

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PSYCHOLOGIE

Sociální fobie a její dopad na jedince

Bakalářská práce

David Valentin

Specializace v pedagogice, obor Psychologie se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

Plzeň 2018

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 25. června 2018



.....
vlastnoruční podpis

Chtěl bych tímto poděkovat paní docentce Miňhové za podnětné rady a konzultace k bakalářské práci. Paní magistře Lovasové za rady ke kvalitativnímu výzkum a respondentům, kteří se i přes podstatu sociální fobie rozhodli zúčastnit tohoto výzkumu.

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta pedagogická
Akademický rok: 2017/2018

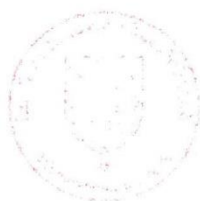
ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **David VALENTIN**
Osobní číslo: **P15B0266P**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Psychologie se zaměřením na vzdělávání**
Název tématu: **Sociální fobie a její dopad na jedince**
Zadávací katedra: **Katedra psychologie**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Zpracování teoretických východisek práce
2. Formulace cíle práce a dílčích úkolů
3. Výběr a popis zkoumané skupiny
4. Popis metod empirických šetření
5. Interpretace výsledků šetření a formulace závěrů



Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce: **60**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

1. HOFMANN, Stefan G. a Michael W. OTTO. Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: evidence-based and disorder-specific treatment techniques. New York: Routledge, 2008. ISBN 0415954037.
2. PRAŠKO, Ján a Michaela HOLUBOVÁ. Sociální fobie a její léčba. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5841-1.
3. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
4. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
5. SMOLÍK, Petr. Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-18.


Vedoucí bakalářské práce:

Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

Katedra psychologie


Datum zadání bakalářské práce: **15. září 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2018**


RNDr. Miroslav Randa, Ph.D.

děkan




Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

vedoucí katedry

V Plzni dne 20. září 2017

OBSAH

Úvod	2
1 TEORETICKÁ ČÁST	3
1.1 SOCIÁLNÍ FOBIE	3
1.2 HISTORIE	4
1.3 ETIOLOGIE SOCIÁLNÍ FOBIE	5
1.3.1 Psychodynamický a psychoanalytický pohled	5
1.3.2 Evoluční pohled	6
1.3.3 Dědičnost	6
1.3.4 Temperament a osobnostní rysy	7
1.3.5 Výchova	8
1.3.6 Traumatické události	8
1.3.7 Udržovací faktory	9
1.4 KLASIFIKACE A DIAGNOSTIKA	11
1.4.1 Fobické úzkostné poruchy	12
1.4.2 Diagnostická kritéria sociální fobie	13
1.4.3 Příznaky sociální fobie	15
1.4.4 Diferenciální diagnostika	18
1.4.5 Komorbidita	20
1.5 DŮSLEDKY SOCIÁLNÍ FOBIE	21
1.5.1 Suicidialita	22
1.6 VYŠETŘOVACÍ METODY	23
1.6.1 Klinický rozhovor	23
1.6.2 Další metody	24
1.7 TERAPIE SOCIÁLNÍ FOBIE	26
1.7.1 Psychofarmakoterapie	26
1.7.2 Psychoterapie	27
2 PRAKTICKÁ ČÁST	30
2.1 PŘEHLEDOVÁ STUDIE	30
2.2 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	36
2.2.1 Metoda a průběh výzkumu	36
2.2.2 Výzkumný vzorek	37
2.2.3 Výsledky výzkumu	38
2.2.3.1 Rodinné prostředí a rodinné vztahy	38
2.2.3.2 Hodnocení vlastní osoby	39
2.2.3.3 Dopady sociální fobie ve školním prostředí	40
2.2.3.4 Dopady sociální fobie v pracovním prostředí	42
2.2.3.5 Partnerské a přátelské vztahy	43
2.2.3.6 Dopady sociální fobie na každodenní záležitosti	44
2.2.3.7 Způsoby řešení úzkostných situací	46
2.2.3.8 Informovanost o možnostech léčby	47
2.2.4 Shrnutí a diskuze	48
ZÁVĚR	I
RESUMÉ	II
SEZNAM LITERATURY	IV

Úvod

Strach je již od počátku součástí každého člověka, ale i zvířat, jeho primárním účelem je chránit jedince před nebezpečím, která mohou nastat. V takovémto případě je strach velice účelný a důležitý. Když se staneme součástí přepadení, strach se nám následně snaží znemožnit, abychom jednali v rozporu s naším zdravím. Když hrozí dítěti nebezpečí, rodiče se ho ze strachu o jeho bezpečnost snaží instinktivně chránit. Toto chování se objevuje velice často i u zvířat.

Problémem ovšem je, pokud se ze strachu stane fobie, tedy neopodstatněná a nepřiměřená obava vůči určitému podnětu. V dnešní společnosti, která klade obrovský důraz na interakce mezi jejími jednotlivými členy a kdy je kladen důraz na prestiž a postavení ve společnosti, je sociální fobie jednou z nejvíce pervazivních poruch, která brzdí prakticky veškeré lidské sociální činnosti. Jedná se ovšem o léčitelnou poruchu.

Důvodem výběru tohoto tématu mé bakalářské práce byl převážně fakt, že se v mém okolí nachází jedinci, kteří touto poruchou trpí. Setkávají se často s nepochopením ze strany okolí, které povětšinou ani neví, co to sociální fobie je a jaké má důsledky. Jedince, kteří touto poruchou trpí vnímají jako podivné a nedokáží si představit, že je tím ovlivněn celý jejich život.

V teoretické části jsem se zaměřil převážně na to, co sociální fobie je, jaká je její etiologie, klasifikace, kritéria pro její diagnostiku, některé problémy, které se u jedinců se sociální fobií projevují a možnosti léčby této poruchy, které jsou velice účinné. Hlavním cílem bylo tedy podat základní a ucelení informace o sociální fobii důležité pro pochopení hlavní podstaty této poruchy a problémů s tím souvisejících.

V praktické části jsem se pak zaměřil na konkrétní dopady, které sociální fobie na jedince má. Jak jedinci vnímají sociální situace, jak jsou tyto situace sociální fobií ovlivněny, a které oblasti sociální fobie ovlivňuje v životě jedince. Přičemž jsou tyto dopady důležité pro pochopení, jak jedinci v některých oblastech strádají.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 SOCIÁLNÍ FOBIE

Sociální fobie je „*strach ze sociálních situací, přičemž se to týká převážně těch, kde je možnost hodnocení nebo kritiky druhými*“ (Raboch, Pavlovský et. al., 2013, s. 276; Praško, Holubová, 2017, s. 7-8). Jedinec, který touto poruchou trpí, pociťuje v těchto situacích silnou úzkost, která může přerůst i v panický záchvat. Může jít o strach z veřejného projevu, ze setkání s novými lidmi, z jedení před ostatními na ulici nebo ve společných jídelnách, ze zpívání před ostatními a z řady dalších sociálních aktivit.

Jistou formu úzkosti pociťuje v některých situacích každý člověk, například při veřejném projevu, při pracovním setkání nebo při zkoušce na vysoké škole, ale běžně ji překoná (Praško, Holubová, 2017, s. 101). Jedinci se sociální fobií se těmito úzkostným situacím snaží vyhnout, což má pak negativní dopad na jejich pracovní, školní a partnerský život, na trávení volného času a mnoho dalšího.

Obvykle se sociální fobie objevuje v pubertě, ve věku mezi 14-20 lety, což je pro vývoj jedince jedno z nejtěžších období v jeho životě (Praško et. al., 2012, s. 21). Probíhá pohlavní dospívání, jedinci hledají svou identitu, začínají vyhledávat partnery, přátele, prožívají své první schůzky, první milostné okamžiky a tyto chvíle jsou doprovázeny pocitem studu, kterým se ale jedinec bez této poruchy přizpůsobí. Jedinec se sociální fobií se této situaci nezvládne přizpůsobit, což vede k tomu, že je na danou situaci mnohem citlivější a snaží se jí proto vyhnout.

Sociální fobie je velice častá úzkostná porucha (Kessler et. al., 2005). Ve výzkumu NCS-R (National Comorbidity Survey Replication), který probíhal v letech 2001 až 2003 ve Spojených státech, je sociální fobie druhou nejčastější úzkostnou poruchou, před kterou se nachází pouze specifické fobie. Vezmeme-li v potaz i ostatní poruchy, tj. poruchy nálad, poruchy chování a zneužívání návykových látek, zařadí se sociální fobie na čtvrté místo. Sestupně se před ní tedy řadí vážná depresivní porucha, zneužívání alkoholu a specifické fobie. Tento výzkum zároveň poukázal na celoživotní prevalenci 12,1 %, což je pouze minimální rozdíl oproti stejnému výzkumu (NCS - National Comorbidity Survey) v letech 1990 až 1992, který přišel s celoživotní prevalencí 13,3 % (Kessler et. al., 1998).

Studie v Evropě zabývající se sociální fobií jsou početně omezeny. Nejsou totiž prováděny v každém státě. Dostupné evropské výzkumy v oblasti sociální fobie shrnula Fehm a její kolegové (2005), kteří uvádí, že se celoživotní prevalence v evropských státech u dospělého vzorku, kde již byla použita moderní diagnostická kritéria, pohybuje mezi 3,9 % (Španělsko) a 13,7 % (Norsko) a medián je 6,75 %. Roční prevalence se pak pohybuje od 0,7 % (Španělsko) do 7,9 % (Norsko) a medián je 2,0 %. Novější data Witchena, Jacobiho a kolektivu (2010) odhadují, že sociální fobie má roční prevalenci 2,3 %. Tato data ale neberou v potaz pouze dospělý vzorek, pracují již se vzorkem 14 let a výše. Praško a Holubová (2017, s. 16) uvádí, že mají nepatrně vyšší prevalenci ženy oproti mužům. Naproti tomu Vymětal et. al. (2007, s. 69) nebo Raboch a Zvolský (2001, s. 277) uvádí, že je prevalence u obou pohlaví téměř totožná.

1.2 HISTORIE

Přestože pojem sociální fobie v té době ještě neexistoval, zmínky o této poruše můžeme najít již z dob Hippokrata (460 př. n. l. - 377 př. n. l.), který se o člověku trpícím touto formou nadměrného strachu vyjadřuje jako o člověku, který „*skrz stud, podezřívavost a nejistotu nebude viděn ostatními. Miluje temnotu jako svůj život a nedokáže unést tíhu světla nebo vysedávat na radostných místech. Kloboukem zakryté oči, jeho dobrá vůle nebude viděna jím samotným ani nikým jiným. Nedovolí si přijít do společnosti ze strachu, že bude využit, zesměšněn, nebo že snad bude jeho gestikulace a ústní projev nevhodný. Myslí si, že ho každý pozoruje, pomlouvá a snaží se mu ublížit*“ (Burton, 1883, s. 235).

První zmínky o pojmu sociální fobie můžeme najít na počátku 20. století u francouzského psychiatra Pierra Janeta, který psal o fobii ze sociálních situací (*phobie des situations sociales*) (Haustgen, 2004).

Pomyslným mezníkem pro sociální fobii pak byla práce Josepha Wolpeho a jeho metoda systematické desenzibilace (Rachman, 1998). Tato metoda prošla mnoholetým vývojem a získala podobu, v jaké ji dnes známe pod názvem expoziční terapie, která je běžně využívána v psychoterapii pro snížení strachu. Právě Wolpeho práce vzbudila velký zájem akademické obce o výzkum fobií a jejich léčby.

V 60. letech minulého století pak usiloval Isaac M. Marks o přesunutí sociální fobie do samostatné kategorie stojící mimo ostatní fobické poruchy (Praško, Holubová, 2017, s.

11). K tomu, aby se tak stalo, pak razantně přispěli Marks a Gender se svým rozdělením na agorafobie, specifické fobie a sociální fobie.

Americká psychiatrická asociace (1980) zařadila diagnostiku sociální fobie mezi poruchy ve své třetí revizi DSM-III – *Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch* – v roce 1980. Světová zdravotnická organizace (1992) zařadila sociální fobii do MKN-10 - *Mezinárodní klasifikace nemocí* – až v roce 1992.

1.3 ETIOLOGIE SOCIÁLNÍ FOBIE

Stejně jako u většiny psychických poruch, ani u sociální fobie není přesně vymezena příčina, která vede k jejímu vzniku (Praško, Holubová, 2017, s. 59). Předpokládá se, že je její vznik zapříčiněn souhrou mnoha faktorů, které se mezi sebou navzájem propojují. Mezi takové faktory můžeme zařadit dědičnost, výchovu, stresové a traumatické zážitky, nápodobu vzoru, chybějící komunikační dovednosti ale i nezaměstnanost, nízké vzdělání, nízký socioekonomický status nebo genetické předpoklady.

1.3.1 PSYCHODYNAMICKÝ A PSYCHOANALYTICKÝ POHLED

Tyto přístupy se shodují na tom, že na vzniku poruchy se podílejí minulé zkušenosti (Praško, Laňková, 2006), a to převážně v raném dětství, obvykle do tří let věku, což se považuje za nejdůležitější období dítěte pro jeho kladný vývoj (Praško, Holubová, 2017, s. 71). Dítě si v tomto období formuje určité vzorce chování, například jak zvládat frustrační situace, jak se chovat k druhým a jednat s nimi. Pokud během tohoto období dítě narazí na překážku, kterou nepřekoná, může se to negativně projevit v pozdějším věku formou poruchy. Podle zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Freuda porucha vzniká na základně nepřekonaného vývojového období nebo na základě dynamických intrapsychických konfliktů tří základních složek osobnosti – id, ego, superego – které se navzájem celoživotně ovlivňují. Původní úzkostný obsah je pak vytěsněn a následně přenesen na nějakou vnější záležitost, což pak může mít za následek snahu vyhnout se takové úzkostné situaci.

Alfréd Adler, zakladatel individuální psychologie, pohlížel na vznik poruchy jako na neadekvátní snahu o překonání pocitu méněcennosti, který vzniká, je-li člověk neúspěšný ve své snaze o nadřazenost, tedy ve snaze o uplatnění a prosazení se ve společnosti (Raboch, Zvolský, 2001).

1.3.2 EVOLUČNÍ POHLED

Na příčiny vzniku sociální fobie se můžeme podívat i z evolučního hlediska. Lidé v dávných dobách žili v jeskyních a společnost byla pro jedince bezpečným místem před různými predátory, kde jednotliví členové mohli dosahovat společných cílů v kratší době a mnohem snadněji a efektivněji (Praško, Holubová, 2017, s. 59). Vyloučení z takové společnosti často znamenalo smrt. V jiných společenstvích bylo zase veřejné zostuzení nebo zesměšnění prostředkem, jak snížit status člověka, jak poukázat na to, že je odlišný od ostatních. Toto pak mohlo opět vést k jeho vyloučení, jedinec pak neměl přístup k potravě ani prostředky k ochraně, což ho ohrožovalo na životě. Dá se tedy předpokládat, že je v nás strach z vyloučení a následného zahynutí tak zakořeněný, že se vlivem ostatních faktorů může u některých lidí projevit jako sociální fobie.

V dnešní moderní společnosti, kdy již strach z predátorů není podnětný, jsou to hlavně lidé, ze kterých máme strach (Gilboa-Schechtman, 2014, s. 599). Máme strach z toho, že si nás lidé budou dobírat během našeho veřejného projevu. Máme strach z toho, že si na nás šéf zasedne a vyhodí nás a my nebudeme mít prostředky pro zajištění rodiny. Máme strach z toho, že naši potenciální partneři nás budou ignorovat nebo nás rovnou odmítnou a nebudeme tedy schopni založit si rodinu a uspokojit jednu z našich základních fyziologických potřeb, potřebu rozmnožování (Costanza et. al., 2007, s. 259). Lidé se sociální fobii se těmito úzkostným situacím vyhýbají, přičemž toto chování ale vede k snižování prestiže, která má v moderní společnosti značný vliv na náš společenský život a zdravotní stav (Gilboa-Schechtman, 2014, s. 599).

Význam společnosti si uvědomoval i Abraham Maslow, který potřebu afiliace, tedy potřebu někam patřit, zařadil mezi lidské potřeby ve své hierarchii potřeb (Drapela, 1998, s. 140). Tato potřeba je navíc natolik základní a silná, že částečně aktivizuje oblasti, které se projevují jen v případě fyzické bolesti. (Gilboa-Schechtman, 2014, s. 601). Není tedy ani tolik překvapivé, že strach z hodnocení nebo kritiky druhými a následná možnost odmítnutí je natolik významná, že se může rozvinout do podoby sociální fobie.

1.3.3 DĚDIČNOST

Jistou roli při vzniku sociální fobie hraje i dědičnost, ale povětšinou se udává, že její vliv na vznik sociální fobie je spíše nižší nežli vyšší (Detweiler et. al., 2014, s. 256). Nemůžeme tedy vydělit dědičnost jako samostatnou příčinu. Nedědí se totiž sociální fobie jako taková, ale

pouze náchylnost k úzkostné poruše, na kterou následně působí mnoho dalších faktorů (například traumatické zážitky, opakované neúspěchy v sociálním životě, výchova v rodině), které mohou posléze zapříčinit vznik sociální fobie. U rodin, kde některý z členů trpěl sociální fobií je u potomků zhruba třikrát vyšší riziko vzniku sociální fobie, přičemž ale sociální fobií trpí i lidé, kteří v rodině tuto poruchu nikdy neměli (Praško, Holubová, 2017, s. 60), což by se pak dalo vysvětlit právě značným vlivem environmentálních faktorů, které na jedince v průběhu jeho vývoje působí (Detweiler et. al., 2014, s. 257).

Ve výzkumu Bandalowa et. al. (2004) můžeme například vidět, že pacient se sociální fobií měli oproti kontrolní skupině značně častěji v rodině někoho, kdo trpěl některou formou úzkostné poruchy.

1.3.4 TEMPERAMENT A OSOBNOSTNÍ RYSY

Dokonce ani vliv temperamentu a osobnostních rysů se nedá zcela vyloučit při vzniku sociální fobie. Thorová (2015, s. 272) definuje temperament jako „*souhrn konstitučních rysů a charakteristik osobnosti, které dlouhodobě ovlivňují osobnostní dynamiku – prožívání, emoční reaktivitu, sebeřízení a chování*“, přičemž také říká, že „*příliš vyhraněný temperament může zesilovat manifestaci psychických problémů a poruch.*“ Tuto definici můžeme navíc obohatit slovy Detweilera (2014, s. 268) „*temperament může přitížit nebo pomoci při adaptaci jedince na okolní prostředí*“ a Kagan (2014a, s. 377) navíc dodává, že „*temperament je zkušenostmi formován do obrovského, nikoliv ale limitovaného, množství osobnostních rysů.*“ Mezi tyto osobnostní rysy, které mají na vznik sociální fobie vliv, řadí Praško a Holubová (2017, s. 60) „*závislost na hodnocení druhými, nedostatek asertivity, nadměrně vysoké požadavky na vlastní výkon, vzhled, úspěch, malá schopnost snášet kritiku, tendence brát se příliš vážně, zvýšená vztahovačnost a citlivost, nadměrná tendence porovnávat se s druhými a nedostatek sociálních dovedností*“, který může být zapříčiněn tím, že je člověk nikdy nezískal nebo tím, že je dlouho nevyužíval.

Dlouholetým výzkumem temperamentu se zabýval Kagan et. al. (2014b). Čtyřměsíční kojence rozdělil na dva temperamentové typy. První typ nazval *vysokoreaktivní*, tento typ dětí projevoval velice výrazné pohyby končetin, neklidné kroucení a výrazný frekventovaný pláč v případě vystavení neznámému podnětu. Druhý typ nazval *nízkoreaktivní*, u tohoto typu dětí byly projevy při vystavení neznámému podnětu minimální nebo nepřítomné. Vysokoreaktivní temperamentový typ by podle Kagana mohl

být možným prediktorem rozvoje úzkostné poruchy, přičemž ale nevylučoval ani vliv prostředí, protože se u části vysokoreaktivního vzorku žádná úzkostná porucha neobjevila.

1.3.5 VÝCHOVA

Teorie observačního učení Alberta Bandury poukazuje na to, že se lidé učí pozorováním ostatních, respektive vzorů, které poté napodobují a zvnitřňují si různé vzorce chování (Plháková, 2003, s. 189), což může u úzkostných rodičů způsobit, že si dítě zvnitřní úzkostné chování, které pak může vést k sociální fobii (Detweiler et. al., 2014, s. 270).

Rodiče a jejich výchova hrají ve vývoji dítěte obrovskou roli a zároveň pro dítě slouží jako model chování. Můžeme to například pozorovat u batolat, které na neznámou osobu reagují bez jakýchkoli známek úzkosti, pokud matka ale začne známky úzkosti projevovat, zpozorujeme tyto úzkostné projevy následně i u batolete. Stejně tak děti rodičů, které je otevřeněji kritizují nebo se příliš strachují o situace, kterým dítě čelí, případně co si o nich druzí lidé myslí, má vliv na vznik sociální fobie (Detweiler et. al., 2014, s. 271). Praško a Holubová (2017, s. 60) dále uvádí i další typy výchovy, které mají na vznik sociální fobie vliv – řadí sem trestající výchovu, tvrdou výchovu, týrající výchovu, hýčkájící výchovu a rozmazlující nesamostatnou výchovu.

1.3.6 TRAUMATICKÉ UDÁLOSTI

Sociální fobie se může rozvinout i po nějaké těžké traumatické události, jež sice sami o sobě tuto poruchu nezapříčiní, ale v návaznosti na predeterminující faktory (dědičnost, výchova, temperament a osobností rysy) ji mohou aktivizovat (Praško, Holubová, 2017, s. 61). Do takových událostí řadíme například úmrtí blízké osoby, potrat, ať už umělý nebo samovolný, rozchod s partnerem nebo partnerkou, výsměch od spolužáků nebo autorit a mnoho dalších traumatizujících událostí.

Šikana, jakožto traumatická událost, má na rozvinutí úzkostné poruchy, v tomto případě sociální fobie, také značný a nepřekvapivý vliv (Detweiler, 2014, s. 273). Primárním cílem šikany je zesměšnit oběť a toto zesměšnění udržovat. Oběti šikany pak vykazují zvýšenou úzkost, stydlivost, otažitost, nízké sebevědomí, nižší úroveň sociálních dovedností a mají celkově horší mezilidské vztahy. Toto nicméně funguje i opačně, tedy že introverze, nízké sebevědomí a horší sociální dovednosti zvyšují riziko, že se jedinec stane obětí šikany. Stejně tak i nepřímé šikanování může vést ke vzniku sociální fobie v případě,

že je doprovázeno nízkou kvalitou přátelství s nejlepším kamarádem, což je možné u jedinců, kteří trpí sociální fobií a jsou náchylnější k zanedbávání a odmítání spolužáky.

Praško a Holubová (2017, s. 61) pak nadále upozorňují na to, že málokdy dojde ke vzniku fobie po nějaké specifické traumatické události (jako je třeba úmrtí osoby nebo výsměch spolužáků), ale mnohem častěji se tak stává po opakovaných drobných sociálních neúspěších.

O vlivu traumatických událostí na sociální fobii pojednává i výzkum Bandalowa et. al. (2004), který zkoumal pacienty se sociální fobií a porovnával je s kontrolní skupinou, která poruchou netrpěla. Mezi některé traumatické události, které se oproti kontrolní skupině objevovaly mnohem častěji u jedinců se sociální fobií, můžeme z jeho výzkumu zařadit:

- hospitalizace matky během dětství
- nepřítomnost otce v dětství
- nepřítomnost obou rodičů v dětství
- dlouhodobá nemoc v dětství
- násilí v rodině v dětství
- sexuální zneužívání v dětství

Je ale nutné zdůraznit, že tyto případy se objevovaly i v kontrolní skupině, nicméně byly ve skupině jedinců se sociální fobií mnohem častější. Výjimkou je pouze sexuální obtěžování, které bylo přítomno u jedinců se sociální fobií a u žádného jedince v kontrolní skupině.

1.3.7 UDRŽOVACÍ FAKTORY

Praško (Praško, Holubová, 2017, s. 62-64; Praško et. al., 2012, s. 59-63) vyděluje navíc ještě tzv. udržovací faktory, které sice nefungují jako predeterminační faktory (dědičnost, výchova, temperament a osobnostní rysy) ani jako aktivizující faktory (traumatické události, biologické stresory (například nemoc), změna životních rolí (například změna školy)) pro sociální fobii, nicméně v ní figurují jakožto činitelé, kteří ji udržují, případně stěžují její léčbu. Mezi tyto faktory řadí zejména:

- a) **Vyhýbavé chování**, což je takové chování, kdy se jedinec snaží vyhnout situacím, které v něm vyvolávají úzkost a tím, že se těmito situacím vyhne, nedochází k vytvoření resistance vůči pocitům úzkosti v těchto situacích.

- b) **Úzkostná vnitřní řeč**, což jsou ve své základní podstatě myšlenky a představy, které snižují jedincovu hodnotu v takové míře, že se utvrzuje v tom, co v něm vyvolává úzkost.
- c) **Úzkostný pohled na svět** je pohled, který si vybírá jen to negativní, pozitivní odmítá, negativní naopak extrémně přehání. Jedinci s úzkostným pohledem na svět si všímají při sociálních situacích negativních projevů ostatních (například povídá-li si při referátu spolužák se spolužákem, jedinec se sociální fobií si to vyloží jako, že je nezajímavý nebo nudný), respektive si veškeré nepatrné projevy, které negativní být nemusí, vykládají jako negativní. Negativně si vykládají i to, co se může týkat konkrétně jich samotných (například pokud si jedinec všimne, že se trochu zadržává v mluvě, což ale například spolužáci ani nezpozorují, vyloží si to tak, že to bylo něco velmi špatného, každý si toho všiml a v duchu se mu smějí).
- d) **Nedostatek komunikačních dovedností** je dalším udržovacím faktorem, který značně ztěžuje život jedincům se sociální fobií. Těmto dovednostem se většina lidí naučí v průběhu svého života, převážně v dětství, přičemž ale lidé se sociální fobií, kteří se vyhýbají úzkostným situacím, tyto dovednosti nikdy nezískají nebo nerozvinou. Mezi tyto dovednosti Praško a Holubová (2017, s. 63) řadí „*navázání a vedení spontánního rozhovoru s vrstevníky i neznámými lidmi, vyjadřování pozitivních pocitů vůči druhým, flirtování a randění, dovednost snášet vtipkování, ironii i kritiku od druhých, dovednost dělat si sám ze sebe legraci před druhými, vystupovat před druhými*“ a další dovednosti potřebné pro běžné fungování v dospělém věku.
- e) **Chování druhých, které snižuje sebedůvěru**, čímž se myslí chování, které jakkoliv snižuje sebedůvěru jedince, ať je to již ve formě ulehčení od úzkostné situace tím, že za jedince něco uděláme (například za něj dojdeme na nákup) nebo nadměrným kritizováním vyhýbavého chování jedince se sociální fobií.
- f) **Vliv vrstevníků** zdůrazňují Detweiler a kolegové (2014, s. 272), protože i u jedinců, kteří sociální fobií netrpí, je vliv vrstevníků značný a často predikuje emocionální stabilitu a sociální fungování v dospělosti. Děti se sociální fobií měli největší strach právě ze setkání s vrstevníky ve školním prostředí, což byla zároveň i sociální situace, které se snažili nejvíce vyhnout. Pokud se takovéto vyhýbavé chování

objeví v raném dětství, snižuje šance na získání pozitivních sociálních zkušeností, získání sociálních dovedností nebo rozvoj mezilidských vztahů, což negativně ovlivňuje sociální fungování z dlouhodobého hlediska. Paradoxně jsou ale děti se sociální fobií neoblíbení mezi vrstevníky, pasivně zanedbávání a aktivně odmítání ve všech sociálních oblastech, což i nadále přizivuje a udržuje sociální fobii.

1.4 KLASIFIKACE A DIAGNOSTIKA

V současné klasifikaci duševních poruch MKN-10 se sociální fobie nachází v jedné velké kategorii, která je nadepsána „*Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy.*“ Toto se dá vysvětlit převážně tím, že jsou tyto poruchy spojeny s pojmem neuróza, který se již ale v klasifikaci nevyužívá (Raboch, Pavlovský et. al., 2013, s. 274). Existuje řada definic pojmu neuróza, která nám může osvětlit spojení pod tuto velkou kategorii. Mezi takové definice můžeme zařadit například:

Knobloch definuje neurózu jak „*poruchu adaptace člověka k jeho okolí, zvláště společenskému, poruchou nejvyšších regulací a jemných koordinací funkcí somatických a vegetativně viscerálních*“ (in Miňhová, 2006, s. 75)

Höck a König uvádějí, že „*neuróza je prožitkově podmíněnou poruchou ve vztahu mezi člověkem a jeho okolím, která má psychické nebo tělesné příznaky nemoci*“ (s. 75)

Vondráček chápe neurózu jako „*funkční, reverzibilní poruchu vyšší nervové činnosti, která se projevuje poruchou adaptace na vnější prostředí a má řadu příznaků duševních a tělesných.*“ (s. 74)

Jak se můžeme přesvědčit, tyto definice pojmu neuróza mají několik společných prvků (Miňhová, 2006, s. 75):

- špatná adaptace na okolí
- je reverzibilní poruchou
- je funkční poruchou
- má psychické a tělesné příznaky

Poruchy v této kategorii mají navíc společné dva prvky, které mohou nabývat takové intenzity, že se mohou projevit ve formě úzkostné poruchy (Raboch, Zvolský et. al., 2001, s. 274) Hlavní prvky, které jsou pro tyto poruchy specifické jsou úzkost a strach.

Úzkost je nepříjemný emoční stav, který nemá jasně vymezenou příčinu. Nemůžeme tedy určit zdroj naší úzkosti. Naproti tomu **strach** je naší odpovědí na nějaké nebezpečí a můžeme rozpoznat jeho zdroj.

Úzkost i strach se objevuje běžně i u člověka, který žádnou poruchou netrpí, přičemž plní význam upozornění na nebezpečí a ochrany před ním. Problémem u lidí, kteří nějakou poruchou trpí je, že jsou oba pocity intenzivnější a objevují se i v situacích, které normální jedinec považuje za bezproblémové. Úzkost může být buď spontánní, tedy že se objeví zcela neočekávaně nebo specifická, pokud se objevuje v určitých a dobře definovaných situacích nebo anticipační, pokud se objevuje ještě před danou situací.

1.4.1 FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

V MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí - se sociální fobie kromě již zmiňované hlavní kategorie, tedy „*Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy*“, řadí do kategorie fobických úzkostných poruch s označením F40.

Pro tyto poruchy je hlavním příznakem úzkost (Raboch, Pavlovský et. al., 2013, s. 275). Úzkost v určitých situacích pociťujeme všichni, jde o normální a klasickou reakci, která má dopomoci jedinci vypořádat se s ohrožující situací. Normální jedinec ji zvládne bez větších nebo s minimálními obtížemi a tím dojde k vytvoření nebo upevnění resistance vůči dalším podnětům v takové situaci. Problémem ale je, pokud je tato úzkost neadekvátní vůči podnětu, který ji vyvolal. Úzkost považujeme za abnormální tehdy, když (Raboch, Zvolský et. al., 2013, s 275):

- je neadekvátní vůči podnětu, který ji vyvolal
- je nepřiměřeně intenzivní
- trvá i po odeznění aktivizujícího podnětu
- je spojena s maladaptivním chováním
- vyskytuje se v situacích, které většina lidí zvládne bez větších obtíží

U jedinců, kteří zažívají výraznou obavu z nějakého podnětu, přičemž je to podnět, který ale není pro většinu lidí nebezpečný nebo v situaci, která není ostatními vnímána jako nebezpečná, hovoříme o fobii. Fobie je „*neodůvodněná, nesmyslná obava, která má svůj předmět*“ (Miňhová, 2006, s. 83).

Sociální fobie je zde pak řazena s označením F40.1 (WHO, 2016). Přičemž je zde definována jako porucha, ve které je hlavní obava s posuzování ostatními lidmi, což vede k

vyhýbavému chování ve styku s lidmi. Může se projevovat různými příznaky, jako je červenání se, třes rukou, nauzeou a nucením na močení. Jedinci jsou někdy přesvědčeni, že tyto druhotné příznaky jsou hlavními příznaky jejich nemoci.

Jedincovy obavy mohou být izolované, tedy týkající se pouze některých situací, tj. vystoupení před publikem nebo naopak generalizované, tj. týkající se téměř všech sociálních kontaktů (Raboch, Zvolských et. al., 2001, s. 277). Mezi nejčastější situace, kterých se jedinec obává, můžeme zařadit setkání s autoritami, telefonování, být terčem žertů, být pozorován při různých činnostech nebo mluvit na veřejnosti.

1.4.2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA SOCIÁLNÍ FOBIE

MKN-10 pro diagnostiku sociální fobie vyžaduje strach pacienta ze sociálních situací, vyhýbavé chování a alespoň dva příznaky úzkosti v obávané situaci (Praško, Holubová, 2017, s. 40-41).

- A. Musí být přítomen jeden z následujících znaků:
1. Pacient má výrazný strach, aby nebyl středem pozornosti, nebo aby se nechoval trapným nebo ponižujícím způsobem.
 2. Pacient se nápadně vyhýbá situacím, kde by byl středem pozornosti nebo kde by měl strach z trapného nebo ponižujícího chování.
- Tyto strachy se projevují v sociálních situacích, jako je například jedení nebo mluvení na veřejnosti, setkávání známých jedinců na veřejnosti nebo účast v malých skupinách (třída, večírky, schůze).
- B. Od začátku poruchy se musí někdy projevit alespoň dva příznaky úzkosti v obávané situaci, jak jsou definovány pod F40.0, kritérium B, a to společně s jedním z následujících příznaků:
1. červenání nebo třes
 2. strach ze zvracení
 3. potřeba nebo strach z močení nebo defekace
- C. Závažná emoční úzkost je vyvolána příznaky nebo vyhýbáním se těmto příznakům a jedinec si je vědom, že tyto jsou přehnané a nesmyslné.
- D. Příznaky se omezují na obávané situace nebo na jejich očekávání, nebo v těchto situacích převažují.
- E. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka: Příznaky uvedené pod kritérii A a B nevyplývají z bludů, halucinací ani jiných poruch, jako jsou například organické duševní poruchy, schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně-kompulzivní porucha, a nejsou sekundárním projevem kulturních pověr.

Tab. 1: Diagnostická kritéria podle MKN-10

Zdroj: Praško, Holubová, 2017

V DSM-5 je sociální fobie nazývána jako sociálně úzkostná porucha a základním rysem je značný nebo intenzivní strach nebo úzkost v sociálních situacích, kde může být jedinec posuzován druhými (Praško, Holubová, 2017, s. 41).

- A. Značný strach nebo úzkost ve dvou nebo více sociálních situacích, ve kterých je jedinec vystaven možnému posuzování ostatními. Příklady jsou sociální interakce (účastnit se konverzace, setkat se s neznámými lidmi), být sledován (například při jídle nebo pití), vystupovat před ostatními (přednášet).
Poznámka: U dětí se úzkost musí objevit v situacích s vrstevníky, nikoliv pouze během interakce s dospělými.
- B. Jedinec má strach, že se bude chovat způsobem, nebo ukáže příznaky úzkosti, které povedou k negativnímu hodnocení, odmítnutí ostatními (např. že bude ponížen nebo zahanben).
- C. Sociální situace ve většině případů vedou ke strachu nebo úzkosti.
Poznámka: U dětí strach nebo úzkost mohou být vyjádřeny pláčem, vztekem, ustrnutím, držení se někoho, krčením se nebo ztrátou řeči v sociálních situacích.
- D. Vyhýbání se sociálním situacím nebo zažívání intenzivního strachu či úzkosti, excesivní a neodůvodněné, během nich.
- E. Strach či úzkost přesahuje přítomné nebezpečí v sociální situaci a přesahuje kulturní kontext.
- F. Strach, úzkost nebo vyhýbání jsou stálé, typicky trvají 6 měsíců a více.
- G. Strach, úzkost nebo vyhýbání způsobují klinicky významný stres nebo narušení v sociálních, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování.
- H. Strach, úzkost nebo vyhýbání nelze přičíst fyziologickému účinku látky (např. zneužívané drogy nebo léky) nebo jiným zdravotním podmínkám.
- I. Strach, úzkost nebo vyhýbání nelze vysvětlit jako příznaky jiné psychické poruchy, jako je panická porucha, dysmorfofobická tělesná porucha, porucha autistického spektra.
- J. Pokud jsou přítomny i jiné zdravotní potíže (např. Parkinsonova choroba, obezita, znetvoření popálením nebo zraněním), strach, úzkost nebo vyhýbání zjevně nejsou s nimi spojeny nebo jsou zjevně přehnané.

Specifikace

Performační úzkost: pokud je strach omezen na mluvení nebo vystupování před publikem.

Jedinci s typem sociální fobie zaměřeným pouze na vystupování mají strach převážně v situacích, které ovlivňují pracovní život (tj. tanečníci, hudebníci, herci) (APA, 2013). Tento specifický strach se může objevit také ve školách nebo akademickém prostředí, které vyžaduje obvykle veřejné prezentování. Jedinci s tímto typem sociální fobie nepociťují obvykle strach v jiných situacích než v těch, které vyžadují veřejné vystupování.

Tab. 2: Diagnostická kritéria podle DSM-5

Zdroj: Praško, Holubová, 2017

Mezi další přidružené rysy, které podporují diagnózu sociální fobie, patří zejména nízká úroveň asertivity, nadměrná submisivita, méně častá vysoká úroveň kontrolování konverzace. Jedinci mohou vykazovat rigidní držení těla, malý oční kontakt nebo nízkou

hlasitost hlasu. Také mohou vykazovat stydlivost nebo odtažitost, mohou být méně otevřeni v konverzaci a o sobě toho příliš neprozradí. Často vyhledávají zaměstnání, které nevyžaduje kontakt s lidmi. Velice často jim trvá, než se osamostatní. Muži často odkládají sňatek a založení rodiny, kdežto ženy zůstávají častěji v domácnosti. Je pro ně také častá tzv. samoléčba v podobě návykových látek, tj. požití alkoholu před tím, než jdou např. na večírek.

1.4.3 PŘÍZNAKY SOCIÁLNÍ FOBIE

V předchozí části jsme si řekli diagnostická kritéria podle MKN-10 a DSM-5 a zároveň i některé příznaky, které se u sociální fobie objevují. Příznaků ale existuje celá řada, která je specifická převážně pro sociální fobii a může dopomoci k jejímu rozpoznání. V následující části si ucelíme příznaky, které již byly zmíněny a zároveň se podíváme na další, které zmíněny prozatím nebyly. Tyto příznaky můžeme rozdělit do tří kategorií: fyziologické, behaviorální a subjektivní (Praško, Holubová, 2017, s. 20-34).

Fyziologické příznaky patří mezi poplachovou stresovou reakci na nějaký podnět, který v nás vyvolává pocity strachu nebo úzkosti, přičemž jejich cílem je aktivizovat organismus, aby se se situací vypořádal. U jedinců se sociální fobii tato reakce nicméně vyvolává další úzkost, a to převážně proto, že se bojí, že tyto projevy ostatní zpozorují a budou je hodnotit negativně. Mezi takové projevy patří zejména třes rukou, červenání se, pocení, nutkání na zvracení, nutkání na močení nebo chvění hlasu. Přičemž ale existuje i celá řada dalších příznaků, které se projevují u úzkosti či stresové reakci, např. bolest hlavy, dušnost, návaly horka a chladu, průjmy nebo únava (Raboch, Zvolský, 2001, s. 275). Problémem navíc u těchto druhotných příznaků bývá, že je jedinci, kteří vyhledají léčbu, vykládají jako prvotní, nikoliv jako doprovodné.

Další kategorií příznaků jsou **příznaky behaviorální**, tedy chování jedince, které pozoruje okolí (Praško, Holubová, 2017, s. 20-34). Mezi tyto příznaky, které jsou specifické převážně pro jedince se sociální fobii, patří vyhýbavé chování, performační úzkostné chování, zabezpečovací chování a únikové chování.

- a) U *vyhýbavého chování* se jedinec snaží vyhnout situacím, které v něm vyvolávají úzkost, či strach. Převážně jde o situace, kde by mohlo dojít k hodnocení nebo pátravým pohledům ostatních lidí. Problémem u tohoto chování je, že si jedinec nevytvoří rezistenci vůči těmto situacím a prohlubuje své obavy do takové míry, že

se těmito situacím vyhýbá stále více, což pak vede k poklesu sebehodnocení a sociálních dovedností. Mezi typické situace, kterým se jedinec se sociální fobií snaží vyhnout, patří např. nakupování, cestování hromadnou dopravou, návštěva kina, divadla, koncertu a mnoho dalších aktivit, které vyžadují kontakt s jinými lidmi, včetně rekreačních aktivit, které obvykle slouží k odbourávání stresu.

- b) *Performační úzkostné chování* je takové chování, které si klade za účel uvolnit napětí v obávané situaci. Toto chování můžeme pozorovat i u jedinců, kteří sociální fobií netrpí např. v podobě hraní si s vlasy, přešlapování, hraní si s propiskou atp. U jedinců se sociální fobií je toto chování navíc dosti výrazné a často kombinuje více projevů než jen jeden. Mezi takové projevy můžeme zařadit např. malý nebo žádný oční kontakt, škrabání se, okusování nehtů, vrtění na židli, křížení rukou a nohou, tichý a nejasný projev apod.
- c) Dalším behaviorálním příznakem je *zabezpečovací chování*, které slouží jako prostředek pro snížení úzkosti, či strachu v situacích, kterých se jedinec se sociální fobií obává. Jedinec se snaží tímto chováním zabezpečit, že nebude pociťovat silnou úzkost v situacích, ve kterých očekává, že by se mohla dostavit. Děje se tak např. v podobě požití alkoholu předem, než jedinec vyrazí na nějakou událost nebo požitím léku na uklidnění, případně tím, že od sebe odvrátí pozornost. Schneier et. al. (1989) navíc poukazuje na to, že jedinci, kteří trpí sociální fobií a zároveň i závislostí na alkoholu uvádí, že většinou alkohol začali požívat jako samoléčbu na jejich příznaky sociální fobie. Je tedy podnětné uvést, že zabezpečovací chování může být poměrně dosti nebezpečné s ohledem na vytvoření závislosti na návykovou látku, kterou jedinec požívá pro zmírnění příznaků sociální fobie.
- d) Posledním behaviorálním příznakem je *únikové chování* (Praško, Holubová, 2017, s. 20-34). Hlavním rozdílem oproti vyhýbavému chování je cíl, s jakým je přistupováno k obávané situaci. Vyhýbavé chování má za cíl se do obávané situace vůbec nedostat, kdežto únikové chování slouží k úniku z obávané situace, ve které se jedinec již nachází. Může se tak dít v podobě omluvy nebo případně bez omluvy a náhlému útěku z dané situace.

Poslední kategorií příznaků sociální fobie jsou **příznaky subjektivní**, které se objevují ve formě úzkostných myšlenek a emocí.

- a) Takovéto *úzkostné myšlenky* se projevují samovolně, bez volního úsilí jedince, který nad nimi nemá žádnou kontrolu. Pouhé pomyšlení na situaci může vyvolat úzkost, která bude stejně silná jako v oné situaci tzv. anticipační úzkost nebo také úzkost z očekávání. Tyto myšlenky mají převážně negativní emoční náboj a jedince zesměšňují, shazují, snižují jeho sebehodnocení, tvrdě kritizují, zhoršují jeho tělesné příznaky, a to převážně proto, že vyostřují jeho už tak intenzivní úzkost. Vyskytnou-li se myšlenky, které mají pozitivní náboj, jsou okamžitě negovány myšlenkami s negativním nábojem. Obvykle se také řetězí, což znamená, že jedna negativní myšlenka podporuje další a ta zase další, což stále zintenzivňuje jedincův úzkostný stav. Tyto doprovodné myšlenky se vyskytují i u zdravých jedinců, ale mají převážně neutrální náboj, takže neovlivňují pocity jako takové a většinou mají podnětné komentáře k nějaké situaci a pokud se přeci jen stane, že se objeví myšlenka s negativním nábojem, je znegována myšlenkou s nábojem pozitivním.
- b) *Úzkostné emoce* jsou pocity, které jsou převážně charakteristické pro úzkostnou náladu, která se objevuje u sociální fobie. Jde o velice nepříjemné pocity psychického napětí, které jsou pro jedince velice vyčerpávající. Krom úzkosti a strachu se zde také objevují pocity psychické podrážděnosti, které mohou zapříčinit, že se jedinec bude chovat velice nepříjemně a neadekvátně vůči podnětu např. výbuch na někoho, kdo položil normální otázku. Dále se jedinci s těmito emocemi zcela nenávidí, nelíbí se jim, že nedokáží na někoho promluvit, nelíbí se jim, že nedokáží prezentovat projekt na poradě apod. a nenávidí se za to, že tyto úkony nezvládnou. Trápí je pocity bezmoci a beznaděje, dělají si hlavu s tím, že něco nedokážou, připadají si bezmocní, protože neví, jak si mají pomoci, myslí si, že jim už nikdy lépe nebude. Pocity bezmoci a beznaděje mohou často vést až k depresi, která může posléze vést k sebevraždě. Dosti často se zde objevují zároveň i pocity závidění. Tito jedinci závidí lidem, kteří sociální fobii netrpí, že zvládají situace a úkony, u kterých si oni sami nedokážou představit, že by je někdy dokázali a které v nich budí pocity úzkosti. Dále pociťují silnou sebelítost, silný smutek a pocity ztráty např. pokud je opustí partner.

1.4.4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Existuje řada poruch, které jsou sociální fobií v různé míře podobné. Diferenciální diagnostika slouží pro nalezení takovýchto shod a vysvětlení rozdílů mezi nimi. Uvádím zde tedy několik poruch, které mají se sociální fobií společné znaky a jsou uváděny v DSM-V.

1. **Stydlivost** je běžný nepatologický rys osobnosti, který se vyskytuje u značného počtu jedinců (APA, 2013). Zvážit diagnózu sociální fobie u stydlivosti je nutné v případě, že má tato stydlivost výrazný dopad na fungování v běžném životě.
2. **Agorafobie** je porucha, která nezahrnuje jen otevřená prostranství, ale i uzavřené prostory (dříve klaustrofobie), strach z davu, pobytu ve výtahu, opuštění domova, cestování o samotě a řada dalších poměrně dobře definovatelných situací. Jedinec se často obává být sám v situacích, kde je velice náročné odejít nebo kde je obtížně dosažitelná pomoc (Raboch, Zvolský, 2001, s. 275; Raboch, Pavlovský, 2013, s. 275-276), tedy že budou zanechání bez povšimnutí (APA, 2013), což je hlavní rozdíl oproti sociální fobii, kde jedinec preferuje, že bude ponechán o samotě a bez povšimnutí.
3. **Panická porucha** – U jedinců se sociální fobií se panické ataky mohou vyskytovat také, ale tento atak vychází ze silné obavy z hodnocení ostatními. U lidí s panickou poruchou vychází strach z ataku samotného, nikoliv z hodnocení ostatními.
4. **Generalizovaná úzkostná porucha** – Obavy ze sociálních situací jsou přítomné i u generalizované úzkostné poruchy. Hlavní rozdíl je ale v jejich zaměření. Lidé s generalizovanou úzkostnou poruchou se spíše obávají kvality jejich vztahů, zda nebudou špatně vnímáni při projevu nebo zda to nevyvolá nepřátelství s ostatními, ale tyto obavy jsou přítomny i mimo veřejný projev nebo když tito lidé nejsou hodnoceni ostatními. U sociální fobie se obavy zaměřují výhradně na hodnocení ostatními.
5. **Separční úzkostná porucha** – Separční úzkostná porucha je charakteristická nadměrnou úzkostí, která vzniká po odloučení od blízké osoby, jako je rodič (Raboch, Zvolský, 2001, s. 374). Pokud, nicméně, dojde na sociální situace, jsou tyto jedinci obvykle zcela v pořádku, pokud je blízká osoba přítomna (APA, 2013).

Naproti tomu jedinci se sociální fobií budou mít v sociálních situacích úzkostné stavy i v přítomnosti jim blízké osoby.

6. **Specifické fobie** jsou nejčastější fobickou úzkostnou poruchou (Kessler et. al, 2005). Pro tuto poruchu je charakteristický strach ze specifických situací, či objektů a jedinci v těchto situacích mohou zažívat silnou úzkost, přičemž se těmto situacím zároveň vyhýbají (Raboch, Pavlovský, 2013, s. 276). Jedinci se specifickými fobiemi se v zásadě neobávají hodnocení ostatními v ostatních sociálních situacích (APA, 2013). Tyto fobie jsou charakteristické obavami ze specifických objektů. Přičemž se jedinec sice může obávat konkrétní sociální situace, jejich strach ale pramení z toho, že se v dané situaci ztrapní nebo znemožní. Obecně se ale v dalších sociálních situacích neobávají negativního hodnocení ostatními lidmi ani kontaktu s nimi.
7. **Selektivní mutismus** – Jedinci trpící selektivním mutismem se obávají negativního hodnocení ostatními v situacích, které vyžadují mluvení, kdežto v situacích, které mluvení nevyžadují, se negativního hodnocení neobávají.
8. **Depresivní porucha** – U depresivní poruchy se také mohou objevovat příznaky společné pro sociální fobii. Jedinci s depresivní poruchou se převážně ale obávají sociálních situací, protože mají o sobě zkreslené mínění a myslí si, že jsou špatní, či že nejsou dostatečně dobří na to, aby je měl někdo rád. U sociální fobie se lidé sociálních situací obávají převážně proto, že budou hodnoceni pro jejich chování nebo fyziologické příznaky.
9. **Dysmorfofobická porucha** – Jedinci s touto poruchou se nadměrně zabývají odchylkami svého vzhledu, které pro ostatní nejsou pozorovatelné nebo jsou pouze nepatrné, což může ale zapříčinit u jedince vyhýbání se sociálním situacím a sociální úzkost. Sociální fobie nemůže být diagnostikována v případě, že je vyhýbání a strach ze sociálních situací způsobeno výhradně zaobíráním se odchylkami ve vlastním vzhledu.
10. **Porucha autistického spektra** – Pro tuto poruchu je sociální úzkost a nedostatek sociálních dovedností také specifický. Hlavní rozdíl ale pramení z toho, že jedinci se sociální fobií mají ke svému věku dostatečnou kapacitu pro sociální vztahy a sociální

dovednosti, přičemž se ale může zdát, že nemají, převážně v situacích, kdy jednájí s vrstevníky nebo dospělými.

11. **Poruchy osobnosti** – Sociální fobie může také někdy připomínat poruchu osobnosti, kvůli specifickým prvkům, které mají společné (vznik v dětství a přetrvávání do dospělosti). Nejvíce se sociální úzkost překrývá s vyhýbavou poruchou osobnosti, přičemž jedinci s vyhýbavou poruchou osobnosti mají mnohem širší spektrum vyhýbavosti.
12. **Další duševní poruchy** – Strach a nepohodlí se může v sociálních situacích vyskytovat i u schizofrenie, ale obvykle se tak děje v korespondenci s dalšími psychotickými příznaky. U jedinců s poruchou příjmu potravy je nutné před diagnózou sociální fobie vyloučit, že jediným zdrojem sociální úzkosti je strach z hodnocení příznaků a chování, které jsou typické pro poruchy příjmu potravy, ostatními. U jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou by měla být sociální fobie diagnostikována jen v případě, pokud je sociální úzkost vydělena ze zdroje obsesí a kompulzí jedince.
13. **Různé tělesné nemoci** – Některá onemocnění mají doprovodné příznaky, které jsou poměrně patrné např. třes. V případě, že se strach z negativního hodnocení nadměrně rozvine, měla by být zvažena diagnostika sociální fobie.

1.4.5 KOMORBIDITA

Komorbidity je u sociální fobie velice častá a během svého života trpí více než polovina jedinců jinou duševní poruchou (Raboch, Zvolský, 2001; Praško, Holubová, 2017). Zejména komorbidity se sociální fobii jsou specifické fobie, agorafobie, generalizovaná úzkostná porucha, nadužívání alkoholu nebo depresivní porucha. Ve většině případů předchází sociální fobie rozvoji přidružené duševní poruchy.

Nadužívání alkoholu je povětšinou spojováno se samoléčbou, tedy užíváním alkoholu ke zmírnění příznaků, které sociální fobii doprovází, což může vést k vytvoření závislosti (Praško, Holubová, 2017; Schneier et. al., 1989). Wittchen et. al. (1999) udávají, že sociální fobie předchází zneužívání návykových látek z 85,2 %.

Celoživotní komorbidita depresivní poruchy u jedinců se sociální fobií se pohybuje mezi 44 a 74,5 %, přičemž často sociální fobie předcházela projevům depresivní poruchy a v 81,7 % případů dokonce jakékoliv poruše nálady (Heeren et. al., 2018).

1.5 DŮSLEDKY SOCIÁLNÍ FOBIE

Sociální fobie má poměrně značný a omezující vliv na sociální život jedince a ovlivňuje celou řadu oblastí, ve kterých dochází k mezilidskému kontaktu (Praško, Holubová, 2017). Více než polovina jedinců se sociální fobií udává, že během svého života byly znevýhodněni kvůli sociální fobii a vyhýbavému chování v některé z oblastí jako je vzdělávání, zaměstnanost, romantické vztahy a manželství, přátelské vztahy a jiné oblasti sociálního života, volnočasové zájmy a rodinné vztahy ((Schneier et. al., 1994) in Praško, Holubová, 2017).

Sociální fobie sice ovlivňuje mnoho oblastí v životě jedince trpícím touto poruchou, nicméně některé oblasti jsou ovlivněny více než jiné (Aderka et. al., 2012). Oblasti sociálního a pracovního (včetně vzdělání) života byly mnohem více ovlivněny než rodinné vztahy, což je dáno pravděpodobně tím, že jsou tito jedinci s rodinnými příslušníky v častějším kontaktu, což u nich poté nevyvolává tak silnou úzkost jako jiné oblasti, jelikož jsou těmto situacím zahrnujícím rodinné příslušníky vystavováni a mají tedy vybudovanou jistou rezistenci vůči takové situaci.

Jedinci se sociální fobií jsou povětšinou finančně závislí, zaměstnání neodpovídá jejich kvalifikaci, jsou v práci méně produktivní, mají nižší příjem (Aderka et. al., 2012; Katzelnick et. al., 2001) a mnohem častěji si berou v práci volno (Praško, Holubová, 2017). Problémy jsou nejvíce zřetelné v pracovní oblasti, kde je nutné mluvit před lidmi, nutné vést tým nebo jiná vyšší míra sociálního kontaktu s jinými lidmi. Jedinci se sociální fobií často odchází ze zaměstnání, které je pro ně naplňující, a to jen proto, že se cítí pod tlakem ze všech sociálních situací, které na ně zaměstnání klade. Jsou tedy častěji nezaměstnaní a mnohem častěji se rozvádějí, pokud u nich ke sňatku vůbec někdy dojde (Wittchen et. al., 2000).

Jedinci trpící sociální fobií také mnohem častěji selhávají ve škole nebo ji předčasně ukončují (Aderka et. al., 2012). Většina jedinců sice dokončí povinnou školní docházku, nicméně problémy začínají při nástupu na střední nebo vysokou školu (Ameringen et. al., 2003). Mezi nejčastější důvody, které zahrnovali předčasné ukončení studia, patří pocity

nervozity ve škole nebo ve třídě, potřeba nalézt si práci a osamostatnit se, znuďenost nebo nezáměr o školu a problémy při mluvení před třídou. Nejčastější důvody, proč tito jedinci školu prožívali nepříjemně a příliš se jí obávali, zahrnují problémy při mluvení před třídou, vysokou nervozitu ve škole nebo ve třídě, znuďenost a nezáměr o školu, pocity strachu z učitelů nebo vrstevníků a problémy při navazování vztahů s vrstevníky. Značná část těchto jedinců navíc udává, že mnohem častěji zůstávali doma po delší časové období namísto docházky do školy, kvůli jejich obavám a pocitům úzkosti. Problémem zůstává, že v současném systému vzdělávání se poměrně často vyžaduje expozice situacím, kterých se jedinci se sociální fobií obávají (Praško, Holubová, 2017). Takovéto situace zahrnují například zkoušení před třídou, prezentací před třídou a jiné veřejné projevy, požadavky předmětů zejména na vysokých školách, jako je ústní zkouška, různé dotazníky nebo rozhovory, náslechové praxe apod. Takovéto situace na jedince mohou klást tak velký tlak, že se rozhodne studium ukončit, což má za následek i nižší ekonomickou úroveň.

Není tedy nikterak překvapivé, že velká část jedinců trpících sociální fobií udává nízkou úroveň životní spokojenosti (Aderka et. al., 2012; Katzelnick et. al., 2001; Wittchen et. al., 2000).

Problémem u sociální fobie je také náchylnost jedinců k vybudování závislosti na návykových látkách, převážně na alkoholu, jako prostředku samoléčby pro zmírnění příznaků sociální fobie (Praško, Holubová, 2017; Schneier et. al., 1989). Následná závislost v kombinaci s jinými ovlivněnými oblastmi a úzkostnými pocity může pak dovést jedince k úniku z takové situace sebevraždou.

1.5.1 SUICIDIALITA

Jelikož sociální fobie značně ovlivňuje každodenní záležitosti (ekonomická situace, partnerský život apod.), může se jedinec trpící touto poruchou pokusit o uniknutí ze situace, kterou vnímá jako velice těžkou a neřešitelnou, sebevraždou (Kamarádová et. al., 2015). Šance na takovéto jednání se nadále zvyšuje v případech komorbidity s jinou přidruženou poruchou.

Sociální fobie je často rizikovým faktorem pro rozvoj deprese během života jedince, a právě tito jedinci s komorbidními depresivními příznaky jsou ve zvýšeném riziku pokusů o sebevraždu (Adams et. al., 2016; Heeren et. al., 2018).

Mezi dalšími rizikovými jedinci jsou ti, kteří trpí komorbidní závislostí na alkoholu (Yoshimi et. al., 2016). V obou případech se u těchto jedinců vyskytují ve zvýšené míře představy o sebevraždě a pokusy o ní.

1.6 VYŠETŘOVACÍ METODY

Účelem vyšetřovacích metod je zhodnotit stav pacienta na základě jednotlivých příznaků a vytvořit tak obraz o jeho diagnóze. Přičemž se výlučně nepoužívá pouze jedna metoda, ale metod několik pro lepší a přesnější diagnostiku.

1.6.1 KLINICKÝ ROZHOVOR

Klinický rozhovor je jednou z nejzákladnějších a nejběžněji využívaných metod pro posouzení a zhodnocení stavu pacientů, kteří vyhledají odbornou pomoc (Herbert et. al., 2014, s. 46-49). Forma rozhovoru se mění na základě jedince, který ji využívá, a to převážně proto, že někteří preferují spíše formu volného rozhovoru a někteří zase formu strukturovaného rozhovoru, přičemž oba tyto přístupy se v klinické praxi kombinují. Nicméně, i přesto, že se mění forma diagnostického rozhovoru, existují základní kritéria, která by měl plnit každý rozhovor, který si klade za cíl zhodnotit pacientovu poruchu. Kritéria jsou (s. 46):

- Vytvořit raport.
- Správná a přesná diagnóza.
- Zhodnotit příznaky a ovlivněné oblasti běžného fungování.

Klinický rozhovor je navíc prvotním kontaktem, jaký jedinec s odborníkem má, a proto je při tomto prvotním kontaktu vytvoření dobrého raportu velice důležité. U jedinců, kteří trpí sociální fobií, může být toto extrémně obtížné s ohledem na předmět poruchy. Jak jsme si již uvedli v předchozích částech, převládají u nich negativní myšlenky, přičemž jsou velice citliví na podněty od ostatních, které mohou být interpretovány negativně. Platí to i pro odborníka, u kterého si tyto podněty budou vykládat naprosto stejným způsobem. Je tedy nutné, aby se odborník vyhnul jakémukoliv nesouhlasnému pohybu, či výrazu na to, co jedinec se sociální fobií sdělil.

Dalším problémem u diagnostického rozhovoru často bývá, a to převážně u dětí a adolescentů, že své příznaky nepopisují důkladně. V takových případech je pak důležité využít informace od rodičů nebo učitelů.

Rozhovor by měl probíhat převážně v soukromí bez rušivých prvků, které by mohli negativně ovlivnit diagnostický rozhovor (Raboch, Pavlovský, 2013). Zároveň by si odborník měl vyhradit dostatek času na pacienta, a to v rozsahu přibližně jedné hodiny. Navíc je vhodné zpočátku rozhovoru nechat hovořit pacienta samotného a až později vést rozhovor direktivnějším způsobem. Vždy by se mělo postupovat od obecnějších témat k intimnějším, nikoliv opačně. Je nutné zde provést i veškeré druhy anamnézy (rodinná, osobní, školní, pracovní apod.), které bychom měli o jedinci při diagnostikování každé poruchy znát.

Také je nutné podotknout, že existují ustálené strukturované rozhovory pro diagnostikování sociální fobie (Herbert et. al., 2014). Mezi takové patří ADIS-5 - *Anxiety and Related Disorder Interview Schedule for DSM-5* - nebo také SCID-5 - *Structured Clinical Interview for DSM-5*. Mezi další patří CIDI - *Composite International Diagnostic Interview* - který byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací na základě kritérií v DSM i MKN, přičemž existují i zkrácené verze CIDI, mezi které se řadí např. MINI - *Mini-international neuropsychiatric interview*.

1.6.2 DALŠÍ METODY

Přestože základní metoda pro diagnostiku je rozhovor, předpokládá se i využití dalších metod (Praško, Holubová, 2017). Přičemž by ale různými dotazníky a posuzovacími stupnicemi nebo škálami neměl být hodnocený přetěžován. Zpravidla se vyplatí některé metody použít na začátku, v průběhu léčby a na konci léčby. Valná většina metod, které jsou standardizované pro některá vyšetření, má přesně dané instrukce, tj. čas na zpracování a přesně daná kritéria pro vyhodnocení (Raboch, Pavlovský, 2013). Tyto testy by pak neměly být špatně interpretovány odborníkem, a to právě podle přesně daných vyhodnocovacích kritérií a zároveň by tyto testy měly obdobně vyjít i u dalších odborníků.

Mezi testovací metody, které se využívají konkrétně pro diagnostikování sociální fobie, patří například (Praško, Holubová, 2017, s. 110-116):

- a) *Liebowitzova stupnice příznaků sociální fobie* neboli LSAS. Tato objektivní škálová metoda hodnotí 24 sociálních situací v oblasti intenzity strachu a závažnosti vyhýbavého chování.

- b) *Škála sociální interakce a škála sociální fobie* neboli SIAS a SPS, jsou škály používané výhradně pro sociální fobii. Obě mají 20 položek. SIAS hodnotí obavy z hlediska mezilidských interakcí a SPS hodnotí obavy z pozorování ostatními lidmi.
- c) *Inventář sociální fobie a úzkosti* neboli SPAI. Obsahuje 45 položek, přičemž více než polovina z nich vyžaduje více odpovědí než jen jednu. Má dvě podškály a to jednu na sociální fobii a jednu na agorafobii.
- d) *Beckův inventář úzkosti* neboli BAI je sebesuzovací metoda, která zachycuje příznaky úzkosti a jejich intenzitu. Jedinec u této metody zaznamenává, zda se s jednotlivými příznaky setkal v posledním týdnu a jaká byla jejich intenzita.
- e) *Inventář sociální fobie* neboli SPIN, je tvořen ze 17 položek a rozlišuje mezi jedinci se sociální fobií a jedinci s jinou úzkostnou poruchou.
- f) *Stupnice strachu z negativního hodnocení* neboli FNE, obsahuje 30 položek, přičemž jedinec vybírá, zda jsou tato tvrzení pravdivá či nikoliv.
- g) *Temperament and Character Inventory* (TCI) se skládá z 240 položek a zaměřuje se na temperamentové a charakterové osobnostní rysy. V temperamentové škále se nachází: vyhledávání nového, vyhýbání se nebezpečí, závislost na odměně a perzistence. A v charakterové škále se nachází: cílesměrnost, spolupráce a sebepřesahování. Přičemž pro úzkostné poruchy je specifické vysoké skóre v oblasti vyhýbání se nebezpečí.
- h) *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) nebo *California Personality Inventory* (CPI) použijeme, pokud chceme určit, zda jedinec trpí také poruchou osobnosti nebo pokud hledáme jiné možné vysvětlení jeho problémů. MMPI se nevyužívá pouze jako testová metoda v klinické praxi, ale různé upravené verze se využívají i v personalistice při výběru zaměstnanců, k rozvoji léčebných plánů, při diferenciální diagnostice, ve forenzní psychologii nebo jako součást hodnocení léčebného procesu. Jde o poměrně časově rozsáhlý test vyžadující vysokou míru pozornosti. Obsahuje celkem 567 položek, které jsou rozděleny do 10 diagnostických škál (hypochondrie, deprese, hysterie, psychopatie, maskulinita/feminita, paranoia, psychastenie, schizofrenie, hypomanie, sociální introverze) a 4 validačních škál.

1.7 TERAPIE SOCIÁLNÍ FOBIE

Efektivita léčby sociální fobie je poměrně značná a některé postupy vykazují úlevu u dvou třetin léčených jedinců (Raboch, Zvolský, 2001, s. 278-279). Pokud je u jedince diagnostikována sociální fobie a její příznaky a vyhýbavé chování výrazně narušují psychosociální adaptaci jedince, včasná léčba pak „*může dopomoci ke zmírnění nebo zabránění vážným poškozením, rozvoji škodlivých adaptačních mechanismů a přidružených duševních poruch*“ (s. 278). Problémem ale zůstává, že pouze malá část jedinců se sociální fobií je někdy léčena efektivní terapií nebo vůbec vyhledá odbornou pomoc a to hlavně proto, že tito jedinci si málokdy uvědomují, že sociální fobií trpí, někdy to přisuzují pouze silné stydlivosti, jindy pouze nepříjemnému osobnostnímu rysu. Sociální fobii můžeme léčit farmaky, které rychleji zmírní příznaky nebo psychoterapií, která má dlouhodobější účinek, přičemž se oba postupy někdy kombinují (Praško, Holubová, 2017). Je důležité zdůraznit, že hlavním cílem léčby sociální fobie není její kompletní vyléčení, tedy že už jedinec nikdy nebude pociťovat její příznaky a funkční problémy, ale že budou tyto příznaky a funkční problémy natolik zmírněny, že jedinec bude zvládat sociální situace, které předtím nezvládal, ač při nich i nadále může pociťovat úzkost. Také je důležité jedinci trpícím sociální fobií a rodinným příslušníkům, ostatně jako i u jiných poruch, dostatečně vysvětlit původ a podstatu duševního onemocnění a možnosti léčby. Tato edukace pak může výrazně přispět ke spolupráci pacienta s terapeutem.

1.7.1 PSYCHOFARMAKOTERAPIE

Léky efektivní u léčby sociální fobie jsou léky skupiny RIMA a IMAO, SSRI, benzodiazepiny a β -blokátory (Raboch, Zvolský, 2001).

β -blokátory se využívají převážně při performační úzkosti, tedy při strachu z vystupování. Jejich podání se většinou provádí hodinu před vystoupením, kdy je tato účinnost výrazná a snižuje některé příznaky (Praško, Holubová, 2017). Nicméně, nebývají téměř vůbec účinné u generalizované sociální fobie, tedy kdy jedinec pociťuje strach ve většině sociálních situacích, se kterými přijde do styku. Nejčastěji se v této skupině léků využívá u sociální fobie 20 mg propranolol a 50 mg atenolol. Raboch (2001) dále pak uvádí ještě 5 mg pindolol a 40 mg nadolol.

Benzodiazepiny mají u sociální fobie také prokazatelný účinek (Praško, Holubová, 2017). Mají vcelku rychlý nástup účinnosti a zpravidla jsou velice dobře snášeny jedinci se

sociální fobií. Nevyužívají se v současné době jako hlavní léky při léčbě, ale spíše jako podpůrné u léků skupiny SSRI. Jejich hlavní nevýhodou nicméně je, že mají vysoké riziko rozvoje tolerance, závislosti a syndromu z vysazení. Nejčastěji se u této skupiny využívají léky clonazepam 0,5-3 mg na den, alprazolam 1-8 mg na den, bromazepam 9-30 mg na den.

Léky skupiny **SSRI**, *selektivní inhibitory zpětného vychytávání (reuptake) serotoninu* patří do antidepresiv a využívají se převážně při léčbě depresivních a úzkostných poruch, přičemž jsou hlavní volbou při léčbě léky u pacientů trpícími těmito poruchami (Raboch, Pavlovský, 2013). Jejich podávání je prováděno především jednou denně v ranních hodinách. U sociální fobie mají prokazatelné výsledky z této skupiny léky paroxetin v průměrné denní dávce 40 mg, fluvoxamin v průměrné denní dávce 200 mg a escitalopram v rozmezí denní dávky 5-20 mg (Praško, Holubová, 2017).

Skupina léků **RIMA a IMAO** také prokazují významnou účinnost při léčbě sociální fobie, přičemž obzvláště efektivní se prokazují léky skupiny IMAO. Konkrétně to je fenelzin v dávkování 45-90 mg na den, který má ale velice nežádoucí účinky s kombinací s některými potravinami a je tedy nutné u něj dodržovat striktní dietu. Ve skupině RIMA je pak efektivní převážně moclobemid v dávkování 450-600 mg na den, přičemž se zde nevyskytují nebezpečné účinky v kombinaci s jinými léky nebo potravinami a striktní dieta tedy není nutná.

1.7.2 PSYCHOTERAPIE

a) Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

KBT je velice účinnou formou terapie ve spoustě duševních poruch a sociální fobie není žádnou výjimkou (Raboch, Zvolský, 2001). Nácvik sociálních dovedností, vystavování se obávaným situacím nebo kognitivní restrukturalizace jsou velice účinné metody provádějící se v rámci KBT pro léčbu sociální fobie.

Nácvik sociální dovedností. Jedincům se sociální fobií často chybí některé důležité sociální dovednosti, které jsou pro vycházení a jednání s druhými a pochopení druhých lidí poměrně zásadní (Praško, Holubová, 2017). Mezi takovéto dovednosti, které jedincům se sociální fobií chybí, a které se v rámci KBT nacvičují, patří řádná gestikulace, mimika, posturika, zahajování a udržování rozhovoru, vyjadřování emocí, snášení kritiky, žádosti o laskavost nebo asertivní odmítnutí apod. Často se postupuje od těch

nejjednodušších dovedností až po ty nejnáročnější, jedinci mají úkoly, kdy si dovednosti procvičují i doma nebo mimo domov a tyto úkoly je pro efektivní terapii nutné plnit. Tyto dovednosti si samozřejmě nejdříve vyzkouší v rámci terapie s terapeutem a poté je zkouší v rámci domácích cvičení aplikovat v běžném životě. Hlavním prostředkem pro nácvik sociální dovedností je hraní rolí.

Expozice obávaným situacím. Vystavovat se sociálním situacím, které v jedinci vyvolávají úzkost, je převážně možné až po nějaké době nacvičování v rámci skupiny. Při předčasném vystavení by jedinec mohl ještě více upevnit svou úzkost v dané situaci a léčba fobie by se značně ztížila. Existuje několik variant vystavení jedince obávaným situacím. Jednou z nich je *expozice ve fantazii*, při které využíváme vlastních fantazijních představ jedince se sociální fobií o obávaných situacích, včetně katastrofických scénářů, které jedinec může uvést, a pomocí jeho fantazijních představ poté vytváříme nižší citlivost na dané sociální situace. Jedinec to např. může sepsat na papír a poté mu to předčítáme tak dlouho, dokud nedojde k vytvoření silnější odolnosti na tuto situaci. Další může *být vystavení se na živo (in vivo)*, když už je jedinec vystavován konkrétním situacím v běžném životě, přičemž toto vystavování musí nadále provádět i po ukončení terapie, aby nedošlo k opětovnému vzniku sociální fobie.

V dnešní moderní době poměrně velký rozmach zaznamenává virtuální realita, která má své užití i při léčbě úzkostných poruch, tedy i sociální fobie (Šmahaj, Procházka, 2014). Hlavní výhodou takové terapie je, že se dají vytvořit i situace, které jsou jinak obtížně dostupné a terapeut může do jisté míry ovlivňovat úroveň vystavení a faktory, které by jinak ovlivnit nemohl. Praktické využití je momentálně spíše experimentální, a to hlavně kvůli vysokým pořizovacím nákladům a nevolnosti spojené s působením virtuální reality na senzorické oblasti.

Kognitivní restrukturalizace spočívá v náhradě úzkostných myšlenek, které snižují jedincovo sebehodnocení, přehnaně ho kritizují nebo katastrofizují sociální situace, za myšlenky, které jsou pro tyto situace konstruktivní. Jedinec se sociální fobií se v rámci KBT učí tyto myšlenky rozpoznat a nahradit myšlenkami racionálními.

b) Sugestivní psychoterapie

U sugestivního přístupu v terapii hraje značnou roli direktivita a manipulace, přičemž se využívá autority terapeuta (Vymětal, 2010, s. 35-36). Důležitým prvkem pro úspěšnou sugesci je úroveň sugestibility pacienta (Raboch, Zvolský, 2001, s. 475-476). U jedinců s nízkou úrovní sugestibility, je tato terapie téměř neúčinná. Sugestivní terapii můžeme využívat buď za bdělého stavu, nebo za hypnotického stavu, což je psychologicky navozený stav změněného vědomí, ve kterém se zvyšuje úroveň sugestibility pacienta. Cílem této formy terapie, ať už za bdělého nebo hypnotického stavu, je vsugerovat pacientovi takové pokyny, které vedou k odstranění nebo zmírnění obtíží, přičemž se převážně využívá u různých forem fobií nebo kompulzí. Krom psychoterapie se tento přístup užívá i ve farmakoterapii pod názvem *placebo efekt*.

c) Rogersovská psychoterapie

Rogersovská psychoterapie, také nazývaná terapie zaměřená na člověka, se soustředí na pacientovu přítomnost, nikoliv minulost jako je tomu u hlubinných nebo dynamických přístupů (Raboch, Zvolský, 2001, s. 470-471). Hlavním bodem této psychoterapie je předpoklad, že je každému člověku vlastní tendence osobnostního rozvoje. Příkladně terapeutickým úkolem je dopomoci pacientovi k tomuto rozvoji překonáním překážek, které stojí na cestě k takovému cíli, jako je například u sociální fobie strach z hodnocení druhými. Terapie se provádí převážně formou rozhovoru, přičemž je ale nadmíru důležité, aby byl terapeut dostatečně empatický, tedy aby chápal prožívání pacienta a dokázal se do něj vcítit. Je nutné zcela akceptovat pacienta, nekritizovat ho a nehodnotit ho.

d) Relaxační techniky

Relaxační techniky fungují na předpokladu psychofyziologické jednoty lidského organismu, tedy že tělesná cvičení ovlivňují psychiku a naopak, že působením na psychiku ovlivňujeme fyziologické děje (Vymětal, 2010, s. 36). U jedinců se sociální fobií mohou být použity jako účinná forma regulace úzkostných symptomů v sociální situaci. Mezi relaxační techniky řadíme například autogenní trénink, progresivní svalovou relaxaci, aktivačně-relaxační trénink, různá tělesná, dechová a meditační cvičení atp.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 PŘEHLEDOVÁ STUDIE

Hlavní výzkumnou otázkou při vyhledávání studií bylo: Jaké jsou dopady sociální fobie na život jedince? Jaká znevýhodnění v základních oblastech lidského života (školní a profesní život, rodinný život, partnerský život, vztahy s okolím) sociální fobie přináší?

Na tyto otázky jsem se snažil nalézt odpověď v přehledových studiích níže popsanych, a to hlavně pro pozdější porovnání s kvalitativním výzkumem v rámci této práce.

Studie vychází z DSM-IV.

1) Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study.

Země: Německo a USA

Autoři: Wittchen et. al., 2000

Výzkum se zaměřil na zjištění znevýhodnění, které s sebou sociální fobie přináší a jaký dopad to má na životní spokojenost těchto jedinců.

Výzkum probíhal na 150 účastnících, kteří splnili kritéria pro výběr, z čehož 65 účastníků trpělo pouze sociální fobií, 51 komorbidní sociální fobií, tedy trpěli zároveň i jinou poruchou, 34 splnilo většinu kritérií až na jedno a byly tak označeny jako „podprahová sociální fobie“. 65 účastníků bylo zvoleno pro kontrolní skupinu, tak aby odpovídali skupině trpící sociální fobií věkem i pohlavím a zároveň se nejednalo o čistě zdravou skupinu, ale o jedince trpící rekurentním infekčním onemocněním (opary).

Ukázalo se, že jedinci se sociální fobií byli oproti kontrolní skupině mnohem častěji rozvedeni nebo vůbec nikdy nevstoupili do svazku manželského. Také byli jedinci trpící sociální fobií v porovnání s kontrolní skupinou častěji nezaměstnaní. Jedinci trpící sociální fobií výrazně častěji prožívali silnou úzkost v sociálních situacích (nebo panický atak), stejně tak se velice často těmto situacím vyhýbali. Pouze u osmi jedinců ze skupiny trpících sociální fobií se ukázalo, že se v těchto situacích dokáží přemoci a vydržet projevenou úzkost. Stejně tak se u všech tří skupin (sociální fobie, komorbidní sociální fobie, podprahová sociální fobie) projevila větší závislost na alkoholu a nikotinu, případně jejich častější konzumace, v porovnání s kontrolní skupinou – nutno podotknout, že u skupiny sociální fobie byla

závislost na alkoholu jako kritérium pro vyřazení z této skupiny. Valná většina jedinců v této skupině trpí tedy větší a častější konzumací alkoholu, ale ne závislostí. Jedinci trpící sociální fobií měli také výrazně nižší kvalitu života oproti kontrolní skupině, a to hlavně v oblasti rolí (problémy v naplňování rolí kvůli emocionálním problémům), zdraví, duševního zdraví, sociálního fungování a vitality. Pokud se podíváme z hlediska konkrétních problémů, respektive konkrétních každodenních problémů, ve kterých jsou tito jedinci výrazně znevýhodněni, můžeme uvést tyto: sociální síť (myšleno co se do kvality a počtu přátel týče), romantické vztahy, rodinné vztahy, zaměstnání, vzdělání a jiné zájmy. Přičemž každodenní aktivity byly ovlivněny nejméně. Zároveň měli také méně přátel, se kterými se stýkali, měli s nimi sice pevnější vztahy, nicméně počet přátel byl pod hranicí toho, co si dotyční představovali. Rodinné vztahy a každodenní záležitosti sice byly ovlivněny, nikoliv ale v takové výrazné míře, aby se dalo mluvit o vysokém znevýhodnění. Navíc se ukázalo, že jedinci trpící sociální fobií mají zhruba o 12 % nižší produktivitu v zaměstnání a alespoň jednou v posledním měsíci vynechali jeden celý pracovní den. Většina těchto jedinců sice zvládne pracovat v prostředí, které odpovídá jejich schopnostem, ale jejich produktivita je výrazně nižší, než jaká by byla v případě, pokud by sociální fobií netrpěli.

Je také nutné podotknout, že jedinci trpící sociální fobií poměrně často uvedli mnohem vyšší úroveň znevýhodnění v minulosti, a to převážně v rané dospělosti, kdy měli udělat nějaké významné rozhodnutí týkající se jejich vzdělání, práce, přátel nebo vztahů. Dá se tedy předpokládat, že se tito lidé naučili s některými znevýhodněními pracovat v takové míře, že je již neberou jako výrazně znevýhodňující pro život. Dle této studie v tom mohlo hrát vysokou roli užívání nikotinu a alkoholu.

2) Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy

Země: USA

Autoři: Eng et. al., 2005

Výzkum se snažil zjistit oblasti, které jsou ze subjektivního hlediska jedinců se sociální fobií nejvíce ovlivněny, přičemž zároveň zkoumal i efekt KBT na tyto oblasti.

Výzkumu se účastnilo na 138 účastníků, z čehož 103 splňovalo kritéria pro generalizovanou sociální fobii.

Výsledky ukázaly, že jedinci se sociální fobií jsou nejvíce nespokojeni s oblastí úspěchů (peníze, práce, domov, sebehodnocení) a sociálního fungování (přátelé, příbuzní, volnočasové aktivity, romantické vztahy). Oblast osobního růstu (kreativita, cíle a hodnoty, vzdělávání) a okolí (sousedství, komunita) se ukázaly také nižší, tedy nedosahovaly na normu, nicméně byly stále mnohem výše, než úspěch a sociální fungování. Také výzkum zjistil, že čím těžší sociální fobie je, tím nižší spokojenost ve všech oblastech jedinci pociťují, přičemž se snižuje i oblast osobního růstu a okolí, ale snížení není tak markantní. Nicméně, spokojenost v oblasti úspěchů a sociálního fungování byla výrazně nízká ve všech případech.

3) Social skills and social phobia: an investigation of DSM-IV subtypes

Země: USA

Autoři: Beidel et. al., 2010

Výzkum se snažil zjistit nedostatek sociálních dovedností u dospělé populace, jak u generalizované formy sociální fobie, tak i u sociální fobie izolované (tj. převážně performační úzkost) s porovnáním s kontrolní skupinou, které žádná porucha diagnostikována nebyla.

Výzkumu se účastnilo 379 dospělých jedinců, z čehož 200 účastníků bylo bez jakékoliv poruchy, tedy kontrolní skupina, 119 účastníkům byla diagnostikována generalizovaná sociální fobie a 60 účastníkům byla diagnostikována izolovaná sociální fobie, přičemž to byly převážně jedinci trpícím performační úzkostí, tedy strachem z vystupování. Průměrný věk účastníků byl 39 let. Výzkum probíhal v laboratorních podmínkách a úkoly zahrnovaly konverzaci (seznámení se s neznámým člověkem) nebo veřejný přednes (dlouhý zhruba 10 minut, přičemž účastníci mohli tento přednes předčasně ukončit) ale i hraní rolí v různých sociálních situacích (což zahrnovalo například odmítnutí, asertivní jednání nebo kritiku).

Výsledky výzkumu ukázaly, že je kontrolní skupina nejméně úzkostná ve většině sociálních situacích a povětšinou byla hodnocena jako dostatečně dovedná. Skupina jedinců s izolovanou sociální fobií následovala skupinu kontrolní, přičemž se sice hodnotili jako více úzkostní než kontrolní skupina, nicméně byli hodnoceni jako dostatečně dovední hodnotiteli, ač si subjektivně mysleli něco jiného. Jedinci s generalizovaným typem sociální

fobie se výrazně lišili jak v subjektivním hodnocení úzkosti, tak i v hodnocení pozorovateli, kteří uvedli, že měli nedostatek sociálních dovedností. Ukázalo se to například v oblasti, kdy si měli vybavit obsah konverzace, což se nejvýrazněji projevilo u jedinců se sociální fobií, kteří si oproti ostatním dvěma skupinám účastníků vybavili podstatně méně obsahu konverzace. Další problém, kteří jedinci se sociální fobií oproti ostatním dvěma skupinám měli, byla schopnost plyně přecházet v tématech při konverzaci. Jedinci s generalizovaným typem se v této oblasti projevili jako méně zdatní. Skupina s izolovaným typem sociální fobie se od kontrolní skupiny se schopností vybavit si obsah konverzace nijak výrazně nelišila. To, že má sociální fobie výrazný vliv na sociální dovednosti se projevilo i například v 10 minutové prezentaci, kdy účastníci s generalizovaným typem sociální fobie měli prezentace mnohem kratší (bylo umožněno ukončit prezentaci, pokud bude úzkost nesnesitelně silná) oproti ostatním dvěma skupinám. Skupina s izolovaným typem, která trpěla úzkostí převážně právě ve veřejném projevu, byla ale hodnocena pozorovateli podobně jako kontrolní skupina, tedy jako dostatečně dovedná.

4) Quality of life impairments among adults with social phobia: the impact of subtype

Země: USA

Autoři: Wong et. al., 2012

Výzkum se zabýval rozdílem mezi generalizovanou sociální fobií a izolovanou sociální fobií na funkční znevýhodnění s porovnáním s kontrolní skupinou, které nebyla diagnostikována žádná porucha.

Výzkumný vzorek se sestával z 379 dospělých jedinců, z čehož 200 nebyla diagnostikována žádná porucha, 119 jedinců měla diagnostikovanou generalizovanou formu sociální fobie (tedy silných strach ve více než 3 sociálních situacích) a 60 byla diagnostikována izolovaná forma sociální fobie (strach v jedné nebo dvou sociálních situacích). Průměrný věk vzorku byl 39 let. Jedinci s generalizovanou formou sociální fobie měli zároveň ve větším zástupu diagnostikovanou jinou komorbidní poruchu (převážně depresivní poruchu a generalizovanou úzkostnou poruchu).

Výsledky šetření ukázaly, že jedinci s generalizovaným typem sociální fobie vykazují mnohem nižší celkovou spokojenost než kontrolní skupina a skupina s izolovanou formou sociální fobie, zatímco mezi těmito dvěma skupinami byl pouze minimální rozdíl. Z pohledu

komorbidní poruchy jedinci trpící generalizovanou formou měli celkovou spokojenost bez rozdílu. U skupiny s izolovanou formou se nicméně komorbidní porucha ukázala jako výrazný faktor ovlivňující celkovou spokojenost, protože jedinci trpící komorbidní poruchou vykazovali výrazně nižší celkovou životní spokojenost. V jednotlivých oblastech se ve většině neukázal žádný výrazný rozdíl mezi skupinou s izolovanou formou sociální fobie a kontrolní skupinou. Rozdílné se ukázaly pouze materiální spokojenost (skupina s izolovanou formou sociální fobie měla vyšší spokojenost, než skupina kontrolní), osobní růst, partnerské vztahy a kreativně-estetické chování (skupina s izolovanou formou sociální fobie měla nižší spokojenost, než skupina kontrolní). Mezi izolovanou a generalizovanou formou sociální fobie se rozdíly neukázaly pouze v oblasti tělesné spokojenosti, pracovních vztazích, politickém chování a kreativně-estetickém chování, kde obě skupiny vykazovali nižší spokojenost. V ostatních oblastech převládala nízká spokojenost u generalizované formy sociální fobie. Výrazně nižší spokojenost tedy prokazují jedinci s generalizovanou formou sociální fobie oproti kontrolní skupině a izolované formě sociální fobie. Zatímco celková spokojenost jedinců s izolovanou formou sociální fobie se téměř neliší od spokojenosti kontrolní skupiny.

5) Functional impairment in social anxiety disorder

Země: Izrael

Autoři: Aderka et. al., 2012

Výzkum se snažil zjistit, které oblasti jsou u jedinců trpících sociální fobií ovlivněny více než jiné, do jaké míry je rozdíl mezi generalizovanou a izolovanou sociální fobií a jak velký vliv má komorbidní porucha na úroveň znevýhodnění v určitých oblastech. Tyto oblasti byly konkrétně: pracovní/studijní život, rodinný život a sociální život.

Výzkum probíhal během čtyř let v Izraeli a zahrnuto bylo 216 účastníků, kteří vyhledali léčbu v léčebném centru na oddělení úzkostných poruch. Průměrný věk účastníků v době vyhledání léčby byl 35 let, přičemž sociální fobie se u nich v průměru objevila ve 12 letech. Polovina účastníků (120) měla komorbidní poruchu k primární diagnostice sociální fobie z čehož část měla další úzkostnou poruchu (88) a část měla poruchu nálady (49). 175 účastníků trpělo generalizovanou sociální fobií a 41 trpělo izolovanou sociální fobií (tj. pouze na izolované situace jako je např. vystupování na veřejnosti).

Výsledky poukazují na to, že jedinci se sociální fobií vykazují poměrně vysokou úroveň funkčního znevýhodnění. Rozdíly mezi oblastmi byly také poměrně značné. Oblast pracovní/studijní byla mnohem více ovlivněna než oblast rodinná, stejně tak byla mnohem více ovlivněna oblast sociální než oblast rodinná. Přičemž mezi pracovní/studijní a sociální oblastí nebyl nalezen výrazný rozdíl, ač sociální oblast měla o něco vyšší skóre než oblast pracovní/studijní. Výsledky byly porovnány i s ohledem na komorbidní poruchu, a to jak úzkostnou poruchu, tak poruchu nálady, ale zůstaly téměř stejné. Nicméně se ukázalo, že jedinci s komorbidní poruchou nálady mají vyšší úroveň znevýhodnění v oblasti rodinné. Je tedy podnětné říci, že komorbidní porucha neměla vliv na rozdíly mezi znevýhodněnými oblastmi, ale může mít vliv na úroveň znevýhodnění v určité oblasti. Po porovnání obou typů sociální fobie (tj. generalizovaná a izolovaná) výsledky ukázaly, že lidé s generalizovanou sociální fobií měli značně vyšší celkové skóre znevýhodnění oproti izolovanému typu sociální fobie. Přičemž u generalizované formy bylo znevýhodnění značné v oblasti sociální a pracovní/studijní. U izolované formy sociální fobie to byla hlavně pracovní/studijní oblast, ve které byly znevýhodnění, následována sociální oblastí, přičemž rodinná oblast byla ovlivněna nejméně.

Závěr ze studií

Jak jsem již uvedl v teoretické části, je známo, že sociální fobie má poměrně značný a omezující vliv na život jedince, kde ovlivňuje celou řadu oblastí, ve kterých dochází k mezilidskému kontaktu (Praško, Holubová, 2017).

Výše zmiňované studie se shodují na tom, že jedinci trpící sociální fobií mají značné funkční znevýhodnění v oblasti sociálního života - tedy mají méně přátel, méně se stýkají s lidmi, jsou ovlivněny jejich partnerské vztahy a manželské svazky apod. Stejně tak je znevýhodněn jejich pracovní nebo školní život - jsou méně produktivní, častěji opouští předčasně školu apod. Obě tyto oblasti souvisí se sociálními dovednostmi, které těmto jedincům chybí nebo nejsou dostatečně rozvinuté pro potřeby sociálního a pracovního nebo školního života. Mimo jiné, je vcelku zajímavé, že Finská studie, která zkoumala, jak vnímají jedinci trpící sociální fobií svůj studijní úspěch na univerzitě (stále studující jedinci), zjistila, že mezi kontrolní skupinou a skupinou jedinců trpících sociální fobií nebyl rozdíl ve vnímání studijního úspěchu (Gültekin, Dereboy, 2011). Je vysoce pravděpodobné, že krom toho, že nešlo o longitudální výzkum a chyběl dostatečný počet dat o studentech (délka

studia apod.), tak zároveň rozdíl mezi vnímáním studijního úspěchu u současných studentů může být zapříčiněn také tím, že jedinec, který sociální fobií netrpí, vnímá svůj úspěch podle hodnocení od vyučujících. Zatímco jedinec trpící sociální fobií vnímá jako úspěch, že stále studuje.

Výše popsané studie se také shodují na tom, že je generalizovaná sociální fobie mnohem značněji znevýhodňující oproti izolované sociální fobií. Stejně tak tito jedinci uvádějí mnohem nižší životní spokojenost.

Sociální fobie se také dává do souvislosti s užíváním alkoholu a nikotinu, převážně tedy jejich nadužíváním jako prostředku pro snížení úzkostných stavů v obávaných situacích.

2.2 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Výzkumná část této práce se zabývá dopady sociální fobie na jedince ve vztahu ke každodenním záležitostem, partnerským a přátelským vztahům, rodinným vztahům a pracovnímu a školnímu prostředí.

Položeny byly tyto dvě výzkumné otázky:

- Jaké jsou dopady sociální fobie na život jedince?
- Jaká znevýhodnění v základních oblastech lidského života (školní a pracovní život, každodenní záležitosti, rodinný život, vztahy s okolím) sociální fobie přináší?

2.2.1 METODA A PRŮBĚH VÝZKUMU

Pro výzkum sociální fobie a jejích dopadů na jedince byl zvolen kvalitativní přístup, konkrétně metoda polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor *“vychází z předem připravených témat a otázek”* (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 160), přičemž se jedná pouze o hlavní body a není nutné dodržovat pořadí, počet nebo otázky jako takové. Jedná se pouze o základní osnovu toho, jak rozhovor vést.

Rozhovor s respondenty trval vždy mezi 20-40 minutami a jeho záznam probíhal na diktafon. Sociální fobie působila během rozhovoru velice negativně a pervazivně. Respondenti odpovídali zpočátku jednoslovně, až po nějaké chvíli dokázali mluvit souvisle. O některých tématech se jim mluvit příliš nechtělo, zatímco o jiných hovořili poměrně

dostatečně. Nejobsáhleji se vyjadřovali o tématech, která byla negativní. O pozitivních tématech mluvili spíše stručně a méně.

Následně byl rozhovor ze záznamu přepsán doslovně do textové podoby, která byla podrobena obsahově-kategoriální analýze. Slova, slovní spojení, věty, odstavce byly zařazeny do kategorií na základě kódování jejich významu. Ty byly následně zařazeny do hlavních kategorií, o kterých se budu zmiňovat níže jednotlivě, na základě společných prvků. Hlavní kategorie byly následně podrobeny detailní analýze a syntéze na vydělení základních jevů, které se u jedinců se sociální fobií objevovaly.

Jako hlavní nevýhodu rozhovoru považují časovou náročnost, jak pro respondenta, tak pro výzkumníka. U jedinců trpících sociální fobií je tento problém mnohonásobně zvýrazněn, což se negativně projevilo do počtu jedinců, kteří se rozhodli výzkumu zúčastnit, a kteří rozhovor dokončili celý.

2.2.2 VÝZKUMNÝ VZOREK

Výzkumný vzorek v této práci tvoří jedinci, kteří trpí nebo trpěli sociální fobií a byla jim někdy diagnostikována. Vzorek se skládá ze čtyř respondentů, dvou žen a dvou mužů ve věku 23-26 let, kteří se výzkumu rozhodli zúčastnit. Původně plánovaný vzorek deseti jedinců byl negativně ovlivněn podstatou sociální fobie. Během plánování termínů se rozhodlo pět respondentů nezúčastnit a jeden respondent rozhovor nedokončil kvůli silné úzkosti, která se u něho v průběhu rozhovoru vyskytla. Veškerá jména prezentovaná v této tabulce jsou smyšlená.

Jméno	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Pracovní poměr	Profese	Stav
Monika	ŽENA	25	Základní	ANO	Uklízečka kanceláří	Svobodný
Zdeňka	ŽENA	23	Střední s maturitou	ANO	Veterinární fyzioterapeutka	Ve vztahu
Honza	MUŽ	23	Studující VŠ	NE	-	Ve vztahu
Vladimír	MUŽ	26	Vysokoškolské - Bc.	ANO	IT specialista	Svobodný

Tab. 3: Demografické údaje výzkumného vzorku

2.2.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části uvádím výsledky výzkumu sociální fobie a její dopad na jedince v jednotlivých oblastech a jevy, které se u těchto jedinců často objevovaly.

2.2.3.1 Rodinné prostředí a rodinné vztahy

V oblasti rodinného prostředí budeme mluvit o příčinách vzniku sociální fobie a jejích dopadech. V teoretické části jsem se zmiňoval o výchově jako o možné příčině sociální fobie, což se ukázalo jako značný vliv i během výzkumu. Respondenti se sami vyjadřovali o výchově v rodině jako o možných příčinách vzniku jejich sociální fobie. Shodně uváděli dva styly výchovy. Jedná se o autoritativní výchovu a protektivní výchovu, jež se negativně projeví v jejich sebevědomí a samostatnosti.

- 1) Autoritativní výchova** se projevovala převážně v nezájmu rodičů o pocity jedinců a jejich problémy. Bylo nutné dodržovat striktně daná pravidla a porušení bylo trestáno zákazy, někdy i fyzickými tresty. Respondenti byly nuceni do situací, které pro ně byly nepříjemné nebo o ně neprojevovali žádný zájem (různé rodinné sešlosti, aktivity rodičů – fotbal, hokej, kina, divadla). Systematické ponižování v případě neúspěchu formou výrazů typu „*ty jsi neschopný*“, „*to nic nezvládneš?*“, „*to si všechno musím dělat sám?*“ apod. Neustálé výčitky, když jedinci projevili nesouhlas s nucením do aktivit. Jako velice autoritativní se objevoval převážně otec, matka se v tomto prostředí nacházela spíše jako podpora otce.
- 2) Protektivní výchova** se projevovala přehnaným zájmem rodičů o dění v životě respondentů. Shodně zde respondenti uvádí, že jim chybělo soukromí, jakákoliv svoboda a zážitky, které byly pro vrstevníky běžné. Rodiče vyžadovali informace o kamarádech a pokud byl některý z kamarádů vnímán jako problémový, okamžitě jim bylo zakázáno se s ním stýkat. Nedovolili jim chodit nikam na delší dobu, a když už je někde pustili, museli o sobě neustále dávat vědět – zavoláním, sms zprávou nebo v případě blízkosti bydliště se museli přijít rodičům během dne ukázat. Nepouštěli je v adolescenci ani na žádné společenské akce – převážně večírky, což se projevovalo horšími vztahy s vrstevníky. Pokud je pustili, tak museli být doma příliš brzy, což opět bylo vnímáno vrstevníky negativně. Rodiče za jedince vyřizovali věci, které jim byly nepříjemné, chyběla

jim tedy jakákoliv samostatnost za své jednání, na každém kroku byl za nimi rodič. Oproti autoritativní výchově, kde byl hlavní autoritou otec, v protektivní výchově to byla převážně matka.

Dopad sociální fobie na rodinné vztahy se ukázal minimální nebo žádný. Shodně respondenti uváděli, že jejich vztahy byly nezdravé, špatné a nefunkční již od počátku a sociální fobie tyto vztahy nijak neovlivnila. S rodinou se vůbec nestýkají nebo velmi omezeně – popřejí si k Vánocům, či narozeninám. Nebo se naopak od rodiny nedokáží odpoutat a zůstávají žít stále u rodičů ze strachu se osamostatnit.

2.2.3.2 Hodnocení vlastní osoby

Většina respondentů se hodnotí spíše negativně než pozitivně. Nejčastěji o sobě uváděli níže popsaná hodnocení vlastní osoby nebo se u nich objevovaly níže popsané jevy.

- 1) **Nekomunikativní a neiniciativní** – komunikují jen, když je to bezvýhradně nutné a konverzace nezačínají, neinicují.
- 2) **Nízké sebevědomí a podceňování vlastních schopností a možností** – uvádějí, že mají nízké sebevědomí a nevěří si, podceňují své vlastní schopnosti a možnosti ve většině situacích. Nízké sebevědomí bylo pozorovatelné i během rozhovorů. Nedívali se do očí, intonace měla formu spíše dotazovací než oznamovací. Často používali výrazy typu: *nezvládnou, nemohu, nejsem schopná, nejde mi to, jsem hrozná, jsem špatný* apod. Jediný respondent, který svou osobu hodnotí kladně (žena), se o svých schopnostech vyjádřil takto: *„Tak maturitu bych zvládla na jedničku, o tom fakt žádná. Uměla jsem to perfektně, vím, že jsme vcelku chytrá. Doma jsem si to přeříkala jak nic. Jenže když jsem si tam před ně sedla, tak to se mnou málem švihlo. Vím, že jsem mohla mít za jedna, ale byla jsem ráda, že jsem vykoktala něco na tři. Ve chvíli kdy jsem měla mluvit, tak mi přišlo, že moje IQ padlo pod bod mrazu.“*
- 3) **Nízké mínění o svém vzhledu** – bezvýhradně souvisí s nízkým sebevědomím. Respondenti se o svém vzhledu vyjadřovali negativně, byly nespokojeni s tím, jak vypadají a nejraději by svůj vzhled změnili. Výrazy typu: *jsem ošklivá, nejsem žádná krasavice, nejsem přitažlivý, nikdo by o mě nikdy zájem neměl, jak jsem ošklivý.*

- 4) **Vidí se jako nespolečenšší lidé, případně jako vyhranění introverti** – straní se společnosti ostatních a raději tráví čas o samotě. Jeden z respondentů (žena) se vnímá jako společenský a přátelský, rád by trávil čas mezi lidmi, ale sociální fobie mu v tomto jednání brání – jedná se zároveň o jediného respondenta, který svou vlastní osobu hodnotil také kladně (stejný respondent jako výše).
- 5) **Uzavření** – vnímají se jako uzavření, neotvírají se ostatním lidem a pokud ano, jedná se pouze o důvěrného člověka, se kterým byla důvěra budována po dlouhou dobu.

2.2.3.3 Dopady sociální fobie ve školním prostředí

Ve školním prostředí se dopad sociální fobie ukázal jako nejzávažnější ze subjektivního hlediska respondentů. Věřím, že je to zapříčiněno převážně tím, že ve škole hrají vrstevníci velice důležitou roli pro správný vývoj jedince a v důsledku sociální fobie jsou tyto vrstevnické vztahy narušeny.

Při analýze se objevily čtyři základní jevy, které jsou pro všechny respondenty ve školním prostředí společné. Tyto jevy si níže rozebereme jednotlivě, přičemž je nutno podotknout, že se navzájem nevylučují, ale vzájemně se ovlivňují a jsou spolu provázány.

- 1) **Izolace** před možnými úzkostnými situacemi je prvním velice častým jevem, který se ve školním prostředí objevoval. Respondenti si drželi od vrstevníků odstup, vztahy příliš nenavazovali. Ve třídě si sedali spíše do zadních lavic a při hodinách se vůbec neprojevovali – raději mlčeli, i když znali odpověď, aby na sebe neupoutali pozornost, nehlásili se. Takové chování bylo značné hlavně na základní a střední škole. Zatímco na vysoké škole (jeden respondent studuje, druhý již dokončil) se spíše vyhýbali škole jako celku, oba studovali dálkově. Dny, kdy museli docházet si opět sedali do zadních lavic a neprojevovali se, kontaktu s vrstevníky se spíše vyhýbali. Pozvání od přátel povětšinou odmítali.
- 2) **Rezignace** na úzkostné situace je druhý velice častý jev ve školním prostředí. Jedinci se často vypořádali ve škole s nástupem úzkostné situace tím, že na ní rezignovali, utekli před ní. Při referátech nebo prezentacích raději řekli, že daný úkol nesplnili a nechali si dát negativní hodnocení, aby nemuseli předstoupit před třídu a čelit tak úzkostné situaci. Stejně tak se vypořádávali s ústním

zkoušením, při kterém také velice často raději řekli, že neví, než aby odpověděli. Často to bylo z důvodu, že si odpovědi nebyli jisti a ze strachu, že se znemožní, raději neřekli nic. V případě, že byl v některé oblasti ve škole jejich výkon nadprůměrný a byli tak pozváni do soutěže (např. matematická olympiáda, psaní všemi deseti), uváděli, že svůj výkon záměrně pokazili, aby nepostoupili do dalšího kola a nemuseli tak čelit většímu tlaku sociální fobie. Někteří respondenti také rezignovali na studium. Jeden respondent má pouze základní školu, střední vzdal a odešel, ze strachu z prezentací, referátů, a hlavně maturitní zkoušky. Jeden respondent vzdal až vysokou školu, kvůli velkému množství ústního zkoušení a prezentací.

- 3) Prospěch** – Všichni respondenti shodně uvádějí školní prospěch v průběhu celého studia jako špatný. Převážně to přisuzovali již zmiňované rezignaci na některé náročné situace jako jsou referáty, prezentace a ústní zkoušení. Přisuzovali to také snížené docházce v důsledku častější nemocnosti nebo předstírání nemoci za účelem vyhnoutí se úzkostné situaci. Prospěch byl tak akorát, aby zvládli školu dokončit. Maturitu zvládli tři respondenti, ale s hodnocením za tři, což sami hodnotí spíše negativně.
- 4) Vztahy s vrstevníky** – Izolace a rezignace značně působí na vztahy s vrstevníky. Respondenti špatně s vrstevníky navazují vztahy, nenavazují je povětšinou z vlastní iniciativy, ale z iniciativy druhých. Mají proto minimální počet přátel, povětšinou jsou ale krátkého trvání, které bylo zapříčiněno odmítáním různých pozvání na akce, což vedlo ke ztrátě těchto přátel. Časté posměšky, dobírání a nálepkování od vrstevníků. Respondenti byli často vnímáni jako podivíni, protože se s nikým nebavili a byli „divní“, že nechtěli jít např. na koupaliště nebo ven se skupinou. Problémy ve vztazích s vrstevníky byly markantní na základní a střední škole. Na vysoké škole respondenti uvádějí, že již nedochází ke každodennímu kontaktu a vztahy s vrstevníky pro ně nepředstavují takovou důležitost. U dvou respondentů se objevila **šikana** ze strany vrstevníků. Přisuzují to převážně jejich neschopnosti navazovat vztahy, oba respondenti tvrdí, že za šikanu může jejich sociální fobie. Zároveň se ukázalo, že oba respondenti, kteří

si prošli šikanou, nestudují vysokou školu, zatímco druzí dva respondenti, kde se šikana neobjevila, studují vysokou školu.

- 5) **Únik do nemoci** – Respondenti shodně uvádějí, že byli často nemocní. Trpěli průjmy, bolestí břicha nebo hlavy, nespavostí, vysokým tlakem a žaludečními vředy. Častěji měli angíny a chřipky, které se objevovaly krátce, ale opakovaně. Měli ve škole tedy častou absenci, zhoršený prospěch a špatně navazovali vztahy s vrstevníky. Také uvádějí, že také záměrně předstírali bolesti břicha a hlavy, horečky apod., aby do školy nemuseli.

Jak je z výše uvedeného textu patrné, školní prostředí je sociální fobií značně ovlivněno. Izolace a rezignace zde působí extrémně rušivě v navazování vztahů s vrstevníky, které jsou během základní a střední školy velice důležitou součástí života jedince. Tyto vztahy jsou ovlivněny velice silně, okolí jedince se sociální fobií vnímá spíše negativně než pozitivně, vyjadřují se o nich jako o „*podivínech*“ nebo „*stydličích*“. Škola je pro ně velice silným úzkostným spouštěčem, proto se škole mohou snažit vyhýbat předstíráním nemoci nebo nezáměrným únikem do nemoci (průjmy, bolesti hlavy, bolesti břicha, horečky, časté chřipky).

2.2.3.4 Dopady sociální fobie v pracovním prostředí

Tři respondenti, kteří v současnosti pracují, hodnotí vykonávanou profesi jako nezajímavou, nudnou a špatně placenou. Považují ji ale pro sebe za nutnou, protože lépe placené a zajímavé práce by nezvládali v důsledku sociální fobie, a to převážně proto, že je v nich často potřebná neustálá komunikace a vyžadována vyšší míra spolupráce s kolegy. Raději tedy vykonávají nudnou a méně placenou práci, kde je nikdo neruší a mají svůj klid. Pokud jsou jim nabídnuty lépe placené pozice, povětšinou tyto nabídky odmítají, protože s nimi přichází i vyšší odpovědnost, komunikace, kooperace, nároky a stres, což je pro ně v souvislosti se sociální fobií příliš náročné. Vystřídali několik zaměstnání, než se v současném uchytili na delší dobu. O důvodech odchodu uvedli respondenti jen to, že úzkost byla natolik silná, že to v zaměstnání nevydrželi a odešli jinam.

Objevuje se zde **únik do nemoci sebepoškozováním**. Ve školním prostředí se objevoval únik do nemoci předstíráním nebo nezáměrným onemocněním. V pracovním prostředí se únik do nemoci objevuje v souvislosti se sebepoškozováním, což dávám do souvislosti s tím, že jedinec může mít absenci v zaměstnání pouze z vážných důvodů. Takové

záměrně sebepoškozující jednání bylo patrné u dvou respondentů. Toto jednání mělo podobu přivírání rukou do dveří nebo skákání z větší výšky.

Je patrné, že pracovní nároky jedinci se sociální fobií vnímají také náročně, ale na rozdíl od školního prostředí se zde objevuje volnost výběru povolání, které je většinou vybíráno tak, aby probíhal minimální kontakt s jinými lidmi. Zatímco ve školním prostředí jsou do kontaktu povětšinou nuceni, v pracovním prostředí mají jistou volnost tento kontakt omezit.

2.2.3.5 Partnerské a přátelské vztahy

Partnerské vztahy

Vztahy byly většinou krátkého trvání. Partneři byli aktivní, extrovertní a často opačné povahy než respondenti. Partneři často chtěli něco podnikat, chtěli chodit na výlety, do kina, do divadla, do restaurací a na různé koncerty nebo jiné společenské akce. Tyto situace ale respondenti nezvládali a s partnerem tedy mezi velké množství lidí nechodili. Výsledkem tohoto jednání byly časté hádky, které následně zapříčinily rozchod s partnerem, což může souviset s nepochopením ze strany partnera, a tedy nedostatečnou informovaností veřejnosti o této poruše. Respondenti, kteří v současnosti nemají vztahy, se o svých minulých vztazích vyjadřovali převážně negativně. Respondenti, kteří v současnosti vztah mají, se o minulých vztazích vyjadřovali o něco méně a o současném vztahu mluvili velice stručně, pouze zdůraznili, že jsou momentálně spokojeni, a že je jejich partner chápavý. Sociální fobie ovlivňovala partnerské vztahy převážně ve dvou formách jednání, které jsou uvedeny níže.

- 1) **Pasivita** – Respondenti jsou v navazování vztahů velice pasivní. Zpravidla si partnery nehledají sami, neoslovují. Většina vztahů pramenila z iniciativy druhé osoby, která byla často dlouhodobá, osoba musela být vytrvalá a trpělivá.
- 2) **Odtažitost a uzavřenost** – O vytrvalosti a trpělivosti můžeme hovořit i zde. U respondentů se objevovalo časté odstrkování druhé osoby, projevování nezájmu, i když zájem byl. Neschopnost se druhé osobě otevřít a navázat zpočátku alespoň mírně důvěrný vztah. První schůzky byly zejména obtížné, a to hlavně proto, že respondenti často tato pozvání odmítali. Mohlo se to tak druhé osobě jevit jako nezájem, přestože odmítali kvůli své sociální fobii. Zároveň se o

svém problému příliš nesvěřovali, povětšinou se o sociální fobii zmínili později ve vztahu (u dvou respondentů v současném vztahu), ostatní dva respondenti se o sociální fobii partnerovi zmínili pouze jednou u nejdelšího vztahu, v současnosti žádný vztah ale nemají.

Sociální fobie znemožňuje řádné navazování partnerských vztahů. Je patrné, že seznamování s ostatními lidmi dělá jedincům se sociální fobií značný problém, což následně ovlivňuje partnerské vztahy. Jedinci jsou v navazování převážně pasivní, odtažití a uzavření. Zmínka o problému sociální fobie na začátku vztahu je ze strachu, co si o nich budou partneři myslet, okamžitě zavrhnuta a partner tedy často nemá ani šanci pochopit jejich problémy a chování jedinců se sociální fobií se jim může jevit pouze jako nezájem.

Přátelské vztahy

Respondenti uváděli, že mají menší počet přátel, ale za to dobrých, chápavých nebo stejných jako jsou oni sami – tedy přátele, kteří také trpí sociální fobií. Občas s nimi vyrazí do společnosti, ale pouze do míst, kde se nenachází velké množství lidí. Místa, kde je možnost, že se jim přátelé nebudou moci věnovat, raději nenavštěvují. Zahrnout sem můžeme narozeninové oslavy nebo koupaliště ve větší skupině lidí.

Kladný vliv partnerských a přátelských vztahů

Respondenti, kteří mají v současnosti delší vztah nebo mají nějakého důvěrného přítele, uvádějí, že jim nedělá problém přenést se přes některé náročné a úzkostné situace a v jejich blízkosti tyto situace zvládnout. Jedná se převážně o takové situace jako je nakupování nebo veřejný projev, ale i o návštěvu restaurací, kina nebo divadla. Partner nebo přítel zde působí jako opora a díky tomu dokáží ustát silnou úzkost. V teoretické části jsem zmiňoval, že úzkost zažívají i lidé bez sociální fobie. Stejně tak i u nich je kladný vliv blízké osoby v úzkostné situaci znát, proto se domnívám, že i zde je nepřekvapivé, že tento jev působí kladně. Důvěru si nicméně jedinci se sociální fobií budují mnohonásobně déle, proto pravděpodobně není tento jev u jedinců se sociální fobií tak častý.

2.2.3.6 Dopady sociální fobie na každodenní záležitosti

O každodenních záležitostech se jedinci vyjadřovali převážně ve formách konkrétních obsahů strachu. Popíše je zde na základě jevů, které se u respondentů objevovaly v těchto oblastech. Každodenní záležitosti jsou pro ně povětšinou velice náročné a ač se tyto věci

zdají běžné pro jedince, kteří sociální fobií netrpí, ti kteří jí trpí zažívají v těchto situacích silnou úzkost.

- 1) Nakupování** – Zpravidla nikdy nechodí nakupovat do velkých obchodních center a pokud ano, je to pouze v přítomnosti blízké a velice důvěrné osoby (partner nebo důvěrný přítel). Povětšinou využívají internetových obchodů a donášek zboží, přičemž se úzkosti nezbaví ani tak, protože musí probíhat komunikace s dodavatelem. Nejhorší se to projevuje v případě nákupu oblečení, které musí také objednávat online, načež nastává problém s odhadem správné velikosti. Jít do obchodu a zkusit si oblečení považují za nemožné a nereálné. Nakupování označovali často výrazy *noční můra*, *naprostý teror*, *neuvěřitelné mučení a hrozné peklo*.
- 2) Telefonování** – Telefonování je pro ně neuvěřitelně náročná záležitost, a to i při telefonování s blízkou osobou. Úzkost je pak extrémně silná v případě telefonátu s cizí osobou. Zpravidla nikdy nezvedají neznámá čísla. Pokud se jedná o něco důležitého, musí na to být připraveni předem a připravit se na přijetí hovoru, jinak nedokáží do telefonu ani odpovědět. Je-li to možné, snaží se komunikovat přes sms zprávy nebo přes e-mail. Problémem zde zůstává, že pokud nezvedají cizí čísla, mohou tak někdy přicházet i o pracovní místa, která by jim vyhovovala jen proto, že neznají příchozí číslo. Pokud někam nutně zavolat musí, často se do toho odhodlávají několik hodin, někdy i dní. Shodně uvádí, že v případě, kdy se mají objednat například k lékaři, již od rána pociťují silnou úzkost z očekávané situace a zbytek dne se následně odhodlávají telefonát uskutečnit.
- 3) Návštěvy u lékaře** – Opět všichni shodně uváděli, že k lékaři se objednávají převážně před začátkem ordinace, protože se tam nachází nejméně lidí. Někdy i po konci ordinace, kdy se vymluví na smyšlené závažné důvody. Muži povětšinou lékaře ani nenavštíví. Ženy, jelikož musí docházet na gynekologické kontroly, se převážně převelice dlouho odhodlávají na tyto kontroly jít. Obě ženy uváděli, že si musí brát na celý den v práci dovolenou, protože je kontrola vyčerpá a zbytek dne se vypořádávají s úzkostnými myšlenkami.

- 4) **Návštěvy úřadů** – Úřady navštěvují jen v nejvyšší nutnosti. Opět se snaží vyhýbat nejlidnatějším hodinám. Veškeré záležitosti, které nemusí být nutně vyřízeny hned, odkládají na zcela nejdelší možnou dobu. Úzkost je zde silnější než při návštěvách lékaře, protože na úřadu je komunikace mnohem výraznější a nutnější než u lékaře. Úředníci často nejsou navíc vázáni, dle slov respondentů, mlčenlivostí jako je tomu u lékaře a obávají se, že je za zády později pomlouvají a na místě si o nich myslí převážně negativní věci.
- 5) **Využívání hromadných dopravních prostředků** – Shodně respondenti uvádějí, že se snaží hromadné dopravní prostředky nevyužívat, a to převážně v ranních hodinách, kdy je tam nejvíce lidí. Pokud přijede přeplněná tramvaj, vlak, či autobus, raději počkají na další a dorazí do cíle později. Pokud je to možné, jdou raději pěšky, i přesto, že je to někdy velká vzdálenost. Nemohou se mezi lidmi tlačit, cítí se v takové situaci malátní a je jim na omdlení. Připadá jim, že je všichni v hromadném dopravním prostředku pozorují. Zdůrazňují, že ač pro ně bylo získání řidičského průkazu, respektive projít si autoškolu, naprosto neuvěřitelně náročné, raději si tím prošli, než aby jezdili hromadným dopravním prostředkem s velkým množstvím lidí.

2.2.3.7 Způsoby řešení úzkostných situací

Během výzkumu se na základě podrobné analýzy a syntézy vydělily jevy, které souvisí s tím, jak jedinci řeší úzkostné situace. O některých jsem se již zmiňoval výše – izolace, rezignace a únik do nemoci. O dalších budu pojednávat až nyní.

- 1) **Izolace před úzkostnými situacemi** – Drží se spíše mimo dění. Neprojevují se, neupoutávají na sebe pozornost. Vyhýbají se kontaktu s vrstevníky ze strachu z nepřijetí, paradoxně je to také důvod, proč v kolektivu často přijímání nejsou. Raději tráví čas doma a sami. Společnosti se snaží vyhnout ze strachu, že budou hodnoceni nebo kritizováni, ponížení nebo zesměšnění.
- 2) **Rezignace na úzkostné situace** – Pokud se jedinec v úzkostné situaci již nachází, často ji vzdá nebo před ní uteče. Projevovalo se to nejmarkantněji na prospěchu ve škole, kdy byly respondenti raději negativně hodnoceni, než aby museli něco prezentovat před třídou. Nicméně i v dospělosti se to objevuje například při

nezvedání telefonů nebo odmítání dobrých zaměstnání, protože by na ně byly kladeny vyšší nároky.

- 3) **Alkohol jako prostředek pro snížení příznaků sociální fobie** – Ač jsem se během rozhovoru na alkohol ani jednou nezeptal, všichni respondenti o něm sami začali mluvit v souvislosti s některými situacemi. Podle všeho v situacích, ve kterých očekávali silnou úzkost, alkohol požili, přičemž se úzkost mírně snížila a byli schopni situaci zvládnout. Někteří o něm mluvili v souvislosti s pracovním pohovorem, někteří v souvislosti s maturitou a někteří v souvislosti s koncerty nebo restauracemi.
- 4) **Únik z reality** – Vyskytoval se zvýšený čas trávený u filmů, seriálů, počítačových her a knih. Celkově čas trávený na počítači byl poměrně zvýrazněn. Tento čas byl tráven i nad odbornou literaturou u učení, které také bývalo mnohem intenzivnější a časté, přičemž tomu školní prospěch ale neodpovídal.

5) **Únik do nemoci**

- a. **Záměrný** – záměrné předstírání nemoci nebo sebepoškozování za účelem vyhnutí se úzkostné situaci. Předstírání bolestí hlavy, břicha, strkání teploměru do horké vody, a tedy předstírání horečky a předstírání nevolnosti. Dále sebepoškozování za účelem získání vážného důvodu pro absenci v pracovním poměru.
- b. **Nezáměrný** – Nemoc se projevovala nezávisle na respondentech v důsledku úzkosti a stresu. Častější nemocnost, chřipky, angíny, průjmky, bolesti hlavy, břicha, nespavost.

2.2.3.8 **Informovanost o možnostech léčby**

Žádný z respondentů neprodělal léčbu sociální fobie až do konce. Dva respondenti terapeuta navštívili při diagnostice i po ní a byly jim nabídnuty léky. Jeden respondent léky přijmul, ale po nějaké době vysadil kvůli vedlejším účinkům, druhý je odmítl hned. Další dva respondenti navštívili odborníka pouze při diagnostice a následně už nikdy. Respondenti měli o léčbě sociální fobie překvapivě málo znalostí. Léky považovali za hlavní účinnou léčbu, zatímco kognitivně behaviorální terapie jim něco říkala, ale mysleli si, že by to nikdy nezvládli. Je tedy zřejmé, že měli nedostatek informací o možnostech léčby této poruchy.

2.2.4 SHRNU TÍ A DISKUZE

Výsledky ukazují, že je vznik sociální fobie ovlivněn minimálně rodinným prostředím, převážně rodičovskou výchovou. Jako základní působící styly se ukázaly autoritativní výchova a protektivní výchova, které obě působí na vznik sociální fobie, buď přehnanou strikci nebo přehnanou protekci. Oba tyto styly výchovy negativně ovlivňují sebehodnocení jedinců a jejich řádnou samostatnost, což má za následek rozvoj sociální fobie, případně její prohloubení. Neukázalo se, že by sociální fobie ovlivňovala rodinné vztahy, které byly většinou špatné již v počátcích sociální fobie. Minimální vliv fobie na vztahy se ukázal i ve studii, kterou vypracovali Aderka et. al. (2012). Je tedy pravděpodobné, že rodinné prostředí ovlivňuje sociální fobii a opačné působení je minimální.

Již zmiňovaný výzkum Aderky et. al. (2012), zároveň zjistil nejvyšší míru znevýhodnění v oblasti pracovního a školního prostředí a že častěji opouští školu. Což ukazují i výsledky výzkumu v této bakalářské práci. Výzkum Wittchena et. al. (2000) zjistil, že jedinci trpící sociální fobii mají v práci nižší produktivitu, častěji si vybírají dovolenou nebo nemocenskou a častěji střídají zaměstnání. Tyto výsledky jsou částečně shodné s výsledky mého šetření. Ukázalo se, že jedinci trpící sociální fobii využívají různých příležitostí, jak se zaměstnání vyhnout. Výběr zaměstnání se nicméně ukázal v mém výzkumu jako více ovlivněn než zaměstnání samotné. Jedinci vystřídali několik zaměstnání, než našli takové, ve kterém se cítí příjemně a mají svůj klid.

Respondenti měli nejvíce negativních zkušeností se sociální fobii ve školním prostředí. Prospěch měli horší i přesto, že jejich schopnosti odpovídaly školním požadavkům. Stejně tak někteří opustili školu z důvodu silné úzkosti. Někteří ale stále studují vysokou školu. Dá se tedy předpokládat, že vliv na školní prostředí je pouze částečný a záleží na stupni sociální fobie a schopnostech seberegulace jedinců, kteří touto poruchou trpí. Jako možný jev, který negativně působí na školní prostředí se ukázala šikana. V této oblasti by bylo potřeba dalšího výzkumu s větším počtem respondentů. Respondenti, kteří byli na základní nebo střední škole šikanováni, již nestudují a z vysoké školy buď odešli nebo na ni vůbec nešli. Ti, kteří šikanováni nebyli, ani se se šikanou nesečkali, momentálně studují vysokou školu nebo ji mají již dostudovanou. Nabízí se tedy otázka zda má šikana přímý vliv na budoucí studium. Je možné, že jedinci, kteří se s šikanou setkali, si prohloubili negativní vztah ke školnímu prostředí natolik, že další studium je pro ně již nepředstavitelné. Vztahy

s vrstevníky ve škole byly poměrně problematické, jejich navazování bylo obtížné, a to hlavně kvůli nálepkování ze strany vrstevníků a izolaci, o níž se většina respondentů ve třídě snažila.

Shodně se s výzkumem Wittchena et. al. (2000) a Aderky et. al. (2012) ukázalo, že jedinci trpící sociální fobií mají méně přátel, ale panují mezi nimi pevnější vztahy. V oblasti partnerských vztahů se ukázalo, že jedinci mají problém s jejich navazováním a v počátku vztahu s trávením času s partnerem. Kvůli sociální fobii s nimi nenavštěvují restaurace, kina, divadla atp. V pozdějších fázích vztahu tento problém není tak znatelný, jakmile je ve vztahu hluboká důvěra, jedinci uvádějí, že zvládají i těžké situace, jako je právě navštěvování restaurací. Je tedy zřejmé, že důvěrná druhá osoba zde působí kladně na překonávání silné úzkosti v některých sociálních situacích.

Oba výše zmiňované výzkumy také uvádějí, že fobičtí jedinci nadužívají alkohol, což se někdy může rozvinout do závislosti na alkoholu. V mém šetření se nic takového neprokázalo. Respondenti sice alkohol někdy využili jako prostředku pro snížení úzkosti v některých náročných situacích, nicméně toto užívání není časté. O nadužívání se zde hovořit tedy nedá.

Jedinci trpící sociální fobií hodnotí svou vlastní osobu spíše negativně, ojediněle se vyskytlo kladné hodnocení, které se týkalo spíše vlastních schopností. Někdy se u nich objevuje záměrné sebepoškozování pro účely vyhnutí se náročným úzkostným situacím. Někdy šlo o pouhé předstírání nemoci. Jedinci jsou častěji nemocní, mluvíme tedy o nezáměrném úniku do nemoci. Tento jev se objevoval hlavně ve školním prostředí, díky čemuž trpěla školní docházka a prospěch.

Některé základní každodenní činnosti, které jsou pro většinu lidí běžné, jako je telefonování, nakupování, návštěvy úřadů a u lékaře a využívání hromadných dopravních prostředků, vnímají jedinci se sociální fobií extrémně náročně. Povětšinou se těmito činnostem snaží vyhýbat, případně využívají jiných možností, které jim dnešní moderní internetová doba nabízí.

Věřím, že šetření bylo v oblasti výzkumných otázek úspěšné. Nicméně spatřuji některé nedostatky, které je možné napravit v budoucích výzkumech sociální fobie. Za největší nevýhodu tohoto výzkumu považuji nízký počet respondentů a pervazivní vliv

sociální fobie, což mělo za následek mimo jiné i nechuť hovořit o některých konkrétních oblastech, na které má sociální fobie dopad. Na jedné straně je kvalitativní výzkum podnětný v autentických a reálných výpovědích respondentů o dopadech, které na ně sociální fobie má ve všech oblastech. Na druhé straně by kvantitativní výzkum mohl přinést spoustu zajímavých dat, jako je právě vliv šikany na budoucí studium, střídání zaměstnání, opouštění školy a mnoho dalšího. Respondenti by v kvantitativním výzkumu mohli být také mnohem otevřenější a mnohem více ochotní zúčastnit se takového šetření, jelikož by šlo o kompletní anonymitu, což v kvalitativním výzkumu vedeném rozhovorem není možné.

Budoucí výzkumy k této poruše, a to hlavně v českém prostředí, jsou rozhodně na místě. V moderní době jde o poruchu značně stěžující spokojený život, přičemž většina lidí, a věřím, že i těch, kteří touto poruchou trpí, nemají dostatečné informace o se jedná a jak se dá tato porucha léčit. O tom vypovídá i fakt, že většina respondentů neměla dostatečné informace o kognitivně behaviorální terapii, která je v léčbě sociální fobie velice účinná. Je tedy nutné, aby o této poruše byla informována jak široká veřejnost, tak i odborná.

ZÁVĚR

Sociální fobie je velice častá a pervazivní porucha, která ovlivňuje život jedince v celém spektru různých sociálních situací. Současná společnost má o této problematice omezené informace a často toto onemocnění bagatelizuje a zaměňuje se stydlivostí nebo introverzí.

Věřím, že tato práce čtenářům dodá veškeré nutné poznatky pro pochopení podstaty této poruchy, jejích příčin vzniku a vlivu na jedince, kteří touto poruchou trpí. Informace, které zde uvádím by čtenáři měli nastínit možnosti léčby a průběh takové léčby. Zároveň čtenáře upozorňuje na důsledky sociální fobie, a to hlavně z hlediska dalších komorbidních poruch, které určitě problémy ještě prohlubují nebo vytváří nové.

Praktická část čtenáři přináší výsledky výpovědí jedinců trpících sociální fobií, konkrétně dopadů v určitých oblastech, jako jsou každodenní činnosti, partnerské a přátelské vztahy, rodinné vztahy, pracovní a školní prostředí. Věřím, že je práce vhodná i pro čtenáře z učitelského nebo rodičovského kruhu, a to převážně proto, že školní prostředí je pro jedince se sociální fobií jedním z nejtěžších období. Vzdělání dětí o této poruše, by mohlo dopomoci jedincům, kteří touto poruchou trpí vyhledat léčbu a zvládat situace ve školním prostředí.

RESUMÉ

Resumé v českém jazyce

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou sociální fobie a jejích dopadů na život jedince. Teoretická část se zabývá etiologií sociální fobie, některých důsledků, které sociální fobie má, příznaky sociální fobie a možnostmi léčby této poruchy. Informace jsou prezentovány systematicky a jedná se o nejdůležitější poznatky v oblasti sociální fobie, včetně některých výzkumů na toto téma v části přehledové studie. Praktická část se pak zabývá konkrétními dopady sociální fobie na život jedince. Výzkum byl veden kvalitativní metodou a rozhovorem, což umožnilo autentické výpovědi respondentů trpících touto poruchou. Zjištění v této práci zahrnují dopady v rodinném prostředí, které byly minimální nebo žádné. Ve školním prostředí, kde se sociální fobie projevuje jako nejvíce pervazivní. V pracovním prostředí, kde sociální fobie spíše ovlivňuje volbu povolání. V partnerských vztazích, kde sociální fobie ovlivňuje jejich navazování. Dále v přátelských vztazích, kde sociální fobie ovlivňuje množství přátel a kvalitu přátelství. A v každodenních záležitostech, které sociální fobie ovlivňuje ve většině základních oblastí negativně (telefonování, nakupování, cestování prostředky hromadné dopravy, návštěvy úřadů a lékařů). Dále výsledky ukazují na některé specificky jevy, které se u jedinců projevují ve způsobech řešení sociálních situací (izolace, rezignace, únik do nemoci, alkohol).

Resumé v anglickém jazyce

This thesis focuses on the issue of social phobia and its effects on the life of the individual. The theoretical part is centered around etiology of social phobia, consequences of social phobia, symptoms of social phobia and current possibilities in treatment of this disorder. The informations are presented systematically with the most important findings about social phobia including research on this subject in the review study section. The practical part focuses on effects that social phobia has on life of the individual in all parts of his life. The research was conducted using a qualitative method and interview, which made it possible to receive authentic testimonies of respondents suffering from this disorder. The findings that are presented in this thesis include impacts on the family environment, which were small or none. Impacts on the school environment appears to be the most severe, social phobia is the most pervasive in this environment. In work environment social phobia

seems to influence career choices. In affiliate relationships, social phobia seems to affect meeting new possible partners. In friendly relationships, social phobia influences the number of friends and the quality of friendship. In everyday events the social phobia affects the most basic areas negatively (telephoning, shopping, visits to doctors and offices). In addition, the results show some specific ways how people with social phobia deals with the social situations (isolation, resignation, sickness, alcohol).

SEZNAM LITERATURY

- ADAMS, G. Camelia, Lloyd BALBUENA, XiangFei MENG a Gordon J.G. ASMUNDSON, 2016. When social anxiety and depression go together: A population study of comorbidity and associated consequences. *Journal of Affective Disorders* [online]. **206**, 48-54 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/j.jad.2016.07.031. ISSN 01650327. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032716303020>
- ADERKA, Idan M., Stefan G. HOFMANN, Angela NICKERSON, Haggai HERMESH, Eva GILBOA-SCHECHTMAN a Sofi MAROM, 2012. Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* [online]. **26**(3), 393-400 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/j.janxdis.2012.01.003. ISSN 08876185. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618512000084>
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 5. vyd. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- BANDELOW, B., A. CHARIMO TORRENTE, D. WEDEKIND, A. BROOCKS, G. HAJAK a E. RUTHER, 2004. Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [online]. **254**(6), 397-405 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1007/s00406-004-0521-2. ISSN 0940-1334. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00406-004-0521-2>
- BEIDEL, Deborah C., Patricia A. RAO, Lindsay SCHARFSTEIN, Nina WONG a Candice A. ALFANO, 2010. Social skills and social phobia: An investigation of DSM-IV subtypes. *Behaviour Research and Therapy* [online]. **48**(10), 992-1001 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/j.brat.2010.06.005. ISSN 00057967. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796710001312>
- BURTON, Robert, 1883. *The Anatomy of Melancholy* [online]. London: Philadelphia, E. Claxton & company [cit. 2018-06-18]. Dostupné z: <https://archive.org/details/anatomyofmelanch00burt>
- COSTANZA, Robert, Brendan FISHER, Saleem ALI, et al., 2007. Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics* [online]. **61**(2-3), 267-276 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/j.ecolecon.2006.02.023. ISSN 09218009. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0921800906000966>
- DETWEILER, Michael F., Jonathan S. COMER, Kathleen I. CRUM a Anne Marie ALBANO, 2014. Social Anxiety in Children and Adolescents: Biological, Developmental, and Social Considerations. *Social Anxiety* [online]. Elsevier, 2014, s. 253-309 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/B978-0-12-394427-6.00010-8. ISBN 9780123944276. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123944276000108>
- DRAPELA, Victor J., 2011. *Přehled teorií osobnosti*. 6. vyd. Přeložil Karel BALCAR. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0040-6.

- ENG, Winnie, Meredith E. COLES, Richard G. HEIMBERG a Steven A. SAFREN, 2005. Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders* [online]. **19**(2), 143-156 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/j.janxdis.2004.01.007. ISSN 08876185. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S088761850400009X>
- FEHM, Lydia, Antoine PELISSOLO, Tomas FURMARK a Hans-Ulrich WITTCHEN, 2005. Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology* [online]. **15**(4), 453-462 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.002. ISSN 0924977X. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924977X05000659>
- GILBOA-SCHECHTMAN, Eva, Iris SHACHAR a Liat HELPMAN, 2014. Evolutionary Perspective on Social Anxiety. *Social Anxiety* [online]. Elsevier, 2014, s. 599-622 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/B978-0-12-394427-6.00021-2. ISBN 9780123944276. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123944276000212>
- GÜLTEKİN, B. K. a i. Ferhan DEREBOY, 2011. The Prevalence of Social Phobia, and its Impact on Quality of Life, Academic Achievement, and Identity Formation in University Students. *Turkish Journal of Psychiatry* [online]. **22**(3), 1-8 [cit. 2018-04-09]. ISSN 1300-2163. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e5h&AN=67277694&lang=cs&site=ehost-live>
- HAUSTGEN, T, 2004. À propos du centenaire de la psychasthénie (1903). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [online]. **162**(6), 427-440 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/j.amp.2003.09.012. ISSN 00034487. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448704000368>
- HEEREN, Alexandre, Payton J. JONES a Richard J. MCNALLY, 2018. Mapping network connectivity among symptoms of social anxiety and comorbid depression in people with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders* [online]. **228**, 75-82 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/j.jad.2017.12.003. ISSN 01650327. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032716318754>
- KAGAN, Jerome, 2014a. Temperamental Contributions to the Development of Psychological Profiles: I. Basic Issues. *Social Anxiety* [online]. Elsevier, 2014, s. 377-418 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/B978-0-12-394427-6.00013-3. ISBN 9780123944276. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123944276000133>
- KAGAN, Jerome, 2014b. Temperamental Contributions to the Development of Psychological Profiles: II. Two Candidates. *Social Anxiety* [online]. Elsevier, 2014, s. 419-450 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/B978-0-12-394427-6.00014-5. ISBN 9780123944276. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123944276000145>
- KAMARÁDOVÁ, Dana, Ján PRAŠKO a Klára LÁTALOVÁ, 2015. Sebevražednost a úzkostné poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, **111**(3), 155-160. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=108567831&lang=cs&site=ehost-live>

- KATZELNICK, David J., Kenneth A. KOBAK, Thomas DELEIRE, et al., 2001. Impact of Generalized Social Anxiety Disorder in Managed Care. *American Journal of Psychiatry* [online]. **158**(12), 1999-2007 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.12.1999. ISSN 0002-953X. Dostupné z: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.158.12.1999>
- KESSLER, Ronald C., Patricia BERGLUND, Olga DEMLER, Robert JIN, Kathleen R. MERIKANGAS a Ellen E. WALTERS, 2005. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* [online]. **62**(6), 593- [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593. ISSN 0003-990X. Dostupné z: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.62.6.593>
- KESSLER, Ronald C., Murray B. STEIN a Patricia BERGLUND, 1998. Social Phobia Subtypes in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* [online]. **155**(5), 613-619 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1176/ajp.155.5.613. ISSN 0002-953X. Dostupné z: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.155.5.613>
- MARKS, I. M. a M. G. GELDER, 1966. Different Ages of Onset in Varieties of Phobia. *American Journal of Psychiatry* [online]. **123**(2), 218-221 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1176/ajp.123.2.218. ISSN 0002-953X. Dostupné z: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.123.2.218>
- MIŇHOVÁ, Jana, 2006. *Psychopatologie pro právníky*. 3., rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. Právnícké učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 80-86898-70-9.
- PLHÁKOVÁ, Alena, 2003. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1499-3.
- PRAŠKO, Ján, 2012. *Sociální fobie: jak překonat nadměrný stud*. 2. vyd. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0204-2.
- PRAŠKO, Ján a Michaela HOLUBOVÁ, 2017. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5841-1.
- PRAŠKO, Ján a Jaroslava LAŇKOVÁ, 2006. *Úzkostné poruchy: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře : 2006*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 80-86998-05-3.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2013. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
- RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ, c2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 8072621408.
- RACHMAN, S., 1998. Obituary: Joseph Wolpe. *Behaviour Research and Therapy* [online]. **36**(3), 255-256 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/S0005-7967(98)80001-6. ISSN 00057967. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796798800016>
- SCHNEIER, Franklin R., Lynn Y. MARTIN, Michael R. LIEBOWITZ, Jack M. GORMAN a Abby J. FYER, 1989. Alcohol abuse in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* [online]. **3**(1), 15-23 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/0887-6185(89)90025-X. ISSN 08876185. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/088761858990025X>

- ŠMAHAJ, Jan a Roman PROCHÁZKA, 2014. Virtuální realita jako možnost léčby úzkostných poruch. *Československá Psychologie* [online]. **58**(6), 571-579 [cit. 2018-04-09]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/270507452>
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.
- VYMĚTAL, Jan, 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 9788024726670.
- VYMĚTAL, Jan, 2007. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.
- WITTCHEN, H.U, M FUETSCH, H SONNTAG, N MÜLLER a M LIEBOWITZ, 2000. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry* [online]. **15**(1), 46-58 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/S0924-9338(00)00211-X. ISSN 09249338. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S092493380000211X>
- WITTCHEN, H.U., F. JACOBI, J. REHM, et al., 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* [online]. **21**(9), 655-679 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018. ISSN 0924977X. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924977X11001726>
- WONG, Nina, Dustin E. SARVER a Deborah C. BEIDEL, 2012. Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of Anxiety Disorders* [online]. **26**(1), 50-57 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1016/j.janxdis.2011.08.012. ISSN 08876185. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618511001472>
- World Health Organization, 1992. *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních poruch*. 10. revize. Aktualizované vydání k 1.1.2018. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- YOSHIMI, Nicoli Tamie, Luana Moraes CAMPOS, Maria Odete SIMÃO, Ricardo Cezar TORRESAN a Albina Rodrigues TORRES, 2016. Social anxiety symptoms in alcohol-dependent outpatients: prevalence, severity and predictors. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [online]. **65**(2), 117-126 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.1590/0047-2085000000112. ISSN 0047-2085. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000200117&lng=en&tlng=en