UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2009 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Eva Navrátilová

Sociální fobie a agorafobie

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Mgr. Ivana Běhalová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR PART-TIME STUDIES

2009 - 2013

BACHELOR THESIS

Eva Navrátilová

Social phobia and agoraphobia

Prague 2013

The bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Mgr. Ivana Běhalová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15. března 2013 Eva Navrátilová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Mgr. Ivaně Běhalové za perfektní přístup při psaní mé bakalářské práce. Její pomoc byla velmi motivující. Je přirozeně podporující osobností, díky které se mi podařilo vložit do práce značný kus mé osobnosti.

Anotace

Bakalářská práce pohlíží na problematiku sociální fobie a agorafobie. Rozebírá příčiny vzniku, průběh a následky těchto specifických fobií. Teoretické poznatky jsou využity v případové studii, která názorně popisuje jedince trpícího sociální fobií a agorafobií. Na závěr se práce zaměřuje na možnosti léčby těchto poruch.

Klíčové pojmy

Agorafobie, farmakoterapie, fobie, fyziologie emocí, kazuistika, kognitivně behaviorální terapie, psychoterapie, sociální fobie, strach, úzkost.

Annotation

This bachelor thesis looks at issue of social phobia and agoraphobia. Thesis analyzes the causes, course and consequences of the specific phobias. Theoretical knowledge is applied in a case study that illustrates the individual suffering from social phobia and agoraphobia. Finally, the thesis focuses on the treatment options for these disorders.

Key words

Agoraphobia, anxiety, casuistry, cognitive behavioral therapy, psychotherapy, fear, pharmacotherapy, phobia, physiology of emotion, social phobia.

OBSAH

ÚVOD **8**
1 ÚKOST, STRACH, FOBIE **10**
1.1 Úzkost 10
1.2 Strach 11
1.3 Fobie 12
2 FYZIOLOGICKÁ SLOŽKA EMOCÍ **14**
3 SOCIÁLNÍ FOBIE A AGORAFOBIE **17**
3.1 Sociální fobie 17
3.2 Agorafobie 19
4 VZNIK SOCIÁLNÍ FOBIE A AGORAFOBIE **21**
4.1 Faktory vzniku sociální fobie a agorafobie 22
5 ODRAZ SOCIÁLNÍ FOBIE A AGORAFOBIE V KAŽDODENNÍM ŽIVOTĚ **25**
5.1 Somatoformní porucha 25
5.2 Kognitivní omyly 26
5.3 Nízké sebehodnocení 29
5.4 Vyhýbání se socializaci 30
5.5 Naučená bezmoc 31
5.6 Depresivní stavy 31
6 KAZUISTIKA PACIENTKY TRPCÍCÍ SOCIÁLNÍ FOBIÍ A AGORAFOBIÍ **33**
6.1 Eva, sociální fobie a agorafobie 33
6.2 Klíč k 13. komnatě 38
7 MOŽNOSTI LÉČEBNÉ INTERVENCE **40**
7.1 Farmakoterapie 41
7.2 Psychoterapie - kognitivně behaviorální terapie 42
8 SOCIÁLNÍ FOBIE A AGORAFOBIE V ČESKÉ DOKUMENTÁRNÍ TVORBĚ **46**
ZÁVĚR **48**
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ **51**

ÚVOD

Do života každého z nás neodmyslitelně patří emoce. Jsou naší každodenní součástí. V podstatě náš život utváří a velmi zásadně jej ovlivňují. Mnoho lidí věří, že mohou své emoce dobře ovládat. Důvodem pro toto přesvědčení je víra v lidské racionální myšlení. Ovšem právě zde se nabízí otázka, zda nám opravdu stačí vlastní rozum k tomu, abychom úspěšně korigovali či potlačovali emoce. Zvláště potom ty, které na nás mají negativní vliv. Kdy nastává zlom, který promění racionálně kontrolovanou situaci v nekontrolovanou? Co je podnětem k tomu, aby se úzkost přeměnila ve strach a ten následně vyvrcholil ve fobii?

Témata úzkosti, strachu a fobie se staly fenoménem současného uspěchaného života. Trpíte-li sociální fobií nebo agorafobií, zjistíte, že vám tato nemoc postupně vstupuje do každého okamžiku vašeho dne. Nejste schopni chodit mezi lidi, navazovat nové vztahy nebo jen udržovat ty stávající. Vliv tohoto tématu se přenáší i na pracovní stránku našeho života. Mohli bychom pracovat v oblasti, která nás baví a která nás bude naplňovat, ovšem sociální fobie či agorafobie nám tuto možnost znemožní. Jak máme studovat či pracovat, když se nejsme schopni dopravit do práce nebo do školy? Pokud chceme studovat vysokou školu nebo úspěšně budovat kariéru, musíme podávat odpovídající výkony. Ovšem bojíme-li se naše myšlenky prezentovat okolí, nemůžeme očekávat svůj osobnostní růst. Respekt a víru v naší osobnost od okolí nezískáme, pokud nedokážeme respektovat sami sebe a nezačneme věřit ve své schopnosti. Jedním z hlavních očekávání této práce je pomoci lidem, kteří těmito fobiemi trpí, aby měli možnost žít normální život a mohli dělat to, co je naplňuje. Vypracováním tématu chci podnítit k většímu zájmu laické veřejnosti o psychické nemoci, které nás v současné době zasahují stále častěji. Je potřeba, aby se co nejvíce lidí dozvědělo o těchto fobiích a alespoň z části se vcítili do života jedinců, kteří tímto problémem trpí. Dalším důvodem pro volbu tématu sociální fobie a agorafobie bylo hledání odpovědí na vlastní otázky. Přestože úzkost a strach jsou emoce, se kterými se běžně potýká každý z nás, v některých případech nám mohou začít ničit život. Sociální fobií a agorafobií trpím již sedm let a mohu říci, že spoustu momentů mého dospívání mi tyto fobie zničily. Proto bych jim ráda porozuměla.

Práce zahrnuje různé metody výzkumu, mezi které patří pozorování, introspekce, obsahová analýza odborné literatury nebo autoanalýza. V úvodní části se obecně zaměříme na definice úzkosti, strachu a fobie. Seznámíme se také se základním minimem, které je potřeba znát pro poznání této problematiky, čili s fyziologickou složkou emocí. Dále práce popisuje vznik těchto úzkostných fobií a rozebírá jejich následky. Vše budeme názorně aplikovat na skutečný příběh dívky, která se od svého dospívání potýká se spojením sociální fobie i agorafobie. Pokusíme se vžít do její role a uvědomit si, jakou moc hrají emoce v našem životě. Mezi závěrečné části práce uvedeme možnosti léčebné intervence. Dozvíme se, jaké jsou možnosti léčby pomocí farmakoterapie, ale také formou psychoterapie, ve které vyzdvihneme především terapii kognitivně behaviorální (KBT).

1 ÚZKOST, STRACH, FOBIE

Úzkost a strach jsou velmi častou a nevylučitelnou součástí našeho života. Do jisté míry se jedná o naprosto přirozenou věc. Tyto emoce nás připravují ve chvílích ohrožení na útok nebo rychlý únik. Úzkost a strach nám říkají, čeho se vyvarovat a mnohdy nám mohou zachránit život. Problém nastává ve chvíli, kdy strach a úzkost nejsme schopni kontrolovat. K třídění a popisu psychických poruch slouží Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize (MKN-10. revize).

1.1 Úzkost

Drvota říká: "*Úzkost je nepříjemný duševní emoční stav, doprovázený předtuchou nejasného nebezpečí, tedy předtuchou hrozby, kterou subjekt není schopen přesně pojmout, určit.*" Zároveň úzkost popisuje jako těžko objektivní vnitřní předpoklad pocitu jistoty. Právě kvůli tomu na nás přichází strach z toho, že se v konkrétní situaci ocitneme bezmocní.[1]

Mnoho lidí úzkost a strach nerozlišuje. Ve skutečnosti je odděluje významný rozdíl. Pokud máme strach, je k tomu jasný a popsatelný důvod. Naopak pociťujeme-li úzkost, její důvod neznáme. Proto je důvod úzkosti nepopsatelný a proto začneme zapojovat svou fantazii, která postrádá jakoukoliv racionalitu. Obecně platí, že strach je otázkou současnosti, naproti tomu úzkost je otázkou blížící se budoucnosti.

Existuje mnoho výkladů vzniku úzkosti. Freudovi stoupenci si stojí za myšlenkou, že úzkost vzniká na základě nedostatečného splnění biologických potřeb jedince. Je tedy příčinou potlačovaných pudů. Naopak stoupenci pozdějších teorií stojí za názorem, že úzkost nastává v okamžiku, kdy se snažíme potlačovat pocity viny. Tyto myšlenky plynou ze svědomí či z morálních ohledů - ne tedy z potlačování id, o kterém hovořil Freud, ale o zatlačování superega.[2]

[1] DRVOTA, S. *Úzkost a strach*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1971. s. 7.
[2] Tamtéž, s.77.

Rozlišujeme dvě formy akutní úzkosti, kterými jsou akutní ataka úzkosti a akutní panická reakce. Jedná se o jevy, které se dostavují po dlouhodobém a neustále se zvětšujícím napětí či tlaku, na které se jedinec přizpůsoboval se stále většími obtížemi. Akutní úzkost má trvání v rozmezí několika minut až do jedné hodiny času. Během této doby jedinec není schopen nadále racionálně přemýšlet či pokračovat v činnosti, kterou prováděl doposud. Dostaví se různé nepříjemné pocity, kterými jsou například střídavé návaly horka a zimy, zrychlení srdečního tepu nebo rozšíření zorniček. Dále se mohou objevit pocity sucha v ústech, nutkání na zvracení, či močení a průjem. U paniky jsou výraznější psychické projevy úzkosti, než ty fyzické. Panika je prožívána spíše mentálně než fyzicky.[3] Ovšem jedinec si toto dlouhodobé působení vůbec nemusí uvědomovat. Má pocit, že se vše odehrává bez jakéhokoliv varovného signálu. Pokud nám stavy úzkosti budou nadměrně zasahovat do každodenního života, blížíme se tak k velmi závažnému zdravotnímu a psychickému problému - k úzkostné poruše.

1.2 Strach

Před sto lety se objevil nový obor - *experimentální psychologie*, která zkoumala vnitřní projevy mozku. Experimenty, které byly k poznání tohoto nového oboru využívány, překročily mnoho etických limitů společnosti. Řada lékařů bylo připraveno zajít opravdu velmi daleko, jen aby poodhalili alespoň malou část tohoto problému. J. B. Watson měl touhu studovat strach. K tomu, aby něco takového mohl zkoumat, potřeboval někoho, koho bude opravdu ošklivě děsit. Vybral si devítiměsíční nemluvně, které pojmenoval Albert. Watson chtěl prokázat, že novorozenci nemají vrozený instinkt strachu, ale že se ho postupem času učí. Pomocí různých rekvizit začal před Alberta předkládat potenciálně nebezpečné subjekty. Albert se nebál. Watson však věděl, že může Alberta vyděsit hlasitými a neočekávanými zvuky. Před Alberta předložil zvíře a za jeho zády udeřil kladivem do ocelové tyče. Tím vyvolal hlasitý a neočekávaný zvuk a emoci strachu. Tuto část opakoval znovu a znovu. Chtěl zjistit, zda vypěstoval v novorozenci strach z onoho zvířete, které bylo v jeho blízkosti ve chvíli, kdy se mu za zády ozývaly neočekávané hlasité zvuky kladiva dopadajícího

[3] DRVOTA, S. *Úzkost a strach*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1971. s. 91, 92.

na ocelovou tyč. Celým tímto experimentem chtěl zjistit, zda lze docílit asociace předmětů a zvuků se strachem. Otázka zněla, zda by Albert pociťoval strach ze zvířete i bez hlasitého a nečekaného zvuku. To se mu také podařilo. Pokaždé, co bylo zvíře následně předloženo před novorozence, začal Albert plakat. Jednoduše dostal strach. Tímto pokusem Watson hlásal, že člověka můžeme strachu naučit. Prohlásil, že v lidech můžeme fobie vyvolat záměrně. Prokázal, že čeho se bojíme závisí na naší osobní zkušenosti.

Stejně jako tomu bylo u úzkosti, tak také při pocitech strachu se objevují výrazné tělesné změny. Podle Drvoty rozlišujeme strach *pasivní* a *aktivní*. Oba přístupy mají základy již od našich prapředků. Hovoříme-li o strachu pasivním, který je vývojově starší, jedná se o tzv. *totstellreflex*.[4] Projevuje se strnutím, které doprovází další znaky, jako například snížení tepové frekvence, ztuhlost svalů či zpomalení dechu.

Naopak vývojově mladší formou je strach aktivní, při kterém dochází k naprostému opaku pasivity. Zrychluje se nám dechová a srdeční činnost a naopak aktivujeme své svalové reakce. Jsme plně připraveni na útěk.[5]

1.3 Fobie

"*Hlavním projevem všech fobických poruch je intenzivní, iracionální strach (fobie) z konkrétních předmětů, zvířat, lidí nebo situací. Daný jedinec si uvědomuje, že jeho strach je nesmyslný, že mu pravděpodobně žádné nebezpečí nehrozí. Prožitek strachu nelze ovládnout vůlí.*"[6]

Přední představitel psychoanalýzy a její zakladatel, byl S. Freud. Jeho myšlenky jsou nesmrtelné a známé po celém světě. Co se týká fobií, zaměřil se na jejich vznik. Klíč ke vzniku fobie je podle něj v oidipovském komplexu. Tuto myšlenku přenesl na studium pětiletého chlapce, který měl panickou hrůzu vyjít ven. Obával se kousnutí od koně. Podle Freuda zde hraje hlavní roli právě oidipovský komplex, který symbolizuje potlačovanou sexuální touhu po jeho matce. Viděl ve svém otci rivala, tedy

[4] Fylogeneticky velmi starý obranný reflex, kdy se člověk "staví mrtvým" nebo "hledá úkryt". [DRVOTA, S. *Úzkost a strach*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1971.s. 8.]
[5] DRVOTA, S. *Úzkost a strach*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1971. s. 8.
[6] NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. s. 58. ISBN 978-80-86723-85-3.

jakousi bariéru, kterou bylo třeba odstranit i za cenu smrti. Následovala obava, že bude za své myšlenky potrestán. Aby mohl se svým otcem zachovat vztah, transformoval tento konflikt na koně. Takovému zvířeti se z jeho pohledu dalo mnohem snáze čelit, než otci.[7]

Fobie se vyznačuje konkrétním a předvídatelným chorobným strachem. Jedinec reaguje velmi silným prožitkem úzkosti. Fobie rozlišujeme na *specifické* a *sociální*. Specifická fobie se vyznačuje velmi intenzivním strachem z konkrétního předmětu či situace. Jako příklad můžeme uvést právě strach z otevřených prostor, tedy agorafobii nebo strach z hadů (ofidiofobie), pavouků (arachnofobie), výšek (akrofobie), krve (hematofobie) atp. Dalším typem je sociální fobie, která se vyznačuje intenzivním strachem ze situace, ve které jedinec vnímá velmi silný pocit, že je sledován a hodnocen druhými.[8] Podle Praška je fobie "*iracionálním strachem ze situace, kde běžně lidé velký strach nemívají. Trpící vědí, že jsou jejich obavy přehnané, nicméně nepomáhá jim to v ovládání úzkosti, kterou při vystavení se situaci prožívají. Postižený se proto těmto situacím vyhýbá nebo je snáší s pocitem hrůzy.*"[9] Jedinci, který trpí fobií tak postačí pouhé pomyšlení na fobickou situaci a spustí se *anticipační úzkost*, neboli úzkost z očekávání. V předcházející podkapitole jsme se obeznámili s Watsonovým experimentem. Také v jednadvacátém století se stále projevuje hloubka jeho studie. Uvedl, že strachu se učíme prostřednictvím asociací. Následně se vědci pokoušeli dosáhnout odstranění strachu také pomocí asociace. Zde vznikla behaviorální terapie, která se snaží pomáhat lidem s fobiemi překonat jejich strach tím, že učí jej kontrolovat. O léčbě bude řeč v pozdějších kapitolách.

[7] DRVOTA, S. *Úzkost a strach*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1971. s. 139, 140.
[8] KEBZA, V. *Chování člověka v krizových situacích.* 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2009. s. 81. ISBN 978-80-213-1971-4.
[9] PRAŠKO, J. et. al. *Sociální fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 25. ISBN 80-7367-031-3.

2 FYZIOLOGICKÁ SLOŽKA EMOCÍ

Zde se zaměříme na lidský mozek ve vztahu k emocím, tedy na jeho limbický systém, který tvoří *talamus, amygdala a hypokampus* a *hypotalamus.*[10]

Talamus přijímá informace ze senzorických receptorů a následně je předává do mozkové kůry, která je nadále zpracovává a předává dále. *Amygdalu* chápeme jako centrum našich citů. Právě ona nám vtiskává emoční paměť a dává událostem citový význam. Tento párový orgán vyvolává například slzy, které jsou chápány jako výsadní projev lidskosti. S amygdalou se setkáme také v situacích, kdy impulsivní emocionální jednání převládne nad tím racionálním.[11] Právě proto sehrává velmi důležitou roli v sociální fobii a agorafobii, protože právě v případech, kdy na nás přichází automatické myšlenky, nejsme schopni uvažovat racionálně. Zde přichází na řadu právě amygdala. Další částí je *hypotalamus*. Jedná se o nezbytný prvek pro funkci základních fyziologické funkcí organismu. Pomocí elektrostimulace této části mozku bychom mohli docílit vyvolání pocitů hladu, žízně, pocity libosti či nelibosti atd.[12] Jako poslední část limbického systému si uvedeme *hypokampus***.** Je velmi důležitý pro vytváření nových paměťových stop. Je významný pro kódování informací a jejich následné převedení do dlouhodobé paměti.[13]

Hypokampus a jeho funkci výstižně popisuje D. Goleman: *"Zatímco hippokampus si pamatuje prostá fakta, amygdala uchovává vzpomínky na citové zabarvení těchto skutečností [...] Čím větší je podráždění amygdaly, tím silnější je i paměťový otisk. Zážitky, které nás nejvíce děsí či vzrušují, patří k našim nesmazatelným vzpomínkám."*[14]

Dříve se mezi vědci hovořilo pouze o nervovém spojení, které vedlo z talamu do mozkové kůry a následně do amygdaly. Na přímé spojení talamu s amygdalou pomocí tenkého svazečku nervových vláken, přišel LeDoux, který tvrdil, že vjem přijímaný smyslovým orgánem, může dorazit do amygdaly dvěma způsoby. První, racionálnější, ale oproti tomu pomalejší způsob, je cesta z talamu do amygdaly

[10]KASSIN, S. *Psychologie*. 2. vyd. Brno: CPress, 2012. s. 53,54. ISBN 978-80-264-0074-5.
[11]GOLEMAN, D. *Emoční inteligence*. 2. vyd. Praha:Metafora, 2011. s. 23,24. ISBN 978-80-7359-334-6.
[12]NAKONEČNÝ, M. et al. *Psychologie.* 1. vyd. Praha: Triton, 2011. s. 135. ISBN 978-80-7387-443-8.
[13]KASSIN, S. *Psychologie*. 2. vyd. Brno: CPress, 2012. s. 55. ISBN 978-80-264-0074-5.
[14]GOLEMAN, D. *Emoční inteligence*. 2. vyd. Praha: Metafora, 2011. s. 28. ISBN 978-80-7359-334-6.

skrz mozkovou kůru. Druhou cestou, na kterou přišel právě LeDoux, je zkratka, která v tomto procesu vynechává mozkovou kůru. Tímto způsobem signál, který značí nebezpečí, dokáže dorazit přímou cestou z talamu do amygdaly. Takovým tvrzením LeDoux popíral chybnou představu o komplexní závislosti reakce amygdaly na šedou kůru. Přenos informací přes mozkovou kůru je sice o něco pomalejší, než v případě přímého spojení s amygdalou, je ale mnohem přesnější a racionálnější. Mozková kůra totiž informaci ještě zpracovává. V rychlejším zpracování podnětu funguje amygdala jako jakási pohotovost, která přebírá v krizové situaci moc nad zbytkem mozku. Následná reakce tedy není příliš rozumově promyšlená. To nám dojde později, až bude podnět vyhodnocen mozkovou kůrou. V případě, že se amygdala dostane dříve ke slovu, racionalitu chování tím naprosto vylučuje. Přichází tak na řadu ty nejprimitivnější a nejsilnější emoce či pohnutky. "*Zatímco aktivace amygdaly vyvolává úzkostnou, impulsivní reakci, jiná mozková centra nám umožňují zkorigovat naši reakci tak, aby lépe odpovídala situaci. Vše svědčí pro to, že "vypínač" amygdaly je umístěn na druhém konci spojení s mozkovou kůrou, v čelních lalocích [...] Jakmile amygdala zaznamená vstupující smyslové informace, bleskurychle z nich vyvodí závěry a vydá pokyny k reakci. To všechno dříve, než z kůry obdrží jakékoli potvrzení oprávněnosti takového činu [...] Amygdala může reagovat tou nejkrajnější zuřivostí nebo strachem ještě předtím, než šedá kůra mozková pozná, co se děje, protože takovéto syrové primitivní emoce v nás vznikají nezávisle na našem myšlení.*"[15]

Základní stavební jednotkou nervového systému je neuron. Vzájemně přenáší mezi sebou jednotlivé vzruchy, které mají podobu elektrických impulzů. Pro neuron jsou zde dvě možnosti fungování. V jedné možnosti je ve stavu podráždění, které nazýváme excitací, nebo v takovém stavu není. Pokud se nachází ve stavu excitace, produkuje nervový vzruch, který se pomocí synapse předává na další neurony. Slouží k tomu zvláštní biochemické substance, které jsou označované jako neurotransmitery.[16] Dosud bylo popsáno zhruba sedmdesát těchto neurotransmiterů. Mezi ty, které přímo souvisí s emocemi, řadíme noradrenalin, dopamin, serotonin a endorfin.

Noradrenalin se produkuje především v oblasti mozkového kmene a je zodpovědný za zlepšení či zhoršení nálady. *Dopamin* je z chemického hlediska velmi podobný

[15]GOLEMAN, D. *Emoční inteligence*. 2. vyd. Praha: Metafora, 2011. s. 26-31. ISBN 978-80-7359-334-6.
[16]NAKONEČNÝ, M. et al. *Psychologie.* 1. vyd. Praha: Triton, 2011. s. 141. ISBN 978-80-7387-443-8.

noradrenalinu. Ovlivňuje činnost svalů a jeho uvolnění navozuje velmi intenzivní příjemné pocity. Dále zde máme *serotonin*, který ovlivňuje spánek a stavy vzrušení, ale například i chuť k jídlu. Také je velmi významným činitelem v regulaci nálady. Pokud máme nedostatek serotoninu, dostavují se depresivní stavy. Ty se léčí právě pomocí inhibitorů, které účinkují jako zpětné vychytávače serotoninu. Nakonec *endorfin*, který působí na pozitivní dušení stav a mimo to také redukuje bolest.[17]

Na principu zpětného vychytávání serotoninu působí řada antidepresiv, kterými se snažíme sociální fobii či agorafobii a jejich projevy redukovat. O tom si více řekneme v dalších kapitolách.

[17]ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 39. ISBN 80-7178-640-3.

3 SOCIÁLNÍ FOBIE A AGORAFOBIE

V případě jedinců trpících sociální fobií a agorafobií výrazně převládají dvě emoce. Jsou jimi úzkost a strach. Tyto emoce pociťujeme běžně v každodenním životě. Pokud jsou v relativně snesitelné a únosné fázi, můžeme na ně pohlížet jako na velmi funkční hnací motor pro splnění našich každodenních ale i větších cílů. Pokud se však tato úzkost přenese přes pomyslnou hranici, ve které ji chápeme jako užitečnou, stává se z ní noční můra každého, kdo těmito fobiemi trpí. Sociální fobie a agorafobie se řadí mezi fobické úzkostné poruchy, jejichž dominantou je pociťování stavu úzkosti. Definice obou fobií jsou popsány v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10).[18]

U sociální fobie a agorafobie můžeme popsat periferní a viscerální projevy. Periferním znakem je taková tělesná změna, která provází průběh emoce a je možné ji pozorovat na povrchu těla. Řadíme sem například aktivitu potních žláz, krevní tlak, činnost srdce, změny v dýchání, rozšiřování či zužování zorniček, svalové napětí, pilomotorické reflexy (zduření jednotlivých kožních oblastí) a řadu dalších. Naproti tomu viscerální projevy jsou změny v útrobních oblastech a tkáních. Souvisí s autonomní činností nervové soustavy, tudíž není v našich silách je vůlí ovlivnit. Právě výsledné reakce těchto vnitřních orgánů jsou následkem převahu činnosti buď sympatické či parasympatické části.[19]

3.1 Sociální fobie

"*Dobrá komunikace vyžaduje přiměřenou sociální percepci (vnímání mezilidské situace) a schopnost kognitivního plánování (dovednost rozumově zpracovat událost a vyvodit z ní závěry pro další chování) předtím, než dojde k efektivní odpovědi v chování (dovednost exprese). Problémy, které mají lidé se sociální fobií, mohou odrážet nedostatky v jednom nebo ve všech třech stupních*."[20]

[18] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.* 2. vyd. Praha: Bomton agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
[19] NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. Praha: Academia, 2000. s. 153-157. ISBN 80-200-0763-6.
[20] PRAŠKO, J. et al. *Sociální fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 84. ISBN 80-7367-031-3.

Jedinci, kteří se potýkají se sociální fobií, pociťují nervozitu a napětí ve chvíli, kdy se ocitnou ve společnosti jiných lidí. Jedná se o pocit strachu, který je vyvolaný z představy o odmítnutí nebo hodnocení druhými. Bojí se toho, co si o nich budou ostatní myslet. Přestože se ze všech sil snaží udělat ten nejlepší dojem, jsou přesvědčeni, že se stane pravý opak. Součástí těchto pocitů je také obava z toho, že se v dané sociální situaci zcela přestanou ovládat a dostaví se stav paniky. Nastává u nich pocit bezmoci a bezvlády nad situací, protože mají strach, že ačkoliv se budou snažit ze všech svých sil, pro ostatní to nebude dostatečné a přes všechnu snahu budou odsouzeni. Výsledné vyhýbavé chování, které se projevuje ve snaze uniknout hodnocení, je pro tuto problematiku velmi typické. Tím pádem se jedinci trpící sociální fobií cítí nejlépe doma. Mezi lidi chodí jen v případě, že je to opravdu nezbytně nutné. Odmítají jakékoliv pozvání do společnosti a přestávají tak mít jakýkoliv venkovní mezilidský kontakt. Takoví lidé jsou spojováni s velice nízkým sebevědomím a s obavou z autorit.[21] Zde nastávají problémy ve všech oblastech života postiženého jedince. Sociální fobie "*omezuje jeho schopnost vzdělávat se, být úspěšným ve své pracovní kariéře, postihuje schopnost navázat hodnotný partnerský vztah*."[22] Jako nejvýraznější příznak sociální fobie chápeme tzv. *sociální úzkost*. Jedná se o obavu, která je vyvolána z přítomnosti druhých osob. Bojíme se kritiky od ostatních a mnohokrát tak začínáme kritizovat svou osobnost jako takovou. Taková osoba má pocit zamaskované vnitřní vady, která nesmí být odhalena.

Problémem je, že tato fobie zasahuje do každodenního života jedince. Nejedná se o stavy, které přichází jen zřídka. Komunikace je neodmyslitelnou součástí běžného života, proto je sociální fobie velkou zátěží pro osoby, které jí trpí. Proto je tak obtížné s takovou fobií žít. Nejedná se jen o náš osobní problém, protože sociální fobie zasahuje do našeho sociálního okolí. Pro rodinné příslušníky a další blízké osoby jedince, který trpí sociální fobií, je nesmírně náročné být po jeho boku a dostát jeho očekáváním,protože se dostávají do nekončícího nátlaku, se kterým si nejsou schopni sami poradit.

[21]PRAŠKO, J. et. al. *Sociální fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 19. ISBN 80-7367-031-3.
[22]MOŽNÝ,P. et. J. PRAŠKO. *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe.* 1. vyd. Praha: Triton, 1999. s. 526. ISBN 80-7254-038-6.

Ať už se jedná o kontakt s jinými lidmi, nesouhlas, kritiku, posměch, znemožnění nebo odmítnutí, v běžném životě se takovým situacím jen těžko vyhneme. Následně stačí vyvolat pouhou myšlenku na situaci, která by jedince mohla dostat do úzkostného stavu. Již pouhé pomyšlení může vyvolat úzkost z očekávaného selhání, o kterém jsme přesvědčeni, že nastane.

3.2 Agorafobie

"Chorobný strach z otevřených prostranství popsal již Hippokrates. Dnešní pojem agorafobie pochází z roku 1871, kdy ji podrobně popsal Westphal. Jméno vzniklo ze starořeckého fobos = strach a agora = tržiště. Agorafobie je strach pobývat na místech nebo v situacích, odkud je obtížný nebo zahanbující útěk v případě, že tam dojde k záchvatu paniky nebo jiným nepříjemným úzkostným příznakům."[23]

Agorafobie se řadí mezi úzkostné poruchy a patří do skupiny specifických fobií. Jedná se o strach z otevřených či uzavřených prostranstvích, které nám neposkytují možnost rychlého úniku z prostředí, které v nás vyvolává úzkost. Samotnou podstatou agorafobie je strach, že nás záchvat úzkosti zastihne právě na zmíněných kritických místech (kino, dopravní prostředky, místnosti s větším množstvím lidí atp.). Jedinec následně uvažuje nad tím, že by se v dané úzkostné situaci mohl zbláznit, ztrapnit nebo se přestat ovládat.[24] To vše ústí v obavy, že bude zrovna v tu chvíli přepaden panickým strachem, ze kterého se mu udělá nevolno, nebude schopen dýchat, následně se udusí a z této situace mu nikdo nepomůže. Z opravdu neškodné situace se tak pomocí automatických myšlenek stává doslova boj o přežití. Tato specifická fobie je veřejnosti velmi málo známá a jistě by si zasloužila daleko více pozornosti.

"*Jedinec má iracionální, nepřiměřený strach pobývat například ve větším davu lidí; bojí se čekat v místnostech, kde je větší počet lidí; bojí se pobývat na rušných ulicích, kde*

[23] MOŽNÝ,P. et. J. PRAŠKO. *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe.* 1. vyd. Praha: Triton, 1999. s. 483. ISBN 80-7254-038-6.
[24] PRAŠKO, J. et al. *Agorafobie a panická porucha*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 18. ISBN 978-80-7367-336-9.

je větší množství chodců i aut; bojí se cestovat dopravními prostředky; vycházet z bytu; jezdit výtahem, pobývat v divadle, kině, koncertních a tanečních sálech aj."[25]

Předmětem strachu jsou běžné životní situace, kterými jedinec prožívá každý den, jako je například jízda veřejnými dopravními prostředky atp. Nemůže nás tedy překvapit, že takové každodenní prožívání úzkostí dovede dotyčného člověka k vyčerpanosti a depresivním stavům.[26] Pokud má jedinec obavu například z opuštění svého domova, tato závislost může znamenat infantilní separační trauma. Zároveň však může vznikat z důvodu neustávající přítomnosti zejména blízkých osob, které následně omezují intenzitu primárního strachu.[27]

"*Řada autorů (např. Barlow 1993) předpokládá, že agorafobie vzniká druhotně při primární panické poruše. I když se většina postižených domnívá, že se bojí uvedených situací, jádrem agorafobie je podle této teorie obava ze záchvatu úzkosti (tedy tzv. strach ze strachu), zejména z tělesných příznaků úzkosti, jako jsou bušení srdce, závratě, nucení na stolici nebo na močení, neschopnost se soustředit a další. Postižený si tyto příznaky vykládá tak, že by mohl v dané situaci omdlít, přestat se ovládat a začít se chovat nepřiléhavě, pomočit se nebo neudržet stolici, dostat infarkt a podobně a že by mu nikdo neposkytl pomoc.*"[28]

Mnoho lidí velmi dobře vycítí situaci, ve které by se mohla panika či úzkost dostavit. Nejedná se o nebezpečí situace jako takové, ale o prostředí, ve kterém se by se takový záchvat odehrál. Například autobus, tramvaj, metro, výtah, kino, letadlo, dopravní zácpa, mnoho lidí v okolí. Ze všech těchto míst je obtížné uniknout do bezpečí.[29] Osoby, které trpí agorafobií, jsou si plně vědomi skutečnosti, že u ostatních jedinců stejný podnět fobickou reakci nevyvolá, ovšem samotné vědomí tohoto faktu jim nijak nepomáhá. Přestože uznávají, že jejich strach přesahuje hranici normy, nemohou tento problém odstranit pouze formou racionální argumentace.[30]

---

[25] NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. s. 60. ISBN 978-80-86723-85-3.
[26] DRVOTA, S. *Úzkost a strach*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1971. s. 93.
[27] Tamtéž, s. 106.
[28] MOŽNÝ, P. et J. PRAŠKO. *Kognitivně-behaviorální terapie - úvod do teorie a praxe.* Praha: Triton, 1999. s. 162. ISBN 80-7254-038-6.
[29] PRAŠKO, J. et al. *Agorafobie a panická porucha*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 17. ISBN 978-80-7367-336-9.
[30] DRVOTA, S. *Úzkost a strach*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1971. s. 92.

4 VZNIK SOCIÁLNÍ FOBIE A AGORAFOBIE

Přesná příčina vzniku není zcela jasná. Stejně jako všechny fobie i sociální fobie a agorafobie jsou vysvětlovány jako naučené strachy. Objevují se u jedince na základě podmínění. A to jak přímého, tak nepřímého.[31] To znamená, že se k nim můžeme dopracovat buď vlastním traumatizujícím zážitkem nebo nepřímým pozorováním dalších jedinců. J. Praško říká: "*Fobie se obvykle vytváří postupně jako následek opakované, více či méně děsivé zkušenosti nebo formou sociálního učení.*"[32] Přesto stále nemáme vysvětlení pro fakt, že někteří jedinci se po nějaké traumatizující události uvedou zpět do života, který vedli před incidentem a naopak pro jiné je tato skutečnost příčinou vzniku fobie. Zajisté i genetika zde bude hrát svou roli, ale ne však určující. Genetika může přispět k předpokladu úzkostlivosti jedince. Nezapříčiní však vznik těchto fobií.

Psychoanalýza a behaviorismus mají velké rozepře v otázce vzniku fobií. Podle psychoanalýzy je vše otázkou psychologického determinismu. Naproti tomu behaviorismus klade velký důraz na význam interakcí s vnějším prostředím - vše závisí na sociálním učení.[33] Strach z objektu může být přímo vypěstován a naučen formou klasického či operantního podmiňování, které přiřazuje určitým událostem jejich význam. U formy klasické se jedná o souběh podnětů, které následují těsně po sobě. Forma operantní nás učí, že po každé akci následuje reakce, která s sebou přinese důsledky našeho jednání.[34] Výsledkem obou druhů učení, jak operantního, tak klasického, jsou zvyky. Ty nám zaručují stálost určitého chování v konkrétních situacích.[35]

[31]PRAŠKO, J. et H. PRAŠKOVÁ et J. PRAŠKOVÁ. *Specifické fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 32. ISBN 978-80-7367-300-0.
[32] Tamtéž, s. 32.
[33]ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 8, 9. ISBN 80-7178-640-3.
[34]Tamtéž, s. 235-237.
[35] NAKONEČNÝ, M. et al. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. s. 180. ISBN 978-80-7387-443-8.

Etiopatogeneze[36] agorafobie zatím není dostatečně známa. Uvažuje se však o kombinaci dědičných dispozic a učení. Co se týká příčiny vzniku sociální fobie, také není doposud plně známa. Opět zde sehrává vliv genetiky a učení.[37]

Sociální fobie a agorafobie se objevují již v období puberty, čili v období zhruba od čtrnácti do dvaceti let. V tomto věku je naprosto normální pociťovat strach a něčeho se obávat. Mnohé totiž teprve poznáváme, obzvláště co se týká adaptace na sociální prostředí. Ovšem i v pozdějším období není vznik těchto fobií výjimkou. Problém nastává, pokud jedinec svůj strach a úzkost nedokáže překonat. Jen velmi ojediněle se příčina vzniku spojuje s traumatickým zážitkem. Většinou se jedná o souhru více společenských neúspěchů. To vede k trvalému stavu vyhýbání se sociálnímu kontaktu, při kterém bychom mohli být znemožněni. Další příčinou může být také napodobování a opakování vzorů z rodinného prostředí, které nemusí být zrovna příkladné. Toto chování může vyústit z prostředí, od kterého bychom to očekávali nejméně a které je nám nejvíce blízké. Rodiče tak mohou nevědomky a neúmyslně působit destruktivně na své děti.[38]

4.1 Faktory vzniku sociální fobie a agorafobie

Na vzniku a následném vývoji sociální fobie a agorafobie se podílí mnoho faktorů. Ve finálním výsledku vše závisí na konkrétním jedinci a jeho předpokladech. Obecně však můžeme hovořit o následujících faktorech, které se podílí na jejich vzniku: vrozené faktory a biochemické faktory, podmínky vývoje v dětství a výchova, rysy osobnosti, stres, životní události, léky, drogy a alkohol.

Vrozené faktory - předem dané dispozice pro úzkostné reakce na zátěžovou situaci. Také je dobré zmínit vrozené vlastnosti temperamentu každého jedince, které jsou součástí naší povahy, kterou nemůžeme změnit.[39]

---

[36] příčina vzniku a vývoj [HARTL, P. et H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*, 2. vyd. Praha: Portál, 2009. s. 145. ISBN 978-80-7367-569-1.]
[37] PRAŠKO, J. et al. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*.. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. s. 485, 529. ISBN 978-80-7254-865-1.
[38] PRAŠKO, J. *Specifické fobie*, vyd. 1. Praha: Portál, 2008. s. 29-30. ISBN 978-80-7367-300-0.
[39] PRAŠKO, J. et al. *Agorafobie a panická porucha*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 31, 32. ISBN 978-80-7367-336-9.

Biochemické faktory - při stavech úzkosti dochází k porušení přenosu neurotransmiterů, především těch, které přenáší serotonin. Proto se při léčbě využívá různých antidepresiv, které mají schopnost zpětného zvyšování serotoninu v mozku a tím udržet co možná nejvyváženější stav.[40]

Podmínky vývoje v dětství a výchova - puberta, do které se dostáváme v období od dvanáctého až do čtrnáctého roku života, znamená mnoho změn. Velice typickým jevem je jedincova nevyrovnanost a přehnané reagování na podněty jak v tom kladném, tak v tom záporném slova smyslu. Někteří jedinci mají výrazné znaky přeceňování vlastních schopností a přichází na řadu povýšené chování a silná slova. Zde se snaží kompenzovat svůj pocit nejistoty a méněcennosti. Na druhou stranu jsou zde i tací, kteří těm samým pocitům nedostatečnosti a nejistoty propadají. Následně se stávají velmi plachými, stydlivými a straní se okolí. Období puberty s sebou přináší pocity úzkosti, vztahovačnost, agresi, urážlivost a další vlastnosti.[41] Pokud dítě nevyrůstá v dobrých podmínkách, především s pocitem bezpečí, může mít problém čelit novým věcem a jen velmi obtížně si dokáže poradit s neúspěchem. Nejčastějším podnětem k rozvoji úzkostí bývá ztráta blízké osoby v dětství. Dále ke vzniku přispívá přehnaně pečující a úzkostlivá výchova ze strany rodičů, kterou následně dítě opakuje nápodobou v dospělosti.[42]

Rysy osobnosti - často se jedná o osobnosti, které nejsou schopné jednat asertivně a mají obavu z vyslovení nesouhlasu. S tím souvisí také špatná snášenlivost kritiky od okolí. Takový jedinec potřebuje uznání a pochvalu od druhých, jako hnací motor ke své spokojenosti. Hodnocení od druhých je pro ně klíčové.[43]

Stres - právě ten je tím, co se objevuje na počátku vzniku každé fobie. Všeobecně platí, že jedinci žijící ve stresujícím prostředí, jsou mnohem více náchylní ke vzniku úzkostí. Se stresem se můžeme setkávat téměř kdekoliv. Velmi často ho prožíváme například v rodinném prostředí, v práci, ve škole nebo v partnerském vztahu. Prvopočáteční panický záchvat v drtivé většině případů přichází v době, kdy jedinec prožívá zvýšenou hladinu stresu. Tento stres může být jak psychický, tak fyzický. Mezi psychické formy

[40] Tamtéž, s. 32.
[41] DRVOTA, S. *Úzkost a strach*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1971. s. 75, 76.
[42] PRAŠKO, J. et al. *Agorafobie a panická poruchy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 32. ISBN 978-80-7367-336-9.
[43] Tamtéž, s. 33.

stresu řadíme hádky s blízkými osobami, ztráta takové osoby, pracovní problémy, finanční tíseň nebo také sexuální problémy. Co se týká fyzického stresu, máme na mysli nemoci, únavu, nedostatek živin v těle nebo přílišnou konzumaci alkoholu či drog a další.[44]

Životní události - také řadíme mezi faktory vzniku sociální fobie či agorafobie. Mají zde velký vliv na psychickou stránku jedince. Událostí, která spustí koloběh fobie je mnoho. Může jimi být ztráta blízké osoby či partnera, osamostatnění dětí a jejich odchod z domova, změna životní role či změna zaměstnání.[45]

Léky, drogy nebo alkohol - kupříkladu řada medikamentů má v popisu vedlejších účinků rozvoj úzkosti. Nezastupitelnou roli zde také hraje přílišná konzumace alkoholických nápojů nebo zneužívání drog. Především užívání drog je velmi silným faktorem, který předchází vzniku a dalšímu rozvoji úzkostných stavů, zvláště pro jejich vedlejší účinky, které se plně projevují po odeznění příjemných pocitů z drogy. Své úzkostné stavy pak přebíjí další dávkou drogy a začíná nekonečný koloběh, který může končit nezvladatelnou drogovou závislostí, ze které se jedinec dostává jen velmi těžko.[46]

[44] PRAŠKO, J. et al. *Agorafobie a panická porucha*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s33-34. ISBN 978-80-7367-336-9.
[45] Tamtéž, s. 34.
[46] Tamtéž,.s. 35.

5 ODRAZ SOCIÁLNÍ FOBIE A AGORAFOBIE V KAŽDODENNÍM ŽIVOTĚ

Zvládat pocity, které s sebou přináší sociální fobie a agorafobie, je pro jedince velmi těžké. Zvláště, jde-li o osobu, která v danou chvíli začne panikařit. Čím častěji se vystavujeme situacím, které vyvolávají úzkostné stavy, tím více se utvrzujeme v našich subjektivních představách. Vytváříme tak začarovaný bludný kruh emocí a stavů, ze kterého je pro nás absolutně nereálné se dostat pouhou svépomocí. Náhlý nebo vleklý duševní stres se často stává právě příčinou psychosomatických chorob. Podle mnoha odborníků nemůže být pochyb o vztahu mezi stresem a vznikem těchto onemocnění. Lidé, kteří trpí takovýmto typem fobií v daných situacích prožívají prvotní a druhotné příznaky úzkosti. Mezi prvotní příznaky řadíme zčervenání obličeje, třes rukou, zrychlený tep, zvýšenou sekreci potních žláz či návaly horka. Mezi druhotné příznaky patří například nutkavá potřeba vyprázdnění, močení nebo nevolnost od žaludku, která může být spojena s pocitem na zvracení.

5.1 Somatoformní porucha

Výsledkem fobických stavů mohou být psychosomatické obtíže. Freud a Breuder je nazývají pojmem *konverze*.[47] Pod tímto pojmem rozumíme obranný systém psychiky jedince, který má za úkol snížit stávající úzkost. Energie, která se při této příležitosti vytvoří se odvede do tělesné oblasti a je přeměněna do nějakého tělesného příznaku. Tento příznak se stává skrytým vyjádřením.[48] Do tělesných pocitů můžeme zařadit to, co se děje v našem těle. Například nezvladatelné nutkání močení či stolice, zvýšená produkce sekrece potních žláz, zrychlený tlukot srdce, třes v končetinách, napětí ve svalech po celém těle, či naopak jejich slabost nebo nepříjemné pocity od žaludku nebo zrychlené a nepravidelné dýchání. Tyto fyzické projevy mají čistě psychický původ. Somatoformní poruchy se diagnostikují jen velmi obtížně. Jedinci trpící tělesnými příznaky mohou před lékaři působit hypochondricky a může se stát, že se

[47] konverze = přeměna, změna, obrat
[48] DRVOTA, S. *Úzkost a strach*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1971. s. 115.

setkají s velkým nepochopením. Odhalit takový problém v případě, že jedinec nemá o původu svých problémů racionální úsudek, je opravdu velmi těžké.

Protože v tomto případě nehovoříme o hypochondrii, tedy o nadměrném řešení a zkoumání vlastního tělesného zdravotního stavu, užíváme pojmu *"konverzní porucha*". Pro tuto poruchu je příznačný fyzický problém, který přichází bez adekvátní tělesné příčiny.[49]

"Fyziologická reakce probíhající v těle při setkání se stresorem může mít přímý negativní vliv na tělesné zdraví, jestliže je trvalá. Dlouhodobá nadměrná aktivace sympatického nebo adrenokortikálního systému může způsobit poškození tepen a orgánových systémů."[50]

Duševní stres považujeme jako příčinu mnoha nemocí. Nejvíce se projevuje v oblasti kardiovaskulární a gastrointestinální funkce organismu. Největším nepřítelem těchto psychických stresů je bezvýchodnost a bezradnost v takové situaci.[51] Nejvíce stresové jsou takové události, které nemůžeme ovlivnit. Naše potenciální vyprodukovaná snaha by byla naprosto zbytečná.

5.2 Kognitivní omyly

Dalším podnětem těchto automatických reakcí jsou tzv. kognitivní omyly. Můžeme o nich hovořit jako o chybách v myšlení, které vyvozují opakované automatizované soudy o situaci. To následně podporuje vnitřní emoční stav postiženého. Praško tyto chyby v logickém myšlení popisuje následovně:

"Kognitivní omyly jsou automatické opakující se chyby v myšlení, úsudku nebo myšlenkovém hodnocení situací, např. vybíráním si určitého detailu a ignorováním jiných důležitých věcí nebo nelogickým zpracováním vnímané události. V důsledku kognitivních omylů si postižený jedinec udržuje úzkosti a negativní postoje k sobě. Lidé si zpravidla kognitivních omylů - chyb v logice - nejsou vědomi."[52]

[49] KASSIN, S. *Psychologie*. 2. vyd. Brno: CPress, 2012. s. 595. ISBN 978-80-264-0074-5.
[50] Tamtéž, s. 500.
[51] CHARVÁT, J. *Život, adaptace na stress*. 2. vyd. Praha: Avicentrum, 1970. s. 110.
[52] PRAŠKO, J. *Sociální fobie*, 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s.33. ISBN 80-7367-031-3.

Kognitivních omylů je mnoho. Pro naši představu se blíže seznámíme s přeháněním a zevšeobecňováním.

Co se týká přehánění a *katastrofizování*, jedná se o sklony vidět a představovat si vždy jen tu nejhorší možnou variantu, která nás může potkat. Nevidím nic pozitivně nebo racionálně. Máme před sebou jen černý scénář a řetězec myšlenek, který vede k sociálnímu znemožnění. Běžně člověk takovou situaci nevidí jako stresující faktor. Naopak na ni nahlíží jako na věc, která se může stát, ovšem pokud by se stala, tak se při jejím řešení nezhroutí a zvládne ji ovládnout s klidem a rozumem a následně fungovat dále, jako kdyby se nic nestalo.[53] Jako příklad můžeme uvést následující:

"Nedokázala jsem pohotově zareagovat a teď si budou myslet, že jsem naprosto hloupá. Selhala jsem.Všichni se mi vysmějí a budou mě pomlouvat po celém městě."

"Oni si všimli, že musím na toaletu. To je strašné. Už se tady nikdy nebudu moci ukázat, protože bych se musela propadnout do země kvůli takové ostudě."

Nadměrné *zevšeobecňování* je použito v situaci, kdy jsme pocítili i pouze lehké selhání, které zveličíme na selhání absolutní. Například nedaří-li se nám nějaká činnost, jsme schopni nad touto situací přemýšlet takovým způsobem, že si začneme namlouvat, že se nám nikdy nic nedaří a že jsme neschopní. Tím pádem se cítíme jako absolutně nepoužitelní a nemožní. V situaci, kdy nám někdo vytkne část našeho chování, nedovedeme se nad danou situací zamyslet jinak, než že celou situaci zveličíme a přemýšlíme nad sebou samým jako nad osobou, která je absolutně neschopná se chovat podle představ ostatních lidí. Ve finále se dostaví myšlenky na to, že nám tato osoba neustále něco vytýká a tím pádem nás nemá ráda. Můžeme dojít až k úsudku, že nás nikdo nemá rád. Klíčovým prvkem je zde ztráta sebedůvěry. Ta je také podnětem, který neustále podporuje naše úzkostné myšlenky. Pokud přestaneme věřit ve své vlastnosti a schopnosti, samozřejmě nemůžeme věřit ani v to, že bychom zvládli důstojně překonat kritickou situaci. Neumíme na sebe sami pohlížet pozitivně a dostatečně se hodnotit. Vlastní pozitivní názor na naši osobnost v tomto případě nemá žádnou vypovídající hodnotu. Neustále potřebujeme být v očích ostatních lidí obdivování nebo alespoň viděni jako přijatelní vrstevníci. Pokud tomu tak není, hroutí se nám celý svět a nejsme schopni sami docenit svou důležitost a smysl být spokojeni

[53] PRAŠKO, J. *Sociální fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 33. ISBN 80-7367-031-3.

sami se sebou. Takoví lidé si berou vše velmi osobně a nezvládají pochopit ani sebemenší kritický názor, či brát věci s nadhledem a humorem.[54]

"Určitě mě nemá rád, protože teď mi neřekl, že mě má rád. Již dlouho jsem to od něj neslyšela. On mě vlastně vůbec nemá rád! Vždyť taky nemá za co, když jsem tak nemožná."

"Řekl, že jsem to udělala špatně. Neustále se mu na mě něco nelíbí. Nemá mě už vůbec rád."

Jako další příklad kognitivního omylu uvedeme *diskvalifikaci pozitivního*. V tomto případě jsme schopni vše kladné přetočit do negativního. Vyjadřujeme absolutní záporný postoj k celé situaci a jsme natolik pohlceni negativní stránkou nekontrolovatelně a nezastavitelně přicházejících katastrofických automatických myšlenek. Nejsme schopni, ale ani ochotni, hledat na situaci cokoliv pozitivního. Někdy dokonce i kladné nebo neutrální myšlenky otáčíme do těch negativních. Předem tak vyloučíme jakékoliv pozitivno z kterékoliv situace.[55] Mezi takové myšlenky bychom mohli uvést pro případ následující:

"Říká mi, že je to něco, za co se nemusím stydět, ale to mi stejně říká jen proto, abych se uklidnila."

"Říká, že mi to sluší více v těch druhých šatech. Takže teď vypadám úplně nemožně a všichni na mě hledí jen proto, že vypadám tak strašně. Neměla jsem sem vůbec chodit."

"Je pravda, že mě pochválil, ale poté vytyčil jednu chybu. Určitě byl celý projev nemožný a pochvala byla jen ze soucitu."

Pro doplnění kognitivních omylů můžeme zmínit *selektivní výběr* faktu, kdy z kontextu vybíráme jen ty údaje, které potvrzují naši neschopnost či nás ještě více upevňují v našem negativistickém pohledu na věc. Dále negativní proroctví, kdy si neustále předem představujeme špatný konec události. Děláme negativní soudy ještě před tím, než by se mělo k dané situaci schylovat. Tyto myšlenky mohou vyvolat naše úzkostné

[54] Tamtéž, s. 34.s
[55] PRAŠKO, J. *Sociální fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005 s. 35. ISBN 80-7367-031-3.

stavy i bez impulzu z reálného světa. Nemusíme tedy ani kritickou situaci prožít na to, aby v nás vyvolala úzkostný stav.

Následně můžeme uvést *personalizaci*, která vztahuje veškerý podtext na vlastní osobu.

Dalším kognitivním omylem je tzv. *černobílý svět*, neboli Dichotomické myšlení. V tomto případě nahlížíme na věci buď jen velmi negativně nebo naopak příliš perfekcionisticky, tedy musíme být za každé situace bezchybní a perfektní. Zde si takový jedinec přestává uvědomovat realistické fungování života - nikdy není nic dokonalé a ani stoprocentní. Požadovat takovou věc od sebe je naprosto nadlidský úkol, který není v našich možnostech splnit.

Jako poslední si uvedeme důvody *emocionální*. Odborný výraz pro tuto kognitivní chybu, která představuje zkreslení našeho vnímání vlivem emocí, se nazývá "katatymní zkreslení" Nehodnotíme situaci pomocí vlastního rozumu, ale vlivem aktuálního emočního prožívání situace.[56]

"Argumentace emocemi je omyl, kdy to, co cítíme, stavíme jako důležitější než to, co logicky ze situace vyplývá. Neříkáme však "Já to tak cítím.", ale častěji "Je to tak a tak." Podobně jako někdy říkáme o někom, že je takový nebo makový, protože to tak cítíme (např. je takový nepříjemný, nepodívá se do očí), ale přitom nemluvíme o tom, jaký dotyčný je, ale o tom, jak ho vnímáme. Mezi tím může být podstatný rozdíl. Tento druh argumentace vede k omylům, protože vaše pocity odrážejí vaše myšlenky a postoje. Pokud jsou změněny myšlenky, jak tomu ve stresu nebo úzkosti bývá, pak nutně musí být změněny i pocity a emoce a vyvozování z nich je omylem."[57]

5.3 Nízké sebehodnocení

Důsledkem sociální fobie a agorafobie je velmi negativní sebehodnocení, které je především subjektivním hodnocením vlastní osoby. Jedinec vytváří obraz o sobě samém. Jeho vznik staví na vlastní zrakové, myšlenkové a pocitové konstrukci. Tento negativní sebeobraz vzniká v období dospívání. V některých případech si dokonce osoba vybavuje událost, která tento pokles vlastního sebehodnocení způsobila. Jsou

[56] PRAŠKO, J. *Sociální fobie* . 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 36-40. ISBN 80-7367-031-3
[57] Tamtéž, s. 40.

i případy, kdy si jedinec není ničeho takového vědom. Po odpovědi na tuto otázku pak sám nalezne odpověď jen velmi těžko.[58] Ovšem zde platí obecné a moudré pravidlo. Chceme-li, aby si nás ostatní začali vážit a respektovat nás, musíme začínat vždy nejprve u sebe a začít věřit ve své vlastní schopnosti a dovednosti.

5.4 Vyhýbání se socializaci

Mnoho psychologů se zabývalo otázkou, co posiluje vyhýbavé reakce. Podle mnoha pokusů se zjistilo, že podobně, jako je tomu u únikové reakce, tak také u vyhýbavé jde o reakci vědomou a promyšlenou. Ovšem podnětu neunikáme, ale snažíme se mu předejít. Přestože je možné, že se díky takovému manévru s předmětem strachu nesetkáme, jsme schopni tuto vyhýbavou reakci neustále opakovat. Podle Solomona a Wynna jde o princip konzervace úzkosti. Pomocí vyhýbavé reakce, která nastane dříve, než samotná úzkost, je tento úzkostný stav plně chráněn před vyhasnutím. Tak se úhybová reakce na podnět posílí a skrytost jejího provádění se zkrátí.[59]

Většina jedinců trpících sociální fobií či agorafobií se bojí o svých problémech hovořit. To je dáno primární obavou z hodnocení druhých lidí. Panuje v nich strach, že jejich obavy zůstanou nepochopeny. Řešením je, že se raději stáhnou do ústraní a vzdají se veškerých sociálních kontaktů. Vše může vyústit až k takřka naprosté společenské izolaci. Pro jedince, který trpí určitou formou fobie, je přirozeným postupem přenášet své negativní vzpomínky a zkušenosti do zapomnění. Jinak řečeno, do nevědomí. Snaží se tím vyhnout vzpomínkám, ale zároveň si zavírá cestu k poznání racionality problému. Následně si již není schopen ani vybavit situaci, která jej do fobické fáze dostává. Možnost rozumového popsání problému se tedy vzdaluje tím více, čím více se snaží na vzpomínky zapomenout a utíkat od skutečnosti. Pro okolí jsou většinou fobické reakce něčím nevhodným a nepochopitelným. Toho si dříve nebo později začne všímat i postižený jedinec. Tento fakt jeho úzkost ještě více prohloubí a tím dovádí takovou osobu k ještě úpornější snaze se těmto situacím vyhýbat. Tímto způsobem se mnoho lidí řítí do problematiky závislostí na návykových látkách. Po jejich požití se jim uleví, ztrácí své zábrany a ve většině případů se tento způsob může zdát jako forma

[58] Tamtéž, s. 47, 48.
[59] DRVOTA, S. *Úzkost a strach*.1. vyd. Praha: Avicentrum, 1971. s. 176.

částečného vysvobození. Ovšem z toho se může stát spolehlivá cesta k naprosté sebedestrukci. Lidé, kteří hledají útěchu v drogách nebo v alkoholu, mají obrovský problém se z této situace dostat. Kdykoliv se dostanou do situace, která vyvolá úzkost, opět se uchylují k takovému řešení. Později však nevidí jiné východisko, vzhledem k tomu, že toto je jejich jediný účinný lék na jejich starosti. Závislost na drogách je ovšem tak zákeřná, že může mít až fatální následky.

5.5 Naučená bezmoc

V tomto ohledu můžeme zmínit také naučenou bezmoc, kterou popsal v roce 1975 Seligman. Naučenou bezmoc si můžeme ukázat například na příkladu domácího násilí, kterého se dopouští v dnešní době stále více osob. Právě naučená bezmoc nám může poskytnout odpověď na otázku, proč některé ženy setrvávají ve vztahu, ve kterém k násilí dochází a z jakého důvodu neodejdou od násilnického partnera. Klíčem v této situaci je fakt, že pokud se tato žena již setkala s nějakou formou násilí, například v dětství nebo v předchozím vztahu, je naučena, že žádná obrana v tomto ohledu nemá smysl. Pro takto poznamenanou ženu je pak velmi obtížné naučit se vyhýbavé reakci v nové životní situaci. Prostě jen setrvává ve stávající pozici, bez ohledu na to, že by se tohoto trápení mohla zbavit.[60] Podle experimentů, které popsal právě Seligman, vyplývá jeden závěr. Pokud jsme se v minulosti naučili nebo jsme si zvykli na fakt, že vůči nějaké životní situaci jsme bezmocní, vzdáváme se dalších pokusů vyhnout se těmto bolestným pocitům, přestože máme příležitost změny.

5.6 Depresivní stavy

"*Výsledky výzkumů nasvědčují tomu, že u jedinců trpících sociální fobií dochází v některých oblastech mozku k úbytku hladiny neurotransmiterů (chemických látek, které přenášení nervový signál mezi jednotlivými buňkami) a následně k omezenému převodu informací (například v oblastech, které souvisí s "vnitřním odměňováním", tedy s pocity, že se mi něco povedlo, spokojenosti se sebou, radosti, a v oblastech, které*

[60] ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 495. ISBN 80-7178-640-3.

zprostředkují pocity bezpečí), a naopak v jiných oblastech jsou mozkové buňky nadměrně vybuzeny (v oblastech, které odpovídají spouštění poplachové reakce)."[61]

Podle behavioristů je depresivní stav výsledným produktem právě výše zmíněné naučené bezmoci. Ta vyplývá z předpokladu, že takový jedinec je hluboce přesvědčen o své bezmocnosti ovlivnit významné životní situace a tím pádem se uchyluje do depresivních stavů.[62]

[61] PRAŠKO, J. *Sociální fobie*.1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 23. ISBN 80-7367-031-3.
[62] KASSIN, S. *Psychologie*. 2. vyd. Brno: CPress, 2012. s. 601. ISBN 978-80-264-0074-5.

6 KAZUISTIKA PACIENTKY TRPÍCÍ SOCIÁLNÍ FOBIÍ A AGORAFOBIÍ

Sociální fobii a agorafobii si vysvětlíme na příběhu. Hlavní postavou bude Eva, která tímto problémem trpí již od šestnácti let.

6.1 Eva, sociální fobie a agorafobie

Je pondělí ráno a Eva se zrovna chystá na cestu do školy. Její problém se začíná odehrávat již doma. Několik desítek minut před jejím odchodem ji zastihují nekonečné řetězce průjmů. Když se odhodlá vyjít ven, jen pětiminutová cesta k autobusu je nesnesitelným utrpením. Ptá se sama sebe, jestli by nebylo lepší se vrátit.

"Do školy musím jet autobusem - ale co když budu potřebovat okamžitě vyhledat toaletu? Kam půjdu? Co budu dělat? Všichni to na mě poznají a budou se na mě podivně dívat."

V případě, že by taková krizová situace nastala, jedná se pro Evu v daný okamžik o existenční problém, který ji dostává do stavů paniky a vyvolává velmi silné a neovladatelné úzkostné stavy, které ji nutí co nejrychleji ze situace uniknout do bezpečí. Je zde absolutní absence pozitivního myšlení a reálného hodnocení závažnosti dané situace. Stává se pro Evu problémem, ze kterého musí za každou cenu uniknout. Podle J. Praška a J. Kosové jedinec, který trpí sociální fobií, je přesvědčen, že si lidé okolo jeho problému všimnou a o to víc se před nimi znemožní.[63] Jednání se stává čím dál tím více iracionální a panické. Pokud tento strach překoná a do autobusu nastoupí, začne ji hlavou probíhat další úzkostné myšlenky.

"*Zavřely se dveře. Je tu mnoho lidí. Co když budu potřebovat na toaletu?*". Za několik málo vteřin poté: *"To jsem přesně tušila, opravdu musím okamžitě vyhledat toaletu. A je to znovu tady, říkala jsem to. Opět se mé obavy potvrdily."* V tento okamžik Eva začíná pociťovat tělesné obtíže. Zrychluje se srdeční tep, zvyšuje se sekrece potních žláz

[63] PRAŠKO, J. et J. KOSOVÁ. *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton, 1998. s. 157. ISBN 80-85875-46-2.

a přichází opravdu neovladatelné nutkání na toaletu. Eva snaží za každou cenu soustředit své myšlenky na něco jiného, ovšem zjistí, že ji v mysli koluje jediná myšlenka - jak se dostat z této situace ven, kudy uniknout. Následně se dostaví pocit, že o jejím problému zcela jistě všichni v autobusu ví: "*Všichni se na mě tak zvláštně dívají. Určitě si myslí, že jsem divná. Raději jsem neměla nikam jezdit. Nejraději bych zde vůbec nebyla. Vydržím do další zastávky? Na další zastávce neznám okolí. Co když nenajdu místo, kam bych si mohla dojít na toaletu. Kam půjdu? Asi do restaurace, ale co jim řeknu? Jakou výmluvu si vymyslím pro to, že chci využít jen jejich toaletu? Tím se znovu absolutně znemožním!*"

Následuje útěk ze situace při první příležitosti. Ihned na další možné zastávce vystoupí a po odjezdu autobusu se psychicky zhroutí. Zklamala se sama v sobě. Již není prioritou nalezení veřejné toalety, ale souhrn mnoha myšlenek a emocí, které se dají jen velmi těžko udržet v racionálním měřítku. Hlavní roli zde hrají myšlenky, se kterými si sama nedokáže poradit. Neustále ji připomínají představy pohoření. Tyto myšlenky ji napadají automaticky a nekontrolovatelně. V tu chvíli neuvažuje nad jejich správností či racionalitou. Eva se utvrdila v tom, že by bylo mnohem lepší zůstat doma, protože jen tam je pro ni bezpečné místo a jen tam se cítí uvolněně. Následně jde na protější zastávku, kde vyčká příjezdu autobusu s opačným směrem jízdy. Vydá se na cestu domů, do bezpečí. V tuto chvíli vůbec nepřemýšlí nad tím, jak vyřeší svou absenci ve škole či jaký bude mít tato absence docházky vliv na výsledky studia. Jediným cílem je dostat se domů.

Úniková reakce zde hrála hlavní roli. Poté přetrvává přesvědčení o tom, že situace nebyla řešitelná jiným způsobem než právě tímto. Doma se ji zcela jistě ulevilo, ovšem po prvotním pocitu bezpečí přichází stavy deprese. Postupně zesilují obavy z toho, jak se zachová v podobné situaci při další příležitosti. Celkově se v Evě začnou vyvolávat pocity méněcennosti. Má pocit, že její situaci nikdo nemůže pochopit a že by si vysloužila jedině posměch ostatních. Přestává komunikovat s okolím. Její vztahy se zužují pouze na rodinu, ale ani v té nenachází oporu, kterou by potřebovala, protože prostředí, ve kterém vyrůstala nebylo zrovna ideální a manželství rodičů prochází předrozvodovou krizí.

Eva si své myšlenky uvědomuje, jen neví jak se jim úspěšně vyhnout. Jedná se o myšlenky, které přichází automaticky. Neuvažuje nad jejich správností, relevantností nebo racionalitou. Pro ostatní jedince, kteří netrpí těmito specifickými fobiemi, jsou tyto automatické myšlenky každodenní záležitostí, se kterou si však sami dovedou poradit a nevnímají ji jako omezující či jinak ohrožující. Dovedou si ji reálně a racionálně odůvodnit a nedělají z nich zbytečně emoční záležitost. Například, pokud musí po psychické stránce zdravý jedinec jet do školy autobusem, bere tento krok jako každodenní běžnou součást dopravy na místo školního vyučování. Nevnímá tuto situaci jako nutné zlo, které v nás může vyvolat úzkostný stav nebo jako situaci, která by nás mohla dostat do stavu ohrožujícího naši osobnost. Nečekáme, že bychom zde mohli být znemožněni, pomluveni či zostuzeni před ostatními účastníky městské hromadné dopravy. Pokud by se přesto dostavily nepříjemné pocity nejistoty a možného úzkostného stavu, ihned je takový člověk odůvodní pozitivní nebo alespoň racionální myšlenkou, která zažene veškeré obavy z neočekávané situace. V případě, že by bylo nutné vyhledat toaletu, napadne ho, že hned na příští zastávce vystoupí a v poklidu veřejnou toaletu nalezne. Následně počká na další spoj, který ho v klidu doveze do koncové stanice. Ani v takové méně pravděpodobné situaci, jako je nutkání na toaletu v prostředku městské hromadné dopravy, nevidíme žádný problém, který by nás měl jakkoliv ohrozit. Jedná se o běžnou každodenní potřebu každé lidské bytosti, kterou nepovažujeme za nic neobvyklého či nějakým způsobem odlišného. Jinak řečeno, budeme-li vystaveni nepříjemné situaci, budeme vědět, že se nehroutí svět. Tím pádem není důvod znepokojovat a vyvolávat panické stavy.

Strach z pohledů druhých, obava ze situace, ve které bychom se mohli potupit. Strach z toho, že budeme nuceni využít veřejnou toaletu nebo také strach jakkoliv projevovat či vyjadřovat svůj názor. V moment stresové situace se myšlení druhých lidí o naší osobě stane středobodem vesmíru a snažíme se ze situace utéct jakýmkoliv možným způsobem, i za cenu nepřiměřených reakcí a vyvolání paniky. V danou chvíli se pouze chceme dostat do bezpečí. Někam, kde se cítíme dobře a kde nás ostatní nebudou soucit či jinak hodnotit. Tento příběh je jasným příkladem spojení sociální fobie s agorafobií. Nejprve přichází představy, myšlenky, které se následně somaticky projeví reakcí našeho organismu. To nás jen utvrdí v obavách a umocní již tak nesnesitelné úzkostné pocity. Následně navazuje řada výčitek a dalších úzkostných myšlenek, vytvářející

nezastavitelný a stále se rozšiřující řetězec hororových scénářů, ze kterých pro nás není cesta ven. Problémem je, že v tomto okamžiku nejsme schopni takové myšlenky vyhodnotit jako nerozumné, bezdůvodné a přehnané. Naopak se jim plně oddáme a čím více jim propadáme, tím více snižujeme své sebevědomí a cítíme se stále hůře. Pokaždé se tak znovu ujišťujeme ve svých myšlenkách a ve faktu, že je naše situace a náš problém opravdu beznadějně neřešitelný. Následně se jen více straníme takovým situacím, které by mohly naši fobii znovu vyvolat. Je to jako začarovaný a neustále se opakující okruh dějů, se kterými se jedinec potýká pokaždé, pokud se ocitne v úzkostném stavu. J. Praško hovoří o *"bludném kruhu úzkostných epizod*," který obsahuje spouštěč, automatickou myšlenku, úzkostné myšlenky. To vše vzbudí naši pozornost. Následně zde vzájemně působí aspekty bludného kruhu: chování, tělesné reakce, emoce, metakognice. Následně dochází ve většině případů k rozhodnutí o útěku ze situace.[64] V našem případě je spouštěčem jízda městkou hromadnou dopravou. Ihned následuje automatická myšlenka: "*Co když se mi bude chtít na toaletu?"* Poté na nás přijdou úzkostné myšlenky, typu: "*Totálně se znemožním, všichni si toho všimnou, nesmím na to myslet a musím se soustředit na něco jiného.*" V tuto chvíli jsme již zaznamenali, že se něco děje a že se dostáváme do situace, kterou budeme mít problém zvládnout. Začneme věnovat zvýšenou pozornost sami sobě a začneme s přehnaným sebemonitorováním. Pociťujeme již úzkost i strach, ale zároveň začneme mít vztek sami na sebe, že nejsme schopni situaci řídit. Začnou se projevovat fyzické reakce, jako je svalové napětí, červenání, třes, návaly horka, zrychlený tep a v našem případě především nezvladatelné nutkání potřeby na toaletu. Následuje zabezpečovací reakce a vyhýbavé chování. Snažíme se přicházející myšlenky blokovat, ale marně. Opět na nás přichází negativní ideje typu: "*Nezvládnu tyto myšlenky zastavit, nedokážu to*."

Naše představitelka Eva si nakonec za ta léta, která prožívala v neustálých úzkostech a stresu vysloužila výčet poruch. Objevily se příznaky smíšené úzkostně depresivní poruchy, která ji přinášela minimum energie a spojila stavy úzkosti s depresí. Nechybělo ani vyvolání pláče při sebemenším podnětu. S tím souvisely pocity méněcennosti v sociálním okolí. Významně jí začala ovlivňovat sociální fobie a agorafobie. Nebyla schopna jezdit městskou hromadnou dopravu, bez ohledu na to, zda se jednalo o tramvaj, autobus či metro. Následně měla možnost cestovat

[64] PRAŠKO, J. et al. Sociální fobie. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 10-14. ISBN 80-7367-031-3.

automobilem. Ovšem ani zde se nedočkala úlevy. Vyhnula se sice pocitu nepříjemného odsuzování z pohledů okolních lidí, problém tím ovšem nevyřešila. Nejhorší stavy přicházely v moment dopravní zácpy, ze které nebylo úniku. V tu chvíli se ocitala v takových psychických momentech, ve kterých byla naprosto bezmocná. Pokud se již musela dopravit na nějaké místo, vždy volila velmi dobře známou a prozkoumanou cestu, ve které věděla o každé přístupné toaletě, která by ji umožňovala útěk ze své fobie. Eva se stala až chorobně paranoidní vůči vnímání okolí. Má pocit, že při sebemenším pohledu lidí z okolí, je od ostatních kritizována, hodnocena nebo rovnou odmítnuta. Přestože skutečnost může být naprosto nevinná, Eva dokáže takovou situaci ve vlastních myšlenkách díky kognitivním omylům dovést až do gigantických rozměrů.

Pokud bychom se zeptali na to, co Evě pomohlo ke zlepšení situace, odpověděla by následovně: *"Nikdo si nedokáže představit to peklo, kterým jsem si prošla. To jsem si také uvědomovala každou vteřinou při stavech úzkosti. Nebylo tak jednoduché komunikovat s okolím a udržet si přátelské vztahy, protože jsem byla přesvědčena o tom, že jim nikdo neporozumí. Považovala jsem za nemožné si nají k sobě partnera, který by byl schopen žít s člověkem, který trpí takovými stavy. Zkoušela jsem léčbu psychologem, ovšem k žádné terapii jsem se díky svému psychickému stavu nedopracovala. Pomoc jsem hledala na psychiatrii pomocí léků. Ty měly velmi sedativní účinky, ovšem znemožňovaly mi každodenní fungování. Byla jsem naprosto apatická a začala jsem se velmi významně uzavírat do sebe. Dospělo to do takového stavu, že jsem po dobu tří týdnů nevyvenčila ani svého psa.*[65] *Následně jsem byla donucena přerušit studium na vysoké škole s odhodláním léčby. Ovšem uběhl rok a se svým stavem jsem nepohnula. Panické ataky se sice zmírnily, ale to jen proto, že jsem nebyla nucena tak často cestovat. Během celého období, které započalo zhruba v sedmnácti letech věku a v kritické situaci trvalo další 4 roky, jsem skončila jen u léčiv předepsaných psychiatrem. Celé toto období mělo destruktivní dopady na celou osobnost. Od emoční lability po mnoho dalších socializační problémy, které mi bránily v tom, být dospívajícím jedincem jako ostatní. Mezi důsledky bych zařadila velmi nízké sebehodnocení, vysoká míra kritiky vůči vlastní osobě, potřeba neustálé podpory a pochvalování. Každou větu jsem schopna rozebrat do nejpodrobnějších detailů a vždy*

[65] Pes byl naučen vykonávat svou potřebu na přebalovací plenu, tudíž zde nenastávala akutní potřeba venkovního venčení.

si v něčem najdu problém. Jsem velmi vztahovačná a přestože to v drtivé většině případů mé okolí tak nemyslí, vždy mám pocit kritiky a vnímám každou sebeméně negativně zabarvenou větu jako útok proti mé osobě. Tyto situace mě dovedou přivádět doslova k šílenství, ve kterém není nouze o hysterické scény a gesta, kterými se paradoxně snažím strhávat pozornost. Ovšem za účelem, aby si mě osoba všimla a reagovala přesvědčujícími a utěšujícími argumenty. Po tolika letech mě již netrápí nutkání na toaletu na veřejnosti, ovšem má osobnost jako taková. Ta byla tímto psychickým vypětím poznamenána v mnohem horším a dlouhodobějším měřítku. Tato léta na mě zanechala takové stopy, jako když se s odstupem času podívá do zrcadla člověk, který užíval pervitin. Takový jedinec se vyléčí ze své závislosti jen velmi těžko. Pokud se mu to podaří, stopy si s sebou ponese po zbytek života."

Celý tento pocit je neustálého hledání blízké osoby, která má sloužit jako alternativa nekompletní a špatně fungující rodiny. Při zoufalém hledání se obává kritiky, a opětovného odstrčení. Snaží se být za každé situace perfektní a dokonalá. Nakonec skončí u hysterického strhávání pozornosti.

Je pravděpodobné, že tento dalekosáhlejší dopad sociální fobie a agorafobie vznikl z důsledku zanedbání celkové léčby. Zcela zde byla vynechána psychoterapie, která mohla pomoci zamezit následnému rozšíření úzkostné poruchy na celou osobnost.

6.2 Klíč ke 13. komnatě

Co se skrývá za dveřmi sociální fobie a agorafobie, kterou Eva prožívá? Její situace nebyla jednoduchá a náprava, byť jen částečná, trvala několik let. Nyní jsme se snažili nalézt příčinu těchto fobických poruch a pomoci tak pochopit příčinu vzniku především z pohledu psychoanalytických názorů, ale také z pohledu behavioristů.

Ve svém dětství si Eva prošla mnoha strastmi. Otec ji příležitostně bil, matka se však za ni vždy postavila a bránila ji vlastním tělem. Následně byla očitým svědkem násilí na své matce. Každý den slýchávala neutuchající hádky otce s matkou. Celou tuto rodinou situaci Evy matky snášela jen velmi těžce. Ovšem ani to nezabránilo v odmítavém chování ze strany její dcery. Přes všechny události a situace, které plynuly z disharmonického stavu, který visel každodenně ve vzduchu této rodiny, zůstala Eva

s otcem. Pokud bychom pátrali po příčině toho, jak se Eva zachovala, mohli bychom využít jedné úvahy psychoanalýzy. Jak již bylo zmíněno, je velmi pravděpodobné, že Eva nepřekonala falické stadium vývoje, které probíhá v době od čtyř do šesti let. Její vztah k matce může vycházet z oidipovského komplexu, který pravděpodobně stále přetrvává v jejím nevědomí.

Podle Freuda se neakceptovatelné myšlenky skrývají mimo naše vědomí a někdy vyplouvají na povrch v různých podobách, mezi které patří například naše sny, přeřeknutí a další. Ovšem Freud tvrdí, že naše nevědomí má vliv i na takové věci, kterými jsou například dispozice, podle kterých si vybíráme lidi, kteří nás přitahují či úzkosti, které pociťujeme.[66] Proč se však u Evy vyvinula fobická porucha? Opět se na problematiku podíváme formou psychoanalýzy. Vzhledem k výkladu Freudova oidipovského komplexu, se Eva nepřenesla přes falické období a její nenávist vůči matce přetrvávala a nedošlo k osvojování matčiných hodnot. Následně se s největší pravděpodobností obávala trestu ze strany společnosti, protože její superego poukazovalo na nesprávnost jejího chování, které se neslučovalo s ideálem společnosti. Tím vznikla její sociální fobie, potažmo agorafobie. Obávala se trestu. Tuto psychoanalytickou verzi by také podporoval fakt, že postupem času, kdy Eva dospívala a oddělila se od společného žití s otcem, začala akceptovat některé matčiny názory a otce odsouvat do pozadí. Možná tomuto stádiu dopomohl také fakt, že si Eva našla vážnou známost. Do té doby se obávala, že bude do konce života sama a že si nenajde partnera, který by pochopil její problémy a akceptoval je. Poté, co začala vztah s osobou, která ji za její úzkostné stavy nekritizovala a neviděla ji jako méněcennou, ba naopak, ji velmi podporovala, až v této fázi se odpoutala od svého vztahu k otci, který byl pro ni do té doby vším. Začala tak více rozumět bolestem a utrpení její matky. Přestože do dnešního dne není vztah mezi Evou a její matkou v dobré kondici, její oidipovský komplex se výrazně zmírnil a fobické úzkosti zrovna tak zmírnily na intenzitě. Pokud bychom na totožnou otázku měli hledat odpověď v behaviorismu, musíme se zamyslet nad tím, jak a kde se Eva naučila své úzkosti. Tento směr uvádí jako základní stavební kámen pro strach klasické podmiňování. Na řadu přichází otázka, jak se Eva naučila své úzkosti a jaká situace vyvolala její strach? Pravděpodobně by se mělo jednat o předchozí osobní zkušenost nebo o opakování určitého vzoru.

[66] KASSIN, S. *Psychologie*. 2. vyd. Brno: CPress, 2012. s. 540. ISBN 978-80-264-0074-5.

7 MOŽNOSTI LÉČEBNÉ INTERVENCE

Většina postižených lidí dovede konstatovat, že trpí fobií. Velmi dobře si uvědomují své přehnané a neadekvátní reakce. Toto uvědomění jim však nijak nepomáhá v překonání tohoto strachu a v ovládání úzkostného stavu. Proto je třeba hledat způsob, kterým tyto nepříjemné stavy redukovat či naprosto odstranit. Máme mnoho variant léčby. Pokud nedokážeme pomoci sami sobě, přichází na řadu léčebné medikamenty či různé formy psychoterapie. Prvotním předpokladem úspěchu je, aby si postižená osoba plně uvědomovala svůj problém a aby vyhledala odbornou pomoc. Lékař poté pacienta vyslechne, zjistí diagnózu, o které ho poučí, aby i on sám mohl porozumět, co se s ním děje. Následně navrhne spolupráci na léčbě, která bude lékařem doporučena jako nejvhodnější. Samozřejmě konečné rozhodnutí závisí na jedinci, do jaké míry bude svému ošetřujícímu lékaři důvěřovat a zda bude ochoten podstoupit jím navrhované léčebné doporučení. Možností je mnoho. Od těch snadnějších, až po ty, které vyžadují obrovskou dávku odvahy a odhodlání. Můžeme si vybrat ze dvou možností. Bojovat nebo se dát na útěk. Druhá varianta je samozřejmě velmi snadná. Začneme se vyhýbat situacím, které nás mohou dostat do úzkostných stavů. To však vůbec nic neřeší. Naopak nás stále hlouběji stahuje do pomyslného začarovaného kruhu. Další možností, která se řadí mezi ty snadnější, je léčba pomocí medikamentů. To může postupně způsobit ústup primárních projevů našich úzkostí. Nelze však tuto možnost považovat za plnohodnotné řešení. Jedná se spíše o pasivní první pomoc ve chvíli, kdy si již nevíme rady a rozhodneme se vyhledat odbornou pomoc, od které očekáváme co nejrychlejší úlevu. Tu nám tyto léky mohou poskytnout, ale v okamžiku jejich odstavení se nám mohou příznaky fobie opět vracet. Je tedy třeba zapracovat celkově na osobnosti takového jedince, tedy využít některé formy psychoterapie. Ta může být sice cestou na dlouhou trať, ovšem velmi účinným řešením s pomalým, ale permanentním výsledkem. Psychoterapie mají mnoho forem. Jejich úkolem je změnit naše myšlení a nahlížet na kritické situace více racionálně. Tím se snažíme vytěsnit nerozumné úzkostné automatické myšlenky.

Pokud zvolíme psychoterapii, máme na výběr z několika psychologických směrů. Mezi psychoterapie, které se ukazují jako metodou první volby na sociální fobii je *kognitivně*

behaviorální terapie (KBT).[67] Zrovna tak můžeme jako způsob léčby upřednostnit medikamenty - v tomto případě se bude s největší pravděpodobností jednat o antidepresiva či anxiolytika. Ovšem jak jsme již zmínili, je vhodné tyto metody kombinovat a podporovat jednu druhou. Ať se jedná o sociální fobii či agorafobii, ani jedna z těchto úzkostných fobických poruch není neřešitelnou záležitostí. Je potřeba sebrat odhodlání, seznámit se s možnostmi, přestat se litovat a najít odbornou pomoc, která nám pomůže vybrat tu vhodnou cestu pro řešení našeho problému. Přestože se lidé domnívají, že jim není pomoci, tak existuje mnoho způsobů, kterými lze tyto problémy úspěšně léčit nebo dokonce plně odstranit a přenést tak jedince zpět do plnohodnotného života bez strachu a úzkosti.

7.1 Farmakoterapie

Léčba medikamenty - farmakoterapie. Ve fázi, kdy s antidepresivem teprve zahajujeme svou léčbu, je třeba setrvat a mít trpělivost. Jedině tímto způsobem se můžeme dočkat úlevy. Je zde kladen velký důraz na kontinuitu léčby. Kdybychom léky vysadili předčasně či neuváženě snižovali jejich dávkování, můžeme vyvolat opětovné navrácení úzkostných stavů. Přesto, že se budeme cítit lépe a začne se nám od těchto nepříjemných stavů ulevovat. I po odeznění příznaků sociální fobie či agorafobie je více než žádoucí braní medikamentace nezastavovat a pokračovat až po dobu jednoho a půl roku, podle doporučení ošetřujícího lékaře. V závažnějších případech může tato doba být i delší.[68]

Pokud řešíme sociální fobii, agorafobii a z těchto úzkostí pocházející depresivní stavy, nejčastěji předepisovaným lékem je antidepresivum. To nám pomáhá lepšímu přenosu nervových vzruchů v mozku. Tak se snažíme vyrovnat deficit serotoninu, noradrenalinu a dopaminu zpět do rovnováhy. Mezi antidepresiva, která se využívají k léčbě těchto problémů řadíme následující: *moclobemid, paroxetin, fluoxetin, citalopram, sertralin, fluvoxamin, escitalopram, venlafaxin* nebo *bupropion.* Jedná se o léky skupiny SSRI.[69] Proč jsou právě tyto léky označeny za nejvhodnější volbu? Hovoříme-li o psychických

[67] MOTLOVÁ, L. et.F. KOUKOLÍK. *Citový mozek.* 1. vydání, Praha: Galén, 2006. s. 287-292. ISBN 80-7262-404-0.
[68] PRAŠKO, J. et al. *Sociální fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 67. ISBN 80-7367-031-3.
[69] Tamtéž, s. 67.

problémech a úzkostných poruchách, jedná se o stavy, které trvají delší dobu a stávají se chronickým problémem. Pokud bychom pro léčbu těchto přetrvávajících stavů zvolili skupinu anxiolytik,[70] mohli bychom nadělat více škody než užitku. Na tyto léky (například chlordiazepoxid, diazepam, clonazepam, alprazolam) vzniká velmi snadno závislost.

Jak jsme již zmínili, tyto medikamenty nefungují okamžitě. Jedná se mnohdy o několik týdnů, něž pacient pocítí zlepšení. Proto se v některých případech předepisují právě anxiolytika, která řeší úzkostnou situaci prakticky okamžitě. Mezi léky tohoto typu řadíme například Diazepaam, Lexaurin, Neurol a další.[71] Samostatná léčba formou léku je sice na první pohled velmi účinná, ovšem její výsledek je jen dočasný a může vyvolávat mnoho nežádoucích účinků. jedním z těch nejzávažnějších je návykovost. Po jejich vysazování se nejsme schopni zpět adaptovat a naše stavy s opět mohou vracet do původního stádia. Z toho důvodu je více než vhodné takovou léčbu doplnit i psychoterapií, která nám aktivně pomůže zhodnotit stav našich myšlenek může nám tedy příznaky sociální fobie či agorafobie odstranit trvale. Metodu léků bychom tedy volili jako metodu pasivní - dočasné řešení akutní situace, které by však mělo být podpořeno aktivní psychoterapií.

7.2 Psychoterapie - kognitivně behaviorální terapie

Abychom úspěšně bojovali se sociální fobií a agorafobií, je třeba se naučit dobře vnímat. Řada lidí si své automatické myšlení v krizové situaci ani neuvědomuje. V mnoha případech jedinec jen velmi těžko odhadne, co je spouštěčem, automatickou myšlenkou a následnou emocí. Je nutné se naučit zvládat své emoce, jako jsou úzkost, vztek na sebe samotného, pocity bezmoci a strachu, ale také vegetativní příznaky tohoto fobického chování, jakými jsou například nadměrná sekrece potních žláz, třes v horních končetinách, zvýšený tlukot srdce či nevolnost od žaludku.

Musíme se naučit rozeznávat to, co se skutečně odehrává - tedy realitu, od toho, co si vnímáme. Například pokud zaregistrujeme, že na nás někdo upřeně hledí, jedná se o

[70] léky, které se používají k rychlé snížení úzkosti [Tamtéž,. s. 67].
[71] Tamtéž, s. 67.

skutečnost. Ovšem úsudek, že si na nás všimnul něčeho podivného, je jen naše subjektivní domněnka. Nemá s realitou nic společného. Již tím, že si své automatické myšlenky začneme uvědomovat, můžeme začít přemýšlet více racionálně nad tím, zda je krizová situace opravdu tak závažná a ohrožující. Je třeba zhodnotit, zda nahlížíme na vzniklou situaci objektivně. Pokud se dostaneme do fáze, kdy si začínáme logicky opodstatňovat své neracionální chování, jsme na dobré cestě. [72] Pro léčbu sociální fobie a agorafobie jsme na té správné cestě.

Kognitivně behaviorální terapie vychází z části z kognitivní a z části z behaviorálních metod psychoterapie.

Behavioristé se zaměřovali na podrobnou analýzu zjevně viditelného a měřitelného chování v konkrétní situaci. V období 50. a 60. let 20. století vychází z teorií a poznatků I. P. Pavlova, J. Watsona nebo B. F. Skinnera.[73] Základními východisky tohoto směru jsou měřitelné výsledky a odklon od jakýchkoliv forem spekulací. U metody musí být bezpodmínečná prokazatelnosti účinnosti. Hojně se využívá vědeckých metod a poznatky z laboratoří aplikujeme do praxe.[74]

Naproti tomu *kognitivní terapie* zdůrazňuje použití rozumu. Dává důraz na zachování klidu při krizových situacích. Zakladatelem kognitivní terapie je A. Ellis a A. T. Beck. Tito představitelé převzali od psychoanalýzy názor, že příčina psychických problémů je ukryta v mentálních procesech. Rozdíl byl však v přístupu času. Kognitivní léčba se zabývá současností, ze které sbírá informace, ale do minulosti nehledí. Spojení těchto dvou směrů proběhlo na konci 70. let 20. století. Základní metodou kognitivní terapie je rozbor automatických myšlenek pomocí metody sokratovského dotazování. Učíme se nahrazovat dysfunkční kognitivní schémata těmi funkčními.[75]

Podle kognitivně behaviorální terapie (KBT) je chování důsledkem našeho myšlení. Terapie je zaměřena na konkrétní cíl a očekávaná se velmi významná kooperace s pacientem. Zaměřujeme se zde na přítomnost. Minulost a její nevyřešené otázky nejsou předmětem kognitivně behaviorální terapie. Velmi důležitým kognitivně

[72] PRAŠKO, J. et al. *Sociální fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 69. ISBN 80-7367-031-3.
[73] DUŠEK, K. et A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch: neurobiologie, klinický obraz, terapie.* 1. vyd. Praha:Grada Publishing, 2010. s. 349. ISBN 978-80-247-1620-6.
[74] MOŽNÝ, P. et J. PRAŠKO. *Kognitivně-behaviorální terapie - úvod do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. s. 25, 26. ISBN 80-7254-038-6.
[75] Tamtéž, s. 21-29.

behaviorálním předpokladem je vědeckost. Vše musí být formulované do hypotézy, kterou bude možné otestovat. Celá terapie vychází z víry, že strach a následně fobie jsou naučené operantním podmiňováním a posilováním. Podle behavioristické teorie jsme se fobii naučili a zrovna tak je možné se ji i odnaučit. Představitelé tohoto směru radí, abychom nebrali v úvahu naše sny, popudy či hluboce zakořeněné hořkosti života a abychom se nezaobírali minulosti, ale současností. K této terapii se využívá jak klasického, tak operantního podmiňování. Chceme změnit chování, myšlení a pocity jedince na základě učení. Mezi způsoby kognitivně-behaviorální psychoterapie patří metody *zaplavení, systematická desenzibilace, expozice a nácvik sociálních dovedností*.[76]

Hlavní myšlenka *zaplavení* spočívá ve stupňujícím se vystavování jedince předmětu fobie, který jej doslova zaplaví. Tímto způsobem se snažíme prolomit asociaci mezi předmětem a objektem strachu.[77]

V případě *systematické desenzibilace* se jedná o velmi účinnou metodu pro léčbu úzkosti. Jedinec je za podnět, který v něm vyvolává úzkost, odměňován pozitivní reakcí. Protože spojení úzkosti a uvolněného pocitu, je kombinací neslučitelnou, jedná se o velmi úspěšnou metodu. Proces má tři fáze. První je nácvik relaxačních technik, které vedou k uvolnění těla a mysli. Je mnoho způsobů, jak uvolnit své tělo a mysl. Například Ostova progresivní relaxace[78] je velmi dobře využitelnou metodou v situacích, kdy potřebujeme, aby se úleva dostavila okamžitě. Zde je klíčové, abychom sami v sobě rozpoznali stav, ve kterém se nachází naše svalové napětí a naopak od něj rozpoznat stav svalového uvolnění.[79] Od relaxačních metod nelze očekávat okamžité zázraky. Musíme být trpěliví, protože vše je otázka cviku.

Další způsob kognitivně behaviorální terapie je *expozice*, tedy postupný přímý kontakt s předmětem fobie. Jedná se o velmi vhodně zvolenou terapii sociální fobie a agorafobie. Učíme se vytěsnit negativní myšlenky, ale vyhýbat se situaci zde není řešení. Naopak se učíme svým automatickým myšlenkám čelit. Expozice může probíhat

[76]KASSIN, S. *Psychologie*. 2. vyd. Brno: CPress, 2012. s. 631-636. ISBN 978-80-264-0074-5.
[77] Tamtéž, s. 631.
[78]Pokaždé se zaměříme na individuální skupinu svalů, například svaly horních či dolních končetin, obličejové svaly atp. Cvičení spočívá ve zhruba pěti vteřinovém udržení svalu v napětí a jeho následovném uvolnění po dobu deseti dalších vteřin. To nás naučí vnímat rozdíl mezi tenzí a stavem klidu.
[79]PRAŠKO, J. et al. *Sociální fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 101. ISBN 80-7367-031-3.

imaginárně (ve cvičných podmínkách) nebo v reálném prostředí. Budeme opakovaně čelit situacím, kterých se bojíme nebo kterým se vyhýbáme do té doby, dokud se náš pocit strachu a úzkosti nezastaví na hraniční hodnotě, kterou nazýváme "*habituace*". Na této úrovni stagnuje každý jedinec po jinak dlouhou dobu. Při opakovaných expozicích se postupně vytrácí míra úzkosti a situace se začne stávat více ovladatelná.[80]

Nácvik sociálních dovedností je trénink komunikačních dovedností, a to jak verbálních, tak neverbálních. Opět zde posilujeme pochvalou chování, které je žádoucí a konstruktivní kritikou hodnotíme chování nežádoucí.[81]

Mezi hlavní představitele české kognitivně behaviorální terapie, kteří se zásadně věnují léčbě a edukaci, patří například J. Praško, A. Prašková nebo P. Možný. Aktivně pomáhají zapojit jedince s těmito fobickými úzkostnými poruchami zpět do běžného života a za to jim patří velký dík.

[80] PRAŠKO, J. et al. *Sociální fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 96. ISBN 80-7367-031-3.
[81] KASSIN, S. Psychologie. 2. vyd. Brno: CPress, 2012. s. 637. ISBN 978-80-264-0074-5.

8 SOCIÁLNÍ FOBIE A AGORAFOBIE V ČESKÉ DOKUMENTÁRNÍ TVORBĚ

Informace ohledně sociální fobie a agorafobie se k nám mohou dostat mnoha způsoby. Ovšem zaměříme-li se na tvorbu televizních dokumentárních pořadů či dokumentárních filmů, tak v této oblasti mnoho zameškáváme. Proto bych tuto možnost zviditelněn ráda vyzdvihla.

Dokumentární tvorba by měla vytvářet povědomí o této problematice jak mezi těmi, kteří jsou v této otázce absolutně bez znalostí, tak mezi těmi, kterých se tyto fobie konkrétně týkají. Sociální fobie a agorafobie jsou témata, která si zaslouží pozornost.

Na úvod si uvedeme krátký dokumentární film *Panikářky*.[82]Byl natočen v České republice v roce 2011. Pojednává o životě tří žen, které trpí panickou poruchou. Hlavní roli zde hraje Centrum psychických onemocnění - denní stacionář Horní Palata, který pomohl všem třem ženám s jejich bojem za normální život. Nejprve si vyslechneme příběh Zuzany, která trpí panickou poruchou. Uvádí, jaké problémy přináší do jejího každodenního života. Panická porucha Zuzaně totiž zasahuje opravdu do všech směrů života, například i do studia na Univerzita J. A. Komenského. Druhý příběh je o Jitce, která trpí panickou atakou. Poslední je dospívající Monika, která hovoří o sociální fobii a problémech, které se s tím spojují, například popisuje svou neschopnost dopravit se do školy autobusem. Všechny doporučují terapeutickou léčbu a dávají tak odvahu všem, kteří ji ještě v sobě nenašli.

Česká televize uvedla jako jeden z dílů pořadu Rodina a já titul *Mám fobii z lidí!*[83] Tento dokument obsahuje názorně natočené příběhy mladých lidí trpících sociální fobií. Následuje diskuze na dané téma. Hosté zde diskutují s psycholožkou M. Bučkovou a snaží se najít východiska z těchto situací. Podle M. Bučkové sociální fobie vzniká především u senzitivnějších osob. Úrodnou půdou jsou uzavřenější a méně průbojní

[82] ČESKÁ TELEVIZE. *Panikářky*. [online] Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/porady/10319536622-panikarky/21156326205/
[83]ČESKÁ TELEVIZE. *Rodina a já*. [online] Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/porady/1128654162-rodina-a-ja/210572230640026-mam-fobii-z-lidi/

jedinci. Jedná se o velmi naučnou diskuzi, která ukazuje základní projevy sociální fobie tak, aby je i laická veřejnost dokázala rozpoznat.

Dalším dílem Česká televize je dokumentární film *Most ke svobodě*.[84] Pojednává o dívce, která trpí agorafobií. Pro ni vzniká hlavní problém pokud se dostane do situace, ze které není cesta úniku. V pořadu vystupuje také nám velmi známý J. Praško. Představuje zde Psychiatrické centru Praha, které se na sociální fobii a agorafobii specializuje. Následně je zde představena i stěžejní metoda kognitivně behaviorální terapie, kterou je léčba expozicí.

V dnešní době se ze strany médií dozvíme o všem. V českých médiích se o sociální fobii a agorafobii téměř nehovoří a to by se zajisté mělo změnit. Mělo by být natočeno více dokumentárních filmů, které by seznamovali s touto problematikou a daly by tak možnost většího spektra informací.

[84] ČESKÁ TELEVIZE. Diagnóza. [online] Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/29-agorafobie/video/

ZÁVĚR

Pokud se podíváme o několik let zpět, uvidíme před sebou svět, který nebyl tolik zasažen stresem a nemocemi jak psychickými, tak fyzickými, které z něj vyplývají. Deprese se téměř nevyskytovaly a lidé byli šťastnější. Psychické poruchy jsou stále častější a čekací lhůta na psychiatrickém oddělení je stále delší a delší. Otázkou je, zda může zastavit trend dnešního uspěchaného světa a zda se dokážeme přestat honit za hodnotami ostatních lidí. Osobně si myslím, že pozitivní smýšlení je velkou výjimkou. Lidé si velmi rádi stěžují, protože jsou ještě radši litováni a utěšování a přesvědčováni o tom, co chtějí slyšet.

V dnešní době pociťujeme strach a úzkost stále častěji. Média nám neustále předkládají mnoho dramatických příběhů a vytváří v nás představu světa, který je plný deprese. Nebo naopak jsme z médií zahlceni obrazem perfekcionalismu. Dříve si lidé vytvářeli ideály sami, podle svých vlastních hodnot. Dnes nám tyto žebříčky hodnot pomáhají spoluvytvářet média. Přejeme si být štíhlé a krásné jako modelky z časopisů, mít dokonalého muže jako z romantického filmu nebo naopak ženu, která má míry a zjev modelky a ve všem co děláme chceme být úspěšní a mít tolik finančních prostředků, abychom si mohli užívat luxusu. Je nám předkládáno, co je správné, co je vhodné a nevhodné, na co společnost hledí s opovržením nebo co pro společnost znamená úctu a uznání. Stále více se máme tendence srovnávat se slavnými osobnostmi nebo s fiktivními postavami z filmů a seriálů. Myslíme si, že i naše okolí nás pak bude brát více mezi sebe. Pokud tomu tak není, snadno podléháme pocitům méněcennosti. V souvislosti s rozšířením internetu, který vévodí dnešní společnosti, se stále častěji vyhýbáme přímému sociálnímu kontaktu a využíváme mnoha interaktivních způsobů komunikace. To může vyústit v obavy z navazování reálných sociálních vztahů.

Sociální fobie a agorafobie jsou stále větším problémem, o kterém se však na veřejnosti hovoří jen velmi zřídka. Protože se osoby trpící těmito fobiemi setkávají s nepochopením, které je zapříčiněno především velmi nízkou informovaností naší společnosti, jedním z cílů této práce byla snaha přispět k obecnému povědomí o těchto psychických úzkostných poruchách. To se podle mého názoru díky rozsáhlému spektru informací podařilo. Dále jsem měla v úmyslu podpořit jedince trpící sociální fobií

a agorafobií a poskytnout těmto lidem možnost vzdělání se v této oblasti. Ukázat, že v dnešní době si s psychickými poruchami dokážeme relativně dobře poradit, zvolíme-li tu správnou cestu a jsme-li odhodláni svůj problém řešit.

Dnes je velká variabilita možností léčby všech možných psychických poruch. Trpíme-li sociální fobií či agorafobií, tak i v tomto případě, pokud budeme chtít a mít dostatečnou motivaci se svým problémem něco dělat, máme velký předpoklad k úspěchu. Ať již zvolíme farmakoterapii či psychoterapii, prvním předpokladem úspěchu je postavit se svým problémům čelem. Mnoho lidí odmítá brát farmaka z důvodu, že poškozují zdravotní stav. Posilováním vyhýbavé reakce se nám může částečně ulevit, ale pro další vývoj sociální fobie a agorafobie se dostáváme do začarovaného kruhu, ze kterého se hledá cesta ven jen velmi těžko.

Vzhledem k tomu, že mnoho lidí nechce navštívit psychologa či psychiatra a užívat různá farmaka, mohou zvážit také další způsoby, jejichž účinky nejsou vědecky prokázány a nejsou ani ve většině případech brány jako možnost léčby. Jedním z takových možností může být alternativní léčba hypnózu. Hypnotizovaný organismus obsahuje velmi výrazné prvky vnímavosti pro sugesci a právě proto je hypnóza relativně často zavrhována. Pomocí této léčby se můžeme virtuálně přenést do našeho dětství nebo dospívání, ve kterém mnohdy pramení většina psychických poruch. Měli bychom tedy využít hypnózy jako prostředku k léčbě sociální fobie či agorafobie? Je to velmi individuální záležitost, která může v tomto případě pomoci, ale někdy také naopak. Pokud tedy chceme podstoupit tuto léčbu, měli bychom si dát záležet na výběru hypnotizéra, abychom si byli jisti, že se dostaneme do správných rukou. V některých případech by nám změny provedené ve stavu hypnózy mohly v reálném životě spíše přitížit. Proto je volba této léčby velmi individuální.

Tato práce mi poskytla nový pohled na problematiku sociální fobie a agorafobie. Měla jsem možnost pročíst mnoho literatury, která k tématu přinesla velmi významné myšlenky. Od práce jsem mimo jiné očekávala nový pohled na problematiku, kterou sama trpím. Celá ta léta, která jsem žila po boku sociální fobie a agorafobie ve mě vnesla mnoho změn. Jedná se o změny jak fyzické a psychické.

Pomocí vypracování bakalářské práce na tuto tematiku jsme měla možnost pochopit mnoho věcí a výhledově mám před sebou ještě dlouhou cestu k nápravě všeho, co bylo několik let zpět poškozeno. Cítím, že se mi znovu navrací chuť bojovat s těmito úzkostnými fobickými poruchami tak, abych opět mohla žít plnohodnotný a sebevědomý život.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

KEBZA, V. *Chování člověka v krizových situacích*. 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2009. ISBN 978-80-213-1971-4.

NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-85-3.

MOTLOVÁ, L. et. F. KOUKOLÍK. *Citový mozek*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-408-3.

DUŠEK, K. et. A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010.ISBN 978-80-247-1620-6.

MOŽNÝ,P. et. J. PRAŠKO. *Kognitivně-behaviorální terapie - úvod do teorie a praxe.* 1. vyd. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6.

PRAŠKO, J. et J. KOSOVÁ. *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton, 1998 ISBN 80-85875-46-2.

PRAŠKO, J. et H. PRAŠKOVÁ et J. PRAŠKOVÁ. Specifické fobie. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-300-0.

DRVOTA, S. *Úzkost a strach*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1971.

NAKONEČNÝ, M. et al. *Psychologie.* 1. vyd. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-443-8.

PRAŠKO, J. et al. *Agorafobie a panická porucha*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-336-9.

NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0592-7.

CHARVÁT, J. *Život, adaptace a stress*. 2. vyd. Praha: Avicentrum, 1970.

HARTL, P. et H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*, 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

PRAŠKO, J. et. al. *Sociální fobie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-031-3.

NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.

ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

GOLEMAN, D. *Emoční inteligence*. Praha: Metafora, 2011. ISBN 978-80-7359-334-6.

KASSIN, S. *Psychologie*. 2. vyd. Brno: CPress, 2012. ISBN 978-80-264-0074-5.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2.vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

Seznam použitých internetových zdrojů

ČESKÁ TELEVIZE. *Panikářky*. [online] Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/porady/10319536622-panikarky/21156326205/

TELEVIZE. *Rodina a já*. [online] Dostupné z: http://www.ceskatelevize.cz/porady/1128654162-rodina-a-ja/210572230640026-mam-fobii-z-lidi/

ČESKÁ TELEVIZE. Diagnóza. [online] Dostupné z:

http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/29-agorafobie/video/

Seznam ostatních zdrojů

Osobní vyprávění zkušeností a pocitů jedince trpícího sociální fobií a agorafobií

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Eva Navrátilová

Obor: Sociální a mediální komunikace

Forma studia: Kombinované

Název práce: Sociální fobie a agorafobie

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 43

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 19

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Počet ostatních zdrojů: 1

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Ivana Běhalová