

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií



Bakalářská práce

Kvalita partnerských vztahů osob trpících sociální fobií

Barbora Novotná

Vedoucí práce: Mgr. Eva Richterová

PRAHA 2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literaturu jsem řádně citovala a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 5. května 2017

.....

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce, Mgr. Evě Richterové, která mi poradila s výběrem tématu, se správným nasměrováním práce, a za její rady a připomínky. Také bych ráda poděkovala všem lidem trpícím sociální fobií, kteří se podíleli na mém výzkumu, věnovali mi svůj čas a svěřili se mi se svými zkušenostmi a pocity.

Obsah:

1	Teoretická část	1
1.1	Úvod.....	1
1.2	Fobie a sociální fobie	2
1.2.1	Diagnostika sociální fobie.....	4
1.2.2	Sociální úzkost	6
1.2.3	Diferenciální diagnóza	7
1.2.4	Incidence a prevalence.....	7
1.2.5	Etiopatogeneze.....	8
1.2.5.1	Biologické faktory a predispozice	8
1.2.5.2	Dětství a výchova	9
1.2.5.3	Traumatické události	9
1.2.6	Příznaky sociální fobie	10
1.2.7	Udržovací faktory posilující sociální fobii	11
1.2.7.1	Vyhýbavé chování.....	11
1.2.7.2	Zabezpečovací chování	11
1.2.7.3	Přecitlivělost	11
1.2.7.4	Úzkostné myšlenky a anticipační úzkost	12
1.2.7.5	Chování okolí a závislost na druhých.....	12
1.2.8	Léčba.....	12
1.2.8.1	Farmakoterapie	13
1.2.8.2	Psychoterapie	14
1.2.9	Vliv sociální fobie na kvalitu života.....	17
1.2.9.1	Rodina	17
1.2.9.2	Přátelé.....	18
1.2.9.3	Studium a vzdělávání	18
1.2.9.4	Pracovní život.....	19
1.2.9.5	Zdravotní problémy	19
1.2.10	Vliv sociální fobie na kvalitu partnerského života.....	20
1.2.10.1	Navazování partnerských vztahů	21
1.2.10.2	Partnerský vztah z pohledu nemocného	21

1.2.10.3	Partnerský vztah z pohledu partnera.....	23
1.3	Závěr	24
2	Praktická část	25
2.1	Úvod.....	25
2.2	Výzkumné otázky.....	26
2.3	Výzkumná strategie a techniky sběru dat	26
2.4	Způsob výběru a popis vzorku	27
2.5	Etika výzkumu a vedení rozhovorů.....	28
2.6	Analýza a interpretace získaných dat	29
2.6.1	Diagnóza a pocity převládající s jejím zjištěním	29
2.6.2	Vliv sociální fobie na dané oblasti života	31
2.6.3	Vliv sociální fobie na navazování partnerských vztahů.....	34
2.6.3.1	Navazování partnerských vztahů z pohledu žen	34
2.6.3.2	Navazování partnerských vztahů z pohledu mužů	35
2.6.4	Vliv sociální fobie na partnerství	36
2.6.5	Pohled partnera a jeho případná participace na léčbě.....	39
2.6.6	Diskuze	42
2.6.7	Závěr.....	45
2.7	Seznam použité literatury.....	46
2.7.1	Literatura	46
2.7.2	Články	48

1 Teoretická část

1.1 Úvod

Je naprosto normální, když je člověk v některých situacích nervózní a cítí se nepříjemně. Takovou situaci zažije za život úplně každý člověk bez výjimky. Avšak úzkostná porucha zvaná sociální fobie nebo sociálně-úzkostná porucha, způsobuje lidem, kteří jí trpí, problémy v každodenních sociálních interakcích. Ve společenských situacích pociťují nesmírnou úzkost, strach, jsou nesmělí a rozpačití, protože se neustále obávají, že je budou ostatní pozorovat, soudit a kritizovat. Vyhýbání se takovým situacím vede ke snížení úzkosti a dočasné úlevě. Nicméně z dlouhodobého hlediska dochází ke snížení kvality života a jeho ochuzení.

Na to, jak je tato úzkostná porucha rozšířená a častá, o ní ví opravdu málo lidí. Vinu na tom mají nemocní i lékaři. Je velice běžné, že se nemocní lidé vyhledání odborné pomoci vyhýbají a snaží se poradit si s nemocí sami. Někteří si myslí, že o žádnou nemoc nejde, ale jde pouze o jejich přirozené chování, za nímž stojí jejich introvertní povaha. U lékařů se může stát, že podcení příznaky a sociální fobii neidentifikují. Když ale dojde na diagnostiku sociální fobie, je nutné přejít k léčbě. V léčbě sociální fobie se volí farmakologická léčba ve spojení s psychoterapií.

Sociálně-úzkostní lidé se jeví jako stydliví, tišší, nepřátelští, nervózní, rozpačití a bez zájmu. Paradoxně jsou to však lidé, kteří chtějí navazovat nová přátelství, poznávat nové lidi a chtějí se zapojovat v sociálních interakcích. Sociální fobie jim ale stojí v cestě. Ovlivňuje jim celý život od školy po práci, od rodiny, přes přátele až k partnerským vztahům.

Svou práci jsem zaměřila na partnerské vztahy, protože si myslím, že se této oblasti života sociálních fobiků zabývá jen málo autorů, a když tak převážně zahraničních. Zároveň na toto téma bylo provedeno menší množství výzkumů, ikdyž by si zasloužilo se jím více vědecky zabývat. Přínos by mohl stát nejen ve zlepšení kvality vztahů, ale i v léčebných postupech se zapojením partnera.

Téma bakalářské práce Kvalita partnerských vztahů osob trpících sociální fobií jsem si vybrala, protože se v dnešní době rozrůstá počet lidí, kteří trpí úzkostnými poruchami,

konkrétně sociální fobií. Rozhodla jsem se téma práce využít z pohledu nemocného partnera. Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak se nemocní ve vztahu cítí, chci znát jejich zkušenosti, prožitky a pocity.

1.2 Fobie a sociální fobie

Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a sdružených zdravotních problémů 10. revize (dále MKN-10) se sociální fobie řadí k Neurotickým poruchám, poruchám, které jsou vyvolány stresem, a somatoformním poruchám (F40-F49). Ještě konkrétněji se řadí mezi Fobické úzkostné poruchy. Mezi které patří kromě sociální fobie i agorafobie a specifické (izolované) fobie.

Fobii můžeme definovat jako specifickou formu strachu, který svou mírou neodpovídá dané situaci, nelze ho vysvětlit, zdůvodnit ani ovládat, a který vede k vyhýbání se daným obávaným situacím. (Marks, 1987) Lidé trpící fobií pociťují nesmyslný a bezdůvodný strach z určitého objektu či situace. Uvědomují si, že jsou jejich obavy přehnané, ale nenacházejí schopnost, jak se těchto strachů a vyvolané úzkosti zbavit. Začnou se tedy těmito situacím vyhýbat, což strach v důsledku ještě posílí. (Praško, Prašková, 2008) Takové vyhýbání vede ke snížení kvality prožívaného života, kdy nemocní nemohou dělat to, co by si přáli a fobie tak začne kontrolovat a ovládat jejich životy. V extrémním případě se nemocní začnou izolovat v bezpečném prostředí, tedy nejčastěji doma, kde se fobiím nemusejí vystavovat. Tato kompletní izolace poté vede k neschopnosti vykonat jakoukoliv činnost, samotě a v nejhorších případech vede k sebevražednému chování.

Pojem sociální fobie se objevil až na začátku 20. století, protože v této době se neurózami zabývala Freudovská psychoanalýza. Pro pojmenování velmi stydlivých pacientů sloužil od roku 1930 pojem „sociální neuróza“. Sociální fobie se tedy vnesla, alespoň trochu do širšího povědomí, až ve 20. století, ikdyž byla pravděpodobně zpozorována již dříve ve formě extrémní plachosti a stydlivosti. (Praško, Holubová, 2017)

Marks a Gelder definovali roku 1966 sociální fobii jako „*přehnaný strach z kontroly nebo hodnocení vlastní osoby jinými lidmi, který vede k nepříjemným pocitům, utrpení nebo vyhýbání se sociálním interakcím*“ a tuto definici přijala i Americká Psychiatrická Asociace a

pod názvem *social phobia* ji zařadila do třetí edice Diagnostického statistického manuálu duševních nemocí DSM-III. Roku 1992 byla tato porucha zařazena do MKN-10. (Praško, Holubová, 2017)

Později, když se zjistilo, že název *social phobia* vede k dojmu, že tato porucha není tak častá a nenese žádné zhoršování, došlo v páté edici DSM-5 ke změně původního názvu *social phobia* na *social-anxiety disorders (SAD)*, tedy sociálně-úzkostné poruchy. (Praško, Holubová, 2017)

Sociální fobie je mnohem složitější než jednoduché fobie. Sociální fobici mají strach z negativních dopadů, které mohou vzniknout při sociální interakci, týká se to například kritiky, posměchu či negativního hodnocení. Avšak strach se týká i zkoumavých pohledů druhých, kdy jsou fobici přesvědčeni, že veškerá pozornost je směřována na ně samotné. V sociální fobii se strach může soustředit jen na určité aspekty sociální interakce (např. oslovení neznámé osoby či veřejný projev), na specifické situace (např. psaní či telefonování) nebo na určité lidi (např. lidé opačného pohlaví či autorita). (Praško, Holubová, 2017) Nemocní se už předem obávají dané úzkostné situace, bojí se ponížení, kritiky anebo toho, co si o nich ostatní pomyslí či řeknou. Strach se týká i tělesných symptomů, kdy se nemocí obávají, že nebudou schopni zakrýt projevy své úzkosti, mezi které patří například třes rukou nebo červenání, což jen vede ke zvýšení napětí. (Bouček, 2006)

Každý člověk trpící sociální fobií se obává něčeho jiného, jiného druhu odmítnutí. Někdo má obavu, že se nechová normálně, nebo se bude chovat nudně či nápadně. Jiný má strach, že si o něm budou ostatní myslet, že je hloupý. Někdo se může bát své vlastní reakce na situaci, třeba, že najednou nebudou vědět, co říct, začnou se třást anebo červenat. Obavu mají i z dopadů, které jejich chování přinese, jako např. pomluvy druhých lidí či posměšky. (Praško, Prašková, 1999)

Sociální fobii můžeme rozdělit na specifickou (člověk má strach z určitých sociálních situací) a generalizovanou (člověk se obává mnoha situací). (Morschitzky, Sator, 2014)

Typické situace, kterých se lidé trpící sociální fobií obávají:

- projev na veřejnosti, veřejné vystupování
- jíst či pít v přítomnosti jiných lidí
- telefonování

- být středem pozornosti
- účastnit se společenských aktivit (oslavy, večírky, ples)
- oslovit neznámého člověka
- oslovit osobu opačného pohlaví
- konfrontace s autoritativní osobou
- být pozorován při psaní, či celkově při práci či nějakém výkonu
- cestovat hromadnou dopravou

Od úzkosti ve zmíněných a dalších sociálních situacích, nedokáže zcela pomoci ani přítomnost blízkých osob. Jejich přítomnost může pouze zmírnit úzkost, avšak zcela nevymizí. Ve většině případů vede k vyhýbavému chování, které pacientovi omezí kontakt s ostatními lidmi a v nejhorších případech vede k úplné izolaci od okolního světa. (Vymětal, 2007)

1.2.1 Diagnostika sociální fobie

Sociální fobie je poměrně málo diagnostikovaná porucha. Lidé se sociální fobií se návštěvě odborníka velice často vyhýbají. Jedním z důvodů je stud. Domnívají se, že jejich problémům psycholog či psychiatr neporozumí a vysměje se jim. Popřípadě je okolí odsoudí za blázna trpícího psychickou poruchou.

Bývá běžné, že lidé úzkostné poruchy nechápou a člověka, který jimi trpí, odsoudí, že je jen líný jít do společnosti či na nějakou schůzku. Bývají nazýváni i lháři, protože přece vypadají zdravě, tudíž žádnou poruchou netrpí. (Janíček, 2008)

Dalším důvodem, proč nenavštíví odborníka, je jejich přesvědčení, že za jejich chování stojí jejich povaha. To, že jsou stydliví, mají nízké sebevědomí a v mnoha sociálních situacích jsou velmi nervózní, vnímají jako své povahové rysy, které nemohou změnit. Mnohdy se tedy také stává, že tito lidé ani nevědí, že sociální fobii mají, a vše přičítají introverzi.

Může, ale dojít k tomu, že se lidé svou úzkostí začnou zabývat a s pomocí internetu či v odborných knihách a příručkách zjistí, že by za jejich strachem v různých sociálních situacích mohla stát sociální fobie. Po tomto zjištění bývá velice časté, že se pokoušejí nemoc

překonat sami s tím, že jejich příznaky nejsou tak závažné. Opět se úzkostným situacím vyhýbají a není tedy možnost k tomu, aby došlo k trvalému zlepšení či vyléčení.

Avšak hlavním důvodem k nevyhledání odborné pomoci je právě úzkost z celé této situace, a to právě komunikace s neznámým člověkem, v tomto případě autoritou odborného lékaře. Pro sociálního fobika vyvolává návštěva odborníka takovou úzkost, že se k tomu nakonec nikdy neodhodlá.

Přibližně pouze polovina lidí trpící sociální fobií vyhledá pomoc odborníka a to mnohdy až po několikaletém sužování touto poruchou. (Stein, Stein, 2008)

Když se však k návštěvě odborníka odhodlají, je na lékaři, aby určil diagnózu. Diagnóza sociální fobie se stanovuje dle Mezinárodní klasifikace nemocí. Ta požaduje pro stanovení diagnózy, aby měl pacient strach a úzkost ze sociálních situací, aby spolu s tím bylo přítomno vyhýbavé chování, a aby u něj byly přítomny alespoň dva příznaky úzkosti v obávané situaci.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro sociální fobii (citováno dle Praško, Holubová, 2017)

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) nápadně se 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 např. jídlo nebo mluvení na veřejnosti, potkávání známých jedinců na veřejnosti nebo účast v malých skupinách (např. večírky, schůze, třída).
B.	Od začátku poruchy se musí někdy projevit alespoň dva příznaky úzkosti v obávané situaci, jak jsou definovány pod F 40.0, kritérium B, a to společně s alespoň jedním z následujících příznaků: 1) červenání se nebo třes, 2) strach ze zvracení, 3) potřeba nebo strach z močení nebo defekace.
C.	Závažná emoční úzkost je vyvolána příznaky nebo vyhýbáním se těmito 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 např. organické duševní poruchy, schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo

obsedantně kompulzivní porucha, a nejsou sekundárním projevem kulturních pověr.

1.2.2 Sociální úzkost

Při diagnóze je nutné dávat pozor, aby nedošlo k záměně sociální fobie, za sociální úzkost. Úzkost se od fobie, liší tím, že její příčina nemá konkrétní podobu. S úzkostí se každý z nás potýká každý den. Ovlivňují ji genetické, psychogenní a sociogenní faktory. Až když je intenzita úzkosti mnohem výraznější, objevuje se čím dál častěji a člověk ji špatně snáší, můžeme mluvit o patologické úzkosti. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010)

Strach v sociální situaci nemusí vždy znamenat, že člověk trpí sociální fobií. Pokud tento strach nevede k vyhýbavému chování, jedná se o sociální úzkost. Sociální úzkost netrvá dlouhou dobu a za život ji alespoň jednou zažije každý z nás (například strach ze zkoušky či z pracovního pohovoru). (Praško, Prašková, 1999) Nemocí se úzkost stává, až když člověka omezí natolik, že už nemůže vykonávat běžné činnosti anebo ho omezuje v jejich realizaci. (Janíček, 2008)

Rozlišení sociální fobie od sociální úzkosti (citováno dle Praško, Prašková, 1999)

- úzkost je intenzivnější, objevuje se častěji
- zahrnuje často i situace, kterých se běžně lidé nebojí (např. jíst, pít nebo psát před lidmi)
- je doprovázena výraznými tělesnými příznaky
- objevují se intenzivní katastrofické myšlenky a představy (totálně se znemožním)
- vede k systematickému vyhýbání se sociálním situacím
- při náhodném vystavení obávané situaci se snaží postižený uniknout
- představa o vlastním výkonu po proběhlé situaci je výrazně zkreslena k horšímu

Jednoznačně můžeme říci, že pokud někdo „...může dělat bez úzkosti to, co by mu v přítomnosti druhých způsobovalo velkou úzkost, potvrzuje tím jednoznačně diagnózu sociální fobie.“ (Morschitzky, Sator, 2014)

1.2.3 Diferenciální diagnóza

Sociální fobie je velmi často spojována se stydlivostí. Avšak stydlivost je naprosto běžný povahový rys. Jakmile se ale spojí stydlivost s obavou, co na to řeknou jiní lidé, je pravděpodobné, že se jedná o počátek sociální fobie. Stejně tak i deprese může vést k vyhýbání se společenským událostem, ale to neznamená, že trpí zároveň i sociální fobií. Nepohodlí a určitou sociální úzkost mohou pociťovat i pacienti trpící schizofrenií a jinými psychickými poruchami. (Stein, Stein, 2008)

Sociální úzkost se může vztahovat i k jiným problémům. Například osoby trpící anorexií či bulimií se obávají, že si ostatní všimnou jejich špatného stravování, stejně tak člověk s obsedantně-kompulzivní poruchou, který si pořád umývá ruce, se obává kritiky a soudu druhých. V těchto příkladech je sociální úzkost až druhotným problémem. Aby bylo možno diagnostikovat sociální fobii, jako ten hlavní problém, je nutné ho oddělit od jiných problémů. Tedy daná osoba se musí více obávat společenských situací a styku s jinými lidmi více než toho, že si ostatní všimnou, jak často si myje ruce. (Antony, Swinson, 2008)

Je velice časté, že se u pacientů se sociální fobií vyvine závislost na alkoholu či drogová závislost. Po užití těchto návykových látek dochází v převážně většině ke zmírnění úzkosti, které osoba pociťuje v sociálních situacích a pro tuto osobu je poté mnohem snadnější se této úzkosti vystavit.

1.2.4 Incidence a prevalence

Sociální fobie je velice rozšířená úzkostná porucha. Po specifických fobických poruchách je to druhá nejčastější fobie. „*Celoživotní prevalence se udává v rozmezí 5-16 % osob. Výskyt je přibližně stejný u mužů i žen. Porucha začíná v dětství (kolem 12. roku), u 95 % případů je to do 20. roku života.*“ (Vymětal, 2007) Praško uvádí, že tato porucha se o něco málo častěji vyskytuje u žen, což může být zdůvodněno hlavně tím, že ženy vyhledávají pomoc odborníka více než muži, kteří léčbu odkládají. (Praško, Prašková, 1999)

Sociální fobií mohou tedy trpět i děti. U nich se nejvíce projevuje ve škole. Mají obavu z ústního zkoušení, kdy jsou vystaveni pohledům celé třídy. Obávají se, že se jim spolužáci vysmějí a nepřijmou je mezi sebe. Častěji proto ve škole chybí a i přesto, že mohou být velice

inteligentní, mají horší prospěch než jejich vrstevníci. (Morschitzky, Sator, 2014) Právě v pubertě se sociální fobie vyvíjí nejčastěji. (Praško, Prašková, 1999) I přesto, že tato porucha vzniká v mladém věku, je běžné, že přetrvává i v dospělosti a ve stáří. (Stein, Stein, 2008)

Přibližně 60% pacientů trpících sociální fobií má mezi příznaky odpovídající kritéria, která značí ještě přinejmenším jednu úzkostnou poruchu. Mezi tři nejčastější patří specifická fobie, agorafobie a generalizovaná úzkostná porucha. Sociální fobie bývá také často spojována s některou z poruch osobnosti, a to hlavně s vyhýbavou poruchou osobnosti. (Praško, Holubová, 2017) Ta je diagnostikována u 50-90% osob. (Stein, Stein, 2008)

Komorbidní je i s bipolární poruchou, depresí, obsedantně-kompulzivní poruchou a může ji mít i osoba trpící poruchou příjmu potravy. (Stein, Stein, 2008)

1.2.5 Etiopatogeneze

Sociální fobie nemá jednu jedinou příčinu. *„Na vzniku, rozvoji a udržování sociální fobie se může podílet řada různých příčin a je těžké říci, která z nich je více a která méně důležitá.“* (Praško, Prašková, 1999) Nejčastější příčiny souvisí s biologickými faktory a predispozicemi, dětstvím a výchovou, traumatickými událostmi a zásadními změnami v životě člověka.

1.2.5.1 Biologické faktory a predispozice

Na vzniku sociální fobie se mohou podílet už od narození biologické faktory. *„Dispozice k celkově zvýšenému napětí může být vrozená. U jedinců se sociální fobií dochází v některých oblastech mozku k úbytku hladiny neurotransmiterů (chemických látek, které přenášejí nervový signál mezi jednotlivými buňkami) a následně k omezenému převodu informací. Tyto změny pak mohou působit jako setrvačnická úzkost.“* (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008)

V sociální fobii se klade důraz na tři neurotransmitery, a to je serotonin, noradrenalin a serotonin, přičemž u této poruchy dochází k nadbytku noradrenalinu a nedostatku serotoninu a dopaminu. (Praško, 2005)

Predisponujícími faktory jsou například rysy osobnosti. Nedostatek asertivity, závislost na názorech a hodnocení druhými, neschopnost snášet kritiku a příliš vysoké nároky na vše, co člověk dělá, ho predisponují k vývoji sociální fobie. (Praško, Prašková, 1999) Svou roli v získání této poruchy má i dědičnost, kdy se sociální fobie častěji objevuje u příbuzných prvního stupně než v ostatní populaci. (Vymětal, 2007)

1.2.5.2 Dětství a výchova

Prostředí a chování lidí, ve kterém je dítě vychovááno, má na rozvoj úzkostných poruch velký vliv. Dítě se učí nápodobou rodičů a jeho chování je usměřováno určitým způsobem výchovy. Přespříliš úzkostní, kritičtí či rozmazlující rodiče mohou svou výchovou jen přispět ke vzniku sociální úzkosti.

Stejně tak působí i nedostatek sociálních dovedností, které člověk získává v prostředí, kde vyrůstá. To mohlo být způsobena dlouhodobou nemocí či izolací.

Výzkum, který provedli Ollendick a Hirschfeld-Becker přinesl výsledek, že strach z negativního hodnocení plyne z výchovy, ve které děti zažívají od rodičů kritiku, odmítnutí či shazování a zostuzování. V dospělém věku se člověk kvůli této výchově potýká s veřejnou neschopností a vyhýbá se dohledu a pohledům společnosti. (Ollendick, Hirschfeld-Becker, 2002)

1.2.5.3 Traumatické události

Úplně nejčastěji vzniká sociální fobie po drobnějších traumatických zážitcích a sociálních neúspěších. Špatné zkušenosti a zážitky z minulosti mohou zvýšit míru stydlivosti, sociální úzkosti a následně vést ke vzniku sociální fobie. (Antony, Swinson, 2008) Mezi takové události patří výsměchy vrstevníků už ve školce, posměchy a šikana ve škole, neúspěchy ve studiu, u opačného pohlaví či při pohovorech a v práci. Tyto události vedou následně k tomu, že se takovým situacím snaží člověk vyhnout.

1.2.6 Příznaky sociální fobie

Strach i úzkost zasahují celý organismus. Úzkost se projevuje na třech základních úrovních – na tělesné úrovni, subjektivní úrovni (myšlenky a pocity) a v chování. Tyto tři úrovně hrají velkou roli, co se týče vzniku a udržování úzkostných poruch. U každého člověka, který trpí úzkostnou poruchou, se projevují jinak. U někoho mohou v úzkostné situaci převládat tělesné symptomy a u jiného myšlenky. (Morschitzky, Sator, 2014)

Mezi běžné tělesné symptomy, které jsou přítomny při úzkosti, patří bušení srdce, nával potu, mravenčení, závratě, třes, nevolnost či dýchací potíže. Těchto symptomů se obvykle sociální fobici obávají nejvíce, a to z toho důvodu, že lidé poznají, že s nimi není něco v pořádku. Sociální situace by pro ně byly mnohem jednodušší a méně úzkostné, kdyby si nevšímalí svých symptomů a nezajímali se, zda si toho všimnou lidé kolem nich. Navíc by se i některých z těchto symptomů zbavili. (Antony, Swinson, 2008)

Projev sociální fobie je i v chování. Mezi běžné behaviorální příznaky se řadí mlčení, mluvení tichým hlasem, zadržávání a koktání, rychlá řeč, uhýbání pohledem či absence očního kontaktu. Tím převládající vzorem chování je vyhýbání se obávaným situacím anebo rychlé unikání z dané situace či místa. (Praško, 1998)

Do subjektivní úrovně řadíme jedincovo myšlenky, emoce a vnitřní přesvědčení. Hlavně myšlenky mají tu největší roli ve vzniku a udržování sociální fobie. Mnohdy stačí pacientům pouze pomyslet na úzkostnou situaci a dojde k vyvolání stejných příznaků, jakoby v dané situaci právě byli. Pro tuto poruchu jsou charakteristické úzkostné automatické negativní myšlenky, což jsou myšlenky, které se nesnažím vyvolat, ale přicházejí podvědomě, automaticky, např. „Nepovede se mi to!“ „Budu vypadat trapně!“ „Všichni vidí, že se červenám!“ (Praško, 2005)

K úzkostným myšlenkám se připojují emoce. Pacienti cítí v úzkostných situacích kromě těch hlavních pocitů, úzkosti a strachu, také stud, smutek, hněv, vztek či bezmocnost a slabost.

Pacient je nakonec sám přesvědčený o své zranitelnosti v daných sociálních situacích. Je přesvědčen, že pokud se situace, ve které je zranitelný bude opakovat, bude opět cítit úzkost a strach, ale ještě více. Dojde tedy ke stupňování úzkosti, které vyvrcholí ve ztrátě kontroly, kde převládají myšlenky, že člověk danou situaci nebude moci vydržet, omdlí nebo se s ním něco stane. (Praško, 1998)

1.2.7 Udržovací faktory posilující sociální fobii

Pro osoby trpící sociální fobií je typické chování, které poruchu udržuje a posiluje. Řadíme sem vyhýbavé chování, zabezpečovací chování, přecitlivělost, úzkostné myšlenky a anticipační úzkost, a chování okolí a závislost na druhých.

1.2.7.1 Vyhýbavé chování

Nejčastějším udržovacím faktorem sociální fobie je vyhýbavé chování. Pacienti trpící nějakou fobií, se snaží vyhýbat objektům, místům a situacím, které fobii podněcují a to snižuje jejich úzkost. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010) Když se však něčemu začneme vyhýbat, roste v nás přesvědčení, že daná věc či situace je pro nás hrozbou, je riziková a může se stát znovu. Tudíž nezbyvá nic jiného než se jí opět vyhnout. Následkem vyhýbavého chování daná úzkost roste, a co je nejhorší, začne se šířit. Pokud měla osoba strach pouze z jedné sociální situace, může se k ní přidat další. (Middleton, 2014)

1.2.7.2 Zabezpečovací chování

Zabezpečovací chování je takzvané obranné chování pro zmírnění úzkosti, kterou nemocný člověk cítí v konkrétní úzkostné situaci. Dané situaci se nevyhýbá, ale snaží se zmírnit svou úzkost. Nejčastějším zabezpečovacím chováním je doprovod druhé osoby, nenápadné oblékání či požití alkoholu nebo drog.

1.2.7.3 Přecitlivělost

U sociálních fobiků je obvyklá přecitlivělost ke strachu a úzkosti. Jejich tělesná reakce na podnět, jehož se obávají je výrazně vyšší než u někoho, kdo se tohoto podnětu nebojí. (Praško, Prašková, Prašková, 2008) Zároveň vědí, že jejich strach je přehnaný a obávají se, co si o nich pomyslí druzí. Sledují jejich sebemenší reakce a často si i to nejmenší gesto

interpretují negativně. Pouhý úsměv si místo projevu náklonnosti, vyloží jako výsměch a odmítnutí. Postupně si i sami sebe interpretují negativně. Jeden neúspěch je může uvést do deprese, i kdyby měli deset úspěchů.

1.2.7.4 Úzkostné myšlenky a anticipační úzkost

Mezi udržovací faktory patří i úzkostné myšlenky. Ty se, jak již bylo zmíněno, objevují v každé úzkostné situaci. Sociální fobik si svou obávanou situaci představuje a vytváří si předpovědi a domněnky o tom, co všechno by se mohlo v obávané situaci stát. Tyto domněnky jsou zkreslené a přehnané, hnané až do katastrofických scénářů. Na rozdíl od anticipační úzkosti jsou úzkostné myšlenky stále přítomny. Anticipační úzkost se objevuje pouze před obávanou situací a velice často vede k vyhýbavému chování. (Praško, Prašková, Prašková, 2008)

1.2.7.5 Chování okolí a závislost na druhých

I chování okolí může sociální fobii posilovat. Jedná se zejména o povzbuzování, co se týče vyhýbavého chování. Sociální fobik je v obávané situaci zastoupen rodinným příslušníkem, partnerem či přítelem a nemusí se dané situaci vystavit, což však pouze zvyšuje míru strachu a úzkosti. V návaznosti se pak pacienti stávají závislými na pomoci druhých.

1.2.8 Léčba

Sociální fobie je, i přesto, že je řada lidí přesvědčena, že se nedá vyléčit, velice dobře léčitelná úzkostná porucha. „*Léčba spočívá v kombinaci psychoterapeutických a farmakoterapeutických postupů (nejčastěji kognitivně-behaviorální terapie s expozičním tréninkem + antidepressiva ze skupin SSRI a RIMA).*“ (Vymětal, 2007) Až 30-50% osob trpících sociální fobií dosahuje zlepšení se zahájením farmakologické léčby, u kognitivně-behaviorální

terapie je zlepšení výrazně lepší, kdy se zlepšení týká 70-80% pacientů. (Praško, Prašková, Prašková, 2008)

Kromě užívání léků a docházení na terapie je také nutné změnit svůj způsob myšlení a svým strachům se začít vystavovat. Sociální fobici žijí v bludném kruhu úzkosti. Obávaná sociální situace je takzvaným spouštěčem úzkosti, která vyvolá úzkostné myšlenky, následně se objeví tělesné symptomy se změnou chování a emocí, důsledkem je poté vyhýbavé chování. Aby došlo k řádnému vyléčení je nutné tento kruh úzkosti narušit. K jeho zrušení slouží několik možností. Tou extrémní je, že se osoba bude všem sociálním situacím vyhýbat, avšak to vede k absolutní sociální izolaci a sociální fobie se nevyléčí.

Na počátku léčby pacienti nejčastěji volí expoziční léčbu. Svému strachu a úzkosti se vystavují. Je nutné, aby se začalo od sociálních situací, ve kterých je pacientova úzkost nejnižší a postupně se přecházelo k situacím obtížnějším. Spolu s expozicí je nutné zahájit kognitivní rekonstrukci. Tedy změnit úzkostné a negativní myšlenky, které se v úzkostné situaci objevují a zaměnit je za myšlenky pozitivnější a racionálnější. Zároveň je nutné se vystavovat společenským situacím, kterým se sociálně-úzkostný člověk ještě nevystavil, aby nabyl novým sociálním dovednostem. Přínos byl zaznamenán i v užití aplikované relaxaci a nacvičováním zklidnění dechu. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008)

1.2.8.1 Farmakoterapie

Léčba léky slouží ke zmírnění úzkosti, většinou je úzkost vnímána lépe a nezdá se dojde vymizení jejích příznaků. Při léčbě úzkostných poruch se používají anxiolytika a antidepressiva.

Anxiolytika se používají pro velmi rychlé snížení úzkosti a užívají se pouze krátkodobě, protože pokud se užívají dlouhodobě, ztrácí svou účinnost a může na nich vznikat závislost. (Praško, 2005) Nejčastěji se užívají benzodiazepinová anxiolytika – benzodiazepiny. Nejčastěji podávanými benzodiazepiny jsou clonazepam a alprazolam. Po jejich užití následuje rychlé tlumení úzkosti, avšak jak již bylo řečeno, neužívají se dlouhodobě. Při dlouhodobém užívání dochází k negativním účinkům jako je zvýšená únava, neschopnost se soustředit, ztráta výkonnosti a souvisí i s rozvojem deprese. Navíc pokud si na nich člověk vyvine závislost, může po vysazení dojít ke vzniku nové úzkosti. (Janíček, 2008) Jejich hlavní

protiúzkostný efekt působí hlavně na zklidnění tělesných symptomů úzkosti. Co se týče kognitivní stránky nemoci, zde jsou účinnější antidepresiva. (Kosová, 2005)

Mnohem vhodnější jsou antidepresiva a to ty, nesoucí název SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), které ovlivňují serotonin, jeden z neurotransmiterů. Antidepresiva SSRI zabraňují jeho nedostatku a udržují jeho stálou hladinu. (Janíček, 2008) Při sociální fobii je nejčastěji podáván fluoxetin, fluvoxamin a paroxetin. (Praško, 1998)

Stejně efektivně působí skupiny léků typu RIMA (reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy), které mají stejně jako antidepresiva SSRI vliv na funkci neurotransmiterů. Nejužívanějším antidepresivem skupiny RIMA je moclobemid. Pozitivní účinky antidepresiv skupiny SSRI i RIMA dosahují výrazného zlepšení u více než 75% pacientů, kteří léky užívají. (Praško, 1998) Největší pozitivum antidepresiv RIMA je, že nezpůsobují skoro žádné vedlejší účinky a zlepšují sexuální fungování. Na rozdíl od antidepresiv SSRI. (Praško, Prašková, 1999)

K léčbě se využívají i antidepresiva SNRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu). Jedná se o novou skupinu léků s velkou účinností a poměrně rychlým účinkem po prvním užití, kdy nástup účinku přichází už mezi 5. - 10. dnem od začátku léčby. Stejně jako antidepresiva RIMA i antidepresiva SNRI nemají skoro žádné vedlejší účinky. Nejužívanějším lékem skupiny SNRI je venlafaxin. (Praško, Prašková, 1999)

U ostatních antidepresiv lze změnu míry úzkosti očekávat po 3 týdnech od užití první tablety, avšak účinky se zpravidla dostavují až po 8-12 týdnech užívání. Léčbu antidepresivy není dobré přerušovat a i přesto, že dojde k potlačení úzkostných stavů, je nutné pokračovat v užívání. (Praško, 2005) Avšak až 33% pacientů přestane SSRI antidepresiva užívat už během 1. měsíce, 56% pacientů po 4. měsíci užívání. Důvodem jsou negativní účinky léků, mezi které patří nevolnost (20-25% pacientů) a trávicí problémy. Stejně negativně působí i sexuální nežádoucí účinky, které vedou k přerušení léčby až u 15-50% osob. (Kosová, 2005)

1.2.8.2 Psychoterapie

Psychoterapeutická léčba vede pacienty k přirozenému fungování v sociálních situacích. Nedojde k absolutnímu odstranění úzkosti, ale dokáže ji snížit natolik, že se pacient nebude sociálním situacím vyhýbat, pomalu se jim začne vystavovat a začne znovu fungovat

ve všech oblastech svého života. (Praško, 1998) Pro léčbu sociální fobie se nejčastěji užívá kognitivní terapie, behaviorální terapie a kognitivně-behaviorální terapie.

Kognitivní teorie je zaměřena na změnu představ a myšlenek o obávané situaci, které jsou nerealistické. Stejně tak si sociální fobici vše vysvětlují a hodnotí negativně. Kognitivní teorie by měla upravit jejich vnímání daných situací a snížit jejich úzkost. (Kosová, 2005) Na počátku léčby bývá běžné, že se využívá deníků či zápisníků, kam si pacienti zapisují své úzkostné myšlenky, interpretace či předpovědi. Postupně si uvědomují své negativní přesvědčení a hodnocení, a nakonec dochází k jejich odbourávání. (Antony, Swinson, 2008)

Hlavní strategií behaviorální teorie je postupné vystavování se podnětům, které v pacientech vyvolávají strach a úzkost. Čím častěji a déle se pacient daným podnětům vystavuje, tím lépe svou úzkost zvládá a dochází k jejímu postupnému snižování, až úplnému vymizení. (Kosová, 2005) Právě expoziční léčba je označována za nejúčinnější část léčby sociální fobie.

Kognitivně-behaviorální terapie využívá kognitivních i behaviorálních přístupů a užívá kognitivní rekonstrukce ve spojitosti s expoziční léčbou a nácvikem sociálních dovedností. (Praško, 1998) Tato forma psychoterapie je většinou časově omezená, poměrně krátká a má pevnou strukturu, což znamená, že na konci jejích sezení se například zadávají úkoly, které musí pacient do dalšího sezení splnit, a na začátku dalšího sezení se o tom mluví. (Pešek, Praško, Štípek, 2013) Tato forma terapie učí nemocné, aby určili daný problém, poté zjistili, jakým způsobem vzniká a jak se proměňuje, a nakonec je naučí jak ho vyřešit a zbavit se tak úzkosti. (Kebza, 2011)

Terapie obvykle začíná navázáním vztahu terapeut-klient, kdy dojde k vyšetření a zhodnocení míry úzkosti pacienta. Poté se terapie zaměřuje na rozvoj sociálních dovedností, kognitivní restrukturu a relaxační techniky. (Overholser, 2002) Kebza ve své knize vyjmenovává 3 využívané postupy kognitivně-behaviorální terapie. Prvním je systematická desenzibilizace, která předpokládá, že nemocný nemůže pociťovat uvolněnost a nepřiměřený strach v jednu dobu. Nemocný si tedy musí sepsat všechny situace, které mu působí úzkost a seřadit je od té, kde jeho úzkost dosahuje nejnižší míry. Terapeut poté klienta naučí technikám relaxace a uvolnění, a v tomto stavu uvolněnosti mu popisuje danou úzkostnou situaci. Nemocný si to v mysli představuje a musí se snažit zůstat stále klidným. Takto se postupuje s každou úzkostnou situací, která je na seznamu. (Kebza, 2011)

Druhým přístupem je expozice, kdy se nemocný musí vystavit svému strachu z obávané situace. Na expoziční trénink se terapie zaměřuje nejvíce. Úzkostné situace se mohou vytvářet buď přímo na sezení, nebo se zadá pacientovi za úkol se nějaké obávané situaci vystavit před dalším terapeutickým sezením. (Overholser, 2002) Stejně jako u systematické desenzibilace se i u expoziční léčby začíná s jednoduššími úkoly a úzkostmi. Nemocný tak dosahuje malých úspěchů, které mu zvyšují soběstačnost a on má pak pocit, že když se do dané situace dostane, tak ji zvládne. To velice pomáhá ke znovuzískání jeho sebevědomí. Expozici je možno, jak již bylo řečeno, trénovat v rámci sezení anebo v reálné situaci. V rámci sezení se obvykle s expoziční léčbou začíná. Zde si klient expozici nacvičuje nejčastěji napodobováním terapeuta. Možnou variantou je i ukázka videa, které ukazuje, jak danou situaci zvládnout. Je nutné, aby se expozice natrénovaná na sezení přesunula do reálného života. Vypracuje se na to systematický program s úkoly, které musí klient plnit před každým dalším sezením. Zaznamenává si svůj pokrok, své pocity a zkušenosti, které poté rozebírá spolu s terapeutem. (Kennerley, 1998)

Třetím přístupem je zaplavení, kdy se nepostupuje jako v předchozích dvou případech krok po kroku, od nejnižší úzkosti k nejvyšší, ale tento přístup spočívá v náhlém zaplavení nemocného přibližně na 30-60 minut. (Kebza, 2011) Při zaplavení by mělo dojít k postupnému poklesu úzkosti, kdy se klient přesvědčí, že mu nic nehrozí. Nesmí se ale používat bez souhlasu nemocného a jen v případě, že nemocný zná a má nacvičeny relaxační a zklidňující techniky. (Kennerley, 1998)

Bylo prokázáno několika výzkumy, že účinnost léčby se zvyšuje při kombinaci s expoziční léčbou.

Základní charakteristiky KBT sociální fobie (citováno dle Praško, 1998):

- využívá principů sociálního učení, jako je např. postupné posilování konstruktivních kroků, modelování,
- je to vysoce strukturovaná léčba, která pokračuje krok za krokem od jednoduššího ke složitějšímu,
- používá formy výukových kurzů, nikoliv klasické psychoterapie,
- probíhá nejefektivněji ve skupinovém formátu, ale lze ji provádět i individuálně,

- využívá pomůcek: příručky, grafy, tabulky, audio a videokazety, práce s natáčením na video apod.,
- lze ji velmi dobře kombinovat s farmakoterapií.

1.2.9 Vliv sociální fobie na kvalitu života

Člověk je sociální bytost. Již od mala je začleňován do sociálního prostředí, do kultury lidského společenství. Během života mu jsou předávány vědomosti a zkušenosti, které si osvojuje sociálními dovednostmi, učí se zvykům a tradicím, a připravuje na samostatný život. Právě ale lidé trpící sociální fobií mají problémy si tohle vše osvojit a nemohou vést normální kvalitní život, ikdyž by si to moc přáli.

Když sociální fobie není včas a vhodným způsobem léčena, může člověka úplně vyřadit z běžného fungování. Omezuje ho ve vzdělávání, v úspěšnosti jeho pracovní kariéry, v navazování kvalitního partnerského vztahu a v navazování přátelských vztahů. Tedy celkově má sociální fobie negativní dopad na kvalitu jeho života. (Praško, Holubová, 2017)

Sociální fobie se nejvíce týká svobodných lidí, studentů a osob, které buď nestudují, nebo ani nepracují a jsou závislí na své rodině, u které žijí. Vliv poruchy sahá i do volného času a v některých případech vede i k sebevražednému chování, kdy nemocný už nemá chuť žít. (Mendlowitz, Stein, 2000) Ve volném čase se nedokáží soustředit a plně si užít příjemné prožitky, protože se nedokáží přestat soustředit na lidi kolem sebe, které se sebou porovnávají a pozorují, zároveň pociťují tak obrovské napětí, že vlastně ani není možné si danou aktivitu plně užít. (Praško, 2005)

Kvalita života také závisí na počtu úzkostí, které cítíme. Bylo zjištěno, že pokud se zvýší počet úzkostí, zvýší se tak i míra sociální fobie, a dojde ke zhoršení kvality života. (Acarturk a kol., 2008)

1.2.9.1 Rodina

Člověk trpící sociální fobií se obvykle se svou nemocí svěří jako první rodině. Je vesměs závislý na jejich pochopení a podpoře. V opačném případě by mohlo dojít ke zhoršení nemoci

a jejích příznaků. Vzhledem k tomu, že tato porucha není velice známá, je možné, že tomu ze začátku nebudou rozumět. A to zvláště pokud jsou rodiče společenší a extrovertní. U rodiny se velmi často setkáme s útočným a neúnavným popíráním, či dokonce zpochybňováním, zda psychiatr stanovil správnou diagnózu. (Janíček, 2008) V extrémních případech dochází k tomu, že jsou nemocní označeni za bláznů, za lháře či zbabělce, což dále snižuje již nízké sebevědomí a utvrzuje člověka v jeho neschopnosti zvládat běžné společenské situace.

Velice často se také stává, že se pacienti nedokáží osamostatnit a do dospělého věku zůstávají s rodiči. Vytvoří si na nich závislost, která je jen podporována tím, že za ně vše vyřizují a povzbuzují tak jejich vyhybavé chování. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008)

1.2.9.2 Přátelé

Osoby trpící sociální fobií jsou, jak již bylo řečeno, stydliví a introvertní, což vede k tomu, že si kolem sebe udržují malý okruh velice blízkých přátel. A to vzhledem k tomu, že je pro ně seznamování a navazování nových přátelských vztahů velmi obtížné, protože se obávají, že selžou či budou odmítnuti. Tito přátelé o jejich nemoci převážně vědí a nemocný se na ně může spolehnout.

Bývá běžné, že mezi přáteli se najdou osoby, které také trpí sociální fobií. Přátelství je poté ale mnohem silnější, protože své strachy a úzkosti mohou mezi sebou sdílet, a to beze strachu z kritiky či odsuzování.

1.2.9.3 Studium a vzdělávání

Sociální fobie vzniká už v mladém věku, tedy převážně na základní škole, a nejvíce udeří během puberty na střední škole. Během studia se sociální fobici běžně potýkají se strachem z ústního zkoušení, kdy jsou zkoušeni před celou třídou svých vrstevníků. Úzkost se týká i přednesu básní, referátů, nebo čtení před třídou či psaní na tabuli. Bývá bohužel časté, že se jim za jejich nervozitu a nesmělost spolužáci vysmívají, urážejí je, a může či nemusí dojít i na fyzickou či psychickou formu šikany. To vše nemoc jen podporuje a může dojít k vytvoření další psychické nemoci.

Na vysoké škole se studenti dále potýkají se strachem u ústního zkoušení před komisí či se strachem z prezentování referátů. Dle výzkumu, který provedl Tomham a Russell se nezdá stává, že se předmětům začnou vyhýbat, až studium nedodělají, anebo studium vysoké školy kvůli své úzkosti předčasně ukončí. (Topham, Russell, 2012)

Velice často se stává, že se kvůli své nemoci ani na vysokou školu nedostanou, a to kvůli strachu z ústní části přijímacích zkoušek. Nehledě na to, že sociálně-úzkostní lidé mohou být velmi chytří. Jediné, co jim brání ve studiu, je sociální fobie.

1.2.9.4 Pracovní život

Sociální fobie ovlivňuje i pracovní život nemocných. Tím hlavním problémem, který se při hledání práce vyskytne, je pracovní pohovor. Sociální fobici, jejichž míra sociální fobie je tak vysoká, že se pohovoru nedokáží zúčastnit, mnohdy volí práci, do které je přijmou bez pohovoru, nebo přes své blízké osoby a přátele. Je tak velice běžné, že i přes svou kvalifikaci a inteligenci zastávají pozici neúměrnou jejich schopnostem. Od toho se odvíjí i finanční ohodnocení, kdy by mohli klidně zastávat vyšší pozici a mít mnohem vyšší plat. Ovlivňuje to samozřejmě hlavně kvalitu života, protože nemocný se musí spokojit s prací, kterou ani vykonávat nechce a kvůli nemoci nemůže vykonávat to povolání, které by si přál.

Při hledání práce mají nemocní většinou dvě možnosti. Buď si hledají práci, ve které se vyhnou všem situacím, které jim způsobují strach a úzkost, anebo práci, ve které se budou úzkosti vystavovat. Což vede buď ke zhoršení jejich nemoci, anebo naopak ke zmírnění příznaků, protože dochází k expozici.

Je velice časté, že se sociální fobici v práci vyhýbají neformálním kontaktům, jako je pozvání na večírek, na firemní akci nebo pozvání na oběd. Zároveň často odmítají povýšení, protože by došlo na častější kontakty se spolupracovníky a schůzky. (Praško, 2005)

1.2.9.5 Zdravotní problémy

U sociálních fobiků se vlivem úzkosti snadno rozvinou zdravotní problémy jako je například bolest hlavy, problém se soustředit, poruchy spánku, neschopnost jasně myslet a další.

Avšak nejčastější problémy se rozvíjejí vlivem užívání návykových látek, jako je alkohol nebo drogy. Užití těchto látek vede ke krátkodobému zmírnění úzkosti a pacienti tak činí v sociálních situacích odvažněji. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008) Z toho ale vznikají další zdravotní problémy a finanční problémy, což ve výsledku celou nemoc výrazně zhoršuje. Velice rychle může dojít ke vzniku depresí a následně vést k pokusům o sebevraždu. (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008)

U lidí trpících sociální fobií je také až 4krát vyšší riziko, že jim bude diagnostikován vysoký krevní tlak. Některé studie také zjistily souvislost mezi úzkostí a sníženou funkcí leukocytů, což naznačuje oslabení imunitního systému. (Swift a kol., 2014)

1.2.10 Vliv sociální fobie na kvalitu partnerského života

S nemocí, jako je sociální fobie, je velice těžké navázat a udržet zdravý partnerský vztah. A to už vzhledem k tomu, že pouhá jednoduchá sociální interakce je překážkou, natož navázat něco tak důvěrného a intimního jako je partnerský vztah. A když už k navázání vztahu dojde, je možné, že kvůli intimitě ve vztahu, se úzkost ještě zhorší. Sociální fobie však nečiní problémy jen nemocnému, ale i zdravému partnerovi, pro kterého může být návštěva společnosti běžnou činností. (Antony, Swinson, 2008)

Lidé trpící sociální fobií začínají s navazováním partnerských vztahů mnohem později než lidé, kteří touto poruchou netrpí a mají za život menší počet partnerů. (Zeff, 2005) Velice často také žijí sami bez partnera, jsou častěji svobodní a bezdětní. Také přiznávají, že i když jejich nemoc ovlivňuje všechny jejich vztahy, tak partnerské vztahy trpí sociální fobií nejvíce.

V partnerském vztahu může vinou nemoci docházet k různým omezením. Většinou je to zdravý partner, kdo se musí starat o vedení domácnosti, jako je nakupování, chození po úřadech a jiné další starosti. Nehledě na to, že pokud jsou ve vztahu děti, vystávají s nimi další povinnosti. Stejně to je s prací a financemi. Někteří sociálně-úzkostní lidé mají problém udržet si stálou pozici a často své zaměstnání mění. I tato nestálost se podepisuje na rodinném životě. Omezení je i v sociálním životě, kdy se nemocný partner nechce účastnit společenských aktivit. Partnerský vztah je tedy sociální fobií velice ovlivněn.

1.2.10.1 Navazování partnerských vztahů

Vzhledem k tomu, že navazování partnerského vztahu vyžaduje sociální interakci, je pochopitelné, že nemocné čeká už na samém začátku velká překážka. Navíc mají v této oblasti málo zkušeností, anebo také vůbec žádné.

Sociální fobici volí jako nejčastější formu oslovení, kontaktování osoby po internetu. Internetová komunikace je pro fobiky mnohem snadnější a to ze dvou důvodů. Zaprvé se nemusejí sociální interakci vystavovat osobně, tedy nemusejí se účastnit žádné společenské situace. A zadruhé se nemusejí obávat, že ten druhý člověk pozná jejich úzkost a všimne si tělesných symptomů fobie. Zároveň nedojde ke ztrapnění či zesměšnění v případě odmítnutí. Je nutné podotknout, že i při komunikaci přes internet v nemocných převládá určitá míra úzkosti, avšak není tak výrazná jako při osobním setkání. Sociálně-úzkostní pacienti hledají své potenciaální partnery nejčastěji přes online seznamky, přes různá diskusní fóra či různé chaty.

Dalším běžným způsobem seznámení je v okruhu blízkých přátel, které nemocný už velice dobře zná. Nejčastěji to jsou spolužáci či blízcí přátelé.

Pokud se nemocní se svou fobií léčí, nezdívka se stává, že svého partnera vyhledávají v okruhu jiných sociálních fobiků. Předpokládají, že tito lidé je budou chápat a budou jim oporou.

Se seznamováním a navazováním kontaktů během společenských akcí souvisí i užití nějaké návykové látky. Jak již bylo zmíněno, hlavně požití alkoholu pomůže nemocnému snížit míru úzkosti a možnost navázat sociální kontakt.

1.2.10.2 Partnerský vztah z pohledu nemocného

Několik studií zjistilo, že osoby trpící sociální fobií mají ve vztahu problémy s důvěřováním svým partnerům, s otevřením se a projevením svých pocitů, a stávají se závislými na jejich pomoci. Také se snaží vyhýbat se konfliktu a hádkám, které by mohly vztahu uškodit, obávají se odmítnutí a negativní odezvy ze strany partner. Na začátku vztahu jsou tak velice opatrní. Vše se odvíjí od toho, jak silná jejich úzkost je. Nezdívka se stává, že je

úzkost na začátku vztahu tak silná, že dojde k jeho záměrnému ukončení. (Nielsen, Cairns, 2009)

První čeho se ve vztahu obávají, je reakce partnera na jejich diagnózu. Strach mají z negativní reakce, odsouzení, a hlavně odmítnutí. Naopak když to partneři pochopí, nastávají další obavy, a to z toho, že pro partnera budou přítěží, a nakonec se stejně rozhodne je opustit. Z toho plyne strach si říct o jejich pomoc, anebo samotnou pomoc vyhledat. (Nielsen, Cairns, 2009)

Strach však také vzniká z pocitu, že by je partner mohl začít podvádět. To vede k úzkosti z možného rozpadu vztahu a to vše i bez toho, že by jim dal partner nějaký důvod k těmto obavám. Problémem je, že úzkostní lidé potřebují být neustále ujišťováni, zvláště potom v partnerských vztazích. To však vztahům jen uškodí. Stejným způsobem působí i myšlenky typu „co kdyby“ a zbytečné přemýšlení o sebemenších maličkostech, které by se mohly stát.

Sociálně-úzkostným pacientům trvá poměrně dlouhou dobu, než svým partnerům začnou důvěřovat natolik, že se jim emocionálně otevrou, sdílí s nimi své pocity a myšlenky s vědomím, že to neohrozí jejich vztah a partner je pochopí a podpoří. (Nielsen, Cairns, 2009) Výzkumy také zjistily, že nemocní své negativní emoce častěji zatajují a zakrývají, aby si vztahy udrželi a nedocházelo k hádkám či naopak k lítosti ze strany partnera. Snaží se vlastně vyhýbat jakékoliv expresi negativních emocí, myšlenek či pocitů, které by mohly vést k odmítnutí a ukončení partnerského vztahu. (Kashdan a kol., 2007)

Ve vztahu sociálního fobika také často vzniká vysoká míra závislosti. Bývá časté, že jim partneři v obávaných situacích pomáhají, anebo je přímo zastoupí a oni se své úzkosti mohou vyhnout. Zároveň spolu se svými partnery tráví velké množství času, protože do společnosti se sami chodit obávají a je to pro ně mnohem jednodušší, když mají po boku partnera, na kterého se v případě úzkostné situace mohou obrátit a spolehnout. Sama přítomnost partnerů také snižuje míru úzkosti, zvyšuje jejich sebevědomí a sebedůvěru v obávané situaci, a omezuje počet negativních myšlenek, které se automaticky objevují. Partner poskytuje určité rozptýlení od úzkosti a nemocní se více než na úzkost soustředí na své partnery. (Nielsen, Cairns, 2009)

1.2.10.3 Partnerský vztah z pohledu partnera

Je třeba si uvědomit, že sociální fobie s sebou nese mnoho omezení, která zasáhnou právě společenský život a s ním i život partnerský. To může vést ke konfliktům, obviňování, kritice ze strany partnera, a může vést až ke zhoršení této úzkostné poruchy.

Pokud si sociálně-úzkostný člověk najde zdravého partnera, první věc, která bude zkoušet jejich vztah, je míra pochopení a podpory, co se týče diagnózy nemoci. Pokud se s touto nemocí partner ještě nesetkal, bude pro něj velice těžké vše pochopit. Doporučuje se partnerovi vše vysvětlit, ale v žádném případě pochopení nevymáhat. To jen vede k citovému vydírání, které partnerovi a vztahu ublíží. (Janíček, 2008)

Zdravý partner je zpočátku ohleduplný, má pochopení a nemocného partnera podporuje. V úzkostných situacích ho povzbuzuje, doprovází a pomáhá mu i třeba tím, že se situacím vystavuje místo nemocného partnera. To však pomalu vytváří určitou míru závislosti nemocného partnera na zdravém partnerovi, což by mohlo vztah ohrozit.

Zdraví partneri také nemají problém se sociálními interakcemi, chodí do společnosti, na různé akce a večírky, do kina či do divadla, což jsou situace, které nemocnému partnerovi způsobují velkou úzkost. Zdravý partner se tedy musí nemocnému partnerovi přizpůsobit, a buď se musí společenské akce zúčastnit sám anebo se společenské akce nezúčastní s ohledem na nemocného partnera. Toto partnera omezuje v plném prožívání jeho života a vztahu to nemusí prospívat.

Sociálně-úzkostný partner si však také často hledá partnera na různých fórech týkajících se této poruchy anebo si partnera najde na terapiích či jiných sezeních, kam dochází. Ve vztahu dvou lidí trpících úzkostnou poruchou najdeme určité odlišnosti, než co se týče vztahu se zdravým partnerem.

Ve vztahu dvou osob, které trpí nějakou úzkostnou poruchou je pochopení skoro stoprocentní. Setkáme se i s velkou otevřeností ve vztahu, kdy se nemocní nebojí říci si své problémy, své emoce, pocity a nečiní jim takový problém se svěřit, protože vědí, že je partner pochopí.

Setkáme se opět s velkou závislostí. Partneri se vyhýbají společenským situacím a tak skoro veškerý svůj volný čas tráví spolu. Zároveň je možné, že každému z partnerů dělá

problém jiná situace, kdy si mohou vzájemně pomoci a v úzkostných situacích se vzájemně podpořit anebo zastoupit.

Na druhou stranu jejich oboustranná nemoc může vést ke společnému vyhýbání se společnosti, kdy nedojde k získání sociálních dovedností.

Partnerům nemocných se velice často doporučuje, aby si o sociální fobii zjistili, co nejvíce informací a podporovali nemocné v léčbě. Musejí si uvědomit, že nikdy nebudou schopni plně porozumět této úzkostné nemoci a musejí být se svým nemocným partnerem trpěliví, podporovat ho a pomáhat mu.

1.3 Závěr

Teoretická část mé práce se zaměřuje na popsání sociální fobie. Zaměřuje se na stanovení diagnózy této nemoci, na její prevalenci, příčiny vzniku, příznaky, udržovací faktory a možnosti léčby. Po charakteristice sociální fobie jsem se soustředila na její vliv na život nemocného. Tato úzkostná porucha ovlivňuje všechny oblasti života. Má vliv na rodinu i přátelství, znesnadňuje průběh studia a získání řádného vzdělání. Později působí i v pracovní sféře a má vliv na uplatnění na pracovním trhu. Já svou bakalářskou práci zaměřila na to, jak sociální fobie působí na partnerské vztahy. Tímto tématem se převážně zabývá zahraniční literatura a zahraniční výzkumy. Jejich výsledky ukazují, že zdraví lidé sociální fobii převážně neznají, a proto se nemocní obávají reakce svých partnerů, která by mohla vést až k odmítnutí a ukončení vztahu. Někteří mají strach ze vztahu samotného. Nechtějí být pro partnera přítěží, a tak vztah ani nenavážou.

Zároveň se velice málo výzkumů zabývá zdravým partnerem a jeho participací na léčbě. Myslím si, že je velice důležité, aby se sociální fobie dostala do většího povědomí. Aby lidé věděli, co je trápí, s jakou nemocí musejí bojovat a nemusí se za ni stydět. Zdraví partneři si velice často musí hledat, co tato porucha obnáší a co je možno udělat pro nemocného partnera. Je nutné totiž dodat, že partner by mohl být klíčovým prvkem na cestě k vyléčení sociální fobie.

2 Praktická část

2.1 Úvod

Není žádným překvapením, že se v dnešní době rozrůstá počet lidí, které trápí jedna či více úzkostných poruch. V moderním světě je to už poměrně běžné, a zatímco nějaké úzkostné poruchy se dostávají do popředí více, sociální fobie je stále docela neznámou nemocí, a to i přesto, že je tak rozšířená. Její hlavní příčina stále není známa, a nic nenaznačuje tomu, že by kdy byla objevena, protože možných příčin je několik. Problémem sociální fobie je, že neovlivňuje jen jednu určitou oblast života, ale ovlivňuje celý život, a člověk buď vyhledá lékaře a začne se s touto nemocí léčit anebo ho nevyhledá a celý život sociální fobií trpí a bojuje s ní.

Na téma sociální fobie bylo provedeno mnoho výzkumů. Avšak většina se zabývá právě hledáním konkrétních příčin vzniku této fobie. Jiné se zabývají zdravotními dopady, závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách. Již méně výzkumů se zabývá kvalitou života sociálně-úzkostných lidí a ještě méně kvalitou jejich partnerských vztahů. A když už se těmito tématy zabývají, tak je většinou zkoumají za pomoci kvantitativních výzkumů a strategií. O sociální fobii bylo napsáno i velké množství knih, u nás v České republice se touto poruchou zabývá především Praško a jeho kolegové. Avšak ani v knihách není prozkoumán partnerský život sociálních fobiků.

Cílem mého výzkumu je tedy zjistit, jak se nemocné osoby ve vztahu cítí, jak ho prožívají a vnímají. Kladu důraz na popsání emocí a pocitů, které se v jejich partnerských vztazích vytvářejí. Dále mně zajímá, jak z jejich pohledu vnímá nemoc jejich partner a zda se nějakým způsobem podílí na léčbě.

Myslím si, že je důležité se tematikou kvality života potažmo partnerskými vztahy vědecky zabývat. Přítomnost partnera v životě nemocného by mohla mít velký vliv na léčbu sociální fobie, ovšem muselo by se jednat o spokojený partnerský vztah. Spokojenost v partnerském vztahu sama o sobě má vliv na tuto nemoc a na její průběh. Partner musí být chápající, naslouchající a podporující. Musí vést nemocného partnera k léčbě, ať už farmakologické či k návštěvě psychoterapií. Zároveň musí partnera vést k expoziční léčbě,

kteřá se ukázala jako velice účinná v léčbě sociální fobie. Nejenže přítomnost partnera podporuje nemocné k léčbě, ale i on sám může být tím, díky komu se nemocný partner úspěšně vyléčí.

2.2 Výzkumné otázky

V rámci mého výzkumu jsem se snažila nalézt odpovědi na tyto výzkumné otázky:

1. Jaké pocity u nemocných převládají ze zjištění diagnózy?
2. Jaký má sociální fobie vliv na kvalitu života?
3. Jaký vliv má sociální fobie na navazování partnerských vztahů?
4. Jak osoby trpící sociální fobií vnímají svůj partnerský vztah?
5. Jak vnímá nemoc partner a zapojuje se případně do léčby?

2.3 Výzkumná strategie a techniky sběru dat

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Tuto výzkumnou strategii jsem si vybrala, protože jsem se chtěla zabývat problémem podrobněji s cílem získání většího množství informací od malého počtu lidí. Ve výzkumu jsem se zaměřila hlavně na emoce, vnímání a pocity nemocných. Tuto výzkumnou strategii jsem zvolila i z toho důvodu, že mnoho výzkumníků volí pro prozkoumání partnerských vztahů sociálně-úzkostných osob dotazníková šetření, tedy kvantitativní výzkumy. Takže si myslím, že výběr kvalitativní strategie je vhodný.

Jako techniku sběru dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Informátoři mi tak mohli popsat, jak jim sociální fobie ovlivňuje život, hlavně partnerský vztah. Mohli se rozmluvit o svých emocích, pocitech a prožívání. Na rozhovor jsem měla předem dané a připravené otázky, které jsem v průběhu mohla obměňovat či doplňovat. V případě potřeby jsem se doptávala a v konečném výsledku jsem získala všechny informace, které jsem potřebovala.

2.4 Způsob výběru a popis vzorku

V mém výzkumu byli cílovou skupinou muži i ženy trpící sociální fobií. Použila jsem tedy účelový výběr. Vzhledem k tomu, že jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, se domnívám, že je účelové vzorkování nejvhodnější. Dané kritérium účasti ve výzkumu byla diagnóza nemoci, a aby nemocní měli v současné době, či někdy v minulosti, partnerský vztah. Ve výzkumu tedy nehrál roli věk, vzdělání či pracovní činnost, protože výzkumy prokázaly, že to není určující.

Osoby trpící sociální fobií jsem oslovila přes internet a to hned na několika místech. Oslovila jsem je přes stránky, fóra a sdružení, která se sociální fobií zabývají. Napsala jsem jim, že píši bakalářskou práci a hledám osoby, které budou splňovat dané podmínky, pro svůj výzkum. Sdělila jsem jim, i čeho se výzkum týká a co je cílem mé bakalářské práce. Osobám byl předán můj kontakt, aby mě v případě zájmu zúčastnit se mého výzkumu, mohli kontaktovat. Vzhledem k citlivosti tématu a hlavně s ohledem na nemoc, kdy se lidé nechtějí vystavovat své úzkosti a komunikovat s cizí osobou a svěřovat se jí, tak několik lidí účast na výzkumu odmítlo, což jsem naprosto pochopila.

Osloveno bylo několik desítek osob a nakonec jsem na výzkumu spolupracovala s 10 lidmi. Zde v uvedené tabulce jsou uvedeni muži a ženy, kteří se se mnou rozhodli spolupracovat. Je zde uvedeno jejich jméno, věk, zda mají v současné době vztah a jejich stav.

	Jméno	Věk	Vztah v současné době	Stav
1	Adéla	20	Ano	Svobodná
2	Blanka	21	Ano	Svobodná
3	Ctibor	32	Ne	Svobodný
4	David	26	Ne	Svobodný
5	Emil	33	Ne	Svobodný
6	Filip	35	Ne	Svobodný
7	Gabriela	25	Ano	Svobodná
8	Hana	26	Ano	Svobodná
9	Iva	20	Ano	Svobodná
10	Jiří	27	Ano	Svobodný

2.5 Etika výzkumu a vedení rozhovorů

Jak jsem již zmínila, sociální fobiky jsem oslovila přes několik internetových stránek. Když mě se zájmem účastnit se výzkumu kontaktovali, znovu jsem jim napsala vše o mé bakalářské práci a plánovaném výzkumu. Popsala jsem jim, jak výzkum bude probíhat a čeho se mé otázky budou týkat. Zdůraznila jsem, že vše bude naprosto anonymní a jejich jméno bude změněno, což všichni velice uvítali. Zároveň jsem je upozornila, že rozhovor budu nahrávat na diktafon za účelem jeho zpracování. Pokud osoby se vším souhlasili, domluvili jsme se na konkrétním místě a čase, kdy se rozhovor uskuteční. 8 rozhovorů bylo provedeno při osobním setkání v Praze. A 2 rozhovory byly provedeny přes Skype, protože osoby nebydlely v blízkosti Prahy.

10 osob tedy souhlasilo, že se mnou rozhovor udělají, a někteří dokonce ocenili, že se zabývám touto problematikou. Problematika sociální fobie totiž není moc rozšířená a někteří nemocní byli moc rádi, že tak přispějí k větší obeznamování veřejnosti s touto úzkostnou poruchou. Zároveň se vyjádřili, že je opravdu na místě, aby se touto tématikou začaly zabývat další výzkumy.

Na začátku každého rozhovoru jsem znovu každému popsala svou bakalářskou práci, její cíl a průběh výzkumu. Ikdyž jsem jim vše už popisovala, raději jsem jim vše řekla znovu osobně a zeptala se jich, zda se mě nechtějí na něco týkajícího se výzkumu zeptat. Také jsem je znovu ubezpečila, že je vše anonymní a informovala jsem je, že kdyby se v průběhu rozhovoru začali cítit špatně a potřebovali by odejít, není vůbec problém, aby prostě odešli. Naprosto bych toto rozhodnutí chápala. S ohledem na jejich nemoc jsem byla velice ráda, že s rozhovorem souhlasili a tudíž jsem se snažila navodit příjemnou atmosféru a přistupovat citlivě, aby se cítili, co nejlépe.

Rozhovory probíhaly na klidných místech, kde nebylo velké množství lidí. Většinou v areálech škol. Všichni informátoři byli požádáni o svolení s nahráváním rozhovoru. Bylo jim sděleno, že je to jen pro mé vlastní účely, pro přepsání a analýzu rozhovoru.

Otázek jsem měla připravených celkem 9, s tím, že jsem se na něco doptávala, podle toho, zda informátor dostatečně zodpověděl danou otázku. Otázky spadaly do tematických okruhů, které se týkaly diagnózy nemoci, kvality života mimo partnerský vztah, kvality partnerského života, seznamování, a toho jak nemoc vnímá partner a jeho možnou participaci v léčbě.

2.6 Analýza a interpretace získaných dat

Pro záznam dat jsem použila diktafon a poté celou nahrávku podrobila transkripci. Rozhovory jsem si přepsala a vytiskla. Zvolila jsem doslovnou transkripci, s jejíž pomocí jsem v textu označila důležité úseky, ke kterým jsem si mohla psát poznámky. Poté jsem se přesunula k samotné analýze celého textu. Data jsem barevně rozřadila tak, jak spadaly pod příslušné výzkumné otázky, a nepotřebné a opakující výrazy a slovní spojení jsem zredukovala.

2.6.1 Diagnóza a pocity převládající s jejím zjištěním

V této kapitole jsem se snažila zjistit, jaké pocity převládají u nemocných, když se dozvědí svou diagnózu. Zároveň mě zajímal i věk, ve kterém se ji dozvěděli, a jejich hlavní problémy, které jim sociální fobie způsobuje, a které zcela pravděpodobně vedly k vyhledání odborné pomoci. Také mě zajímalo, jakým způsobem na tuto nemoc zpočátku nahlíží, proto jsem se jich ptala na jejich pocity.

Tabulka č. 1 – Přehled věku zjištění diagnózy a hlavních problémů

	Jména	Věk zjištění diagnózy	Hlavní problémy
1	Adéla	19	Komunikace s druhým člověkem, veřejné vystupování, telefonování, obklopení lidmi
2	Blanka	15	Jednoduchá komunikace, telefonování
3	Ctibor	19	Společenské události, veřejné vystupování, jednání na úřadech, pracovní pohovory
4	David	15	Seznamování s opačným pohlavím, doprava veřejným prostředkem
5	Emil	26	Komunikace ve skupině lidí, telefonování, oční kontakt, různé společenské situace
6	Filip	26	Veřejné vystupování, telefonování, projevat negativní emoce, seznamování s opačným pohlavím
7	Gabriel	23	Telefonování, jednání na úřadech, veřejné vystupování
8	Hana	24	Oční kontakt, iniciovat představení se novým lidem, veřejné vystupování

9	Iva	16	Veřejné vystupování, hlavně problémy ve škole
10	Jiří	21	Psaní před lidmi, veřejné vystupování, nakupování v obchodě

Jak je možno poznat z tabulky. Někteří se o své diagnóze dozvěděli poměrně pozdě. Například Emil a Filip se svou diagnózu dozvěděli až v 26 letech. Z výpovědí vyplývá, že s pozdní diagnózou souvisí strach z vyhledání odborné pomoci. To potvrdila Hana, která uvedla: „*Vlastně jsem narazila na knížku v knihovně, týkající se sociální fobie, a tam jakoby bylo jak se toho zbavit, a byla tam nevyhnutelná návštěva odborníka, tak jsem to odkládala, protože to pro mě bylo něco nepředstavitelného.*“ Strach z interakce s neznámou osobou či autoritou, v tomto případě lékaře, je jednou ze sociálních situací, kterých se nemocní obávají. Tudiž někdo se svou diagnózu dozví až v dospělosti. Emil a Filip přiznali, že pozdního vyhledání odborné pomoci litují, protože se s nemocí mohli léčit už dříve. Emil mi řekl, že pozdní vyhledání léčby ovlivnilo jeho studium a vysokou školu nedostudoval.

Zároveň si i někteří z nich mysleli, že za jejich strachem a úzkostí stojí jejich introvertní povaha. S čímž už souvisejí první pocity, které vyplynuly ze zjištění jejich diagnózy. Filip našel informace o sociální fobii na internetu a vyjádřil se o tom následovně: „*První pocit byl šok, že to vůbec nějaký problém je. Já myslel, že jsem takhle povahově. Na druhou stranu jsem měl až takovou lítost, že jsem to neřešil dřív, třeba od toho dětství.*“ Gabriela své první pocity popsala podobně: „*Upřímně jsem se trochu zděsila, protože jsem si říkala, že jsem jen obyčejný introvert nic jiného. Právě, že jsem ani nevěděla, že něco takového je. Já žila v tom, že jsem introvertní člověk a tyhleto sociální problémy máme nějakým způsobem všichni, takže je to normální.*“ Pro Filipa a Gabrielu představovalo zjištění, že trpí nějakou psychickou nemocí velký šok a zděšení. Do té doby neměli ani tušení, že by taková nemoc, kdy se člověk obává sociálních situací, mohla existovat, a proto vše přičítali své povaze.

Ač by se zdálo, že zjištění diagnózy vede jen k šoku a zděšení, 6 informátorů uvedlo, že cítili radost a úlevu, protože se už konečně dozvěděli, co se s nimi děje. Uměli svou nemoc pojmenovat a věděli, že to netrápí je samotné, ale i mnoho dalších lidí. Iva uvedla: „*Cítila jsem úlevu, lepší pocit, že se můžu posunout dál a nestát na místě s tím, že se člověku něco děje a nedokáže to ani nějak vysvětlit.*“ I Blanka uvedla velký pocit úlevy: „*Najednou jsem věděla, co to je, a že když to veřejnost zná, tak s tím bude možnost nějak fungovat.*“ Pocit úlevy byl tím pocitem, který převládal. Nemocní se dozvěděli, že se s touto nemocí dá žít,

nejsou sami, koho trápí, a hlavně, že se dá léčit. Tyto osoby začaly s léčbou poměrně brzy, přijaly svou diagnózu a vyhledaly odbornou pomoc.

Pouze 2 osoby, a to Ctibor a Jiří se svěřili s pocitem nedůvěry. Diagnóze ze začátku nevěřili, více méně se jí bránili. Ctibor uvedl: „*Přišlo mi to takový potupný, nedůstojný, člověk se s tím těžce vyrovnával.*“ Jiří uvedl: „*Nemohl jsem tomu věřit, okamžitě jsem to zavrhl a trvalo dlouho, než jsem si to připustil a uvěřil tomu Vždyť pro mě, jako pro muže, je to taková jako ostuda, potupa.*“ Ctibor i Jiří uvedli pocity potupy, nedůstojnosti a ostudy. Muži celkově vnímají tuto nemoc negativněji než ženy. Mají pocit, že jejich role, tedy role muže, je iniciativní, asertivní, a nemoc jim v tom brání a překází jim.

Nikdo z nemocných tedy sociální fobii neznal, než jim byla diagnostikována. Také je mnohem lepší, když nemocný vyhledá odbornou pomoc, co nejdříve. Čím déle vyhledání pomoci odkládá, tím je větší pravděpodobnost, že úzkostí bude přibývat a postupně bude ovlivňovat více oblastí života, jako je partnerský život a pracovní sféra.

2.6.2 Vliv sociální fobie na dané oblasti života

V této kapitole mne zajímalo, jaký má sociální fobie vliv na vzdělávání a studium, na pracovní sféru, a na přátelství a rodinu.

Co se týče vzdělávání a studia, 6 osob nedokončilo vysokou školu, 1 osoba nedokončila střední školu a 3 osoby v současné době vysokou školu studují. Všichni uvedli, že jim sociální fobie vzdělávání a studium ovlivňuje negativním způsobem. Se sociální fobií jsou pro ně neuvěřitelně těžké situace jako je například veřejné vystupování (referáty, prezentace) či ústní zkoušení. K tomu se vyjádřil Emil následovně: „*Měl jsem problémy se zkoušením před třídou, nemohl jsem stát před lidma, skoro jsem nemohl mluvit, ta úzkost mi svazovala hlas.*“ Gabrielu hlavně trápily tělesné symptomy, které úzkost doprovázely: „*Zkoušení mi bylo hodně nepříjemný. Zakoktávání, červenání, pak jsem třeba řekla něco, co jsem nechtěla.*“ Problémy vznikaly i po zdravotní stránce, kdy jim úzkost bránila soustředění a způsobovala různé zdravotní problémy. Filip řekl: „*Vysokou školu jsem studoval, ale nedostudoval. To zkoušení bylo hodně psychicky náročný. Před zkouškou jsem se učil, ale už jsem přemýšlel, co bude na té zkoušce a už jsem se nemohl koncentrovat na učení. A už to bylo v takové fázi, že*

jsem blbě spal, jídlo mi nechutnalo.“ Vliv na studium měla i traumatická událost v podobě šikany, kterou zažily 4 osoby. Filip uvedl: *„Byl jsem vyčleněn z kolektivu spolužáků a ty spolužáci se mi posmívali a zastrašovali mě, nebylo to nic fyzického ale psychické.*“ Problémy se studiem měli tedy všichni informátoři. Více než polovina z nich nedokončila studium, za což mohly psychické problémy. Filip uvádí, že sociální fobie zasahovala tak daleko, že už i špatně spal a nejedl. Kdyby však Filip studium neukončil, vedlo by to k vážnějším následkům. Více než polovina lidí tedy byla nucena studium ukončit, aniž by chtěli.

V pracovní oblasti mělo problém všech 10 informátorů. Problémy začínají již při pracovních pohovorech. Emil uvedl, že pracovní pohovory řadí v současné době mezi tu nejtěžší oblast svého života, protože si práci hledá. Z výzkumu také vyplývá, že vzhledem ke strachu a úzkosti, kterou nemocní cítí, začínají s prací či brigádami v pozdějším věku. Adéla s Blankou se styděly za to, že měly svou první práci oproti svým vrstevníkům až později. Adéla se k tomu vyjádřila následovně: *„Za celý rok jsem měla jednu práci, protože nejsem schopná nějak volat, nejsem schopná někam poslat životopis, protože se hrozně stresuju, navíc nemám ani žádnou praxi.*“ Komplikace nese i samotné pracovní prostředí a pracovní kolektiv. Filip uvedl, že kvůli konfliktnímu prostředí musel z práce odejít, protože ho to psychicky vyčerpávalo. Každý z informátorů se musel ve své práci potýkat s určitou situací, která jim způsobovala strach a úzkost, a oni se jí buď snažili vyhýbat anebo se jí museli vystavovat. Jiří a Hana expozici překvapivě uvítali. Hana řekla: *„Myslím, že je to krok dopředu, když bych se třeba snažila, najít si práci, kde by nebyl žádný kontakt s lidmi, tak bych ustupovala zpátky.*“ Ctibor uvedl, že s jeho prací pod vlivem sociální fobie vyvstávají i psychické komplikace. *„Do jistý míry můžu fungovat, ale je to zatěžující a vyčerpávající. Rychleji se unavím.*“ Pracovní sféra tedy také přináší svá omezení. Ctibor uvedl, že jeho nemoc ve spojení s prací vede k psychickým problémům. Práci nemůže vykonávat uvolněně a rychleji na něj doléhá únava z psychického vyčerpávání. Právě to většinou vede k ukončení pracovního poměru a hledání práce nové.

Překvapivým zjištěním bylo, že pouze 2 osoby se se svou diagnózou svěřily rodině. Tyto rodiny reagovaly přijetím a pochopením. 3 osoby to rodině neřekly vůbec a vypověděly, že si o nich jejich rodiče myslí, že jsou pouze introvertní a uzavření. 5 osob se setkalo s negativní reakcí a počátečním nepochopením. Iva své pocity popsala následovně: *„Ví to všichni, ikdyž dlouho trvalo, než to někdo z nich pochopil. i teď je pro ně třeba někdy těžký pochopit, proč třeba nejdu do práce. Tak to mě třeba někdy mrzí.*“ Iva zde uvedla určitou lítost nad

chováním své rodiny, pro kterou je těžké její nemoc pochopit. Což je bohužel velice běžné, protože se mnozí s touto nemocí ještě nikdy nesetkali a nechtějí si připustit, aby ji měla jejich dcera nebo syn. Ctibor uvedl, že našel pochopení jen u matky, protože víceméně z otcova přístupu a stylu výchovy mu sociální fobie vznikla. Ctibor byl jediným, který za svou nemocí našel určitou příčinu. Vinu dává otcově přístupu a stylu výchovy.

Co se týče přátelských vztahů, tak všech 10 informátorů má malý užší okruh blízkých dobrých přátel. Mezi jejich přáteli bývají často osoby, které sociální fobií trpí také. Nejčastěji se seznámí na terapiích, sdruženích či na internetových fórech věnovaných této poruše. Těmto přátelům se nebojí říct o své nemoci, ani o svých problémech a nikdo se z nich nikdy nesetkal s negativní reakcí. Někteří to přátelům neřekli, jejich přátelé si o nich tedy jen myslí, že jsou introvertnější. David uvedl, že u extrovertních přátel se setkal s nepochopením. Jiří se také setkal s nepochopením a popsal vše takto: „*Měl jsem velmi dobré kamarády, takže jsem očekával, že mě pochopí. Oni ale o sociální fobii nikdy neslyšeli a tak si nejdřív mysleli, že je to nějaký vtip. Musel jsem jim vše vysvětlit, jaké mám problémy a tak podobně. Nakonec to trochu pochopili, ale i tak nastaly někdy situace, kdy mi vytkly, že s nimi někam nejdu, a to i přesto, že věděly, že to přes tu sociální fobii prostě nejde.*“ Sociální fobici mají velice často introvertní přátelé, kteří je alespoň v některých věcech pochopí a podpoří. Jiří uvedl, že je pro sociálně-úzkostného člověka velice důležité, aby měl alespoň pár přátel, hlavně aby nějaké měl, aby nebyl osamocen a v rámci sociální fobie se socializoval alespoň s nimi.

Tabulka č. 2 – Zaznamenané negativní vlivy na dané oblasti života

Vzdělávání a studium	Pracovní sféra	Rodinné vztahy	Přátelské vztahy
<ul style="list-style-type: none"> • Nedokončení studia • Traumatické události • Neschopnost zapadnout do kolektivu • Problémy s určitými situacemi ve škole • Psychické problémy 	<ul style="list-style-type: none"> • Neúspěšné pracovní pohovory • Pozdní začínání s brigádami a pracemi • Neschopnost zapadnout do kolektivu • Problémy s určitými situacemi v práci 	<ul style="list-style-type: none"> • Zatajování své diagnózy, aby nedošlo k odmítavé reakci • Neschopnost rodiny sociální fobii pochopit • Narušení vztahů 	<ul style="list-style-type: none"> • Malý okruh přátel • Narušení vztahů • Nepochopení ze strany vrstevníků • Ukončení přátelství

2.6.3 Vliv sociální fobie na navazování partnerských vztahů

Se seznamováním se s novými lidmi a navazováním vztahů s potencionálními partnery mělo problém všech 10 nemocných. Odpovědi se zde lišily dle pohlaví, a to z toho důvodu, že co se týče seznamování, stále převládá názor, že jsou muži považováni za iniciátory seznámení. Předpokládá se dle společenského úzu, že muž je ten, kdo udělá první krok a ženu osloví. V mém výzkumu je viditelné, že se muži bojí odmítnutí, za což může z části i jejich nemoc, ale u žen je úzkost týkající se odmítnutí mnohem větší.

2.6.3.1 Navazování partnerských vztahů z pohledu žen

U žen bylo evidentní, že by nikdy seznámení či oslovení opačného pohlaví neiniciovaly. Adéla se k tomu vyjádřila takhle: „*Většinou se neseznamuju já, já jsem na to taková spíš pasivní a osloví mě ten druhý. Já bych neměla odvalu.*“ Blanka vyjádřila svou vděčnost svému nynějšímu partnerovi, že ji oslovil jako první, protože ona by to nikdy neudělala. Gabriela i Iva se oslovení od opačného pohlaví dokonce snažily vyhnout. Gabriela uvedla: „*Sociální fobie měla určitě vliv na navazování vztahů. Třeba na střední jsem cítila, že kluci mají zájem, ale já jsem na to nedokázala nějakým způsobem reagovat, nebo já jsem reagovala tak, že jsem se stáhla, koukala do země a ignorovala je.*“ Iva se vyjádřila podobně: „*V průběhu let se mi líbilo hodně lidí, ale vždycky když něco přišlo, tak jsem se je jakoby snažila poštvat proti mně, aby prostě odešli, aby se semnou radši nebavili. Takže jsem si vše nechala utéct.*“ Ženy tedy k seznámení vyjádřily svou pasivitu a nesmělost. Adéla i Blanka by asi přes svůj stud, úzkost a nervozitu, nikdy neudělaly první krok a muže by neoslovily. Čekaly, až budou ony samy osloveny. Hana řekla, že by musela člověka hodně dlouho znát, aby se k prvnímu kroku odhodlala, což je pochopitelné. Adéla i Blanka mají vztah, který započal dlouhodobým přátelstvím. Takže navázání vztahu potom nebylo až tak těžké. Gabriela a Iva se naopak vyjádřily, že samy muže odháněly, a to ikdyž si vlastně vztah přály. Gabriela přiznala, že nedokázala na iniciativu ze strany muže reagovat a proto se raději stáhla do sebe. Iva se obávala, že by vztah nefungoval, a proto raději ani žádný nenavazovala. Tento strach je velice běžný, je jedním z důvodů, proč sociální fobici mají první vztah později než je běžné.

Když se zaměříme na způsob seznámení, tak Gabriela a Hana vyzkoušely seznamky, ale pouze okrajově a nedopadlo to dobře. Problém vyvstává, i když dojde na možnost osobního setkání, ženy se ho rozhodnou raději odmítnout, než se vystavit této sociální interakci. Mezi často využívaný způsob seznámení je seznámení přes internetové fórum či chat, týkající se sociální fobie či jiné psychické poruchy. Zde ženy hledají partnera, který pro jejich psychickou nemoc bude mít pochopení. Adéla a Blanka se se svými partnery seznámily už ve škole, tedy po dlouhodobém přátelství, které vyústilo v partnerský vztah. Přičemž Blanka přiznala: *„Byli jsme spolužáci a navíc jsme se znali od malinka. Myslím si, že kdyby to byl někdo, koho bych poznala nově, tak by to asi úplně nešlo.“* Blanka přiznala, že kdyby poznala nějakého nového muže, asi by úplně nešlo vztah navázat. Ženy mají v tomto smyslu problém s otevřeností a důvěrou a trvá jim déle, než se ve vztahu uvolní a zmírní se jejich úzkost.

2.6.3.2 Navazování partnerských vztahů z pohledu mužů

Z pohledu mužů je poznat, že považují seznamování nebo oslovení ženy, za velice úzkostné situace, na které má sociální fobie neuvěřitelně velký vliv. Strach z odmítnutí je někdy blokuje natolik, že ženu, která se jim líbí, neosloví, a následně toho litují a mají na sebe vztek. David se k tomu vyjádřil následovně: *„Když jsem byl na chalupě a byla tam pěkná holka, tak jsem si říkal, že se s ní seznámím, ale nějak jsem jí nedokázal prostě oslovit. Pak jsem tam teda byl zase za rok, zase tam byla, ale zase jsem jí nedokázal oslovit, a to jsem si dal i víno. A ani to nepomohlo, tak jsem jí neoslovil. To mně pak už namíchlo a říkal jsem si, že zajdu k doktorovi.“* Davidova výpověď jasně naznačuje, že pocit, že není schopný oslovit dívku, ho rozčílil natolik, že se rozhodl k vyhledání odborné pomoci. Zároveň uvedl, že nepomohl ani alkohol. Požití alkoholu před oslovením ženy uvedli další 3 muži. Ctibor uvedl: *„Tak sociální fobie má na navazování vztahů zásadní, samozřejmě negativní vliv. Třeba už jenom to prvotní oslovení dělá sociofobikovi obrovské problém. Takže nejlíp se to dělá třeba někde na zábavě, že tam je alkohol, tak se odbourávají zábrany a napětí klesá.“* Jiří k tomu dodal: *„Alkohol je v tomhle ohledu super, protože ikdyž mě holka odmítne, tak si to tak neberu. Kdyby mě odmítla za střízliva, tak bych odtamtud hned odešel. Ta sociální fobie působí tak, že si to odmítnutí moc beru a pak se mi hodí hlavou myšlenky jestli má cenu nějakou ženu oslovit, když mě stejně znovu odmítne.“* Požití alkoholu je velice běžné, zvláště

pro tuto úzkostnou poruchu. Setkala jsem se s tím, ale jen v případě výpovědí u mužů a právě ve spojení se seznamováním s opačným pohlavím. Jedním z důvodů je právě nátlak společnosti, kdy se od muže doslova očekává, že ženu osloví, a vzhledem k tomu, že za střízlivého stavu je míra úzkosti příliš vysoká, nezbývá než využít alkoholu a jeho dočasného snížení úzkosti.

Nejčastějším způsobem vyhledávání potencionálních partnerů, byla seznamka. Byl to sice nejčastější způsob, ale ne moc účinný. Seznamku vyzkoušelo všech 5 mužů, ale setkala jsem se se stoprocentní nespokojeností. Ačkoliv to považují s ohledem na svou nemoc za jednoduchý způsob seznámení, přiznali, že pro muže ta seznamka moc není. Filip na téma seznamky řekl: *„Dával jsem si na internet seznamku a to vím, že když si dá holka, tak odepíše 50 kluků a vybírá koho. Klukům možná za měsíc odepíše jedna. I tak jsem to zkoušel, ale zjistil jsem, že ta holka lže.“* Podobnou zkušenost měl i Ctibor a David. Dalším možným způsobem seznámení je, jak již bylo zmíněno u seznamování z pohledu žen, návštěva internetového fóra nebo různých diskuzí na téma sociální fobie a jiných psychických poruch. Osoby zde naleznou pochopení, dodá jim to jistotu, že psychickou nemocí netrpí sami, nebojí se svěřit a často si o svých fobiích, úzkostech a zažitých negativních zkušenostech píší a vyprávějí. David řekl: *„Ono je to lehčí na tom fóru. Tam si povídáte a je to takový jednodušší, než jít venku a oslovit někoho neznámého.“* K oslovení někoho neznámého se Ctibor vyjádřil následovně: *„Takovýto oslovení v obchodě, někde ve škole, takovýto náhodný oslovení, jako jo za určitých okolností se to dá, ale člověk se tím vyčerpá a ten jeden neúspěch v něm leží delší dobu, než se z toho oklepe.“* Pro muže je tedy také nejlepší oslovení žen, které jejich nemoc pochopí a naleznou v nich podporu.

2.6.4 Vliv sociální fobie na partnerství

V této kapitole jsem se zaměřila na partnerský život nemocných. Zajímalo mne, jak se nemocní ve vztahu cítí, jak ho prožívají. Zda chovají k partnerovi důvěru a otevřenost. Zda se s partnerem cítí v životě lépe, zda jim jeho přítomnost v úzkostných situacích pomáhá a zda si na partnerovi utvářejí určitou závislost. Zajímalo mne úplně všechno, co mi k prožívání vztahu mohli nemocní říci, pozitivní i negativní stránky partnerství.

7 osob mi sdělilo, že se v některém ze svých partnerských vztahů necítily šťastně. Setkaly se s nepochopením druhého partnera a musely ze vztahu odejít. Někoho může takový negativní vztah, odmítnutí a nepochopení, ovlivnit natolik, že se do dalších vztahů ani pouštět nechtějí. Adéla uvedla: *„On ten první vztah byl hodně špatnej. Negativně ovlivnil ten co mám teďka, že jsem se vlastně bála jít do čehokoli znova.“* Jiří měl podobnou zkušenost a řekl: *„Mám za sebou velice špatný vztah, partnerka mi vůbec nerozuměla, nedokázala pochopit, proč s ní nechci chodit na nějaké společenské akce, nebo do kina a do divadla. Svým kamarádkám si pak stěžovala a vlastně jsem jim byl pro smích. Takže jsem vztah ukončil, protože už jsem to psychicky nezvládal a od té doby jsem se bál navázat nějaký další vztah. Naštěstí jsem poznal nynější partnerku a s tou už jsem šťastný.“* Jak uvedli Jiří a Adéla, po jedné negativní zkušenosti s partnerem, který je plně nepochopil, se obávali dalšího vztahu. To zapříčinilo, že v dalším vztahu byli opatrnější a váhavější, takže to ovlivnilo jejich další vztah.

Setkala jsem se také s obavou, že partnerovi začne nemoc vadit a nemocného partnera opustí. S touto obavou jsem se setkala pouze u osob, které mají partnerský vztah se zdravým partnerem. Důvodem je to, že úzkostné poruchy neznají a se sociální fobií se mnohdy nikdy nesetkali. Je pro ně pak těžké pochopit, jak se jejich nemocný partner cítí. Nemocné osoby popsaly i počáteční nervozitu z toho, jak bude partner reagovat, až se dozví o jejich nemoci. Blanka uvedla: *„Nejtěžší byly ty začátky, já byla hrozně nervózní z toho, jak mě bude pozorovat, jak budu působit, jestli se nelekne, že jsem nějaká divná.“*

Co se týče právě otevřenosti a důvěry ve vztahu, nesetkala jsem se se zatajováním či vyhýbáním se říci svým partnerům, co je trápí. Všichni informátoři uvedli, že jsou ve vztahu otevření. Je pravda, že jim trvá déle, než si v partnera důvěru vytvoří, ale poté si vše říkají a nic nezatajují. Pokud si najdou partnera, který trpěl či stále trpí sociální fobií či jinou úzkostnou poruchou, je možné si důvěru a otevřenost utvořit mnohem rychleji, protože nemocní cítí, že je partner pochopí.

5 osob mluvilo o závislosti na svém partnerovi. Přítomnost partnera v sociálních situacích ať už obávaných nebo normálních je pro nemocné velice důležitá. Jiří uvedl: *„Jsem hrozně rád, když je partnerka v takových těch sociálních situacích, i kdyby to bylo jen tak venku, nebo mezi lidmi, semnou. Cítím se pak mnohem lépe, vím, že kdyby nastala situace, že začnu být nervózní, tak ona mě svou přítomností jakoby uklidní.“* Adéla uvedla podobnou myšlenku: *„Já bych řekla, že jsem na něm občas závislá až moc. On je hrozně racionální, takže*

když já začnu panikařit, že něco nezvládnou, tak on mi prostě dokáže dát důvody, že se nemám stresovat a často má pravdu no.“ Na druhou stranu když jsou někde sami bez partnera, musejí se spolehnout sami na sebe, k čemuž se Hana vyjádřila následovně: *„Když jsem sama, tak si něco jakoby sama zařídím, tak to zvládnou, ale když mám tu možnost, tak to nechám na něm.“* U mužů jsem se navíc setkala s pocitem méněcennosti v případě, že by se museli spoléhat na partnerku. Spíše je to motivuje, aby svou nemoc překonávali a úzkostným situacím se vystavovali. David řekl: *„To jako když jsme pak někam šli, tak to bylo blbý, že se teda za ní nedokážu postavit. Ale jak jsme byli spolu, tak mi to spíš pomáhalo a přišlo mi, že mě to jakoby podporuje a nutí s tím něco dělat.“* Ctibor se vyjádřil skoro stejně a dodal: *„Přišlo mi potupný si před ní neobjednat a vystupovat jako cíťa. Tak o to víc jsem si chtěl objednat a tak jsem o to víc převzal tu situaci, že za sebe umím jednat.“*

Také 4 osoby zmínily, že si s partnerem přijdou lépe v tom smyslu, že vedle sebe někoho mají, protože existují ty společenské kliše týkající se partnerství, kdy by měl mít každý někoho vedle sebe. A to, že nemocní vedle sebe někoho mají, jim dodává pocit normálnosti. Každopádně když měli, někteří stále mají, nemocní vztah, ve kterém byli šťastní, sdělili mi, že se ve vztahu cítili mnohem lépe než sami. Cítili se klidnější, spokojenější a naplněnější. Volný čas trávili s partnerem a nad svou nemocí nepřemýšleli tolik, jako když byli sami.

Tabulka č. 3 - Přehled zaznamenaných vlivů na partnerství

Pozitivní vliv	Negativní vliv
<ul style="list-style-type: none"> • Velká otevřenost a důvěra ve vztahu • Starost o nemocného partnera a zájem, aby se měl dobře a šťastně • Více času stráveného spolu 	<ul style="list-style-type: none"> • Odmítnutí a nepochopení partnera • Ukončení partnerského vztahu • Neustálé obavy, že partner ze vztahu odejde • Výčitky a hádky • Závislost na partnerovi • Přizpůsobení se nemocnému partnerovi • Nemocný partner upíná pozornost na sebe • Nemocný partner se nechce účastnit společenských akcí

	<ul style="list-style-type: none">• Nemocný partner potřebuje být pořád ubezpečován
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------

2.6.5 Pohled partnera a jeho případná participace na léčbě

Zde mne zajímalo, jak nemoc vnímá partner z pohledu nemocných a zda se nějakým způsobem podílí na jejich léčbě. V průběhu výzkumu jsem se setkala s nemocnými, kteří měli buď zdravého partnera anebo partnera, který stejně jako oni, trpí sociální fobií.

Zdravý partner nemoc zpočátku nechápal, buď o ní nikdy neslyšel anebo slyšel, ale dále se o to nezajímal. Nemocní se tedy setkali s nepochopením a výčitkami. Někteří partneři pro to však, podle jejich slov, měli pochopení, dokonce si o sociální fobii hledali další informace, aby věděli, jak se k nemocným chovat, případně na co si dát pozor. Blanka uvedla, že její partner měl ochranný přístup, kdy vše dělal za ní, aby se zbytečně nestresovala. Musím říci, že z výzkumu vyplývá, že větší pochopení měli muži. Zdravé ženy od svých partnerů očekávají určitou průbojnost, určitou míru zastání, vyčítaly jim, že se více společensky nezapojují nebo nemají lepší pozici v práci. Ctibor se vyjádřil následovně: *„Když jsme měli nějaký hádky, tak ona mi pak vyčetla, co já se do ní jako navážím, že já jsem ten, kdo má problém, a ne ona.“* S výčitkami se setkal i Emil, který řekl: *„Spíš mi to bylo vždycky vyčítáno, že nejsem moc průbojný člověk a spíš mi to bylo předhazováno. Mojí nemoc brala jako slabost.“* Zdravý partner se navíc do míry úzkosti partnera nemocného nemůže nikdy plně vžít. Z tohoto pohledu se hůře ve vztahu cítili nemocní muži, kterým jejich zdravé partnerky nemoc převážně vyčítaly, a to i když je z počátku podporovaly.

Nemocní partneři mají pro sociální fobii mnohem větší pochopení, protože sami vědí, jaké to je žít s touto úzkostnou poruchou. Stejně jako u zdravého partnera, lépe tuto nemoc přijímají a vnímají u svých partnerů muži. Nemocné ženy to svým nemocným partnerům, i přesto, že by se předpokládalo, že budou mít pochopení, předhazují a vyčítají. Ženy vyžadovaly, aby se za ně partner postavil a chránil je, samy však své partnery chránit nechtěly. Filip uvedl: *„Pochopení částečně měla, taky měla ty úzkosti, ale bála se, že mě bude muset nějak podržet ve vztahu a být mi oporou. Trochu mě chtěli spíš využít jako toho lva, co před ní bude běhat a úzkosti a problémy od ní odhazovat.“* Z toho vyplývá, že i nemocné partnerky svým nemocným partnerům nemoc v nižší míře vyčítají.

Co se týče léčby, ani jednou se nikdo nezmínil, že by s tím měl partner problém. To, že nemocný partner bral léky proti úzkosti, navštěvoval psychologa či psychiatra, anebo docházel na terapie, ani jednomu z partnerů ať už zdravých či nemocných nevadilo a podporovali to. Iva se vyjádřila následovně: „*Rozhodně udělá cokoli, abych se měla líp. A myslím si, že ať by mě napadla jakákoliv alternativa léčby, tak by mě podpořil.*“ Jiří dokonce uvedl, že docházel na skupinovou terapii se svou partnerkou.

Emil uvedl, že partnerka mu přímo s léčbou pomoci nemůže, protože si člověk musí pomoci sám a dělat si expozice. Adéla i Blanka se v tomto smyslu vyjádřily, že jim pomáhá, když je tomu partner v určité omezené míře vystavuje. Blanka řekla: „*On mě do toho zkouší nutit, ale už asi ví ten moment, že už bych se mu tam sesypala, ale snaží se.*“ Pro Hanu bylo tou největší pomocí od partnera to, že ji objednal k psychiatrovi, sama se mi svěřila, že by se tam jinak asi nikdy nedostala, protože to pořád odkládala.

Partner tedy určitou mírou může do léčby zasáhnout. Jiří a Hana uvedli, že jen díky svým partnerům se se svou nemocí začali léčit. Adéla a Blanka uvedly, že jim partner pomáhá s pomocí expoziční léčby, což je zatím asi nejrozšířenější pomoc, jakou může zdravý partner nabídnout.

Tabulka č. 4 – Přehled podpory partnera v léčbě

	Jméno	Podpora v léčbě
1	Adéla	Ano. Snaží se ji situacím hodně vystavovat.
2	Blanka	Ano. Snaží se ji donutit, aby se některým obávaným situacím vystavila.
3	Ctibor	Ano. Na druhou stranu Ctibor měl svou hrdost a nechtěl, aby ho někdo vodil za ruku.
4	David	Ano. Ona se také léčila.
5	Emil	Ano. Jeho partnerky se také léčily. Spíš se snažil sám za sebe a vystavoval se svým obávaným situacím.
6	Filip	Ano. Jeho partnerky to podporovaly.
7	Gabriela	Ano. Maximální podpora. Také se dříve léčil.
8	Hana	Ano. Díky němu se dostala k psychiatrovi.

9	Iva	Ano. V léčbě ji maximálně podporuje.
10	Jiří	Ano. Díky ní se dostal k psychiatrovi.

2.6.6 Diskuze

V mé výzkumné práci jsem chtěla poznat a popsat život osob trpících úzkostnou poruchou zvanou sociální fobie. K tomu jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou metodu a s nemocnými jsem vedla polostrukturované rozhovory. Skrze tyto rozhovory jsem se chtěla dozvědět, jak sociální fobie ovlivňuje život nemocných, a hlavně jak ovlivňuje partnerské vztahy. Po nemocných jsem chtěla, aby mi popsali, jak je jejich život sociální fobií ovlivněn, jak jsou ovlivněny jejich partnerské vztahy a schopnost jejich navázání. Zajímalo mne, jak vztah prožívají a jak se v něm cítí. Důraz jsem kladla hlavně na to, aby mi toho řekli k tématu co nejvíce, aby mi popsali své emoce a své zkušenosti.

Polostrukturovaný rozhovor se ukázal být velice dobrým prostředkem k získání odpovědí na mé výzkumné otázky a vedl i k jejich rozšíření. V závěru jsem se toho dozvěděla mnohem více, než jsem očekávala.

Začátkem výzkumu jsem se zaměřila na diagnózu nemoci a pocity, které s jejím zjištěním nemocní měli. Zajímalo mne, jak na svou nemoc pohlížejí. U nemocných převládalo několik druhů nemocí, avšak tou hlavní byla úleva. Úleva vyplývala z toho, že nemocní konečně zjistili, co stojí za jejich chováním, jejich úzkostí a strachem z některých sociálních situací. Navíc zjistili, že tuto nemoc nemají sami, ale má ji mnoho dalších lidí, které je možno kontaktovat a sdílet s nimi své pocity, zkušenosti a strasti, které sociální fobie obnáší. S úlevou většinou přicházelo rychlé zahájení léčby. Zaměřila jsem se i na věk zjištění, který je mnohdy vyšší kvůli strachu z navštívení lékaře a vyhledání odborné pomoci. Tím se i potvrdilo tvrzení Steina a Steina (Stein, Stein, 2008), kteří napsali, že lidé často dlouho trpí, než vyhledají odborníka. Také se potvrdilo, že si lidé myslí, že nejde o žádnou poruchu, ale pouze o povahový rys, o introverzi.

Osob jsem se i zeptala na jejich hlavní problémy, které v současné době přetrvávají. Mnozí se svěřili, že se svou nemocí bojují už několik let a úzkostnou situaci, která jim dělala problém na začátku při vypuknutí nemoci, mnohdy překonali. Poté se však objevili další a některé stále přetrvávají. Pro některé je oblast seznamování a utváření partnerských vztahů nejvíce ovlivněnou oblastí ze všech.

Z rozhovorů vyplývá, že sociální fobie má vliv na všechny dané oblasti života – vzdělávání, práce, rodina a přátelé. Lidé se sociální fobií mají malý okruh přátel, někteří o nemoci vědí, někteří ne. Často se setkávají s nepochopením, a to zvláště od extrovertních

přátel. Co se týče rodiny, pouze 2 osoby, které se podílely na mém výzkumu, se svěřily se svou nemocí rodině. Což je poměrně překvapivým zjištěním, protože se předpokládá, že rodině se člověk se svou diagnózou svěří jako první. Setkáme se s klidným přijetím diagnózy avšak i s negativním přijetím a popíráním, jak již zmínil Janíček (Janíček, 2008) ve své knize. S oblastí práce mělo problém všech 10 informátorů, avšak zjistila jsem, že 2 nemocní uvítali vystavování se svým úzkostem, což pro ně byl krok vpřed.

Když jsem se ptala na oblast studia a vzdělávání. Od 7 nemocných jsem se dozvěděla, že školu buď sami ukončili, protože stres už psychicky nezvládali, anebo ji ukončit museli, protože nesplňovali podmínky pro pokračování ve studiu. Ke stejnému výsledku dospěli i Topham a Russell (Topham, Russell, 2012) ve svém výzkumu. Vyhýbání se úzkostem, se kterými se sociální fobici potýkají ve škole, a které vede k zanechání studia, se děje bohužel velice často. Všichni nemocní vyjádřili svou lítost nad ukončením studia. Zároveň jsem se dověděla, že si někteří dokonce vybrali školu tak, aby svou úzkost co nejvíce minimalizovali, a ani se nepokusili o přijímací zkoušky na svou vysněnou školu, kde by se úzkosti museli vystavovat v mnohem větším měřítku.

Po dvou základních otázkách týkajících se obecně života nemocných jsem se zaměřila na oblast partnerských vztahů. Všem 10 informátorům činí seznamování a navazování partnerských vztahů veliké problémy a neskutečnou úzkost. Narazila jsem zde však na rozdílné odpovědi žen a mužů. Muži jsou považováni za iniciátory oslovení ženy a za ty, kdo udělá první krok při seznamování s potenciálním partnerem. Tudiž oni nejenom pociťují úzkost z oslovení opačného pohlaví, ale také strach z odmítnutí a k tomu stud, že nejsou schopni první krok iniciovat. Nebylo tedy překvapením, když v těchto situacích padla zmínka o požití alkoholu pro odbourání strachu a zmírnění úzkosti. Ženy naopak vůbec nepociťovali stud, že muže nedokážou oslovit, spíše se jakémukoliv oslovení ze strany muže vyhýbaly a odmítaly jej. Ve shodě však byli muži i ženy ve způsobu seznámení. Shledali, že internetová komunikace je tím nejlepším a nejjednodušším způsobem k seznámení a velice často se stalo, že své partnery našli na internetových stránkách, fórech a různých diskuzích týkajících se sociální fobie či jiných úzkostných poruch.

Stejně jako Nielsen a Cairns (Nielsen, Cairns, 2009) došli ve svých výzkumech k závěru, že se nemocné ženy velice obávají reakce partnera na diagnózu, i já jsem došla ke stejnému výsledku. Mnoho lidí o úzkostných poruchách neví, a když jim někdo řekne, že trpí sociální fobií, možná že si dokáží trochu představit, co to znamená, ale nedokáží si představit, co to

obnáší. V mém výzkumu jsem se dozvěděla, že to zdravé partnery vyděsí. Tyto vztahy pak končí rozchodem. Na druhou stranu jsem se setkala i s chápavými partnery, kteří si o této nemoci vše zjistili a své nemocné partnery chápou a podporují, jak nejlépe dovedou. Stejných výsledků jsem dospěla i co se týče závislosti na partnerovi, kdy osoby popisovaly, že se v jeho přítomnosti v sociální situaci cítí mnohem lépe a nejsou tak nervózní.

Na druhou stranu se mé výsledku lišily od výzkumu, který provedl Kashdan a jeho kolegové (Kashdan a kol., 2007). Výsledkem jeho výzkumu bylo tvrzení, že se nemocní snaží vyhýbat jakékoliv expresi negativních emocí, myšlenek a pocitů, které by mohly vést k ukončení vztahu. Mé výsledky přinesly pravý opak. Nemocní svým partnerům své pocity ať už pozitivní či negativní sdělovali. Byla mezi nimi otevřenost a důvěra, kdy si vše říkali. Nejsem si jistá, co vedlo k opačnému výsledku, ale přičítám to nízkému počtu informátorů a kvalitativnímu výzkumu.

Ve svém výzkumu jsem se také zaměřila na pohled partnera a zajímalo mne, jestli se nějakým způsobem podílí na léčbě. Zda ji schvaluje či naopak odsuzuje. Vzhledem k tomu, že jsem se ve svém výzkumu setkala se zdravými partnery, ale i s partnery, kteří měli také sociální fobii, vyšly mi dva rozdílné výsledky výzkumu. Zdraví partneři buď diagnózu svého nemocného partnera pochopili anebo ne, s čímž souviselo ukončení vztahu. Pokud byl zdravý partner muž, měl převážně ochranný přístup, své nemocné partnerce pomáhal. I přes různá omezení, jako je například omezená návštěva společenských akcí apod., jsem se ve výpovědích nesešla se vztahem plným hádek a výčitek, ale spíše s ohleduplností. Opakem byl vztah nemocného muže a zdravé ženy, který mě velice překvapil. Ve všech případech došlo k nepochopení z ženy strany, protože od muže očekávala průbojnost, sílu, a nemoc považovala za slabost. Ve vztahu bylo hodně hádek, výčitek a vztahy musely být ukončeny.

Co se týče nemocných partnerů, i zde musím oddělit muže od žen. Nemocní muži byli popsáni jako velice chápaví a ohleduplní. Sami diagnózu mají či měli, a pro nemocné partnerky tak mají pochopení. Ve vztahu se oba spíše vyhýbají společenským situacím a volí klidnější prostředí bez úzkostí. Překvapilo mě však chování nemocných žen k nemocným partnerům. Nemocné ženy byly většinou popsány jako zpočátku chápající, avšak posléze i ony, stejně jako zdravé ženy, od svého partnera vyžadovaly určitou míru průbojnosti a zastání. Ve vztahu tak docházelo k výčítám ze strany nemocné ženy, avšak nebylo to tak extrémní jako u ženy zdravé.

Ikdyž by se mohlo zdát, že partnerské vztahy sociálních fobiků budou popsány spíše negativně, byly převážně hodnoceny pozitivně. Mnozí uvedli, že se ve vztahu cítí velice dobře a jsou spokojeni, ikdyž si někteří museli projít vztahem špatným. Výsledky výzkumu naznačují, že osoby trpící sociální fobií mající vztah se cítí mnohem lépe a naplněně. Partner má veliký vliv na snížení úzkosti, zvláště v sociálních situacích. Navíc jsem se dozvěděla, že partner je většinou ten, kdo nemocné přemluví k léčbě a navštívení psychologa a psychiatra. A zároveň je partner tím, kvůli komu nemocní léčbu podstupují. Chtějí se se svým partnerem více účastnit společenských akcí a chtějí mít spokojenější vztahy.

2.7 Závěr

Myslím si, že má výzkumná práce přinesla velice zajímavý pohled na vnímání a prožívání partnerských vztahů osob trpících sociální fobií. Má práce je pojata z pohledu nemocných, kteří mi popsali, jak se ve svém životě cítí a jak se cítí v partnerských vztazích. Popsali mi, jaké jim sociální fobie staví do cesty překážky a jak se s nimi vyrovnávají. Výsledky mé práce ukazují, že zdravý partner se na léčbě podílí skoro nevědomě, když se snaží svého nemocného partnera přemluvit až „donutit“ k vystavení se úzkostné situaci. Nejenže tak pomáhá v expoziční léčbě, ale i samotná jeho přítomnost snižuje míru úzkosti a strach, který nemocný cítí. Navíc pokud bude vědět, že se na partnera může spolehnout a on mu v případě potřeby pomůže, vystaví se situaci mnohem pravděpodobněji. Bylo by tudíž velice dobré, kdyby se na toto téma, tedy sociální fobie a její vliv na partnerský vztah, dělalo více výzkumů, a aby se pojem sociální fobie dostal do širšího povědomí veřejnosti. Zároveň by se mělo využít partnera a zapojit ho do samotné léčby, protože by na léčbu mohl mít velice pozitivní vliv.

2.8 Seznam použité literatury

2.8.1 Literatura

ANTONY, Martin M., SWINSON, Richard P.. *The shyness and social anxiety workbook*.

Oakland: New Harbinger Publications, 2008

BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006.

ISBN 80-244-1354-X.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*.

Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

JANÍČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. Praha: Portál, 2008. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-

366-6.

KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*. Vyd. 2. V Praze: Česká zemědělská

univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2011. ISBN 978-80-213-2210-3.

KENNERLEY, Helen. *Jak zvládat úzkostné stavy: příručka pro klinickou praxi* : [psychologické

metody a praktický nácvik]. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-266-1.

MARKS, Isaac Meyer. *Fears and phobias*. London: British Medical Association, 1987

MIDDLETON, Kate. *První kroky z úzkosti*. Uhřetice: Doron, 2014. První kroky (Doron). ISBN 978-

80-7297-113-8.

MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi*

krocích. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál), 89. ISBN 978-80-262-

0688-0.

PEŠEK, Roman, Ján PRAŠKO a Petr ŠTÍPEK. *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro*

terapeuty, studenty a poučené laiky. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0501-2.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Trápí vás nadměrný stud, aneb, Jak překonat sociální fóbiu*.

Praha: Grada, 1999. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-733-8.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Specifické fobie*. Praha: Portál, 2008. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-300-0.

PRAŠKO, Ján a Michaela HOLUBOVÁ. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5841-1.

PRAŠKO, Ján. *Sociální fobie: jak překonat nadměrný stud*. Praha: Portál, 2005. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7367-031-3.

PRAŠKO, Ján. *Sociální fobie a její léčba: příručka pro vedení terapie*. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. Zprávy (Výzkumný ústav psychiatrický. Psychiatrické centrum), č. 147. ISBN 80-85121-90-5.

PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Sociální fobie a její léčba: příručka pro lidi se sociální fobií*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-580-2.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

2.8.2 Články

ACARTURK C. a kol.. Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help Peking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2008, vol 43, s. 273-279

KASHDAN, Todd B. a kol.. Social anxiety and romantic relationships: The costs and benefits of negative emotional expression are kontext-dependant. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007, vol 21, s. 475-492

KOSOVÁ, Jiřina. Farmakoterapie a psychoterapie úzkostných poruch. *Psychiatr. Prax.* 2005, roč. 6 s. 6-15

MENDLOWICZ, Mauro V., STEIN, Murray B.. Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 2000, vol 157, s. 669-682

NIELSEN, Kate, CAIRNS, Sharon. Social Anxiety and Close Relationships: A Hermeneutic Phenomenological Study. *Canadian Journal of Counselling*. 2009, vol.43:3

OLLENDICK, Thomas H., HIRSCHFELD-BECKER, Dina R.. The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*. 2002, vol 51, s. 44-58

OVERHOLSER, James C.. Congitive-Behavioral Treatment of Social Phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2002, vol 32, s. 125-144

STEIN, Murray B., STEIN, Dan J.. Social anxiety disorder. *The Lancet*. 2008, vol 371, s. 1115-1125

SWIFT a kol.. Livin with Anxiety. Understanding the role and impal of Anxiety in our lives. *Mental Health Foundation*. 2014

TOPHAM, Phil, RUSSELL, Graham. Social anxiety in higher education. *The British Psychological Society*. 2012, vol 25, s. 280-283

ZEFF, Karen R.. The Effects of Social Anxiety on the Development of Romantic Relationships in Adolescence. *Electronic Theses and Dissertations*. 2005