .....	<b>29</b>
3.1    HISTORIE POJMU KVALITA ŽIVOTA .....	29
3.2    TEORETICKÉ VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA .....	30
3.3    DIMENZE A PŘÍSTUPY KE KVALITĚ ŽIVOTA .....	30
3.4    KVALITA ŽIVOTA LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	32
<b>II</b> <b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>34</b>
<b>4</b> <b>CÍLE A METODY VÝZKUMU</b> .....	<b>35</b>
4.1    CÍLE PRÁCE .....	35
4.2    POUŽITÉ METODY .....	35
4.3    VÝBĚR RESPONDENTŮ .....	36
<b>5</b> <b>KAZUISTIKY</b> .....	<b>38</b>
5.1    KAZUISTIKA Č. 1 .....	38
5.2    KAZUISTIKA Č. 2 .....	41
5.3    KAZUISTIKA Č. 3 .....	45
5.4    KAZUISTIKA Č. 4 .....	47
5.5    ANALÝZA KAZUISTIK .....	49
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>53</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITEATURY</b> .....	<b>56</b>

## ÚVOD

Motto: „*Strach je nejlepším přítelem člověka.*“

Seneca

Ano, strach dokáže život zachránit, ale i znemožnit.

Člověk je od pradávna tvor společenský, který je spjat se společností již od raného věku. Nejprve se o něj stará matka a nejbližší rodina. Přibližně kolem třetího roku věku se začíná seznamovat s širší společností. Poprvé se setkává se svými vrstevníky a jinými dospělými v mateřské škole, pak na základní škole, střední škole, popřípadě škole vysoké. Další seznamování se společností probíhá na pracovišti. Člověk si vytváří společnost přátel podle zájmů, koníčků, dovedností, vědomostí, podle svého postavení, politických názorů, postojů, sympatií apod.

V tomto ohledu nemůže být snad žádný člověk samotářský. A přesto mezi námi žijí jedinci, kteří úzkostlivě preferují samotu a v kontaktu s druhými lidmi se necítí dobře. To se u nich projevuje především výraznou úzkostí a strachem z různých sociálních situací a z interakcí s druhými lidmi. Jedná se zejména o situace, v nichž je třeba podat určitý výkon, při kterém může být postižený vystaven těžkostem a ponížení ze strany ostatních. Výsledkem pak může být vyhýbání se obávaným situacím, spojené s nadměrnou nesmělostí, stydlivostí, tichostí, neprůbojností, plachostí, nervozitou, ostýchavostí, nepřátelským postojem k druhým lidem, stáhnutím se do sebe a své samoty a někdy až úplnou sociální izolací. Toto vše může poukazovat na symptomy sociální fobie.

Pracuji přes 28 let ve zdravotnictví a za svoji dlouholetou praxi jsem se setkala s několika lidmi trpícími touto psychickou poruchou. K výběru tématu mé bakalářské práce přispělo především to, že je mi jednak profesně blízké, a také to, že jsem se s tímto postižením setkala i ve svém nejbližším okolí, takže moc dobře vím, jak dokáže jedinci znepříjemnit a zkomplikovat život. Začala jsem se proto o tuto problematiku blíže zajímat a chtěla bych se o své poznatky a zkušenosti podělit i s širokou veřejností. Podle mého názoru si tato psychická porucha zaslouží mnohem větší pozornosti, hlavně ze strany pedagogických pracovníků, protože si jen málokdo dovede představit, co tato handicapující porucha skutečně obnáší. Jak jsem se sama přesvědčila, mnoho lidí tuto nemoc mylně zaměňuje například s trémou či stydlivostí a vůbec netuší, že se jedná o invalidizující psychickou



poruchu, která vyřazuje jedince z plnohodnotného života a výrazně narušuje kvalitu jejich života. Cílem mé bakalářské práce je proto přiblížit čtenářům pojem sociální fobie, informovat je o způsobu života postižených osob a o obtížnostech, kterým musí tito jedinci každodenně čelit. Navazujícím cílem je vyhodnotit, ovlivňuje-li sociální fobie kvalitu života člověka postiženého touto poruchou.

Pro potřeby naplnění stanoveného cíle si v rámci práce kladu rovněž cíle dílčí. Dílčím cílem teoretické části práce je vymezit základní pojmy, jejichž znalost a správné pochopení je pro další práci nezbytné. Jedná se zejména o pojmy duševní zdraví, psychické poruchy, fobie, kvalita života apod. Samostatná kapitola je věnována problematice sociální fobie, jejím příznakům, projevům, důsledkům a způsobům léčby a také stigmatizaci, která s tímto tématem úzce souvisí.

Při zpracování teoretické části práce byly využity základní vědecké metody. Jedná se zejména o explorační, deskripční a literární rešerši. Zdrojem informací, ze kterých tato práce vychází, jsou odborné knihy, časopisy, příručky a internetové zdroje, jejichž přehled je uveden v závěrečné části práce.

Zvolené téma úzce souvisí s oborem sociální pedagogiky, kterou studuji. Obecně platí, že uplatnění této vědní disciplíny je velmi široké. Jednou z oblastí jejího zájmu je pomoc rizikovým a sociálně znevýhodněným skupinám osob a jedincům ohroženým závislostí na drogách a alkoholu. Takovouto skupinou jsou bezesporu osoby trpící sociální fobií. Díky svým nízkým sociálním dovednostem jsou velmi znevýhodňovány ve studijním, pracovním, ale i soukromém životě. Navíc u nich sociální fobie často postupně přerůstá v závislost na alkoholu nebo jiných návykových látkách.

Ve své práci jsem se pokusila shrnout poznatky, informace, názory a myšlenky, týkající se problematiky nejen sociální fobie, ale také duševních chorob obecně. Byla bych moc ráda, kdyby moje práce byla přínosem pro všechny, kteří se o problematiku sociální fobie zajímají.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

## 1.1 Zdraví

Důležitým pojmem, který se významnou měrou dotýká náplně celé této práce, je pojem zdraví. Ačkoliv by se mohlo zdát, že jeho výklad bude poměrně jednoduchý, neboť se jedná o slovo, které každý člověk používá již od útlého dětství, opak je pravdou. Člověk sice dokáže zdraví dobře intuitivně vnímat, ale jen obtížně definovat. Zjednodušeně můžeme říci, že zdravím označujeme stav, při kterém nám nic nechybí a při kterém necítíme bolest. Nejedná se přitom pouze o charakteristiku organismu, ale také o cennou individuální a sociální hodnotu, uznávanou ve všech dobách i kulturách. Zdraví je nezbytným předpokladem plodného, spokojeného a kvalitního lidského života. Napomáhá lidem se plně realizovat, úspěšně plnit své společenské role a dosahovat svých cílů. Jeho zajištění a udržení je základním lidským právem a také základní biologickou potřebou. (Zacharová, Hermanová a Šrámková 2007, s. 15)

Jak poznamenal bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace Mahler: „*Zdraví není všechno, ale všechno bez zdraví nestojí za nic.*“ (Holčík, 2003, s. 24)

Na významnost zdraví poukazoval i Herakleitos z Efezu, který prohlásil: „*Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný.*“ (Holčík, 2003, s. 24)

V literatuře je možné nalézt celou řadu nejrůznějších vymezení pojmu zdraví. Zřejmě nejznámější definici vytvořila Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO), která definuje zdraví jako „*Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ (Holčík, 2003, s. 22)

Obdobné vymezení je možné nalézt rovněž u dalších autorů. Například Žáček považuje zdraví za „*Relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí.*“ (Holčík, 2003, s. 23)

Parsons definuje zdraví jako „*Stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován.*“ (Čeledová a Čevela, 2010, s. 16)

Podobně uvažuje i Hartl, který uvádí, že „Zdraví je stav tělesného, psychického a sociálního blaha včetně schopnosti vyrovnávat se s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, tedy i pracovního a mezilidského, aniž jsou narušovány fyziologické funkce. Vyznačuje se nepřítomností tělesné a duševní poruchy nebo nemoci. Jde o stav proměnlivý v čase, jako v případě imunity.“ (Hartl a Hartlová, 2010, s. 691)

Křivohlavý definuje zdraví jako „...celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (Zacharová, Hermanová a Šrámková 2007, s. 15)

Poněkud odlišnou definici zastává Šťastný. V jeho pojetí je zdraví „...dynamický proces vzájemného působení potenciálu zdraví a determinant zdraví, jehož důsledkem je vznik, nebo vymizení poruch zdraví, funkčně změřitelná aktivita a subjektivně vnímaný důsledek.“ (Šťastný, 2005, s. 3)

Základem výše uvedené definice jsou dva pojmy, a to potenciál zdraví a determinanty zdraví. Potenciál zdraví představuje schopnost organismu odolávat vnějším stresorům. Tato schopnost je kvantitativně vyjádřitelná a průběžně se vyvíjí v závislosti na působení determinant zdraví. Determinanty zdraví přitom představují faktory, které negativně (snižují odolnost vůči nemocem nebo napomáhají vzniku onemocnění), nebo naopak pozitivně (zvyšují odolnost) ovlivňují potenciál zdraví. Determinanty zdraví je možné rozdělit do dvou skupin. Nepřímé determinanty nepůsobí přímo na organismus, přesto však mají významný vliv na zdravotní stav. Patří sem například kulturní tradice, politicko-ekonomický systém, sociální stratifikace, demografická situace, sociální prostředí a role jednotlivce. Přímé determinanty naopak působí na lidský organismus přímo. Jedná se zejména o genetický základ, životní prostředí, zdravotnictví a životní styl. Významnou pozici zastává právě poslední jmenovaný determinant, tj. životní styl. Ten je tvořen řadou dílčích determinantů, jako pohybovou aktivitou, stravováním, stresem, sexuálním chováním, toxikomanií, alkoholismem, kouřením a jinými součástmi života. (Šťastný, 2005, s 2-5)

Většina těchto definic zdraví mají jedno společné a to, že vidí úzký vztah mezi zdravím a kvalitou života.

## 1.2 Duševní zdraví

Duševní neboli psychologické zdraví je nedílnou součástí celkového zdraví člověka. Zahrnuje i emocionální zdraví, vztahuje se k intelektuálním schopnostem a subjektivnímu hodnocení vlastního zdravotního stavu. Jedná se o stav osobní pohody, v němž je člověk schopen uplatnit své individuální schopnosti, zvládat každodenní zátěž a stres, produktivně a úspěšně pracovat a rozvíjet vztahy s druhými lidmi. Jde o prostředek, jehož prostřednictvím člověk uplatňuje svůj potenciál a plní svoji roli ve společenském, rodinném i pracovním životě. (<http://www.zelenahvezda.cz/pacientska-sekce>)

Stejně, jako v případě obecného zdraví i zde platí, že definice duševního zdraví není nikterak jednoduchá. Problémem často bývá obtížné vymezení hranice mezi duševním zdravím a duševní poruchou.

Například Kohoutek definuje duševní zdraví jako „...*nepřítomnost symptomů závad a poruch, které interferují s duševní výkonností a duševní pohodou, emoční stabilitou nebo klidem mysli. Duševně zdravá osoba se navíc podílí na udržování kultivovaného prostředí.*“ (Kohoutek, 2010)

Velký psychologický slovník oproti tomu nabízí poměrně širší pohled na problematiku duševního zdraví: „*Duševní zdraví neznamená pouhou nepřítomnost nemoci či poruchy, ale stav, kdy je člověk schopen adaptace na prostředí a situace, dokáže přijímat vše, co život přináší příjemného, včetně sexuality a citového života vůbec.*“ (Hartl a Hartlová, 2010, s. 691)

Za zmínku stojí rovněž definice Světové zdravotnické organizace, jež vymezuje duševní zdraví jako „*Stav duševní pohody, v němž jedinec uskutečňuje své schopnosti, dokáže se v životě vyrovnat s běžnými stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen se podílet na životě své komunity*“ (<http://www.cmhcd.cz/dokumenty/zelena-kniha.pdf>)

Opakem duševního zdraví je duševní onemocnění. Jeho definici můžeme nalézt u Davida, který vymezuje duševní nemoci jako „...*poruchy funkce různých struktur mozku, které narušují chování jednotlivce v péči o sebe, v mezilidských vztazích, v zaměstnání, ve studiu atd.*“ David dále dodává, že „...*duševní poruchy, až na výjimky své nositele výrazně znevýhodňují a zhoršují kvalitu jejich života*“ (Koničková, 2013, s. 1)

### 1.3 Úzkostné poruchy

Jedná se o heterogenní skupinu psychických poruch, jež ve vyspělých zemích postihují až čtvrtinu populace. Jde o kombinaci tělesných a psychických projevů, které nejsou způsobeny žádným reálným nebezpečím. Primárním projevem úzkostných poruch je úzkost neboli *anxieta*, což je nepříjemný emoční stav, u kterého není vždy jasná přesná příčina.

Úzkost i strach jsou adaptivní emoce, které jsou běžným stavem organismu. Úzkost sama o sobě není škodlivá a nepůsobí člověku žádné tělesné ani psychické poškození. Právě naopak, společně se stresem (tj. emoční a fyziologická odpověď organismu na nebezpečí) představuje běžný stav organismu, který napomáhá k záchraně života v nebezpečných situacích. Úzkost je nepříjemný emoční stav bez jasně definované příčiny, který připravuje člověka na možné nebezpečí, zatímco strach napomáhá k okamžité reakci ve chvíli, kdy se nebezpečí objeví, a trvá pouze po dobu jeho působení. Jak ukazují prováděné psychologické pokusy, člověk podává nejlepší výkon ve stavu mírné úzkosti. Za normálních okolností mají tyto dva stavy svůj nezastupitelný **ochranný** a **informační význam**. Pokud však intenzita úzkosti překročí únosnou mez, pak může postiženému značně znepríjemnit život. Problémy nastávají zejména v případě, kdy se úzkost projevuje v nepřiměřených situacích či pokud její intenzita neodpovídá okolnostem, při kterých vznikla. Za těchto podmínek již úzkost výrazně ovlivňuje pracovní život, rodinné soužití, volnočasové aktivity a vlastně i kvalitu života postiženého jedince. Nadměrná úzkost může způsobit, že je pro člověka velice obtížné dělat i ty nejjednodušší činnosti. V tomto případě však již nemluvíme o úzkosti, ale o úzkostných poruchách, které jsou řazeny mezi psychiatrická onemocnění. (Praško, 2003, s. 83)

V praxi můžeme rozlišit několik druhů úzkostí. Pokud se objevuje náhle a bez zjevné příčiny, pak se jedná o **úzkost spontánní**. Souvisí-li naopak s konkrétní situací, hovoříme o **fobii**. Specifickým případem je situace, kdy se úzkost rozvine již při očekávání příslušné situace. V tomto případě hovoříme o tzv. **úzkosti anticipační** neboli úzkosti z očekávání, která je často mnohem horší než strach ze samotné situace. Prožívání strachu předem často působí jako autohypnóza. Pokud si postižená osoba představuje ten nejhorší možný scénář, pak této své představě brzy zcela uvěří a pravděpodobně se do dané situace nebude raději vůbec pouštět. (Praško, 2002, s. 26, 45)

Podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů mezi úzkostné poruchy patří:

- **Panická porucha (F41.0)** - jejímž hlavním příznakem jsou opakované záchvaty těžké úzkosti (paniky). Těmto záchvatům nepředcházejí žádné konkrétní situace, ale vznikají náhle a nečekaně. Jsou doprovázeny bolestí na hrudi, pocity dušnosti a závratěmi. Taktéž je často přítomný strach ze smrti či ze zešílení. Všechny tyto projevy mohou vést k mylné diagnóze akutního infarktu myokardu.
- **Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)** - je nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami. Jde často o běžné každodenní starosti, obavy o zdraví svoje i rodiny, obavy o finanční záležitosti, strach ze selhání v práci, obavy z budoucnosti.
- **Smíšená úzkostně depresivní porucha (F41.2)** – jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese, ale žádný zřetelně nepřevažuje a není natolik silný, aby opravňoval k diagnóze, pokud by byl hodnocen samostatně.
- **Agorafobie (F40.0)** – strach z otevřených prostranství, ale i doprovodných okolností, zejména pokud znamenají omezenou možnost úniku z dané situace. Postižený člověk se cítí nejbezpečněji v domácím prostředí. Bojí se vycházet z domu, vstupovat do budov a na veřejná místa, cestovat hromadnými dopravními prostředky.
- **Sociální fobie (F40.1)** – strach ze situací, kde přichází v úvahu pozornost jiných lidí, zejména pokud je to navíc spojeno s potřebou se nějak projevit či veřejně vystoupit.
- **Specifické fobie (F40.2)** - jde o fobie, které se vážou na přítomnost specifického objektu, situace nebo činnosti. Vedou ke konfrontaci s podnětem, k výrazné úzkostné reakci.

(Hort, 2008, s. 223 – 226)

## 1.4 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

Jde o základní diagnostický manuál, jehož poslední desátá revize je užívána rovněž v České republice (dále jen „MKN-10“). Jedná se o soustavu kategorií, do kterých jsou zařazovány chorobné jevy podle předem definovaných kritérií. Umožňuje sjednotit a zpřesnit diagnostiku v nejrůznějších kulturně odlišných zemích. V roce 1893 byla na mezinárodním statistickém kongresu přijata klasifikace J. Bertillona neboli Mezinárodní seznam příčin smrti, která položila základ pro MKN. Ta pak byla v přibližně desetiletých intervalech revidována. Když v roce 1948 vznikla Světová zdravotnická organizace WHO, česky SZO, převzala nad jejími periodickými revizemi patronát. V 8. revizi v roce 1965 se v ní objevila poprvé i kapitola psychiatrických nemocí. Současná klasifikace MKN-10 je platná od roku 1992 a v ČR od 1. 1. 1994. Klasifikační systém MKN-10, známý též pod zkratkou ICD-10 (International classification of disorders), je používán převážně v Evropě. Jeho vývoj byl ovlivněn americkým DSM modelem, který je v Americe používán od roku 1952. Od roku 1994 je platná současná verze DSM-IV. Současné klasifikační systémy MKN a DSM jsou kompatibilní. (Hort a kol., 2008, s. 102)

Psychiatrie má svou část klasifikace nazvanou: **Duševní poruchy a poruchy chování**. Desátá revize Mezinárodně klasifikačního seznamu nemocí zařadila tyto duševní a behaviorální poruchy do páté třídy a vymezila jim šesté písmeno abecedy F. Tyto duševní poruchy jsou členěny do deseti kategorií F0 – F9. Další číslíkové znaky se dále člení do specifitějších skupin a vytváří tak na tisíc podskupin. (Hort a kol., 2008, s. 105-106)



## 2 SOCIÁLNÍ FOBIE

Je to druhá nejčastější fobie po agorafobii. Vyskytuje se stejně často u mužů jako u žen. Nezáleží na inteligenci, vzdělání, ekonomickém zázemí nebo zaměstnání. Může postihnout prakticky každého.

### 2.1 Charakteristika sociální fobie

Předtím, než bude možné v rámci práce přistoupit k samotné charakteristice, příznakům a léčbě sociální fobie, je vhodné provést vymezení samotného pojmu fobie.

#### Fobie

Slovo *fobie* vzniklo z řeckého výrazu *fobos*, tedy strach, bázeň a úzkost. Už řecký lékař Hippokrates se ve čtvrtém století před Kristem zmiňuje o chorobném strachu, ale klasický popis fobie v dnešním chápání učinil až na konci 19. století německý lékař Westphal. (<http://www.cpzp.cz/clanek/1408-0-Strach-uzkost-nebo-fobie.html>)

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí představuje neurotickou, stresovou a somatoformní poruchu. Jedná se o iracionální strach z určitého předmětu či jevu, který přerůstá do takových rozměrů, že znemožňuje lidem vykonávat běžné každodenní činnosti. (MKN-10, 1992, s. 121)

Fobie má svůj objekt, na který je vázána a podle kterého je také pojmenována. Objektem tohoto strachu může být přitom v podstatě cokoliv. Existuje přes pět set druhů fobií. Jako příklad lze uvést strach z ryb, ptáků, plazů, žab, červů, hmyzu, pavouků, rostlin, vody, barvy, čísla a mnoho dalších. Některé fobie se mohou postupem času samovolně vytrácet, např. **nyktofobie**, tedy strach ze tmy, který je příznačný především pro malé děti, avšak jiné mohou přetrvávat nebo se nepravidelně a bezdůvodně objevovat. (Waters, 2009, s. 6)

V dalších částech bakalářské práce bych se ráda zaměřila na specifickou formu fobie, a to na **fobii sociální**, která se projevuje strachem ze sociálních situací. Pojem sociální fobie byl poprvé použit na počátku šedesátých let dvacátého století. V této době se lékaři domnívali, že jde o vzácné duševní onemocnění. Teprve zkvalitnění úrovně lékařské péče v posledních letech prokázalo, že se jedná o velmi rozšířené onemocnění. Studie ukazují, že sociální fobií během života trpí 9,6 - 16 % evropské populace. Podobného výsledku dosáhly rovněž studie americké, podle jejichž výsledků sociální fobií během života trpí 13,3 % populace. Sociální fobie postihuje rovnoměrně muže i ženy. K propuknutí nemoci dochází obvykle v raném věku. Asi ve 40 % případů se fobie rozvíjí do 10 let a v 95 %

případů do 20 let věku. Tento časný rozvoj obtíží může způsobit velmi vážné vývojové problémy. Onemocnění se může projevit rovněž později, avšak tyto situace již nebývají v praxi příliš časté. (Raboch, 1996, s. 3)

Jak jsem již zmínila, k propuknutí sociální fobie dochází nejčastěji v období adolescence. Je to doba prudkých změn, náladovosti, neukázněnosti, protestů a různých zdravotních rizik. Je to období provázené úzkostí, jejímž zdrojem je vlastní vzhled, tělesné tvary, rychlý růst a sexualita. V tomto období mladí lidé často trpí nízkým sebevědomím a přecitlivělostí ve vztahu k vlastní osobě. (Carr-Gregg, 2012, s. 25-26)

Lidé trpící sociální fobií mají nadměrný a neopodstatněný strach z toho, že by se mohli stát středem pozornosti, a z negativního hodnocení ze strany druhých lidí. Z tohoto důvodu se snaží vyhýbat veškerým situacím, ve kterých by se mohli stát předmětem zájmu ostatních. Situace vyvolávající vznik strachu mohou být přitom jak **specifické** (např. se omezují na společné stravování, mluvení na veřejnosti, setkání s neznámými, telefonování, užívání veřejné toalety), tak **difúzní**, tedy zahrnující téměř všechny sociální situace mimo rodinný kruh. Strach může být soustředěn rovněž na určité tělesné rysy, např. akné, holohlavost, velký nos, ustupující bradu, malé pohlaví či předkus. (Praško a kol., 2003, s. 85)

Obecně platí, že ne každý člověk, který trpí sociální fobií, se obává stejných skutečností. Někteří se obávají, že si o nich druzí lidé budou myslet, že jsou hloupí, nenormální či nudní, jiní mají dojem, že je v daném okamžiku nenapadne, co mají říci, že se roztřesou nebo zčervenají, a další se obávají důsledků, které by jim mohlo přinést jejich selhání, např. že se jich ostatní z důvodů jejich jednání budou stranit, budou je pomlouvat či se jim posmívat. Bojí se ztráty své hodnoty a prestiže. (Praško a kol., 2008, s. 18)

Postižení lidé si jsou velmi dobře vědomi toho, že jejich strach nemá žádné reálné základy. Svoji úzkost, která je nejvýraznějším příznakem sociální fobie, však nedokážou ovládnout. Pouhé pomyšlení na to, že se dostanou do fobické situace, u nich zpravidla vyvolá anticipační úzkost, tj. úzkost z očekávání, která se projevuje stejnými příznaky, jako samotná fobická situace. Uvědomit si úzkostné myšlenky není vůbec jednoduché. Objevují se totiž zcela automaticky, aniž by o nich člověk vůbec přemýšlel. Z tohoto důvodu na sebe nepoutají žádnou vědomou pozornost. Tyto úzkostné automatické myšlenky jsou dalším příznakem charakteristickým pro sociální fobii. U zdravého člověka automatické myšlenky emoce nemění, neboť jsou neutrální. (Praško a kol., 2005, s. 25, 30)

**Příčiny** vzniku sociální fobie nejsou vždy zcela jasné a jednoznačné. Po konkrétním traumatu, např. po výsměchu spolužáků, se fobie objevuje velmi zřídka. Mnohem častěji se objevuje po menších sociálních neúspěších, po kterých následuje snaha postiženého člověka vyhnout se příslušným situacím. Sociální fobie může také vzniknout nápodobou rodičovských vzorů, kdy dítě kopíruje vyhýbavé chování po svých rodičích. Další příčinou může být nedostatek sociálních dovedností, které člověk nezískal v prostředí, ve kterém vyrůstal, ať již z důvodu, že je nemohl vidět u svých rodičů či nejbližších, nebo se u něj nerozvinuly či byly zapomenuty, např. z důvodu dlouhodobé nemoci, izolace atd. Nemá-li člověk ve svém rejstříku určité chování, pak u něj situace, ve které je naléhavě potřebuje, může rozvinout silnou úzkost. (Praško, a kol., 1998, s. 15) Nezanedbatelný vliv při vzniku sociálních fobií hrají také biologické faktory, tj. vrozené dispozice. U postižených jedinců dochází v některých oblastech mozku k úbytku hladiny **neurotransmiterů**. Jedná se o chemické látky, které přenášejí nervové signály mezi buňkami. U sociální fobie hrají zásadní roli zejména tři neurotransmitery, a to serotonin, noradrenalin a dopamin. Nedostatek serotoninu a dopaminu, společně s nadbytkem noradrenalinu u osob trpících fobií, působí jako setrvačnický úzkosti. (Praško a kol., 2005, s. 23)

Pro sociální fobii je příznačný jev označovaný jako **komorbidita**. Komorbiditou se rozumí, že se u pacientů velmi často vyskytují poruchy z různých skupin psychiatrického spektra souběžně. Sociální fobie totiž velmi usnadňuje propuknutí těchto onemocnění. Mezi nejčastější poruchy, které se u osob trpících sociální fobií vyskytují, patří zejména jednoduchá fobie (59 %), agorafobie (45 %), nadužívání alkoholu (19 %) či jiných návykových látek (17 %), velká depresivní porucha (17 %), porucha příjmu potravy apod. Přestože nekomplikovaná sociální fobie je sama o sobě trýznivá, komorbidita je ještě obtížnější. Z výzkumů vyplývá, že pacienti s přidruženými poruchami častěji přemýšlejí o smrti a touží po ní a častěji se rovněž o sebevraždu pokoušejí. (Raboch, 1996, s. 27 - 29)

## 2.2 Projevy, příznaky a důsledky sociální fobie

Přítomnost sociální fobie se u postiženého člověka projevuje mnoha rozličnými **projevy** a **příznaky**. V prvé řadě se jedná o **tělesné příznaky**, jako je například bušení srdce, třes končetin, zvýšené pocení, zrychlené dýchání, červenání se, svalové napětí či naopak ochablost, závratě, tlaky v oblasti žaludku, pocity na zvracení, sucho v ústech, pocity horka

či chladu, bolesti hlavy, pocit knedlíku v krku, nucení na moč nebo stolici apod. (Praško a kol., 2008, s. 22)

Tab. 1 – vybrané účinky sympatiku a parasympatiku

Sympatikus	Parasympatikus
zrychlení srdeční činnosti	zpomalení srdeční činnosti
zrychlení dýchání	zpomalení dýchání
zvýšení napětí ve svalech	snížení napětí ve svalech
zvýšení pocení	snížení pocení

Zdroj: Praško a kol., 2005, s. 43

Proč k těmto tělesným projevům vlastně dochází? Nervovou činnost je možné rozdělit na dvě samostatné části. Kromě vědomé nervové činnosti existuje rovněž činnost automatická, která je řízená vegetativním nervovým systémem. Ten řídí a reguluje tělesné změny v těle, které probíhají automaticky, jako je například srdeční akce, dýchání, krevní tlak, zaživací pochody apod. Vegetativní nervový systém má dvě složky – sympatikus a parasympatikus, které mají často zcela opačné účinky (viz. tabulka č. 1). Ve stavu úzkosti se aktivuje sympatikus, který nastartuje stresovou reakci, jako je zrychlené povrchové dýchání, rozbušení srdce, mravenčení, teplo v žaludku, zvýšené svalové napětí a někdy potřeba odejít na toaletu apod. Jakmile příslušný stav ohrožení pomine, funkce se po určité době vrací do normálu. Tyto reakce hrají důležitou roli v případech náhlého fyzického ohrožení. Vedou k okamžité automatické reakci, která umožňuje rychlý únik ze vzniklé situace. Stejným způsobem však tělo reaguje i ve chvíli, kdy na něco nepříjemného myslíme nebo když se ocitneme v těžké mezilidské situaci. Automatická stresová reakce v těchto situacích brání jasnému myšlení a přiměřenému chování. Opakováním stresové situace může přitom docházet k přecitlivělosti a úzkostné tělesné reakce se tak mohou objevovat ve stále méně náročných situacích. (Praško a kol., 2005, s. 43)

K dalším příznakům sociální fobie patří **příznaky behaviorální**, týkající se změny chování postiženého člověka. Příznačné je především vyhýbání se sociálním situacím, nemluvnost, skrývání se (např. za ruce před obličejem), tišení hlasu, zrychlování řeči, zadržávání se, pobíhání, přešlapování či snaha o únik z místa. Pro všechny tyto příznaky je společné, že jsou patrné vnějším pozorovatelům.

Mimo to se sociální fobie projevuje rovněž **příznaky subjektivními**, které již pro vnější pozorovatele patrné nejsou. Postiženému člověku se v hlavě honí nejrůznější **myšlenky**, jako např.: Vysmějí se mi! Ztrapním se! To nezvládnou! Co když mě nic nenapadne? Rychle pryč! apod. Dále se mohou projevovat **emoční stavy**, jako např. strach, úzkost, stud, bezmoc a hněv, a to jak na sebe, tak i na ostatní. Postižený sám sebe považuje za zranitelného, zvláště v sociálních situacích a obává se, že se jeho stav bude nadále stupňovat, že nevydrží příznaky a že ztratí nad sebou kontrolu. (Praško a kol., 1995, s. 29)

Nejvýraznějším příznakem sociální fobie je **sociální úzkost**, tedy strach z přítomnosti druhých osob. Téměř každý člověk alespoň jednou ve svém životě zažije úzkost a trému vyplývající z různých, především nějakým způsobem obtížných sociálních situací. Prožívaná úzkost však u většiny lidí není natolik velká, aby daného člověka donutila se příslušným situacím vyhýbat. Proto se ve většině případů nemluví o sociální fobii, ale o sociální úzkosti, strachu či studu. Zjednodušeně je možné říci, že sociální úzkost v podstatě představuje mnohem slabší, avšak v praxi mnohem rozšířenější, formu strachu ze sociálních interakcí. Obecně platí, že sociální úzkost, tedy strach z přítomnosti jiných osob, je jedním z nejčastějších strachů. Sociální fobie oproti tomu představuje daleko větší utrpení, protože se týká každodenních situací. Navíc nutí člověka se těmito běžným situacím vyhýbat. (Praško a kol., 2008, s. 20)

Strach z druhých lidí vzniká tehdy, kdy se člověk domnívá, že má nějakou skrytou negativní vadu nebo vlastnost, kterou nesmí nikdo odhalit, nebo když se mu nedostává od druhých lidí tak dobré hodnocení, jaké by rád dostal. Jedním z nejčastějších strachů z druhých lidí je strach z autority. Většina osob jej považuje za velmi obtěžující a omezující. Svazuje jejich schopnost účinně jednat a otevřeně mluvit sám za sebe. Důvodem jeho vzniku bývá často autoritářská rodičovská výchova v dětství či způsob, kterým je učitelé vedli ve škole. Dalším druhem strachu je strach ze sebevědomí druhých lidí. Nejistí lidé se raději stýkají s jinými nejistými lidmi. Naopak sebevědomým lidem se vyhýbají, protože jim jejich jistota nahání strach. V jejich přítomnosti si totiž obzvlášť uvědomují svoji nejistotu. (Praško a kol., 1998, s. 12)

Sociální fobie má za **následek** to, že lidé trpící sociální fobií zůstávají oproti zdravým jedincům mnohem častěji bez partnera, neboť se velmi obávají odmítnutí. Jsou více závislí na rodičích a nechtějí se od nich odpoutat a začít žít samostatně. Často mívají studijní problémy. Ne proto, že by nebyli schopni se naučit probíranou látku, ale spíše mají velký strach z ústního zkoušení před třídou či komisí. Z tohoto důvodu se často nehlásí k dalšímu

studiu či probíhající studium předčasně ukončí, i když jinak pro něj mají všechny předpoklady. Podobné problémy zaznamenávají rovněž v zaměstnání. Vyhýbají se neformálním kontaktům, kterých v práci existuje velké množství, např. společné pití kávy, stolování v jídelně apod. Často i přes své odborné schopnosti odmítají povýšení, které by s sebou přineslo nutnost častějších kontaktů s ostatními, mluvení na schůzích a jednání s cizími lidmi. Podle výzkumů dosahují hůře placená místa, jsou v zaměstnání méně úspěšní a více než jiní lidé bývají nezaměstnaní. Častěji se také stávají závislími na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Všechny uvedené skutečnosti podstatně narušují kvalitu jejich života, stejně jako jejich výdělečné schopnosti a prospěšnost pro společnost. (Praško a kol., 2005, s. 23- 24)

Protože se sociální fobie objevuje v období puberty a dospívání, velmi často se stává, že se postižená osoba nenaučí sociálním dovednostem, které si běžně lidé v tomto věku osvojují. Z tohoto důvodu mají lidé trpící sociální fobií často problémy s projevováním široké škály emocí, jako je blízkost, dojetí, hněv, rozmrzelost, radost, štěstí, smutek, žal, důvěra a zájem o druhé. Nenučí se např. seznamovat s lidmi opačného pohlaví, mluvit na veřejnosti apod. Absence sociálních dovedností může být způsobena rovněž tím, že člověku chyběly vzory při vývoji nebo své dovednosti ztratil v důsledku sociální izolace, jako je dlouhodobá nemoc, mateřská dovolená apod., nebo proto, že je dlouhodobě neužíval. Velký vliv mají rovněž stresory prostředí, zejména traumatické události. (Praško a kol., 2008, s. 30-31)

Strach ze sociálních interakcí je mnohdy natolik silný, že se postižený člověk snaží těmto stresujícím situacím vyhýbat (tzv. vyhýbavé chování). Z tohoto důvodu se straní pobytu ve společnosti, zejména v malých skupinách, nejraději se zdržuje doma, nechodí mezi lidi, odmítá pozvání do společnosti, nezve návštěvy a straní se kontaktů s vrstevníky a někdy i se svou vlastní rodinou. V zaměstnání se vyhýbá společným setkáním, schůzím i neformální zábavě s kolegy po práci. (Praško a kol., 2008, s. 11) Podaří-li se postiženému vyhnout stresující situaci, pocítuje krátkodobou úlevu, která funguje jako pozitivní motivace k dalšímu vyhýbání. Tím se však dostává do bludného kruhu, neboť čím více se dané situaci vyhýbá, tím větší strach se u něj projevuje. Vyhýbání se ostatním totiž vede k růstu nejistoty, ztrátě sebedůvěry, ztrátě sociálních dovedností, tedy schopnosti přirozeně se chovat v rámci mezilidských vztahů a nakonec až k úplné sociální izolaci, uzavření se v samotě a neschopnosti pracovat. Z dlouhodobého hlediska je tedy efekt vyhýbání se naopak negativní. (Praško a kol., 2005, s. 53)

S vyhýbáním se stresujícím situacím úzce souvisí otázka **kamuflování**. Kamuflováním se rozumí snaha člověka trpícího sociální fobií odvádět od sebe pozornost někam jinam a minimalizovat riziko, že si ho všimnou ostatní. Z tohoto důvodu se nenápadně obléká, nezačíná rozhovory, vyhýbá se očnímu kontaktu, na položené otázky odpovídá velmi krátce a stroze apod. (Praško a kol., 1998, s. 16)

Samotná snaha o vyhýbání se kontaktu s ostatními lidmi není optimální. Nejefektivnější cestou nápravy je totiž právě vystavování se styku s lidmi v situacích, kterých se člověk obává, a to pokud možno opakovaně. Jen tímto způsobem je možné dosáhnout toho, aby se prožívané napětí postupně snižovalo a aby nepříjemné situace byly zvládány se stále menší a menší námahou. Začátky jsou však velmi obtížné. Proto je vhodné postupovat krok za krokem v hierarchicky uspořádaných stupních z hlediska obtížnosti. (Praško a kol., 2008, s. 30)

Pro člověka postiženého sociální fobií je příznačné rovněž tzv. **zabezpečovací chování**. Jedná se o chování, při kterém se postižený zabezpečuje proti vzniku úzkosti. Jako prostředek zabezpečení přitom slouží léky na uklidnění či sklenička alkoholu, které pomáhají lépe zvládat obávané situace. (Praško a kol., 2005, s. 53)

Sociální fobie pak často postupem času přerůstá v závislost na alkoholu či drogách, které snižují napětí a úzkost a činí člověka krátkodobě odváznějším a uvolněnějším. Člověk se však na těchto látkách stává brzy závislým a úzkost se tak bez jejich užívání naopak zvyšuje. Postupně se navíc začínají projevovat veškeré psychologické i tělesné projevy závislosti na omamných látkách doprovázené zdravotními i ekonomickými důsledky jejich užívání. Postižené osoby navíc oproti ostatním častěji zažívají depresivní nálady, které v krajních případech mohou skončit až pokusem o sebevraždu. (Praško a kol., 1998, s. 9)

Uvedené následky nezatěžují pouze samotného postiženého, jemuž často činí ze života peklo, ale rovněž jeho rodinu, přátele a následně i celou společnost. (Carr-Gregg, 2012, s. 79)

### 2.3 Léčba sociální fobie

Ačkoliv se většina lidí domnívá, že sociální fobie je rysem povahy člověka, a proto s ní není možné nic dělat, není to pravda. Sociální fobie je poměrně dobře léčitelnou úzkostnou poruchou. Je však třeba, aby byla včas rozpoznána a efektivně léčena. Obecně jsou rozeznávány dvě možnosti léčby. První z nich je léčba **léky**, u které je vykazováno výrazné

zlepšení u 70-80 % nemocných. Obdobná úspěšnost je dosažena rovněž v případě druhé metody, a to **psychoterapie**, zejména kognitivně-behaviorální terapie. V případě, že některá z uvedených metod nedosahuje požadovaného účinku, je možná rovněž kombinace obou přístupů. (Praško a kol., 2008, s. 36)

Ne všechny léky používané v psychiatrii, tzv. psychofarmaka, jsou na léčbu sociální fobie vhodné. Jednou ze skupin využívaných léků jsou **anxiolytika** ze skupiny benzodiazepinů, využívaná k odstranění úzkosti, psychické tenze, napětí, strachu, trémy apod. Ta jsou krátkodobě účinná, avšak z dlouhodobého hlediska je jejich efekt problematický. Pacient v důsledku jejich účinku není vystavován stresovým situacím, které by se měl naučit spíše zvládat. Navíc si na ně může postupně vytvořit návyk. Proto by léčba neměla trvat déle než tři měsíce, aby se riziku závislosti předešlo. Mohou také způsobovat ospalost či malátnost. Nicméně u postižených, u nichž je úzkost natolik silná, že nejsou schopni plnit ani nejjednodušší životní úkony, může být jejich využití pozitivní. Druhou daleko výhodnější variantou léků jsou **antidepresiva**. Jejich účinek se většinou dostaví po 8-12 týdnech užívání a nevzniká na nich závislost. Antidepresiva umožňují lepší přenos signálů v některých neurotransmitterových systémech mozku tím, že zvyšují dostupnost přenašečů na nervových zakončeních, která v úzkosti nedostatečně fungují. (Praško a kol., 2003, s. 86) Dále se mohou k léčbě sociální fobie užívat i méně časté metody, například léčba homeopatiky, obzvláště lékem Aconite, který je vynikající na úzkosti a panické stavy, nebo akupunktura, která uvolňuje v mozku chemické látky, které zmírňují úzkost a depresi. (Koníčková, 2013, s. 1)

**Psychoterapie** je srovnatelně účinná s farmakoterapií, ale je časově náročnější a její výsledek bývá trvalejší. Pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem trpícím úzkostí děje, pomáhá nalézt události v životě, které s rozvojem poruchy souvisejí. Učí zacházet s příznaky a s problémy v životě postiženého a následně trénuje dovednosti, které umožňují předcházet novým problémům. Mezi nejčastější psychoterapeutické přístupy patří:

- **Dynamická psychoterapie a psychoanalýza** - je založena na předpokladu, že aktuální chování a emoce člověka jsou ovlivňovány zkušenostmi z minulosti, hlavně z období raného dětství. Potlačená sexuální a agresivní přání způsobují úzkost a hrozí nebezpečí, že proniknou do vědomí. Jde o konflikt mezi pudovou částí osobnosti **id** a **superegem**. Id reprezentuje dítě v nás, které touží po příjemných pocitech, sexualitě a moci. Superego naopak reprezentují rodiče v nás,



hlídající společenské normy a konvence. Zdravý člověk tento konflikt nepustí do svého vědomí, vytěsni ho nebo ho přemění na tvořivou energii, zatímco u člověka trpícího úzkostnou poruchou tento obranný mechanismus tzv. **vytěsnění** nefunguje dostatečně. Napětí, které pramení z konfliktů, se tak promění na zevní problémy. Psychodynamická psychoterapie a psychoanalýza nejsou zaměřeny na přímé snižování úzkosti, ale na vybudování osobnosti, která dokáže úzkost dobře snášet. Úzkostný člověk si tak buduje sebevědomí, které je nejlepší ochranou před úzkostí. (Praško, Prašková, s. 3-4, <http://uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf>)

- **Skupinová psychoterapie** – svojí důvěrnou atmosférou napomáhá ujasnit si vlastní situaci, porozumět způsobům, jakými se člověk vztahuje k druhým a uvědomit si formy chování vedoucí ke stresu. Idea této metody vychází z předpokladu, že zdravotní problémy vznikly v malých přirozených skupinách, jako je rodina, školní třída nebo pracovní kolektiv, které mohou formovat nebo deformovat lidskou psychiku nebo chování člověka. V terapeutické skupině je pak možno tyto poruchy diagnostikovat a léčebně korigovat. Skupina je pro své členy bezpečným místem, kde pomocí posilování ostatními změní své neadaptivní chování a postoje na zdravější. Pacienti trpící sociální fobií většinou skupinovou terapii odmítají, ale pokud jsou schopni zvládnout tuto formu terapie a ve skupině se otevřít, je pro ně velmi prospěšná. Jednak porozumí svým problémům, ale nacvičí si ve skupině i nové sociální dovednosti. (Praško, Prašková, s. 4, <http://uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf>)
- **Kognitivně behaviorální terapie (KBT)** – patří mezi nejvíce ověřené psychoterapeutické metody užívané k léčbě většiny úzkostných poruch. Je založena na principech teorie učení. Vychází z předpokladu, že když se člověk v průběhu svého života naučil být úzkostným, může se také naučit být k úzkosti odolným. Pacient se postupně učí, které situace pocity úzkosti spouštějí, zmírňují či zhoršují. Naučí se také, jak zvládat své obavy a starosti, panické záchvaty, fobické vyhýbavé chování, jak zmírnit úzkost, jak dobře komunikovat i jak efektivně řešit životní problémy. Tato terapie je pro pacienta navíc lehce pochopitelná. K neefektivnějším metodám KBT patří tzv. expoziční terapie neboli expozice a systematická desenzibilizace. (Praško, Prašková, s. 5, <http://uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf>)

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, **expoze** je opakované vystavování se stresujícím situacím. Místo toho, abychom se těmto situacím vyhýbali, tak se jim postupně vystavujeme tak dlouho, až se jich přestaneme bát. Je však třeba postupovat pozvolna od méně stresujících situací k více stresujícím. (Praško a kol., 2008, s. 37)

**Systematická desenzibilizace** je forma postupné konfrontace s obávaným podnětem (např. pes, pavouk) v představách. K dalšímu kroku v hierarchii podnětů se přechází až v době, když už předchozí představa nevyvolává žádnou úzkost. Přestože je tato technika dnes již považována za překonanou, může být velmi užitečná u dětí. (Praško, Prašková, s. 9, <http://uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf>)

Na tomto místě je třeba se zmínit o skutečnosti, že problémem u sociální fobie není ve většině případů ani tak samotná léčba, jako spíše její zahájení. Nejobtížnější je totiž pacientova motivace a chuť léčbu podstoupit. Jak uvádí Raboch, do léčebného programu je zařazeno necelých 25 % postižených. Pacienti totiž často pomoc nevyhledávají, neboť se domnívají, že je jejich stav důsledkem povahového rysu, a navíc se obávají nálepky psychické poruchy. (Raboch, 1996, s.31)

Dalším problémem může být fakt, že pro mnoho dospívajících činí obrovskou potíž vyjádřit, co je vlastně trápí. Většinu z nich přivede do rozpaků, když jim někdo klade osobní otázky. Z těchto důvodů se obvykle začínají léčit až ve chvíli, kdy je opravdu zle. Do ordinace praktického lékaře většinou přicházejí nedobrovolně na nátlak svých rodičů, protože oni sami nejsou schopni posoudit svůj vlastní duševní stav. (Carr-Gregg, 2012, s. 56)

Čím déle se problém přehlíží, tím obtížněji se léčí. Když se duševní onemocnění u mladých lidí včas diagnostikuje a začne se okamžitě léčit, mohou být dospívající ušetřeni několikaletého a mnohdy i celoživotního utrpení. Navíc se tím sníží pravděpodobnost jejich samoléčby pomocí drog nebo alkoholu. (Carr-Gregg, 2012, s. 17)

## 2.4 Stigmatizace

Psychiatrie a lidé trpící duševním onemocněním jsou často vystaveni stigmatizaci. Stigmatem duševní nemoci se obecně rozumí vlastnosti, které nápadně odlišují nemocné od zdravých jedinců. Duševně nemocný se ostatním jeví jako člověk s vadami povahy, tedy jako člověk slabý, nespolehlivý, neschopný, nekontrolovatelný a někdy i nebezpečný či hloupý. Z tohoto důvodu je svým okolím diskriminován a izolován, což značně snižuje

možnost rehabilitace. Společnost obecně není ochotna přijmout vysvětlení, že odlišnost není způsobena rozdílnou morálkou, ale odlišnostmi v činnosti mozku. (Holý a Šibor, 2008, s. 147)

Duševně nemocný je terčem neustálého hodnocení své choroby ostatními lidmi. Jedná se vlastně o stereotypní předsudek, tedy averzní či hostilní postoj vůči osobě náležící do určité skupiny, a to pouze proto, že náleží do příslušné skupiny a je tudíž možné předpokládat, že má vlastnosti připisované dané skupině. Předsudek má v sobě silnou emoční komponentu posilovanou společností a kulturou. (Holý a Šibor, 2008, s. 147) Veřejnost nepřihlíží k tomu, trpí-li člověk psychózou, neurotickým projevem či poruchou osobnosti. Samotný fakt psychiatrické léčby má za následek automatické nálepkování. (Praško, 2007, <http://hodinasurrael.wordpress.com/>)

Předsudky a nálepkování mají za následek, že postižení svoje poruchy popírají a oddalují tak začátek léčby nebo se odborné pomoci zcela vyhýbají. Strach ze značkování nepostihuje pouze samotného pacienta, ale i členy jeho rodiny. Ti se často obávají, že „cejch“ dostane celá rodina, a proto se snaží postiženého přesvědčit, aby „se vzmužil“, popřípadě se mu snaží pomáhat zabezpečovacím chováním (vyřizují za něj jednání, všude ho vozí apod.). Toto chování však onemocnění pouze upevňuje. Všechny uvedené skutečnosti mají za následek, že strach ze stigmatizace je natolik silný, že se osoby s lehčím postižením raději této poruše přizpůsobují, než aby přistoupili k léčení. Výzkumy ukazují, že řada pacientů se dostává do léčby až po 7-15 letech strádání. Vinu často nesou i samotní zdravotníci, kteří se často natolik bojí navrhnout pacientovi vyhledání psychiatra, že raději zkouší provádět léčbu sami. (Praško, 2007, <http://hodinasurrael.wordpress.com/>)

Osoby postižené psychiatrickým onemocněním se s nepřízní svého okolí musely potýkat po dobu celé historie. Ve středověku byly postižené osoby zavírány do „klece či věže bláznů“ nebo posílány na širé moře na „lodi bláznů“. Později byly umístovány do léčeben situovaných daleko od civilizace. Ještě výraznější stigmatizací byli postižení podrobeni v nacistickém Německu, kde docházelo k jejich likvidaci v rámci programu eutanázie. Diskriminace osob trpících psychickým onemocněním přetrvala až do současného období. I v dnešních civilizovaných společnostech se duševně nemocní přirozenými cestami dostávají do pozice ekonomicky a sociálně deklasovaných skupin. (Holý a Šibor, 2008, s. 147)

Úkolem psychiatrie je vystupovat proti vzniku a udržování stigmatu a diskriminace, kterou stigmatizace vyvolává. Za tímto účelem je třeba změnit stereotyp člověka trpícího duševní

poruchou, aby nedocházelo k jejich společenskému izolování a sankcionování. Prostředkem k dosažení stanoveného cíle je seznamovat veřejnost s projevy duševních poruch tak, aby již nevnímala postižené jako senzaci a aby byla schopna postižené pochopit, porozumět jim a případně jim poskytnout přiměřenou pomoc.

Stigmatizace se neprojevuje pouze u neodborné veřejnosti, ale rovněž u profesionálů v oblasti duševního zdraví či samotných pacientů. Proto je třeba pracovat rovněž s těmito skupinami. Nejlepší zbraní proti vzniku stigmatizace u duševně nemocného člověka je úplná informovanost pacienta o povaze, průběhu a důsledku jeho onemocnění. (Praško, 2007, <http://hodinasurrael.wordpress.com/>)

### 3 KVALITA ŽIVOTA

Podle Freuda se „Kvalita života obvykle popisuje v pojmech jako je soběstačnost, autonomie, důstojnost, seberealizace, spokojenost v rodinných, partnerských a dalších mezilidských vztazích, sociální a kulturní integrovanost, tvořivost apod., jindy jako schopnost milovat, pracovat a žít v souladu s danou kulturou.“ ([http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba\\_sociologie\\_II\\_kvalita\\_zivota](http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota))

#### 3.1 Historie pojmu kvalita života

Pojem kvalita života byl poprvé použit v roce 1920 britským ekonomem Arthurem Cecilem Pigou. Ten ve své práci zabývající se problematikou ekonomie a sociálního zabezpečení zkoumal dopad státní podpory pro sociálně slabé na úroveň jejich života a současně na stav státního rozpočtu. (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 7)

Ke znovuobjevení pojmu kvalita života došlo v 60. letech 20. století v USA, kdy americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil, že cílem jeho domácí politiky je zlepšit kvalitu života Američanů. Kvalitou života bylo přitom v tomto případě míněno, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije. (Payne, 2005, s. 205 - 206)

V krátkém časovém intervalu se pojem kvalita života rozšířil rovněž do dalších vědních disciplín. Postupně zdomácněl v sociologii, kde začal být využíván pro výzkumné účely při monitorování dopadu společenských změn na život člověka, a od 70. let 20. století rovněž v medicíně. V této oblasti se pod pojmem kvalita života skrývá dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní domény, které určují kvalitu života. Snaha o udržení dostatečné kvality života se stala důležitým cílem např. v geriatrici, psychiatrii či onkologii. (Payne, 2005, s. 205 - 206)

Velký „boom“ prodělala studie kvality života zejména v průběhu posledních deseti let. Na různých pracovištích po celém světě na tomto tématu usilovně pracují celé výzkumné týmy, které se z různých pohledů snaží uchopit toto zajímavé a důležité téma. V současné době studie kvality života znamená hledání faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Dnes je kvalita života diskutována v různých souvislostech a vědních disciplínách. (Payne, 2005, s. 206)

### 3.2 Teoretické vymezení kvality života

Hovoříme-li v oblasti medicíny o kvalitě života, obvykle sledujeme, jaký dopad má onemocnění jedince na jeho fyzický či psychický stav, způsob života a pocit životní spokojenosti.

Vymezení kvality života (quality of life - QOL) není jednoduché. V literatuře je možné nalézt celou řadu nejrůznějších definic. Ani o jedné z nich však nemůžeme říci, že by byla všeobecně uznávána. Například sociologická organizace Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies) definuje kvalitu života jako „*Produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických, enviromentálních a jiných podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí.*“ (Payne, 2005, s. 211)

Světová zdravotnická organizace WHO naopak definuje kvalitu života jako „*Percepce pozice jedince v životě v kontextu jeho kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.*“ (Vařurová a Mühlpachr, 2005, s. 1)

Přestože je vymezení velmi různorodé, jednotlivé definice mají jedno společné. Pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. Zahrnuje tedy nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty apod. Kvalitu života ovlivňuje rovněž věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, religiozita, kulturní zázemí apod. Celková kvalita života je pak souhrnem výše uvedených faktorů. (Vařurová a Mühlpachr, 2005, s. 12-14)

### 3.3 Dimenze a přístupy ke kvalitě života

Kvalitu života lze hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů. V současnosti se odborníci všech oborů přiklání k subjektivnímu hodnocení jako základnímu a určujícímu pro život lidí. Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Představuje tedy souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a enviromentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. (Vařurová a Mühlpachr, 2005, s. 17)

Subjektivní kvalita života je oproti tomu zaměřena na lidskou emocionalitu a všeobecnou spokojenost se životem. V jejím rámci je hodnoceno, jak jedinec vnímá svou vlastní zdravotní situaci a schopnost sebeuplatnění v pracovním, rodinném i sociálním prostředí, v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Na subjektivní hodnocení kvality života mají významný vliv zejména nálada a emoce. Například pacient trpící depresemi může svou celkovou spokojenost hodnotit hůře než nezávislý pozorovatel a dokonce hůře než on sám v době po uzdravení. (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 17)

Obecně platí, že subjektivní a objektivní hodnocení kvality života poskytují často odlišná data. Obě **dimenze** jsou však nepostradatelnou součástí celkového hodnocení. (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 18)

Existují tři **přístupy** ke zkoumání kvality života. V rámci psychologického pojetí je kvalita života vnímána jako subjektivně prožívaná životní pohoda a spokojenost s vlastním životem. Základem je hledání odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, které faktory přispívají ke spokojenosti a jak spokojenost člověka ovlivňují jednotlivé společenské instituce. Objektem zájmu je prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby, přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory, jako životní trauma, krize, deprese, poruchy a nálady. (Payne, 2005, s. 209)

V medicínském pojetí hraje při hodnocení kvality života ústřední roli pojem zdraví. Proto je v této oblasti prosazováno specifické označení kvalita života týkající se zdraví (health-related quality of life- HRQOL). Tato hodnota vystihuje subjektivní prožívání nemoci a poskytované zdravotní péče. Jejím prostřednictvím člověk porovnává skutečný stav se stavem, který je považován za ideální. Lékařství samo o sobě nemůže určovat kvalitu života. Kvalita života týkající se zdraví se však s obecným pojetím kvality života navzájem překrývají. Pacientovu schopnost vyrovnat se s onemocněním totiž ovlivňují jeho individuální charakteristiky jako motivace, typ osobnosti, rodinné vztahy, životní prostředí apod. (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 26)

V rámci sociologického pojetí je důraz přikládán ukazatelům sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav, a jejich vlivu na kvalitu života člověka. (Payne, 2005, s. 211)

### 3.4 Kvalita života lidí s duševním onemocněním

Průběh duševního onemocnění má zpravidla dlouhodobý charakter a v jeho důsledku dochází k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností nebo toto nebezpečí dané osobě alespoň hrozí. (<http://www.prr.cz/editor/filestore/File/StudieNNOsvazekII/>)

Podle informací Světové zdravotnické organizace (WHO) provází duševní onemocnění postiženou osobu přibližně 19% z celkového počtu roků jejího života, což je v průměru kolem 15 let. Intenzita subjektivně i objektivně vnímaných potíží bývá v průběhu tohoto období různá. Kvůli svému onemocnění mívají lidé s duševní poruchou problém zapojit se do běžného života, a to hlavně do života pracovního. Také se u nich vyskytují problémy s koncentrací, spánkem, komunikací, běžnými sociálními schopnostmi a dovednostmi nebo prudkými změnami nálad. Jsou velmi často provázeny zvýšenou nemocností, pracovní neschopností, zhoršením kvality života, ztrátou životní pohody, ztrátou soběstačnosti, mnohdy až invaliditou či předčasným úmrtím. Duševně nemocní lidé se často dostávají do společenské izolace, nejsou schopni se přiměřeně sociálně začlenit do společnosti, zapojit se do sociálních aktivit odpovídajícím věku, nezvládají např. obstarávání osobních záležitostí, uspořádání času, plánování života, nakládání s penězi, komunikaci, nakupování a spoustu jiných důležitých činností. (Zvoníková, 2008, s. 1) U duševně nemocných lidí může často docházet ke stavům, kdy v důsledku nemoci nejsou schopni rozpoznávat dopady svého jednání, nejsou schopni toto jednání bezprostředně korigovat a mnohdy jim schází náhled na chorobnost svého stavu a často nejsou schopni hájit ani svá práva a zájmy. Duševní onemocnění s sebou přináší také vysokou zátěž pro rodinu a nejbližší okolí. (<http://www.prr.cz/editor/filestore/File/StudieNNOsvazekII/>)

Tuto skupinu však nelze vnímat jednoduše, problémy osob v této skupině jsou heterogenní a každá diagnóza si vyžaduje specifický přístup. Některé potřeby však mají stejné. Pro značnou část postižených například platí, že vyžadují dlouhodobou, stálou péči a podporu. (Šupa, 2006, s. 3)

Dlouhodobým problémem je, že velké množství osob s duševním onemocněním se nedostane včas nebo vůbec ne do péče odborného lékaře, tedy psychiatra. Tito postižení se totiž velmi často obávají stigmatizace, a proto oddalují návštěvu odborného lékaře nebo se odborné psychiatrické péči vyhýbají úplně. (Šupa, 2006, s. 4)



Duševní onemocnění jsou od pradávna opředena mnoha mýty, které ovlivňují také vnímání duševního onemocnění v pracovním procesu. Lidé s duševním onemocněním bývají mylně spojováni s omezením intelektových schopností, bývají stereotypně považováni za nebezpečné nebo agresivní, za pracovníky tzv. „druhé kategorie“ neschopné unést jakoukoliv zátěž a stres na pracovišti.

Na tyto okolnosti navazuje rezignace lidí s duševním onemocněním, kteří si opakovaně prošli odmítnutím při hledání zaměstnání a narazili na nezdolné bariéry. Zůstávají pak dlouhodobě příjemci invalidních důchodů a u některých jedinců je možné také hovořit o závislosti na sociálních službách. ([http://www.mojeseminarky.cz/files/files\\_98455990.pdf](http://www.mojeseminarky.cz/files/files_98455990.pdf))

Veškeré dopady duševních onemocnění je prakticky možné rozdělit do tří samostatných skupin.

**Individuální dopady** – duševní onemocnění ovlivňuje významnou měrou život člověka, jeho dospívání, pracovní zařazení, společenský život apod. Při nedostatku kvalitní péče může vést až k sebevraždám.

**Sociální dopady** – duševní onemocnění způsobují značné ztráty hospodářskému, sociálnímu, vzdělávacímu, jakož i trestnímu a soudnímu systému a jsou pro tyto systémy zátěží. Důvodem je, že stále existuje stigmatizace, diskriminace, nedodržování lidských práv a nerespektování důstojnosti osob s duševním onemocněním.

**Ekonomické dopady** – duševní nemoci jsou nejčastější příčinou odchodu do důchodu a invalidního důchodu. Kvalitní služby a péče mohou snížit dobu hospitalizace a uvolnit hospodářské zdroje na jiné účely. (Šupa, 2006, s. 4)

Až do roku 2001 představovaly duševní poruchy pátou nejčastější příčinu plné i částečné invalidity, hned po onemocněních kardiovaskulárních, onkologických, onemocněních pohybového a nosného ústrojí a onemocněních neurologických. Po roce 2001 však došlo ke změně a duševní poruchy se tak postupně propracovaly až na třetí místo tohoto žebříčku. Z výzkumů vyplývá, že v České republice činí míra nezaměstnanosti mezi lidmi trpícími duševním onemocněním 70 až 90 %. Každoročně přitom dochází k nárůstu počtu případů dočasné pracovní neschopnosti a k prodlužování doby trvání pracovní neschopnosti z důvodu duševní neschopnosti. (Zvoníková, 2008, s. 1)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 CÍLE A METODY VÝZKUMU

### 4.1 Cíle práce

Cílem kvalitativního výzkumu je zjistit, zda sociální fobie ovlivňuje kvalitu života člověka postiženého touto poruchou.

Dílčí cíle:

- 1) Informovat veřejnost o způsobu života postižených osob a o obtížnostech, kterým musí tyto osoby každodenně čelit.
- 2) Zjistit, jak ovlivňuje sociální fobie školní, pracovní a rodinný život.

### 4.2 Použité metody

Praktická část práce je zaměřena na naplnění stanoveného cíle, tj. na vyhodnocení kvality života člověka trpícího sociální fobií. Zdrojová data nezbytná pro provádění hodnocení byla získána za pomoci metody narativního rozhovoru. Tato metoda byla zvolena proto, že jejím prostřednictvím je možné získat množství autentických informací, včetně dat subjektivního a intimního charakteru.

**Narativní rozhovor** představuje zvláštní formu nestrukturovaného rozhovoru. Autorem této metody je německý sociolog Fritz Schütze. Tazatel v průběhu rozhovoru nepokládá dopředu připravené otázky, ale vhodně zvolenými dotazy, narážkami a komentáři podněcuje respondenta ke spontánnímu vyprávění na zvolené téma. Případně také pokládá doplňující otázky k objasnění nesrozumitelností a upřesnění získaných informací. Nikdy by však neměl do vyprávění respondenta zbytečně zasahovat a měnit jeho děj. Metoda narativního rozhovoru je založena na předpokladu, že zkušenosti dotazovaného jsou přirozeně organizovány v jeho vyprávění. Základem je myšlenka, že tím, jak vypravěč strukturuje, dělí a časově člení svoje vyprávění, zdůrazňuje či upozorňuje na určité pasáže. Důležitá je rovněž volba slov a větná struktura. Předpokládá se, že volné vyprávění odhalí subjektivní zkušenosti a poskytne cenné informace o vypravěči samotném, jeho životě, zkušenostech, prožitcích apod., což pomocí přímého dotazování nelze. (Miovský, 2006, s. 158)

Po realizaci narativních rozhovorů byly informace získané v průběhu rozhovorů s osobami postiženými sociální fobií využity při prezentaci kazuistik. Tyto kazuistiky byly následně

podrobně analyzovány za účelem odhalení společných témat a prvků prezentovaných příběhů a odhalení základních dopadů sociální fobie na život postiženého jednotlivce.

**Kazuistika** se odvozuje z latinského slova casus - případ, událost, náhoda. Je to specifická metoda známá již z doby Hippokrata, který takto označil studium svých lékařských případů se stejnou nemocí. Kazuistika je souhrnná zpráva, popis a analýza případu na základě komplexní příslušné dokumentace a dalších zjištěných informací. Jde tedy o systematické zkoumání jednotlivce prostřednictvím pozorování a rozhovoru umožňující detailní chování. Úkolem je najít a popsat příčinné faktory a skutečnosti, které vedly ke vzniku případu a které v závěru přispěly ke způsobům řešení. Přibližuje použité metody a techniky práce (diagnostické, intervenční). Odborný komentář je nedílnou součástí kazuistiky.

Kazuistika je podle Levické:

- Souhrnná a ucelená zpráva o případu nebo o **anonymním klientovi**.
- Odborně zpracovaný konkrétní případ, obvykle ukončený, který je analyzovaný a je doplněný odborným komentářem, který případ objasňuje.
- Používá se ve více oborech, jako je např. medicína, psychologie, právo, speciální a sociální pedagogika.
- V kazuistice se zaměřujeme na studium informací o sociálním případě, základním pramenem je spis klienta a další archivované dokumenty.
- Vypracovává se většinou po ukončení případu, tzv. ex post.

**Cílem kazuistiky** je odborná analýza konkrétního případu, najít faktory a mechanismy, které ovlivnily vznik případu, včetně skutečností, které přispěly ke způsobům jeho řešení. Finálním cílem kazuistiky je nejen podrobný popis a pochopení konkrétního případu, hledání vnitřních souvislostí, ale i komparace podobných případů. (Hajdová, 2012, <http://www.voss-ova.cz/joomla/opory/KAS.pdf>)

### 4.3 Výběr respondentů

V souvislosti se zpracováním mé bakalářské práce bylo osloveno celkem šest osob postižených sociální fobií. Tyto osoby byly vybrány z okruhu pacientů zdravotnického zařízení, ve kterém jsem delší dobu pracovala. S účastí na řešení nakonec souhlasili čtyři

respondenti, a to dvě ženy a dva muži ve věku od 22 do 45 let. Jednou z těchto osob byla rovněž dcera mojí blízké přítelkyně. Zbývající dotazovaní účast na narativním rozhovoru odmítli. Jako důvod uváděli zejména skutečnost, že je jim velmi nepříjemné hovořit o svých problémech a také, že mají strach z toho, že se o jejich onemocnění dozví okolí, a to i přesto, že všichni dokazovaní byli opakovaně ubezpečeni o absolutní anonymitě. S respondenty, jež přislíbili pomoc při zpracování bakalářské práce, byly následně realizovány narativní rozhovory. Tyto rozhovory byly na žádost respondentů prováděny v jejich domácím prostředí, aby se zamezilo negativním vlivům prostředí a aby dotyčný necítil obavy při sdělování důvěrných informací ze svého života. Sezení s každým z dotazovaných bylo přitom rozděleno do dvou kroků. Nejprve proběhlo seznámení, tj. zjištění základní anamnézy, a následně byli dotazovaní vyzváni k prezentaci svého příběhu.

## 5 KAZUISTIKY

### 5.1 Kazuistika č. 1

#### Karel, 22 let

První z respondentů je v rámci dalšího textu označován jako pan Karel. Jedná se o svobodného muže ve věku 22 let, který pochází z menšího města, ležícího nedaleko moravské metropole. Narodil se v dělnické rodině jako druhorozený syn. Má středoškolské vzdělání technického zaměření (technické lyceum) a v současné době pracuje jako dělník na montážní lince.

V raném dětství se u Karla žádné příznaky jeho onemocnění neprojevovaly. Měl hodně kamarádů ve škole i ve čtvrti, ve které vyrůstal. Většinu svého volného času trávil na hřišti nebo tréninkem ve florbalovém oddílu. Ke zlomu došlo ve věku 12 let, kdy se celá rodina přestěhovala na opačnou stranu města. Karel sice zprvu za svými starými kamarády nadále docházel, avšak jeho návštěvy byly stále vzácnější a vzácnější, až nakonec ustaly úplně. Jelikož si v nové čtvrti žádné kamarády nenašel, začal svůj volný čas trávit o samotě u počítače nebo procházkami se psem. Interakce mezi ním a jeho spolužáky se začaly omezovat výhradně na výuku. Stával se stále více uzavřeným, až úplně přestal vyhledávat společnost svých kamarádů.

Když Karel ke konci studia na základní škole uvažoval o zaměření svého dalšího vzdělání, nechal se rodiči přesvědčit k podání přihlášky na technické lyceum v místě svého bydliště. Rodiče mu tuto možnost navrhovali, jelikož se obávali, že by při své povaze dojíždění do většího města špatně snášel. Díky tomu, že se škola, kterou začal navštěvovat, nacházela pouhých deset minut od domu, mohl volné hodiny trávit doma a nemusel zůstat ve společnosti ostatních spolužáků. Ve škole dosahoval dobrých studijních výsledků, měl však problém s vystupováním před třídou, zejména při ústním zkoušení. Před tabulí se mu ze strachu z toho, že se před ostatními ztrapní, rozbušilo srdce, začal se potit a červenat, třásl se mu ruce, podlamovala kolena a po chvíli začal trpět závratěmi. Mluvil velmi potichu a často se v řeči zadržoval. Problémy s komunikací se však u něj projevovaly i mimo zkoušení. Se zbytkem třídy, tvořené převážně chlapci, se téměř vůbec nebavil a kontaktu s ostatními se stranil.

Po úspěšném ukončení střední školy nastoupil Karel na vysokou školu v Brně, kterou tou dobou již čtvrtým rokem studoval jeho bratr. Z počátku mu velké problémy dělalo zejména dojíždění v přeplněných autobusech, na které ze střední školy nebyl zvyklý. Problémem byly rovněž velké časové prodlevy mezi jednotlivými přednáškami a cvičeními. Jelikož z vysoké školy nebylo možné jednoduše docházet domů, jako v případě střední školy, začal Karel trávit volný čas procházkami po blízkých a posléze i vzdálenějších parcích. Jednou, když z důvodu nemoci vyučujícího odpadla jedna přednáška a vznikla tak šestihodinová prodleva mezi vyučováním, došel dokonce do parku, nacházejícího se několik kilometrů od univerzitního areálu. Co se studia týče, začaly se u něj postupně projevovat určité studijní problémy. Přestože neměl potíže s učením a skládáním písemných zkoušek, byl nucen některé předměty opakovat. Důvodem bylo, že na vysoké škole se oproti škole střední ve velké míře dbalo na vypracovávání skupinových projektů a jejich prezentacích. Karel však neměl příliš dobré vyjadřovací schopnosti a stále mu dělalo velké problémy vystupovat před plnou učebnou. Měl nepřekonatelný strach z toho, že se před ostatními zesměšní. Příznaky sociální fobie totiž v jeho případě nejen že nezmizely, ale navíc se stupňovaly a objevovaly se mnohem častěji, což mohlo být způsobeno pravděpodobně větší frekvencí stresových situací oproti střední nebo základní škole. Problémy se zvládáním projektů Karla natolik frustrovaly, že se nakonec rozhodl studium na univerzitě předčasně ukončit. Následující rok se sice pokusil ve studiu pokračovat na jiné škole a v jiném oboru, avšak i tento pokus skončil nezdarem.

Poté, co trvale ukončil studium na vysoké škole, nastoupil jako montér do nadnárodní společnosti, ve které pracuje jeho otec. Z počátku byl i zde nemluvný a uzavřený, ale postupně si začal, především díky pomoci svého otce, na nové prostředí zvykat. I nadále však platí, že jeho sociální interakce začínají a končí s pracovní dobou. Po skončení pracovní doby odjíždí domů, kde tráví čas u počítače nebo individuálním sportováním (posilování, běh, cyklistika, apod.).

Krátce po nástupu do zaměstnání si Karel začal uvědomovat to, co si až do té doby odmítal přiznat a to, že s jeho psychikou není všechno v pořádku. Svolil proto k návštěvě psychologa, kterou mu jeho rodiče již delší dobu doporučovali. Základním impulzem k jeho rozhodnutí se stala skutečnost, že ačkoliv mu bylo již 20 let, doposud si nenašel žádnou přítelkyni. Začal ho trápit jeho strach z komunikace, hlavně s děvčaty. Moc rád by si nějaké děvče našel, ale velmi se styděl nějakou dívku oslovit. V tomto období se jeho problémy začaly ještě více stupňovat. Často trpíval depresemi, zavíral se do pokoje a téměř

celý den proležel v posteli. Psycholog mu doporučil návštěvu psychiatra, který diagnostikoval sociální fobii spojenou s depresemi. Po zahájení léčby se jeho stav částečně zlepšil. Při náhlém propuknutí deprese Karel užívá léky proti úzkosti, které mu psychiatr předepsal. Několikrát se mu však již stalo, že vědomě použil větší množství léků, které ho poté vyřadilo na celý den. Přestože deprese i přes postupující léčbu stále přetrvávají, neobjevují se již tak často. Na radu psychologa začal na sobě Karel pracovat. Přestal se tak stranit společnosti a často se účastní nejrůznějších akcí společně s rodinou svého staršího bratra. Také si začal hledat přes internet přítelkyni. Zatím se však neodvážil oslovit děvče sám, ale vybíral mezi těmi, které oslovily jeho. Doposud však nebyl moc úspěšný, protože ho dívky většinou považují za příliš tichého a také za „moc velkého dobráka“ a po první schůzce vztah ukončí. Dalším jeho cílem je udělat si řidičský průkaz, čemuž se doposud bránil, a také se dostat znovu na vysokou školu, kterou by velmi rád dokončil. Karel je ze svého handicapu velice nešťastný a pokládá svou nemoc za „nejhorší na světě.“ Jak uvedl, raději by jezdil na invalidním vozíku, než trpěl sociální fobií. Často má dny, kdy podléhá naprosté beznaději, a někdy zase dny, kdy s touto nemocí tvrdě bojuje. Svou budoucnost však vidí spíše pesimisticky.

### **Vyhodnocení**

Prezentovaná kazuistika nebyla vypracována pouze na základě narativního rozhovoru s panem Karlem, ale byla doplněna o informace získané od jeho matky. Sám Karel v průběhu narativního rozhovoru své současné potíže zatajoval a tvrdil, že po zahájení léčby se u něj již žádné dřívější symptomy neprojevují. Dle sdělení rodinných příslušníků, však i nadále trpí častými depresemi, které řeší anxiolytiky a v poslední době rovněž požíváním alkoholu.

Z narativního rozhovoru vyplývá, že první projevy sociální fobie se objevily poté, co se Karel společně se svou rodinou přestěhoval ze čtvrti, ve které vyrůstal, na opačný konec města, tj. kolem 12 let. Toto vytržení z přirozeného prostředí u něj mohlo způsobit propuknutí sociální fobie. K dalšímu zhoršení mohla dopomoci rovněž skutečnost, že v průběhu studia na základní a střední škole trávil volný čas doma, místo aby jej trávil se svými vrstevníky a zvykal si na sociální interakce.

Jak je z prezentované kazuistiky zřejmé, u Karla se projevovala celá řada příznaků sociální fobie, jako je vyhýbání se kontaktů s ostatními, snaha utéct ze stresující situace, dále



mlčenlivost, tišení hlasu a zadržávání řeči. To vše doprovázely tělesné příznaky jako třes končetin, bušení srdce, nadměrné pocení, červenání či závratě. V současné době se k těmto projevům připojily rovněž časté deprese, které jsou zřejmě vyvolány pocitem neúspěchu v soukromém i profesním životě.

Karel si po dlouhou dobu odmítal svoje problémy přiznat a k zahájení léčby svolil teprve ve chvíli, kdy se jeho stav výrazně zhoršil. Psychiatr v jeho případě využil kombinaci psychoterapie a antidepresiv. Vzhledem k tomu, že trpěl častými depresemi, předepsal mu rovněž anxiolytika k tlumení náhlého návalu úzkosti. Jak vyplývá z rozhovoru s rodiči, po léčbě sice nastalo určité zlepšení, spočívající v ústupu původních příznaků, avšak deprese stále přetrvávají. Tato skutečnost může být způsobena buď tím, že předepsaná antidepresiva ještě nezačala plně účinkovat, nebo že zvolené léky nejsou pro pacienta optimální. Vzhledem k tomu, že Karel během rozhovoru některé své současné symptomy zatajil, lze předpokládat, že stejným způsobem upravuje skutečnost i v případě psychoterapie, proto možná psychiatr není dostatečně informován o jeho skutečném stavu. Znepokojivá je rovněž skutečnost, že k řešení depresí začíná využívat stále větší dávky léků a potažmo alkohol, což naznačuje, že se u něj možná začíná projevovat počínající závislost na návykových látkách.

## 5.2 Kazuistika č. 2

### **Kamil, 27 let**

Druhým respondentem je pan Kamil. Je to 27letý muž pocházející z rodiny řidiče a úřednice. Má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako úředník ve státní správě. Žije na předměstí města Brna společně se svou manželkou. Děti zatím nemá.

Kamil byl jako malé dítě velmi upovídaný a společenský chlapec. Měl hodně kamarádů jak v místě bydliště, tak v chatové oblasti, ve které se svými rodiči a bratrem trávil víkendy a prázdniny. Bez potíží navazoval kontakt i se zcela cizími lidmi. Zlom nastal na prvním stupni základní školy. Poté, co se stal terčem šikany ze strany spolužáků, se jich začal postupně stranit. Ve třídě byl mlčenlivý a přestávky věnoval přípravě na další hodinu. Volný čas trávil doma nebo ve společnosti svých dvou nejlepších kamarádů. Čím víc se stranil svého okolí, tím větší negativní pozornost mu jeho okolí věnovalo. Rodiče se snažili

řešit stupňující se psychickou šikanu stížností třídnímu učiteli a řediteli, avšak jejich snaha měla spíše opačný účinek. Kamil se postupně začal svým spolužákům vyhýbat, až se nakonec od svých vrstevníků izoloval úplně.

Zásadní změnu nepřinesl ani nástup na střední ekonomickou školu. Přestože se zde k němu spolužáci nechovali tak jako na základní škole, on se jich přesto od počátku stranil. S nikým se příliš nebavil, a pokud ano, mluvil velmi tiše a co možná nejrychleji, aby tak minimalizoval délku kontaktu. Díky rychlé řeči se pak často zadržoval. Přestávky trávil nervózním popocházením z místa na místo na chodbě či v šatnách, kde byl oproti učebnám mnohem větší klid a ticho. Učitelé však pro to neměli pochopení a „zaháněli“ ho do třídy. Vydržet ve třídě v průběhu vyučování nedělalo Kamilovi zas až tak velké potíže. Necítil se sice ve třídě plně žáků dobře, zvláště při zkoušení, kdy se na něj všichni ostatní „koukali“, avšak nepříjemný pocit dokázal až do přestávky vydržet. O přestávce ale musel ze třídy pryč. Ve třídě sedával v poslední krajové lavici a s ostatními spolužáky vůbec nekomunikoval. Ke změně došlo až ke konci druhého ročníku, kdy se při povinné praxi ve školním obchodě spřátelil se dvěma chlapci ze třídy. Postupně pak během zbývajících dvou let začal komunikovat i s dalšími spolužáky. I přesto však vzájemné interakce omezoval jen na školní prostředí a ve volném čase se s ostatními nestýkal. Nejraději trávil čas doma u počítače, hrou na kytaru nebo kreslil.

Po ukončení střední školy nastoupil Kamil na provozně ekonomickou fakultu brněnské univerzity. Studium na vysoké škole mu zpočátku vyhovovalo, neboť jej nikdo o přestávkách nezaháněl do učeben. Díky volným hodinám měl navíc čas na procházku po nedalekém parku. Postupně se však jeho stav začal zhoršovat. Vydržet po celou přednášku či cvičení v lavici pro něj bylo stále složitější. Postupně se u něj začaly projevovat tělesné příznaky jako nevolnost, třes, bušení srdce, problémy s dýcháním a svalové napětí přecházející až do svalové křeče. Při jednom ze cvičení tyto symptomy zesílely natolik, že nebyl schopen nadále setrvat v učebně a musel místnost okamžitě opustit. Projevy v tomto okamžiku byly již natolik silné, že kvůli ochromení a mravenčení celé horní poloviny těla nebyl téměř schopen otevřít dveře učebny a vytočit telefonní číslo rodičů, aby si mohl zavolat o pomoc. Tato situace v něm vyvolala silnou panickou hrůzu. Měl strach z toho, že by se tato příhoda mohla v budoucnu zopakovat. Po této stresující příhodě se rozhodl navštívit psychiatra. Ten stanovil diagnózu sociální fobie a zahájil léčbu antidepresivy. I přes určité zlepšení však s ostatními studenty stále nekomunikoval a prezentacím v hodinách se pokud možno vyhýbal. Tato skutečnost mu působila studijní problémy,

neboť v některých předmětech hrály týmové projekty a prezentace významný podíl na celkové známce. Nebylo-li to nezbytně nutné, pak se prezentacím zcela vyhýbal. V opačném případě si začal dodávat odvalu anxiolytiky, které dostal od psychiatra pro případ úzkosti. Tyto léky sice zamezily vzniku příznaků, avšak na druhou stranu se po nich Kamil cítil velmi ospalý, což zhoršovalo jeho přednes, stejně jako možnost reagovat na případné dotazy. Problematické bylo rovněž ústní zkoušení, při kterém se cítil velmi nejistě, zvláště ve chvíli, kdy zkoušející kvůli úspoře času zkoušel více studentů pohromadě. Učitelé obecně neměli pro jeho problémy příliš velké pochopení. Ačkoliv se našli i tací, kteří mu ochotně umožnili individuální ústní zkoušení. Ve většině případů však zkoušející argumentovali tím, že „trémou trpí každý“ a neumožnili mu alternativní přístup přesto, že dobrovolně navrhoval, že výměnou za to, že nebude muset prezentovat týmové projekty, vypracuje celý projekt sám a to ve větším rozsahu. Nejhorší potíže měl s předmětem marketing, kde prezentace projektů tvořila významnou část konečné známky. Ačkoliv si byl Kamil dobře vědom potřeby prezentovat, nedokázal se přinutit k tomu, aby se k prezentování přihlásil. Kvůli tomu mu navzdory dobře zvládnutému závěrečnému testu chybělo několik málo bodů k úspěšnému ukončení předmětu. Požádal proto garanta předmětu, zda by bylo možné získat chybějící dva body na ústní zkoušce. Jeho žádost však byla zamítnuta. Zkoušející na jeho prosbu odpověděla, že sociální fobie je nemoc jako každá jiná a že „za rýmu se na univerzitě známky nedávají“ a dále, že „lidé se sociální fobií působí na univerzitách díky svým komunikačním problémům spíše jako uklízečky a nikoliv jako studenti.“ Také že by měl zvážit odklad studia do doby, než se vyléčí a bude schopen lépe komunikovat. Kamil byl tedy nakonec nucen předmět opakovat, přestože jinak si ve studiu vedl dobře a v mnoha předmětech dokonce doučoval svoje spolužačky, se kterými se znal již ze střední školy. Opakovaný předmět díky vstřícnějšímu přístupu jiného vyučujícího úspěšně v dalším semestru ukončil.

Ke konci bakalářského a v průběhu navazujícího magisterského studia se stav Kamila díky nasazené léčbě výrazně zlepšil. Rozhodl se proto pokračovat ve studiu na doktorském stupni. Přestože měl z počátku z vystupování před studenty obavy, díky lékům dokázal svůj strach překonat. Navíc si díky postupnému snižování dávek na vystupování před menším počtem studentů zvykl. Účast na odborných konferencích ho však stále stresovala. Z tohoto důvodu se snažil těmito akcím vyhýbat. Vedoucí však účast vyžadovala, a tak se Kamil rozhodl nastoupit do zaměstnání a přestoupit na kombinovanou formu doktorského studia, kdy již účast na odborných konferencích nebude nutná.

Na přijímacích pohovorech do zaměstnání byl ze začátku Kamil velmi nejistý. Obava z neznámé situace velmi zhoršovala jeho schopnost rychlé reakce na pokládané otázky. Když se snažil své obavy zbavit pomocí léků, pak zase docházelo k nežádoucímu otupení smyslů. Po několika neúspěších se mu nakonec podařilo získat místo úředníka ve státní správě. Z počátku pro něj byla nutnost osobního a telefonického kontaktu s daňovými subjekty něčím novým. Vzhledem k tomu, že se rozhodl vypořádat se s novým prostředím bez pomoci léků, trvala aklimatizace déle, avšak zatím postupuje úspěšně. V zaměstnání se mu navíc velmi líbí.

### **Vyhodnocení**

Z prezentovaného příběhu vyplývá, že klíčovou roli v životě pana Kamila sehrála pravděpodobně psychická šikana, které byl podroben během počátečních let svého studia na základní škole.

Patrná je celá řada běžných příznaků sociální fobie. Z počátku se projevovaly méně závažné příznaky, zejména mlčenlivost a vyhýbání se ostatním. Postupem času se projevy začaly stupňovat a navíc se objevovaly další závažnější příznaky, a to jak tělesné (problémy v dýchání, třes, nevolnost, svalové napětí vedoucí až k úplnému ochromení), tak změny v chování (zadržávání v řeči, nervózní přecházení, potřeba uniknout ze společnosti ostatních). Kulminace byla zaznamenána na vysoké škole, kdy potíže zesílily natolik, že Kamil již nebyl v přítomnosti většího počtu lidí schopen vykonávat běžné úkony. Problémy se neomezovaly pouze na veřejné přednesy či zkoušení, ale často i na samotné setrvání v místnosti s větším počtem osob.

V rámci léčby sociální fobie bylo využito kombinace psychoterapie a psychofarmak. Základem byla antidepresiva (původně Zoloft později nahrazený Cipralxem), doplněná anxiolytiky využívanými ve chvíli záchvatu sociální úzkosti. Z výsledků narativního rozhovoru je zřejmé, že zvolený postup byl účinný, neboť Kamil od chvíle zahájení léčby učinil velký pokrok. Určitou dobu působil jako pedagog a posléze jako pracovník státní správy, tedy v pozicích, pro které je kontakt s ostatními lidmi nezbytný. Pozitivním faktorem je, že sám pacient usiloval o zlepšení svého stavu a postupně omezoval anxiolytika, čímž si pomalu zvykal na pro něj stresující situace, až se nakonec naučil zvládat běžné situace bez pomoci léků. Ačkoliv je z jeho přednesu a chování při

narativním rozhovoru stále patrná jeho introvertní povaha, neprojevovaly se u něj během schůzky žádné významnější příznaky, ani projevy sociální fobie. Snad jen tichý hlas a špatný oční kontakt.

### **5.3 Kazuistika č. 3**

#### **Gabriela, 31 let**

Třetím dotazovaným respondentem je žena ve věku 31 let. Pochází z malé vesnice, z rodiny vedoucího prodejny se stavebním materiálem a zaměstnankyně městského úřadu. Vystudovala vysokou ekonomickou školu a v současné době pracuje jako administrativní pracovnice ve větším výrobním podniku.

Gabriela byla od dětství velmi tiché a plaché dítě. Ve škole nezlobila, ale nepatřila ani mezi horlivé „snaživce“. Většinou sedávala se svými kamarádkami, se kterými denně dojížděla z nedaleké vesničky, odkud všechny pocházely. Společně trávily rovněž většinu svého volného času. Postupem času její kamarádky začaly stále častěji navštěvovat kluby a diskotéky. Gabriela se nechala přemluvit k několika návštěvám, ale tento druh zábavy ji příliš nebavil. Většinou pouze seděla u stolu a pozorovala svoje kamarádky, jak se baví s chlapci či tancují. Sama se snažila být co možná nejméně nápadnou, vyhýbala se očnímu kontaktu. Když ji oslovil nějaký chlapec, byla tichá, nemluvná a červenala se. Jelikož jejím kamarádkám toto prostředí vyhovovalo a s oblibou je často navštěvovaly, scházela se s nimi Gabriela stále méně a méně častěji, až s nimi nakonec úplně přerušila kontakt. Velkou měrou k tomu přispěla i skutečnost, že po skončení základní školy začala každá z dívek navštěvovat jinou školu, a proto se již nesetkávaly tak často jako dopsud.

Na střední ekonomické škole, na kterou Gabriela nastoupila, si již kamarádky nenašla. Většinou zůstávala stranou veškerého dění, a to jak ve škole, tak i mimo ni. Do studentských aktivit se zapojovala spíše z důvodu přemlouvání, než z vlastního zájmu. Volný čas trávila hlavně prací na zahrádce či procházkami se psem. Výraznější změnu nepřinesla ani maturita a nástup na univerzitu. I zde se s ostatními studenty scházela spíše výjimečně. Na cvičeních a přednáškách sedávala na kraji mimo hlavní skupiny. Mimo výuku se s ostatními scházela pouze ojedinele, a to výhradně v případech, kdy bylo třeba řešit nějaký týmový projekt. Když s účastí na studijních poradách s ostatními náhodou

souhlasila, do debat se příliš nezapojovala, spíše poslouchala a přikláněla se na stranu většiny. Vždy mluvila tiše a jen v nejnútnejších případech. Při řeči se často zadržovala, jelikož nevěděla co říct. Spíše než se svými vrstevníky trávila volný čas procházkami po městě, zejména v odlehlých uličkách, či návštěvami babičky, jejíž byt byl nedaleko univerzitního areálu.

Během studia na vysoké škole si Gabriela našla svého prvního přítele. Při prvních schůzkách byla velmi nejistá, styděla se, vyhýbala se očnímu kontaktu. Dlouhou dobu jí dělalo problém držet se se svým přítelem za ruku. Rovněž se velmi bála setkání s jeho rodiči, v důsledku čehož plánovala schůzky na dobu, kdy bylo toto riziko minimální. Postupem času si však začala zvykat a začala se svým přítelem trávit stále více a více času. Jelikož byl stejně jako ona spíše introvert, nebyla nucena k návštěvám večírků a zábav, což jí vyhovovalo. Oba mnohem raději trávili čas v přírodě, zoologických či botanických zahradách, výletech a podobně.

Po úspěšném složení státních zkoušek začala Gabriela hledat svoje první zaměstnání. Ve většině případů se však neodvážila k zaslání žádosti o místo. Vždy se totiž obávala, že se na příslušnou profesi nehodí a že pro ni nemá dostatečné předpoklady. Nakonec díky pomoci svého přítele našla zaměstnání jako administrativní pracovnice. V pracovním kolektivu je však velmi uzavřená, na poradách se příliš neprojevuje a při jednání s dodavatelem využívá raději písemnou komunikaci nebo hledá jiné způsoby řešení problémů, jen aby s nimi nemusela telefonovat. Projevuje se u ní rovněž velký strach z chyb, v důsledku čehož každý svůj úkon raději dvakrát konzultuje se svou kolegyní, která je pověřena jejím zaškolením.

V současné době Gabriela spolu se svým přítelem plánuje společný život. Nedávno se zasnoubili a v současnosti vybavují nově pořízený byt, ve kterém by měli v brzké době začít společně žít.

## **Vyhodnocení**

Jak je patrné, v případě slečny Gabriely se ani zdaleka nejedná o tak závažný stupeň psychického onemocnění jako v případě pana Karla a Kamila. Spíš než o sociální fobii jde v jejím případě patrně o sociální úzkost. Toto onemocnění se v jejím případě nejspíš projevovalo již od dětství, což dokazuje i skutečnost, že nikdy neměla příliš mnoho přátel.

Z příznaků psychického onemocnění se u ní projevují zejména ty méně závažné. Jedná se o mlčenlivost, tišení hlasu, zadržávání řeči, vyhýbání se očnímu kontaktu, nadměrná stydlivost, červenání se, strach z telefonování či ztráta sebedůvěry. Během rozhovoru měla rovněž tendenci mluvit velmi rychle, díky čemuž neměla čas dostatečně si uspořádat myšlenky a často se zadržovala. Tyto projevy však nejsou natolik výrazné, jako u obou předcházejících respondentů. Sledně Gabriele nedělá problém vydržet ve společnosti ostatních, ani jí její onemocnění neomezuje v základních každodenních aktivitách. Má však vliv na její pracovní výkonnost, stejně jako na společenský život.

Vzhledem k tomu, že problémy slečny Gabriely nikdy nedosáhly takových rozměrů, aby začaly výrazně narušovat její život, nikdy neměla tendenci zahájit léčbu. Tuto možnost by však mohla zvážit, neboť by jí mohla pomoci zbavit se ostychu a strachu z telefonování.

#### **5.4 Kazuistika č. 4**

##### **Růžena, 43 let**

Posledním respondentem je paní Růžena 43 let. Je vdaná, má jednoho syna a přestože má středoškolské vzdělání, pracuje jako dělnice na montážní lince. Je druhým dítětem úřednice a vedoucího plynárny ze středně velkého města.

Když byla paní Růžena malá, nejraději trávila čas u své babičky, která se o ni od jednoho roku starala, zatímco její rodiče byli v zaměstnání. Svoji babičku měla velice ráda. Naopak domů se příliš netěšila, neboť se rodiče velmi často hádali, což jí přivozovalo silnou úzkost spojenou s bolestmi břicha a střevními potížemi. Ke konci prvního stupně základní školy se u ní úzkost začala projevovat rovněž ve vyučování. Nejednou se stalo, že byla nucena z důvodu nevolnosti třídu opustit. O svých problémech se však nikdy nikomu nesvěřila, neboť se za ně velice styděla. V období puberty potíže mírně ustoupily. Po ukončení střední školy začala bydlet se svým přítelem. Jedním z důvodů, proč se tak rozhodla, byla i skutečnost, že se chtěla vyhnout neustálým hádkám svých rodičů. V 19 letech otěhotněla a krátce nato se za svého přítele provdala. Manžel brzy po svatbě odešel na základní vojenskou službu a Růžena se přestěhovala zpět k rodičům. V této době se u ní začala znovu projevovat úzkost. Její otec si totiž po práci rád zašel na pivo do hospody naproti autobusové zastávce, aby tak „zabil“ čas do příjezdu autobusu. Tato skutečnost byla

důvodem téměř každodenních hádek. Už jen jejich samotné očekávání vyvolávalo u paní Růženy úzkostné stavy. V pátém měsíci těhotenství její otec zemřel. Přesto, že ho měla Růžena velmi ráda, v určitém smyslu přijala jeho smrt s jistou úlevou, neboť znamenala konec nekonečných hádek.

Brzy po smrti otce se paní Růženě narodil syn. Ten však býval velmi často nemocný a Růžena s úzkostí prožívala každou jeho nemoc. Po nějaké době zjistila, že jí začíná vadit společnost většího množství lidí a také to, když má být středem zájmu více osob. Aby co možná nejvíce minimalizovala nebezpečí, že se stane středem pozornosti, chodila nenápadně oblečená, nezapojovala se do komunikace, nikam nechodila a většinu času trávila sama doma se svým synem. S kamarádkami ze školy se přestala scházet úplně. Úzkostné stavy se u ní projevovaly nepříjemnými pocity v břiše, průjmy, závratěmi, třesem rukou, silným pocením, zrychleným bušením srdce. Kdykoliv měla někam jet, zejména hromadnými dopravními prostředky, trávila dlouhou dobu na toaletě. Brzy se u ní začaly projevovat také deprese, které si začala sama léčit léky typu Lexaurin. Její problémy se postupně natolik zhoršily, že jí začaly dělat problémy běžné aktivity, jako např. nakupování ve velkoobchodech. Když už její potíže byly natolik silné, že skoro vůbec nevycházela z domu, rozhodla se navštívit psychiatra. Ten jí diagnostikoval sociální fobii spojenou s těžkou depresí a zahájil psychoterapii a léčbu antidepresivy (Olwexya). Léčba byla z části úspěšná. Ačkoliv je paní Růžena stále nervózní, když má cestovat hromadnou dopravou či když se má zdržovat ve společnosti většího množství lidí, nečiní jí to ani zdaleka takové problémy jako v minulosti. Navíc se stres objevuje spíše v situacích, které pro ni nejsou typické a obvyklé. Dodnes nemá ráda situace, kdy ji někdo sleduje a děsí se situace, kdy by měla být středem zájmu ostatních. Má strach z negativního hodnocení druhými. Sama paní Růžena však i navzdory svým pokrokům považuje svůj stav i nadále za špatný a považuje za nespravedlivé, že nemůže jako ostatní prožívat plnohodnotný život.

## **Vyhodnocení**

Jak vyplývá z rozhovoru s paní Růženou, první příznaky sociální fobie se u ní objevily již v útlém dětství, a to asi kolem 9. roku. Pravděpodobnou příčinou jsou časté hádky jejich rodičů. Příznaky sociální fobie se u ní projevovaly z počátku právě v průběhu hádek rodičů, avšak postupně se rozšířily rovněž na každodenní činnosti.



V době propuknutí prvních problémů se u paní Růženy projevovaly zejména nevolnost, bolesti břicha a střevní potíže. K těmto základním příznakům, které přetrvávaly až do současnosti (objevují se v téměř vždy, když paní Růžena někam cestuje či když ji čeká neznámá situace), se postupně připojily rovněž další, jako je vyhýbání se ostatním, mlčenlivost, závratě, třes rukou, nadměrné pocení, zvýšení bušení srdce a životní pesimismus. Později se začaly objevovat rovněž deprese, které byly stále častější a vážnější.

Paní Růžena dlouhou dobu své problémy před okolím tajila (asi 14 let). Z tohoto důvodu ani nevyhledala pomoc odborníků a raději své potíže řešila pomocí léků, které si sama obstarávala. K léčbě přistoupila až ve chvíli, kdy její problémy kulminovaly. Započatá psychoterapie a léčba antidepresivy měla na její stav pozitivní vliv. V současnosti je schopna zvládat každodenní interakce se svým okolím. Stav však ještě stále není optimální. Není však vyloučeno, že kdyby psychologa či případně psychiatra navštívila dříve, tedy v době, kdy se její problémy teprve rozvíjely, mohla by léčba účinkovat ještě lépe.

## 5.5 Analýza kazuistik

Jak je z výše prezentovaných kazuistik patrné, na propuknutí sociální fobie nemá vliv pohlaví, věk ani sociální původ pacienta. Toto onemocnění se vyskytuje jak u mužů, tak i u žen, projevuje se v různém věku a postihuje pacienty bez ohledu na jejich vzdělání. V rámci výše uvedených kazuistik byly prezentovány příběhy čtyř respondentů. Jednalo se o dva muže a dvě ženy ve věku 22 až 43 let. Mezi respondenty byly zastoupeny osoby se středoškolským i vysokoškolským vzděláním, dále osoby pocházející z vesnice, města i velkoměsta a osoby pocházející z dělnické i úřednické rodiny.

Společným rysem všech kazuistik je, že první příznaky onemocnění se objevily již v dětství, převážně poté, co postižený zažil nějakou, pro něho negativní, událost. U pana Karla se pravděpodobně jednalo o přestěhování ze čtvrtě, ve které vyrůstal, čímž byl vytržen z přirozeného prostředí, které dobře znal a ve kterém měl své kamarády. U pana Kamila bylo naopak propuknutí sociální fobie pravděpodobně způsobeno šikanou, kterou prožíval v době studia na základní škole. V případě paní Růženy byly pravděpodobnou

příčinou časté hádky jejich rodičů. Jediným respondentem, u kterého není zřejmá jasná příčina propuknutí onemocnění, je paní Gabriela. V tomto případě není zřejmé, zda propuknutí úzkosti nemělo žádnou příčinu či zda respondentka pouze není schopna tuto příčinu sama identifikovat.

U jednotlivých respondentů se dle informací získaných v rámci narativního rozhovoru v průběhu života projevovaly různé příznaky sociální fobie. Pro všechny z nich je společná zejména snaha o vyhýbání se společnosti ostatních lidí, mlčenlivost, tišení hlasu, zadržávání řeči, neschopnost mluvit a u všech je patrný rovněž špatný oční kontakt. K nejčastějším tělesným projevům patří červenání, nadměrné pocení, třes rukou, zaživací potíže, pocity na omdlení, palpitace srdce. V nejzávažnějších případech se objevují problémy s dýcháním, svalové křeče a deprese různé intenzity.

Jak vyplývá z prezentovaných kazuistik, nejzásadnějším problémem léčby sociální fobie je její samotné zahájení. Ve všech prezentovaných případech respondenti nezapočali s léčbou při prvních projevech nemoci, ale svoje symptomy ignorovali, tajili je před svým okolím a léčbu co možná nejdéle oddalovali. Velkou měrou k tomu přispíval zejména nadměrný strach ze stigmatizace okolím, který se projevoval u všech čtyř respondentů. K léčbě ve většině případů přistoupili až ve chvíli, kdy jejich nemoc dosáhla takového stavu, při kterém již nebyli schopni zvládat běžné každodenní sociální interakce. Výjimkou je paní Gabriela, u které nemoc uvedeného stavu zatím nedosáhla. Možná právě z tohoto důvodu prozatím pomoc nevyhledala. U všech respondentů, u nichž byla léčba zahájena, byla využita kombinace psychoterapie a léčba psychofarmaky. Vzájemná kombinace těchto metod měla ve všech zkoumaných případech pozitivní výsledky. Léčba sice není stoprocentní, ale umožňuje dotazovaným zvládat každodenní pro ně stresové situace.

Podíváme-li se pozorně na prezentované kazuistiky, můžeme vidět, že sociální fobie ovlivňuje všechny aspekty života jednotlivce, tj. život rodinný, studijní, pracovní i společenský. Snad nejvíce je vliv fobie patrný v případě života společenského. Postižené osoby se ve společnosti ostatních lidí cítí nepříjemně, a proto se kontaktu s ostatními pokud možno vyhýbají. V důsledku této skutečnosti se téměř nezapojují do společenských aktivit a nemají skoro žádné známé a přátele. Jejich sociální interakce se tak v podstatě omezují výhradně na nejbližší rodinu. Tato skutečnost je dobře patrná ze všech prezentovaných kazuistik. Všichni dotazovaní shodně uvádějí, že po propuknutí fobie postupně ztrácí kontakt se svými dosavadními přáteli a volný čas tráví o samotě, ať již v přírodě, sportováním či u počítače.

Rovněž je patrný vliv sociální fobie na život studijní a pracovní. Obecně platí, že v průběhu studia, zejména na vysokých školách, jsou studenti často nuceni k řešení týmových projektů, prezentací výsledků výzkumu před zbytkem skupiny či ústnímu zkoušení před jedním či více zkoušejícími. Tyto, pro ostatní lidi zcela běžné a bezproblémové situace, mohou být pro člověka, který se obává toho, že bude středem pozornosti ostatních, nepřekonatelným úkolem. Osoba postižená sociální fobií tak stojí před nelehkým rozhodnutím, zda bude svému strachu čelit, což však pro ni nemusí být vůbec jednoduché, nebo se pokusí prezentaci projektu či zkoušení nějakým způsobem vyhnout. V krajním případě může dojít až k situaci, kdy je postižená osoba nucena studium ukončit, ať již proto, že vzhledem ke svému postižení není schopna ukončit některý z předmětů nebo proto, že nedokáže nadále zvládat psychický tlak, který jí studium přináší, jak je to patrné např. u pana Karla. Mezi nejčastější školní situace, které činily respondentům problémy, patří ústní zkoušení před spolužáky, vypracovávání týmových projektů, přijímací a závěrečné zkoušky, ale také přestup do nového školního zařízení.

Nutno podotknout, že Kamil byl jediný ze čtyř dotazovaných respondentů, který se otevřeně svěřil pedagogům se svým psychickým problémem. Zbývající tři respondenti své problémy tajili, protože se za ně styděli. Podle výpovědi Kamila ne vždy měli učitelé pro jeho problémy pochopení. Za svých deset let studia s tímto handicapem se sice setkal i s několika pedagogy, kteří mu pomáhali zvládat pro něj obtížné situace, většinou však byly postoje pedagogických pracovníků spíše negativní. Řada vyučujících ho nutila k úkonům, které pro něho byly nepříjemné a stresující a jeho problémy bagatelizovala. V jednom případě vysokoškolská vyučující dokonce srovnávala sociální fobii s rýmou a Kamilovi doporučila, že není-li schopen svoje problémy překonat, měl by zvážit přerušování či případně ukončení studia.

Pozitivní je, že v poslední době dochází v této oblasti k významnému kroku kupředu. Na některých vysokých školách jsou nově k dispozici akademické poradny, které poskytují bezplatné poradenství studentům při řešení jejich problémů. Některé univerzity dokonce zavádí speciální programy pro studenty se specifickými vzdělávacími potřebami, kam mimo jiné patří i osoby s duševním onemocněním. Podle vysokoškolského zákona totiž mají právo získat vysokoškolské vzdělání i studenti se zdravotním postižením či znevýhodněním. Úprava podmínek studia pak závisí na typu a rozsahu postižení. Studenti tak mohou požádat např. o vytvoření individuálního studijního plánu nebo mají možnost volit mezi ústní či písemnou formou zkoušení dle jejich potřeb. Situace se v posledních

letech zlepšuje i na základních a středních školách, kde se stále častěji objevuje profese školního psychologa, k jehož náplni práce mimo jiné patří i vyhledávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami. Na druhé straně je však velmi mnoho škol, kde tato profese stále chybí nebo kde jsou tito odborníci zaměstnáváni jen na minimální úvazek, takže nemají dostačující časový prostor se danými problémy více zabývat. Občas se také stává, že práci školního psychologa zastávají lidé, kteří nemají psychologické vzdělání vůbec. Tato skutečnost je pak zvláště nebezpečná, neboť špatně stanovená počáteční diagnóza může napáchat nenapravitelné škody na lidské psychice.

Dopad sociální fobie na studijní život jednotlivce se významnou měrou dotýká rovněž jeho života pracovního. Jak plyne z nabídek práce, dnešní společnost klade na vzdělání velký důraz. U profesí, k jejichž výkonu dříve bohatě stačilo středoškolské vzdělání, je dnes vysokoškolské vzdělání nutností. Z tohoto důvodu může mít absence vyššího vzdělání zapříčiněná sociální fobií negativní vliv na uplatnění jedince na trhu práce. Fobie přitom ovlivňuje budoucí uplatnění jedince rovněž dalšími způsoby. Stejně jako minimální úroveň vzdělání je v rámci inzerátů také mnohdy vyžadována dobrá komunikativnost, a to opět i u profesí, u kterých lze tuto vlastnost za nezbytnou považovat jen stěží. Osoby postižené sociální fobií se, jak vyplývá z výše uvedených kazuistik, obvykle chovají tiše a nenápadně, zvláště pak v cizím prostředí. Z tohoto důvodu pro ně může být složité udělat dobrý dojem na potenciálního zaměstnavatele, zvláště když mají pouze jednu příležitost. Výsledkem těchto skutečností může být, že jedinec trpící sociální fobií nenajde svoje vytožené zaměstnání a musí se spokojit s podřadnou pozicí nebo zůstane nezaměstnaný. Jako příklad lze uvést paní Růženu a pana Karla, kteří, ačkoliv mají oba středoškolské vzdělání, pracují na dělnické pozici.

Poslední oblastí, o které bych se ráda v rámci analýzy zmínila, je vliv fobie na rodinný život jedince. V první řadě platí, že postižené osoby mají často problémy najít si vhodného partnera. Tato skutečnost je opět spojena s tím, že tyto osoby jsou mlčenlivé, ve společnosti ostatních se drží zpět a nejsou tak schopny udělat na první schůzce dobrý dojem. Právě první setkání však mnohdy hraje klíčovou roli a rozhoduje o tom, zda bude ještě nějaké „příště“ či nikoliv. Osoba se sociální fobií si sice může postupem času na jinou osobu zvyknout, čímž selepší její vystupování v její přítomnosti, avšak aby k tomu mohlo dojít, je třeba, aby jí k tomu tato druhá osoba dala příležitost. Lidé trpící sociální fobií proto daleko častěji zůstávají osamělí bez partnera a bývá pro ně velmi složité odpoutat se od svých rodičů a začít žít samostatně, jak je patrné například u pana Karla.

## ZÁVĚR

V rámci své bakalářské práce jsem se zabývala velice citlivou problematikou sociální fobie. Společnost obecně bagatelizuje vliv tohoto onemocnění na život jedince. Důvod lze spatřovat zejména v nedostatečné informovanosti veřejnosti. Lidé si často nedokážou představit, co toto onemocnění vůbec obnáší a co musí osoby postižené tímto onemocněním každodenně prožívat. Fobii zaměňují za stud, tedy za jev, který je pro člověka zcela přirozený, a jedince, kteří se na sociální fobii odvolávají, mnohdy považují za „ulejváky“. Tyto skutečnosti, stejně jako fakt, že jsem se během své praxe ve zdravotnictví s tímto nepochopením ze strany ostatních mnohokrát setkala, mě vedly k tomu, že jsem se rozhodla věnovat svoji práci právě této problematice.

Ve své bakalářské práci jsem si kladla za cíl přiblížit čtenářům toto velmi nepříjemné a potenciálně až invalidizující onemocnění a informovat je o způsobu života osob trpících tímto postižením, stejně jako o těžkostech a omezeních, které jim tato nemoc každodenně přináší. Navazujícím cílem bylo vyhodnotit vliv sociální fobie na kvalitu života postiženého jedince.

Teoretická část práce byla věnována vymezení základních pojmů souvisejících s danou problematikou. Nejprve byly definovány pojmy obecné, jako zdraví, duševní zdraví a nemoc a následně byl definován samotný pojem sociální fobie.

Po vymezení základních pojmů bylo přistoupeno ke zpracování praktické části bakalářské práce. V první fázi byla nejprve nashromážděna potřebná data. Pro tyto účely bylo využito metody narativního rozhovoru, jehož prostřednictvím bylo možné lépe pochopit citění a prožitky postižených osob, trpících nadměrným strachem a úzkostí ze sociálních situací. Výsledkem narativních rozhovorů byly čtyři kazuistiky. Součástí každé z nich bylo shrnutí, v jehož rámci byly identifikovány pravděpodobné příčiny propuknutí sociální fobie, dále její projevy a způsob podstupované léčby, včetně vyhodnocení její účinnosti. Po prezentaci a vyhodnocení všech kazuistik následovala závěrečná analýza, v jejímž rámci byly identifikovány společné rysy a naopak zásadní rozdíly mezi prezentovanými příběhy. Vyhodnocen byl rovněž vliv tohoto onemocnění na kvalitu života takto postižených lidí. Předmětem zájmu byl zejména vliv na život rodinný, studijní, pracovní a společenský. Z provedené analýzy vyplývá, že sociální fobie má negativní vliv na všechny zkoumané oblasti a že toto onemocnění negativně ovlivňuje kvalitu života jednotlivce. Postižení lidé

bývají v důsledku své nemoci velmi často odsunuti na okraj společnosti a sociálně vyloučení.

V závěru práce si kladu otázku, jak bychom mohli lidem se sociální fobií pomoci najít cestu k celkovému zkvalitnění jejich života? Řešení vidím v následujících možnostech.

U všech čtyř dotazovaných respondentů se první příznaky začaly projevovat na základní škole, u většiny pak pokračovaly na střední škole a vyvrcholily na škole vysoké. U paní Růženy došlo ke kulminaci v době mateřské dovolené, tedy opět ve věku kolem 20 až 23 let. K vyhledání odborné pomoci se respondenti většinou odhodlali až v době, kdy jejich problémy přesáhly únosnou hranici. Touto dobou však již měli všichni za sebou minimálně 5 let strádání. Paní Gabriela navíc do fáze vyhledání pomoci zatím nedospěla, neboť její problémy ještě nedosáhly takové intenzity, aby jí k tomuto kroku přinutily.

Jak se odborníci obecně shodují, základem úspěšné léčby sociální fobie je její včasná a správná diagnóza a vhodně zvolená terapie. V této skutečnosti lze spatřovat hlavní problém všech respondentů, neboť mezi propuknutím nemoci a zahájením první léčby u nich uplynula značná doba. Jelikož k prvnímu propuknutí nemoci dochází převážně v raném věku, tj. zejména na základní škole, nelze očekávat, že by pacienti byli schopni svoje postižení sami postřehnout a zejména pak popsat. Děti v takto nízkém věku stěží pochopí svoji odlišnost od ostatních, natož aby se rozhodly navštívit odborníka. Odhalení sociální fobie zpravidla není jednoduché ani pro rodiče, neboť v úzkém domácím prostředí se onemocnění neprojevuje natolik výrazně. Domnívám se tedy, že největší pravděpodobnost včasného odhalení tohoto onemocnění mají pedagogové na škole, tedy v prostředí, kde se dítě dostává do kontaktu s kolektivem.

Z tohoto důvodu považuji za důležité zajistit dostatečnou informovanost učitelů. Tato informovanost by se přitom neměla týkat pouze samotné sociální fobie, ale také školní fobie či jiných duševních poruch. Pokud bude mít pedagog dostatečné povědomí o těchto onemocněních, může včas rozeznat počáteční příznaky a poskytnout tak svému žákovi rychlou a adekvátní pomoc, která mu může ukrátkat mnohaleté problémy. Pomocí se v tomto případě rozumí zejména informování rodičů o dané problematice a s jejich souhlasem následné doporučení k návštěvě školního psychologa nebo pedagogicko-psychologické poradny.

Důležitou roli sehrává rovněž osobnost samotného pedagoga. Nestačí totiž pouze disponovat potřebnými znalostmi, ale je také třeba, aby byl pedagogický pracovník vnímavý a pozorný k jakýmkoliv projevům žáka. Současně musí být empatický, ochotný

dítě vyslechnout, nabídnout mu pomoc či poradit, na koho se může se svým problémem obrátit. V žádném případě by neměl stigmatizovat či problém bagatelizovat. Jelikož dítě v těchto případech většinou nechápe, co se s ním děje, je nešťastné, vystrašené a bojí se se svým problémem svěřit třeba i nejbližším osobám, je velmi důležité, aby pedagogové nebyli lhostejní k případným projevům psychického onemocnění. Mlčenlivost, stranění se kolektivu, odmítání mluvit před třídou, nezapojování se do komunikace s ostatními dětmi, vybírání si krajních lavic mimo třídní dění, trávení přestávek nervózním popocházením po chodbě, to vše může představovat počáteční příznaky, které může vnímavý pedagog postřehnout mnohem snáze než rodič.

V neposlední řadě považuji za důležité, přítomnost školního psychologa na všech školách, a to ne pouze na minimální úvazek. Školní psycholog pak má možnost okamžitě reagovat na daný problém, popřípadě jim i předcházet. Může vyučujícímu doporučit, jakým způsobem má s žákem postiženým sociální fobií při výuce pracovat a čeho se má naopak vyvarovat.

Svou bakalářskou prací jsem chtěla upozornit jak pedagogické pracovníky, tak i laickou veřejnost na problematiku sociální fobie, informovat je o způsobu života postižených osob a o obtížnostech, kterým musí tyto jedinci každodenně čelit. Podle mého názoru si tato skupina postižených zaslouží mnohem větší pozornosti veřejnosti, než jim byla věnována doposud.

**SEZNAM POUŽITÉ LITEATURY**

- [1] ATKINSON, R.L. a kol. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
- [2] CARR-GREGG, M. *Psychické problémy v dospívání*. Praha: Portál, 2012. 142 s. ISBN 978-80-262-0062-8.
- [3] ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- [4] ESPOSITO, J. *Jak překonat strach z veřejného vystoupení*. Praha: Grada, 2011. 155 s. ISBN 978-80-247-3680-8.
- [5] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [6] HOLÝ L., ŠIBOR, J. *Stigma duševního onemocnění a škola*. In CONTEMPORARY DISCOURSE ON SCHOOL AND HEALTH INVESTIGATION. 1. vyd. Pedagogická fakulta MU Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy University, 2008. School and Health 21. ISBN 978-80-7392-041-8.
- [7] HORT, V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
- [8] JANÍČEK, J. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. 203 s. ISBN 978-80-7367-366-6.
- [9] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- [10] MULLER, M. F. *Jak překonat strach z vystupování na veřejnosti. Tajemství úspěšné komunikace*. Pierot, 2009. 96 s. ISBN 978-80-7353-143-0.
- [11] PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- [12] PRAŠKO, J. a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1.
- [13] PRAŠKO, J. a kol. *Máte nepříjemný strach ze sociálních situací?* České Budějovice: Protisk, 1998. 39 s. ISBN 978-80-7367-392-6.
- [14] PRAŠKO, J. a kol. *Postupný nácvik trapasů aneb jak překonat sociální fobii. Svépomocná příručka*. Praha: Psychiatrické centrum, 2002. 139 s. ISBN 80-85121-57-3.



- [15] PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4.
- [16] PRAŠKO, J. a kol. *Sociální fobie. Jak překonat nadměrný stud.* Praha: Portál, 2005. 132 s. ISBN 80-7367-031-3.
- [17] PRAŠKO, J. a kol. *Sociální fobie a její léčba. Příručka pro lidi se sociální fobií*. Praha: Galén, 2008. 64 s. ISBN 978-80-7262-580-2.
- [18] PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál, 2006. 226 s. ISBN 80-7367-079-8.
- [19] RABOCH, J., *Kapesní příručka o sociální fobii*. S. A. Montgomery. Český překlad a úprava výukového programu Světové psychiatrické společnosti., WPA, Praha, 1996. 52 s.
- [20] RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. 239 s. ISBN 80-7254-746-1.
- [21] RADVAN, E., VAVŘÍK, M. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2009. 57 s.
- [22] VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 144 s. ISBN 80-210-3754-7.
- [23] WATERS, R. *Fobie - odhalené a vysvětlené*. Praha: Metafora, 2009. 128 s. ISBN 978-80-7359-196-0.
- [24] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

#### **JINÉ ZDROJE:**

- [25] *Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. (Přeloženo z anglického originálu) Praha: Psychiatrické centrum, 1992. ISBN 80-85121-37-9.

**INTERNETOVÉ ZDROJE:**

- [26] BOROVIČKA, K. a kol. Studie sektoru nestátních neziskových organizací v pardubickém kraji, (svazek II.) Kapitola 6 – Osoby duševně nemocné. In: První regionální rozvojová a.s. [online]. Listopad 2006 [ cit. 2013-02-02]. Dostupný z: <http://www.prr.cz/editor/filestore/File/StudieNNOsvazekII/Kapitola%2006%20osoby%20dusevne%20nemocne.pdf>
- [27] HAJDOVÁ, J. [online]. 2012 [cit. 2013-01-15]. Dostupný z: <http://www.voss-ova.cz/joomla/opory/KAS.pdf>
- [28] HOLČÍK, J. Zdraví 21: výklad základních pojmů, úvod do evropské zdravotní strategie. [online]. září 2003 [cit. 2013-02-02]. Dostupný z: [http://www.ped.muni.cz/z21/texty/vyklad\\_zakladnich\\_pojmu\\_21/pdf/001-kap\\_1-6.pdf](http://www.ped.muni.cz/z21/texty/vyklad_zakladnich_pojmu_21/pdf/001-kap_1-6.pdf)
- [29] KOHOUTEK, R. Zdraví, normalita a abnormalita osobnosti. In: *Psychologie v teorii a praxi* [online]. 15.3.2010 [cit. 2013-02-02]. Dostupný z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1003/rozhovor-jako-metoda-poznavani-normalni-i-abnormalni-osobnosti>
- [30] KONÍČKOVÁ, O. Počet pacientů s duševní chorobou v Česku stoupá aneb překonáme „depku“ svou vůlí?! In: *Kultura 21. cz* [online]. 5.1.2013 [cit. 2013-02-24 ]. Dostupný z: <http://www.kultura21.cz/ostatni/5767-deprese>
- [31] PRAŠKO, J. Stigmatizace u “psychogenních poruch.” In: *Hodina surrael* [online]. 6.4.2007 [cit. 2013-02-11]. Dostupný z: <http://hodinasurrael.wordpress.com/2007/04/06/stigmatizace-u-psychogennich-poruch-jan-prasko/>
- [32] PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. Psychoterapie úzkostných poruch. [online]. [cit. 2013-02-25]. Dostupný z: <http://uhsl.wz.cz/elearning/pstuzkostpor.pdf>
- [33] ŠŤASTNÝ, J. Zdravotnictví a determinanty zdraví. [online]. srpen 2005 [cit. 2013-02-02]. Dostupný z: [http://www.recepis.cz/ke\\_stazeni/determinanty.recepis.pdf](http://www.recepis.cz/ke_stazeni/determinanty.recepis.pdf)
- [34] ŠUPA, J. Expertiza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním.“ [online]. srpen 2006. [cit. 2012-02-06]. Dostupný z: [http://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/expert%C3%ADza\\_-\\_osoby\\_s\\_du%C5%A1evn%C3%ADm\\_onemocn%C4%9Bn%C3%ADm.doc](http://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/expert%C3%ADza_-_osoby_s_du%C5%A1evn%C3%ADm_onemocn%C4%9Bn%C3%ADm.doc)
- [35] ZVONÍKOVÁ, A. Duševní poruchy jsou stále častější příčinou invalidity. In: *MPSV* [online]. 23.7. 2008 [cit. 2013-02-24 ]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/5591>

- [36] Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. Strach, úzkost nebo fobie [online]. © ČPZP 2009 [cit. 2013-02-22 ]. Dostupný z: <http://www.cpzp.cz/clanek/1408-0-Strach-uzkost-nebo-fobie.html>
- [37] Kvalita života [online]. [cit. 2013-02-12]. Dostupný z: [http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba\\_sociologie\\_II\\_kvalita\\_zivota-svobodova.doc](http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc)
- [38] Psychické poruchy a jejich projevy v pracovním nasazení jedince [online]. [cit. 2013-02-22 ]. Dostupný z: [http://www.mojeseminarky.cz/files/files\\_98455990.pdf](http://www.mojeseminarky.cz/files/files_98455990.pdf)
- [39] Zelená hvězda. Světový den duševního zdraví. In: *B. Braun Medical s.r.o.* [online]. 16.11.2010 [cit. 2013-02-22 ]. Dostupný z: <http://www.zelenahvezda.cz/pacientska-sekce/p-zdravy-styl/svetovy-den-dusevniho-zdravi>
- [40] Zelená kniha, zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii [online]. 14.10.2005 [cit. 2013-02-12 ]. Dostupný z: <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/zelena-kniha.pdf>