

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Sociální fobie a kvalita života

Bakalářská práce

Autor: Michaela Jetmarová
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent práce: PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.



Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Zadání bakalářské práce

| | |
|--------------------------------|--|
| Autor: | Michaela Jetmarová |
| Studium: | P18P0088 |
| Studijní program: | B7507 Specializace v pedagogice |
| Studijní obor: | Sociální patologie a prevence |
| Název bakalářské práce: | Sociální fobie a kvalita života |
| Název bakalářské práce AJ: | Social Phobia and Quality of Life |

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života u jedinců se sociální fobií. Teoretická část charakterizuje incidenci a prevalenci sociální fobie. Bližší pozornost je věnována multikauzální etiologii sociální fobie, příznakům, možnostem komplexní léčby sociální fobie a kvalitou života. Empirická část práce mapuje faktory subjektivní kvality života u pacientů se sociální fobií. Výzkumná metoda: polostrukturovaný rozhovor.

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.

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

PRAŠKOVÁ, Hana a Ján PRAŠKO. *Úzkostné a fobické poruchy: malá psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: Galén, 2000. Folia practica. ISBN 80-7262-039-8.

RABOCH, Jiří, HERLE, Petr, ed. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2011. Ediční řada pro všeobecné praktické lékaře. ISBN 978-80-87553-27-5.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

| | |
|-------------------------------|---|
| Garantující pracoviště: | Ústav sociálních studií, Pedagogická fakulta |
| Vedoucí práce: | PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D. |
| Oponent: | PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D. |
| Datum zadání závěrečné práce: | 20.2.2020 |

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci Sociální fobie a kvalita života vypracovala pod vedením vedoucího práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 2. 5. 2021

Michaela Jetmarová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce za cenné rady, podněty, připomínky a pomoc při vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumného šetření z organizace SFinga o. s., díky kterým jsem mohla zpracovat empirickou část práce.

Anotace

JETMAROVÁ, Michaela. *Sociální fobie a kvalita života*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 40 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života u jedinců se sociální fobií. Práce je rozdělena do tří kapitol. Teoretická část práce je rozepsaná na prvních dvou kapitolách. Tyto části zahrnují teoretické poznatky z odborné literatury, které souvisí s danou problematikou. Nejprve se práce zaměřuje na charakteristiku sociální fobie, a s tím spojenou incidenci a prevalenci. Bližší pozornost je věnována multikauzální etiologii sociální fobie, příznakům a možnostem komplexní léčby sociální fobie. Druhá kapitola se zabývá charakteristikou kvality života a přístupy jejího zkoumání. Třetí kapitola zahrnuje empirickou část práce, která má za úkol zmapovat faktory subjektivní kvality života u osob, které se léčí se sociální fobií. Ve výzkumné části práce byla využita kvalitativní výzkumná metoda: polostrukturovaný rozhovor.

Klíčová slova: sociální fobie, úzkostné poruchy, strach, léčba, kvalita života

Annotation

JETMAROVÁ, Michaela. *Social Phobia and Quality of Life*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2021. 40 pp. Bachelor Thesis.

This bachelor thesis is focused on the quality of life of individuals with social phobia. The text of the thesis is divided into three chapters. These parts include theoretical knowledge from the scientific literature dealing with the issue. The theoretical part is described in the first two chapters. First of all, the thesis characterizes social phobia, and the associated incidence and prevalence. Closer attention is paid to the multicausal etiology of social phobia, symptoms and possibilities of comprehensive treatment of social phobia. The second chapter deals with the characteristics of quality of life and approaches to its research. The third chapter includes an empirical part of the work, which aims to map the factors of subjective quality of life in people who are treated for social phobia. In the empirical part of the thesis was used a qualitative research method: semi-structured interview.

Keywords: social phobia, anxiety disorders, fear, treatment, quality of life

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: 2. 5. 2021

Podpis studenta:

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 9 |
| 1 Sociální fobie..... | 10 |
| 1.1 Historie a vývoj diagnózy | 11 |
| 1.2 Incidence a prevalence | 12 |
| 1.3 Multikauzální etiologie | 12 |
| 1.4 Klasifikace a diagnostika | 13 |
| 1.5 Příznaky sociální fobie..... | 16 |
| 1.6 Komplexní léčba | 18 |
| 2 Kvalita života | 21 |
| 2.1 Definice pojmu kvalita života | 21 |
| 2.2 Přístupy ke zkoumání kvality života | 22 |
| 3 Kvalita života s fobií..... | 25 |
| 3.1 Cíl výzkumného šetření..... | 25 |
| 3.2 Výzkumná metoda | 26 |
| 3.3 Výzkumný vzorek | 27 |
| 3.4 Průběh výzkumného šetření | 28 |
| 3.5 Interpretace dat výzkumného šetření | 29 |
| 3.6 Shrnutí výzkumného šetření..... | 35 |
| Závěr | 37 |
| Seznam použitých zdrojů | 39 |
| Příloha..... | 41 |

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou duševního onemocnění z kategorie fobických úzkostných poruch, konkrétně sociální fobií. Součástí práce je zkoumání vlivu sociální fobie na kvalitu života osob, které trpí touto duševní poruchou. Sociální fobie je úzkostná porucha, pro kterou je typický strach a obava ze sociálních situací. Člověk se sociální fobií má strach ze zkoumavých pohledů cizích lidí, a tak se styku s takovými lidmi vyhýbá. Jedním z důvodů proč jsem si vybrala toto téma je, že jsem se chtěla hlouběji ponořit do problematiky ohledně lidské psychiky. Práce je zároveň určena pro širokou veřejnost, která se zajímá o problematiku duševního zdraví.

Práce se diferencuje celkem na tři kapitoly. První dvě kapitoly zahrnují teoretické poznatky o dané problematice. Třetí kapitola se zaměřuje na empirickou část práce. V první kapitole jsou vysvětleny základní informace o sociální fobii, aby se získal počáteční vhled do problematiky. S tím je spojen popis historie a vývoj diagnózy. Dále se práce zabývá příčinami vzniku sociální fobie, jaká je současná klasifikace a diagnostika sociální fobie. Pozornost je věnována i příznakům a léčbě sociální fobie. Mezi dvě stěžejní formy léčby patří farmakoterapie a psychoterapie (nejčastěji kognitivně-behaviorální terapie). Ve druhé kapitole je krátce popsán pojem kvalita života, jsou zde uvedeny různé definice, protože tento pojem nemá jednotnou definici. V této části práce jsou současně zmíněny jednotlivé interpretace a přístupy zkoumání v oblasti kvality života.

Třetí kapitola, a tedy poslední část práce, se soustředí na výzkumné šetření, které se opírá o teoretické poznatky získané v prvních dvou částech bakalářské práce. Cílem výzkumného šetření je zjistit, jaká je subjektivní kvalita života pacientů se sociální fobií. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda zkoumání. Toto šetření bylo realizováno formou polo-strukturovaného rozhovoru s osobami z organizace SFinga. SFinga, o. s. pomáhá lidem, kteří trpí sociální fobií nebo sociální úzkostí.

1 Sociální fobie

Sociální fobie je duševní onemocnění, pro které je typický přetrvávající strach z jedné nebo více sociálních situací, ve kterých může dojít k rozpakům. Strach a úzkost nejsou úměrné ke skutečné hrozbě představované sociální situací. Sociálními situacemi jsou na mysli ty, které zahrnují interakci, pozorování a výkon. Jedná se např. o setkání s lidmi, mluvení ve skupinách či na schůzkách, zahájení rozhovorů, být viděn na veřejnosti, jíst nebo pít apod. V angličtině se dříve používal pojem social phobia. V průběhu vývoje došlo ke změně a dnes je užíván termín social anxiety disorder, zkráceně SAD (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013, online).

Sociální fobie je charakteristická pro nepřiměřený strach z různých sociálních situací, ke kterým patří stýkání se s lidmi, především s cizími, případně z určitého typu interakce, např. navázání partnerských vztahů. Člověk cítí mnohem větší úzkostné napětí, když se stane středem pozornosti. Jedná se o situace, kdy by měl podat jistý výkon a mohlo by dojít k tomu, že se bude chovat trapným nebo ponižujícím způsobem. V této chvíli dochází k bezprostřednímu ohrožení jeho osoby kritikou nebo výsměchem. Jedinec má obavy, že je kriticky sledován, i když si uvědomuje, že k tomuto přesvědčení nemá žádný racionální důvod. Dalším charakteristickým rysem pro lidi trpící sociální fobií je, že se vyhýbají rizikovým situacím. Úzkostné prožívání a nadměrný strach často bývají zřejmé i na první pohled. Dochází ke zrudnutí, třesu, pocení, nevolnostem, neschopností se vyjádřit nebo jakkoli reagovat. Sociální fobie postihuje bez rozdílu ženy i muže. Poměrně často se objevuje již v dětství, případně v dospívání a snadno se stává dlouhotrvajícím problémem (Vágnerová, 2014).

V případě, že není sociální fobie přiměřeně a včas léčena, může jedinci značně zkomplikovat život a tím ho vyřadit z fungování v běžném životě. Dochází k omezení jeho schopnosti vzdělávat se, být úspěšným v pracovní kariéře, dále postihuje schopnost navázat hodnotný partnerský vztah a má celkově negativní dopad na kvalitu života. Pro většinu lidí, trpících sociální fobií, znamená tato nemoc dlouhodobé handicapující trápení, ekonomické a vztahové ztráty a brání využití osobního, sociálního a pracovního potenciálu. Vyhledání odborné pomoci je pro mnohé pacienty se sociální fobií obtížné, za své potíže se často stydí, obviňují se a předchozí negativní zkušenost s lidmi jim brání k navštívení zkušeného odborníka (Kessler et al., 2005 In: Praško, Holubová, 2017).

Keller (2006) uvádí, že sociální fobie je spojena s významným psychosociálním postižením a zvýšeným rizikem přidružených psychických poruch, mezi které patří deprese, úzkostné poruchy, závislost na alkoholu a další. Za předpokladu, že se toto onemocnění včas neléčí, obvykle má dlouhodobé trvání a následky.

1.1 Historie a vývoj diagnózy

I přesto, že pojem sociální fobie a její diagnóza v dané době ještě neexistovala, prvotní zmínky o existenci choroby související s nadměrným strachem se objevují se již v době řeckého lékaře Hippokrata (446 př. n. l.-330 př. n. l.). Hippokrates popsal takového člověka jako jedince, který „skrže ostych, nedůvěru a bázlivost nebude viděn okolím, kdo miluje tmu jako svůj život a nemůže vydržet světlo nebo sedět na místech půvabných, s čepicí stále na očích, přes kterou ani on sám neuvidí a nebude viděn ani jeho dobrá vůle. Neodvází se přijít do společnosti ze strachu, že by mohl být zneužit, zkompromitován, jakkoli zostuzen, nebo že by mohl přestřelit ve svých gestech nebo vlastním projevu, být nemocen a necítit se v ní dobře. Je to člověk, který myslí, že ho každý pozoruje.“ (Burton, 1881, s. 253).

Rabovský a Zvolský (2001) uvádí, že první popis fobie pochází až z konce 19. století od německého psychiatra Karla Westphala. Díky zvýšenému zájmu o nutkavé jevy se na přelomu 19. a 20. století objevují první popisy poruchy, dnes známé jako sociální fobie. Francouzský psychiatr Pierre Janet rozdělil fobie dle obsahu. Ve své práci rozlišoval fobie, u kterých se postižení obávali různých věcí či zvířat (Objektphobien). Dnešní agorafobii a klaustrofobii zařadil do kategorie, kdy je obávaným předmětem prostor ve svém fyzickém významu (Phobien der physischen Situationen). A poslední kategorie fobií je zaměřena na fobii ze sociálních situací (Phobien der sozialen), kam řadil sociální fobii. Teprve v 60. letech Isaac M. Marks navrhl úplně nové dělení fobií, které zařadilo i samotnou sociální fobii.

V návaznosti na zařazení sociální fobie do vlastní kategorie dle Isaaca M. Markse, Americká psychiatrická asociace (APA) učinila kroky, a zahrнула tak oficiálně tuto diagnózu pod názvem social phobia do Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí, třetí revize DSM-III (1980). A až v roce 1992 byla tato diagnóza zařazena Světovou zdravotnickou organizací do Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. (Praško, Holubová, 2017).

Z výše zmíněného je patrné, že problematika sociální fobie byla poměrně dlouhá staletí neobjevenou a nepojmenovanou oblastí. Pozornost na ni byla upřena až ve 20. století. Je pravděpodobné, že se objevovala již dříve, ale byla vnímána spíše jako forma podivínství, nadměrné stydlivosti a plachosti (Praško, Holubová, 2017).

1.2 Incidence a prevalence

V průběhu života trpí sociální fobií zhruba 3 až 13 % populace. Z toho 1–3 % jedinců trpí touto poruchou v kterémkoli čase. Mnohem častější je stydlivost. Okolo 80–90 % jedinců má období, kdy se nadměrně stydí. Uvádí se, že v jednom časovém průřezu má tento problém mezi 30–40 % populace. Tato fobie ze sociálních situací vzniká v období puberty. Nejčastěji ve věku od 14 do 20 let. Jedná se o vývojové období, ve kterém se objevuje stydlivost v souvislosti s oslovením druhého pohlaví, s naplánováním první schůzky atd. V případě jedinců, kteří trpí sociální fobií, nedojde v těchto situacích k adaptaci a snížení studu. Lidé se takovým situacím vyhýbají, takže se v průběhu času stanou přecitlivělými. V některých případech může dojít k recidivě problémů, které již byly někdy v životě překonány (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008).

V různých epidemiologických studiích bývá celoživotní prevalence sociální fobie udávána zhruba u 5–16 % osob. Což znamená, že se jedná o jednu z nejčastějších duševních poruch. Nezáleží na tom, zda se jedná o muže či ženu, u obou pohlaví je výskyt přibližně stejný. Tímhle se sociální fobie odlišuje od ostatních úzkostných poruch. U této fobie je velmi častá komorbidita, což je přítomnost dalšího onemocnění spolu s hlavním onemocněním (Rabovský a Zvolský, 2011, s. 277). Raboch a Herle (2011, s. 36) uvádějí, že celoživotní prevalence sociální fobie je 10–16 %, roční 1,5–3 %.

1.3 Multikauzální etiologie

Praško a Holubová (2017, s. 59) uvádějí, že z hlediska evoluce je důležité každé společenství pro přežití druhu. To umožňuje dosáhnouti efektivních cílů, kterých by samotný jedinec dosahoval stěží a delší dobu. „Zesměšnění, ponižování, veřejné zostuzení a výsměch byly v mnohých společnostech formou snížení hodnoty daného člověka, ukázání jeho odlišnosti a nedostatečných kvalit pro to, aby mohl žít.“ Právě tato stigmatizace vedla k vyloučení ze společnosti a ohrožení života člověka.

Je pravděpodobné, že obava z vyloučení a strach ze smrti mohou být přirozeným evolučním podkladem u lidí se sociální fobií.

Vznik sociální fobie u konkrétního člověka není vždy jasný. Málokdy se objevuje po zjevném traumatu, např. výsměch spolužáků. Mnohem častěji se objevuje při drobných sociálních neúspěších a následném vyhýbání se situacím. Další možností vzniku sociální fobie je nápodoba rodičovských vzorů, které dítě kopíruje. Vliv na vznik této fobie může mít i nedostatek sociálních dovedností, které člověk nezískal v prostředí, ve kterém vyrůstal, nebo je nerozvinul. „A pokud někdo nemá v rejstříku určité chování, může se v situacích, kdy ho naléhavě potřebuje, rozvinout významná úzkost.“ Je třeba nezapomínat i na možný vliv biologických faktorů, kdy dispozice ke zvýšenému napětí může být vrozená. U člověka trpícího sociální fobií dochází v některých oblastech mozku k úbytku hladiny neurotransmiterů, což jsou chemické látky, které přenášejí nervový signál mezi jednotlivými buňkami, a následně k omezenému převodu informací. V případě sociální fobie se lékaři zaměřují na nedostatek serotoninu a dopaminu a nadbytek noradrenalinu. Dále hraje roli vrozená dispozice a zranitelnost (vulnerabilita) člověka (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s. 15).

„Všeobecně je však sociální fobie považována za naučený strach, naučený jak přímým podmiňováním, tak modelováním a/nebo vlivem informací z okolí.“ U této poruchy je méně časté, že by jedinci jako počátek poruchy popisoval jednoduchou traumatickou událost. Pro sociální fobii je typické, že strach se rozvíjí postupně, přičemž tato porucha je později výsledkem opakovaných, více či méně zraňujících zkušeností nebo vzniká sociálním učením. „Někdy však výrazná stresující událost způsobí, že se fobie naučí rychleji (např. zesměšnění žáka učitelem před celou třídou).“ Pro léčbu sociální fobie není důležitý přesný počátek problémů. (Prašková, Praško, 2000, s. 73)

1.4 Klasifikace a diagnostika

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) řadí sociální fobii do kategorie „Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy“, konkrétně spadá do kategorie s označením F40 Fobické úzkostné poruchy. Nemoc je charakterizována jako obava z posuzování ostatními, která vede k vyhýbání se styku s lidmi. „Těžší sociální fobie jsou obvykle spojeny s nízkou

sebeúctou a strachem z kritiky. Ty se mohou projevovat červenáním, třesem rukou a nucením na močení. Pacient je někdy přesvědčen, že tyto sekundární projevy úzkosti jsou prvotní. Příznaky mohou progredovat až do panické ataky“ (Sociální fobie, 2021, online).

Diagnostická kritéria MKN-10 pro sociální fobii

Dle MKN-10 je vyžadováno, aby diagnóza sociální fobie splňovala určitá kritéria. Mezi zásadní kritéria patří strach pacienta ze sociálních situací, vyhýbavé chování a alespoň dva příznaky úzkosti v obávané situaci (Praško, Holubová, 2017).

Smolík (2002, s. 257-258) uvádí následující diagnostická kritéria dle MKN-10 pro sociální fobii:

- A. Musí být přítomny oba následující příznaky:
 - výrazný strach být středem pozornosti nebo strach ze způsobu vlastního chování, který bude trapný či ponižující;
 - nápadné vyhýbání se situacím, kdyby byl pacient středem pozornosti nebo kdyby se mohl chovat způsobem, který by vedl k rozpakům nebo ponížení.
- B. Od počátku poruchy se musí v obávané situaci projevovat současně nejméně dva příznaky úzkosti, které jsou definovány pod F40.0 v kritériu B, společně s alespoň jedním z následujících příznaků:
 - zrudnutí nebo třes;
 - strach ze zvracení;
 - nucení k pomočení nebo defekaci.
- C. Příznaky nebo vyhýbavé chování způsobují výraznou emoční nepohodu a nemocný si uvědomuje, že jsou přehnané a iracionální.
- D. Příznaky jsou omezeny na situace, ze kterých mají strach, nebo se převážně vyskytují v těchto situacích nebo při jejich očekávání.
- E. Nejčastěji užívané vylučovací podmínky: Příznaky uvedené v kritériích A a B nejsou důsledkem bludů, halucinací či jiných poruch, jako jsou organické duševní poruchy, schizofrenie a příbuzné poruchy, poruchy nálady (afektivní poruchy) nebo obsedantně-kompulzivní porucha, a nejsou výsledkem obecně rozšířených pověr.

Diagnostická kritéria DSM-5 pro sociální fobii

Podle klasifikace DSM-5 (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch) je základním rysem sociálně úzkostné poruchy značný nebo intenzivní strach nebo úzkost v sociálních situacích, ve kterých může být jedinec posuzován druhými. Praško a Holubová (2017, s. 41-42) uvádějí následující diagnostická kritéria:

- A. Nadměrný strach nebo úzkost ve dvou nebo více sociálních situacích, kdy je jedinec vystaven možnému posuzování ostatními. Například sociální interakce (setkat se s neznámými lidmi), být sledován (při jídle nebo pití), vystupovat před ostatními (přednášet).
- B. Jedinec má strach, že se bude chovat způsobem, nebo se na něm projeví příznaky úzkosti, které povedou k negativnímu hodnocení či odmítnutí ostatními.
- C. Ve většině případů vedou sociální situace ke strachu nebo úzkosti.
- D. Vyhýbání se sociálním situacím nebo zažívání intenzivního strachu nebo úzkosti, nadměrné a neodůvodněné, během těchto situací.
- E. Strach nebo úzkost převyšuje přítomné nebezpečí v sociální situaci.
- F. Strach, úzkost nebo vyhýbání jsou stálé, zpravidla trvají 6 měsíců a více.
- G. Strach, úzkost nebo vyhýbání způsobují klinicky významný stres nebo narušení v sociálních, pracovních či dalších důležitých oblastech fungování.
- H. Strach, úzkost nebo vyhýbání nelze přičíst fyziologickému účinku látky (např. zneužívané droze či léku) nebo jiným zdravotním podmínkám.
- I. Strach, úzkost nebo vyhýbání nelze vysvětlit jako příznaky jiné psychické poruchy, jako je panická porucha, dysmorfofobická tělesná porucha, porucha autistického spektra.
- J. V případě, že jsou přítomny jiné zdravotní obtíže (např. Parkinsonova choroba, obezita, znetvoření zraněním), strach, úzkost nebo vyhýbání zjevně nejsou s nimi spojeny nebo jsou zjevně přehnané.

Diferenciální diagnóza a komorbidita

Není neobvyklé, že obavy ze sociálních situací a vyhýbání se těmto situacím je poměrně rozšířené i ve zdravé populaci. Často se jedná o strach z projevů na veřejnosti, přednášení a vystupování. V tomto případě se jedná o sociální úzkost, kterou trpí přibližně 40 % populace (Praško, 2005)

Sociální fobii provází jev, který je označován jako komorbidita. Komorbidita znamená, že se u pacientů, kteří trpí nějakou poruchou či onemocněním vyskytují další onemocnění současně. Mezi nejčastější poruchy, které se vyskytují souběžně u pacientů se sociální fobií, patří především specifická fobie (59 %), agorafobie (45 %), generalizovaná úzkostná porucha (43 %), zneužívání alkoholu (19 %), panická porucha (17 %), zneužívání drog (17 %), deprese (17 %) apod. (Praško, 2005, s. 294).

1.5 Příznaky sociální fobie

Specifickým znakem u sociální fobie je úzkost. Úzkost by se dala popsat jako zvláštní tíseň, kterou nelze přesně určit, zpravidla se objevuje v situacích, ve kterých by se mohlo něco stát, ale člověk ještě netuší, co by to mohlo být.

Úzkost zaujímá centrální postavení v psychice jak zdravého člověka, tak i v etiopatogenezi a psychodynamice neuróz a psychosomatických onemocnění. Podstata úzkosti se skrývá ve strachu z nebytí, ze ztráty sama sebe, z ohrožení naší tělesné i duševní existence a rovnováhy sebepojetí. Úzkost je zároveň signalizačním spouštěčem alarmové reakce v organismu, která původně sloužila k sebezáchově, tím je myšlena příprava na útěk nebo boj. Každý se někdy ocitl v situaci, ve které se cítil ohrožen, a přepadla ho výrazná úzkost. Sociální fobie pak vzniká při vystavení se určité sociální situaci, kdy jedinec zažil určitou paniku, kdy mu nepřišla na pomoc jeho tzv. signální úzkost, která by ho varovala, aby se na situaci připravil svými obrannými mechanismy a situaci tak udržel pod kontrolou (Poněšický, 2012).

Praško a Holubová (2017) uvádějí, že po rozvinutí specifické nebo difúzní, generalizované (zahrnující téměř všechny sociální situace) formy sociální fobie dochází k tomu, že má jedinec strach i ze situací, které ještě nenastanou. Najednou se mu začnou honit hlavou vtíravé myšlenky, které mají za následek rozvoj anticipační úzkosti, která dotyčného jedince udržuje a podporuje ve vyhýbavém chování.

Sociální fobie má velký dopad na tělo i mysl, což způsobuje fyzické, emoční a behaviorální příznaky. Pokud se člověk objeví v sociálních situacích, které jsou pro něj stresující a nepříjemné, příznaky typické pro tuto poruchu se dostaví (Felman, 2020, online).

Fyziologické příznaky

Felman (2020, online) uvádí, že mezi fyziologické příznaky patří nejčastěji červení, pocení, třes, nevolnost, zvýšená srdeční frekvence a „prázdná mysl“. Člověk zažívá pocity paniky, strach z prožívání úzkosti a strach, že ho budou ostatní soudit. Cítí se velmi rozpačitě až trapně, má potíže s mluvením, třese se mu hlas, nezvládá navázat nebo udržovat oční kontakt a má nízké sebevědomí. Je patrné, že tyto příznaky mohou výrazně narušit každodenní život, ať už se jedná o školu, práci nebo vztahy. Bez léčby sociální fobie nemusí člověk dosáhnout svého potenciálu v běžných situacích, a tím pádem se ochuzuje o kvalitní život. V případě, že se tato porucha neléčí a stupňuje se, může to vést k rozvoji dalších stavů, jako je deprese nebo poruchy užívání návykových látek.

Dle Praška a Holubové (2017) lze fyziologické příznaky úzkostných poruch označit jako poplachové reakce. Tyto reakce vedou k aktivaci sympatiku, jehož cílem je mobilizovat organismus k boji nebo útěku ze situace, která by mohla jedince ohrožovat. Člověka se sociální fobií nejvíce zúzkostňují příznaky, u kterých se domnívá, že jsou pozorovatelné okolím, např. třes rukou, zrudnutí, pocení, zvýšené svalové napětí, pocit zvracení nebo močení. Takový člověk je přesvědčen, že ve chvíli, kdy si okolí všimne zmíněných příznaků, bude ho pokládat za méněcenného nebo hodného pohrdání či odsouzení. Je zřejmé, že fyziologické příznaky u sociální fobie jsou podobné jako u jiných úzkostných poruch. Rozdíl se nachází v odlišné interpretaci jejich důsledků.

Behaviorální příznaky

Behaviorální příznaky lze pozorovat zvenčí. Může se jednat o chování, které je nad rámec běžného chování nebo naopak, může jít o chování, které v běžném projevu chybí. Pro sociální fobii jsou charakteristické čtyři typy úzkostného chování. Patří sem *vyhýbavé chování*, které vede k vyhnutí se nepříjemné situaci, což může vést k postupné izolaci. *Performační úzkostné chování*, které se objevuje ve chvíli, kdy se jedinec dostane do obávané situace. Dále se jedná o *zabezpečovací chování*, v tomto případě se jedinec snaží zabezpečit, aby úzkost nebyla poznat (např. odvedení pozornosti druhých od sebe, požití alkoholu). A posledním typem úzkostného chování je *únikové chování*, které vede k úniku z ohrožující situace (např. rychlé vzdání se) (Praško, Holubová, 2017, s. 23).

Higuera (2018, online) uvádí, že behaviorální příznaky mohou zahrnovat přehnané starání se o sociální situace a obavy z významných událostí, které mohou trvat i několik dní před jejich začátkem. Dále vyhýbání se sociálním situacím nebo se snažit na sebe neupozorňovat, snaha být „neviditelný“. Neustálé obavy, že se člověk ztrapní (např. pracovní pohovor), že si ostatní lidé všimnou, že je nervózní či ve stresu.

Subjektivní příznaky

Z názvu je patrné, že se jedná o příznaky, které vznikají uvnitř člověka, což znamená, že jsou vnějšímu okolí skryty. Praško a Holubová (2017, s. 28-29) uvádí, že mezi takové příznaky se řadí automatické myšlenky a úzkostné emoce.

„Ten, kdo trpí sociální fobií, se pohybuje v bludném kruhu. Ústřední roli při vzniku a udržování tohoto bludného kruhu mají úzkostné automatické negativní myšlenky a představy.“ Automatické myšlenky přicházejí člověku na mysl a on nad nimi moc nepřemýšlí. Vyskytují se v situacích, aniž by chtěl. „U zdravého člověka automatické myšlenky nemění emoce, protože jsou neutrální...“ „Nebo pokud jsou náhodou úzkostné, jsou ihned neutralizovány povzbudivými myšlenkami.“ U osob se sociální fobií není tak snadné automatické myšlenky zapudit. U nich se totiž objevují úzkostné automatické myšlenky. Tyto myšlenky se postupně řetězí, takže člověk je stále více vystrašen. Úzkostné myšlenky jsou automatické, zkreslené, neužitečné, a ačkoli jsou bezdůvodné a přehnané, člověk trpící úzkostí jim plně věří (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s. 23-25).

Úzkostné emoce jsou součástí sociální fobie, neboť u tohoto duševního onemocnění převažuje opakovaná úzkostná nálada, která souvisí s očekáváním nebezpečí (anticipační úzkost). V případě, že úzkostná nálada trvá delší období, vyčerpává a může vést až k depresi. „Úzkostná nálada může tvořit pozadí pro úzkostné afekty, jako je strach, samotná úzkost, panika, zlost, vztek na sebe, bezradnost“ (Praško, Holubová, 2017, s. 31).

1.6 Komplexní léčba

Ačkoli se to nemusí na první pohled zdát, tak sociální fobie je poměrně dobře léčitelná. Důležitá je včasná a správná diagnóza. V zásadě existují dvě formy léčby. První možností je léčba pomocí léků (především antidepresiva), druhou možností je psychoterapie (především kognitivně-behaviorální terapie). U léčby léky se ukazují

výrazné zlepšení až v 70-80 % nemocných. Kognitivně-behaviorální má podobné výsledky. V případě, že by jedna z forem léčby nebyla účinná, lze využít kombinací obou forem (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008). „Léčbou volby u sociální fobie je kognitivně-behaviorální terapie. Nicméně dobře vedená podpurná psychoterapie v kombinaci s farmakoterapií může také významně pomoci.“ Terapie se zpravidla upravuje dle pacientových potřeb. Při plánování psychoterapie se musí zvážit několik faktorů, jako je závažnost sociální fobie, míra vyhýbavého chování, anamnéza, předchozí léčby, ochota spolupracovat a komorbidní onemocnění. Primárním cílem léčby je snížení úzkosti při zvládání sociálních situací, ve kterých by mohl být pacient limitován. Dalším podstatným cílem je prevence relapsu a recidivy sociální fobie při déle trvající léčbě (Praško, 2005, s. 297).

Farmakoterapie

Farmakoterapie neboli léčba léky je jedna z možností, jak léčit sociální fobii. V kratším horizontu je tato léčba poměrně úspěšná, z dlouhodobého hlediska je však lepší využít psychoterapeutické léčení. (Blanco a kol., 2002 In: Praško, 2005, s. 297)

Praško, Vyskočilová a Prašková (2008, s. 38) uvádějí, že ne všechny léky používané v psychiatrii (psychofarmaka) jsou vhodné pro léčbu sociální fobie. Běžně se využívají léky na rychlé zmírnění úzkosti – anxiolytika (např. Diazepam). Tyto léky nejsou příliš vhodné. V dlouhodobé perspektivě ztrácejí na účinnosti a hrozí vznik závislosti, a proto by jejich užívání nemělo překročit tři měsíce. „Pro krátkodobé snížení úzkosti na počátku léčby sociální fobie jsou účinnější tzv. vysoce potentní benzodiazepiny, jako jsou clonazepam nebo alprazolam.“

Další skupinou léků jsou antidepresiva. První projevy jejich účinků se dostávají po 8–12 týdnech podávání. Antidepresiva umožňují mnohem lepší přenos signálu v některých neurotransmitterových systémech mozku tím, že zvyšují dostupnost přenašečů na nervových zakončeních. Tímto způsobem dochází k postupnému odeznívání sociální fobie (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2008, s. 38)

Psychoterapie

Psychoterapie je druhou možností, jak léčit jedince se sociální fobií. Oproti farmakoterapii se jedná o časově náročnější přístup. Avšak z dlouhodobého hlediska je tento přístup efektivnější a déle trvající.

Psychoterapie je léčba pomocí psychologických prostředků, kterými terapeut pomáhá navodit změnu u klienta, prostřednictvím terapeutického vztahu. Primárním nástrojem psychoterapie je rozhovor a tím, co léčí, je nepostradatelný vztah mezi terapeutem a klientem (Vymětal, 2010).

Existuje několik psychoterapeutických přístupů, mezi nejčastější přístupy patří:

- *Psychoanalýza* – tento typ psychoterapie je založen na teoriích S. Freuda, jejichž podstatou je existence nevědomí a vnitřních konfliktů. Podle psychoanalýzy vznikají fobie jako obrana před intenzivní úzkostí. Psychoanalytická terapie se snaží o objevení tohoto konfliktu a dosažení náhledu na pacientovy obtíže. Spolu s tím hledá příčiny vzniku a udržování v současném fungování. Pokud je terapie úspěšná, fobie zpravidla vymizí (Mentzos, 2012).
- *Podpůrná psychoterapie* – aby byla psychoterapie úspěšná, musí obsahovat systematické expozice fobickým situacím. V případě sociální fobie se jedná o sociální fobické situace. Hlavní pilíře této terapie jsou: vyslechnutí pacienta, empatie, vysvětlení, co je to sociální fobie, povzbuzení a posílení naděje na vyléčení, nácvik komunikace, expozice obávaným situacím, edukace o vyhýbavém chování apod. (Prašková, Praško, 2000).
- *Kognitivně-behaviorální terapie* – KBT je velmi efektivní a úspěšný druh léčby. Léčba by se měla zaměřit na to, aby si úzkostná osoba zlepšila své sociální dovednosti a dokázala je uplatnit v praktických situacích. Tím by došlo ke zlepšení sebevědomí a zpochybnění negativních přesvědčení, která tvoří jádro sociální fobie (Praško a Holubová, 2017). Raboch a Zvolský (2001) rovněž uvádí, že KBT je účinnou formou terapie, nejen v případě sociální fobie, ale i u dalších duševních poruch.

2 Kvalita života

Kvalita života je obtížně uchopitelný pojem pro svou multidimenzionalitu a komplexnost. Studium kvality života spočívá v hledání faktorů a jejich vzájemných interakcí, které se podílejí na dobrém a smysluplném životu a přispívají k pocitu lidského štěstí. Kvalita života se zabývá podmínkami povahy materiální, psychologické, sociální, ale i duchovní pro spokojený a zdravý způsob života člověka. Dotýká se smyslu života a jeho samotné existence, tzn., že sleduje jak vnější podmínky, tak i vnitřní charakteristiky jedince. Kvalita života může být subjektivní, to zahrnuje emocionalitu a všeobecnou spokojenost se životem nebo objektivní, to zahrnuje splnění požadavků, které jsou kladeny sociálními a materiálními životními podmínkami, sociální status a fyzické zdraví (Hnilicová, 2005).

Podle S. Freuda se kvalita života obvykle popisuje v několika pojmech, na jedné straně se jedná o soběstačnost, autonomie, důstojnost, seberealizace, spokojenost v rodinných, partnerských a dalších mezilidských vztazích, tvořivost atd., na straně druhé je to umění milovat, pracovat a žít v harmonii s danou kulturou. Kvalita života je podmíněna společenskými normami a hodnotami. Zároveň nebývá omezena na materiální statky a výhody. A to, že má být kvalita života v souladu nutně, neznamená konformitu s většinovou společností (Kalina, 2001).

Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti, které mu život poskytuje. Možnosti přitom pramení z příležitostí a omezení, které každý člověk ve svém životě má, a tyto jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. Užívání si má dva komponenty: zážitek spokojenosti a dosažení určitého naplnění v rozhodujících životních oblastech (Hnilicová, 2005).

2.1 Definice pojmu kvalita života

Existuje velké množství definic kvality života. Jednou z nejstarších definic, kterou bylo možné chápat jako oborovou definici kvality života je definice zdraví, kterou v roce 1948 navrhla a přijala Světová zdravotnická organizace (WHO). Tato definice říká, že „zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody (well-being)“. Definice zachycuje nejen objektivní fyzickou či fyziologickou dimenzi zdraví, ale zdůrazňuje i dimenzi subjektivní a sociální, tj. otázku uspokojování základních lidských potřeb. Nevýhodou této definice

je abstraktnost a relativnost, dále to, že nebere v úvahu plynulou škálu možných stavů mezi zdravím a nemocí. Ve výzvě WHO Zdraví pro všechny z roku 1982 je s pojmem zdraví spojována i schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. V 90. letech skupina odborníků, zabývající se při WHO kvalitou života definuje tento pojem velmi moderně jakožto „individuální vnímání jeho nebo její pozice v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, v nichž žijí a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a zájmům“ (Heřmanová, 2012, s. 32). Další definice pochází od sociologické organizace s názvem Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies). Tato společnost vymezuje kvalitu života jako „produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických, enviromentálních a jiných podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí“ (Payne, 2005, s. 211).

Dle Kebzy (2003) je kvalita života vnímána jako osobní pohoda, tvořená různými emočními a kognitivními dimenzemi, např. pozitivní negativní efektivita, subjektivně prožívané štěstí, autonomie, životní spokojenost, sebezřetivost, shoda mezi očekávanými a životními cíli, schopnosti zvládat vlivy prostředí, smysl života, psychosomatické symptomy a nálada. Z psychologického hlediska spadá kvalita života na pomezí mezi afekty, nálady a osobnostní rysy, obsahuje také důležitou postojovou komponentu. Vaňurová a Mühlpachr (2005, s. 13) uvádějí, že „kvalita života bývá vymezována nesčetnými způsoby, od velmi obecných definic, např. „schopnost vést normální život“, „seberealizace“ atp., až po komplexnější definice, které se zaměřují na jeden určitý aspekt kvality života.“

2.2 Přístupy ke zkoumání kvality života

Rozsah kvality života v jednotlivých oblastech je podmíněn dvěma faktory, a to jejich důležitostí pro jedince a jejich využíváním. Potom skutečná kvalita života je určena osobním významem jednotlivých dimenzí a rozsahem, v jakém u daného jedince dochází k jejich naplňování v reálném životě, tzn. jak si je tedy daný člověk „užívá“. V zásadě existují tři přístupy ke zkoumání kvality života. Pojem je různě vyjadřován a operacionalizován, pokud se s ním pracuje v psychologii, jiné aspekty jsou zdůrazňovány v sociologických výzkumech a je logické, že odlišně je sledována kvalita života i v medicíně (Hnilicová, 2005)

Dle psychologického přístupu ke kvalitě života je předmětem zájmu prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace,

potřeby a přání. Dále pak negativní události, např. životní trauma, poruchy nálad, deprese a ztráty. Psychologické hledisko se zabývá spokojeností se životem, jaké faktory spokojenost ovlivňují a přispívají k ní, včetně účasti společenských institucí mající vliv na všeobecnou spokojenost lidí. Důležitá je také prožívaná subjektivní pohoda – subjective well-being, štěstí – happiness, flow, s důrazem na všeobecné hodnocení kvality života jako takového (Hnilicová, 2005).

V sociologickém pojetí kvality života jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jako status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je rovněž definována jako subjektivní životní pocit. Sociologický charakter mají také studie, kdy se sleduje dopad jednotlivých sociálních či sociálně-zdravotních programů na kvalitu života obyvatel určité oblasti. Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies) chápe kvalitu života jako produkt souhry sociálních zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek ovlivňující rozvoj lidí (Hnilicová, 2005).

V medicíně se termín kvality života užívá od 70. let minulého století. Těžiště zkoumání kvality života pacientů je posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se operuje s termínem „health related quality of life“, tj. kvalita života ovlivněná zdravím. Tento termín je možné specifikovat jako subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky (Hnilicová, 2005).

Jak už bylo zmíněno, na kvalitu života lze nahlížet z několika úrovní. Ty závisí na východiscích a na zkoumání cíle kvality života. Engel a Bergsma (In: Křivohlavý, 2002, s. 163-164) popsali hierarchii možného přístupu ke zkoumání kvality života následujícím způsobem:

- **makro – rovina:** kvalita života je zvažována z pohledu velkých společenských celků, jedná se o vnímání smyslu života, o jeho zohledňování při velkých politických rozhodnutích, dotýká se například boje s nemocemi, chudobou
nebo je zohledňována při rozhodování o investicích do zdravotnictví;
- **mezo – rovina:** kvalita života v malé sociální skupině, jde o respekt k morální hodnotě života člověka, o otázky sociálních vztahů mezi lidmi,

uspokojování potřeb každého jednotlivce ve skupině, celkové sociální klima a sociální oporu;

- **personální rovina:** kvalita života jedince, jedná se o subjektivní hodnocení stavu člověka, což zahrnuje jeho zdraví, bolest, energii, pocit spokojenosti, naplnění cílů a očekávání;
- **fyzická existence:** kvalita života jako výsledek pozorovatelného chování druhých lidí, poskytuje objektivní měření a porovnání.

3 Kvalita života s fobií

Tato kapitola práce se soustředí na výzkumné šetření, které je zaměřeno na jedince, kteří trpí sociální fobií. Současně je zde zkoumán vliv této úzkostné poruchy na běžný život jedinců, kteří touto poruchou trpí nebo ji úspěšně překonali. Pro výzkumné šetření jsem si zvolila kvalitativní metodu, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. V současné době koronavirové krize nebylo možné se s účastníky setkat osobně. Rozhovor je realizován prostřednictvím sociálních platforem (např. Facebook-Messenger).

3.1 Cíl výzkumného šetření

Výzkumné šetření se zaměřuje na pohled do problematiky a získání informací o tom, jak se žije lidem se sociální fobií a jak kvalitní život mají. Hlavní výzkumná otázka zní: „Jaká je subjektivní kvalita života osob se sociální fobií?“

K uskutečnění cíle výzkumného šetření je použita metoda kvalitativního výzkumu, konkrétně formou polostrukturovaných rozhovorů. Pro tyto účely byla vybrána specifická skupina osob, která odpovídá zadání hlavní výzkumné otázky. Pod hlavní výzkumnou otázkou spadá několik dílčích otázek (DVO) a pod tyto otázky spadají tazatelské otázky (TO).

Tab. 1 - Přehled jednotlivých otázek výzkumného šetření

| Hlavní výzkumná otázka | Dílčí výzkumná otázka | Tazatelská otázka |
|--|--|--|
| Jaká je subjektivní kvalita života osob se sociální fobií? | DVO I. Jaké jsou základní údaje vybraných respondentů? | TO 1: Jaké je vaše pohlaví? |
| | | TO 2: Jaký je váš věk? |
| | | TO 3: Studujete či pracujete? |
| | DVO II. Jaké jsou základní informace o duševním stavu respondentů se sociální fobií? | TO 4: Jak dlouho trpíte sociální fobií? Jak dlouho ji máte diagnostikovanou? |
| | | TO 5: Kdy se u vás objevily první příznaky sociální fobie? |
| | DVO III. Jaký je život se sociální fobií? | TO 6: Jaký byl život dříve a jaký je dnes? |

| | | |
|--|---|--|
| | | TO 7: Jaký vliv má sociální fobie na každodenní záležitosti? |
| | DVO IV. Jak se vypořádáváte s úzkostnými situacemi? | TO 8: Máte nějaké strategie, jak situaci lépe zvládat, pokud ano, jaké to jsou? |
| | DVO V. Jaká znevýhodnění v základních oblastech lidského života sociální fobie přináší? | TO 9: Jaký je váš školní život? |
| | | TO 10: Jaký je váš profesní život? |
| | | TO 11: Jaký je váš partnerský život? |
| | | TO 12: Jaký je Váš rodinný život? |
| | | TO 13: Jaké máte vztahy s okolím a s přáteli? |
| | DVO VI. Jak vnímáte kvalitu života s (diagnostikovanou) sociální fobii? | TO 14: Co vás limituje a naopak pomáhá? |
| | DVO VII. Jaký vliv má aktuální koronavirová krize na váš život? | TO 15: Vnímáte tuto situaci negativně nebo pozitivně vzhledem k vašemu duševnímu onemocnění? |

3.2 Výzkumná metoda

Jak už jsem zmínila, pro výzkumné šetření jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Jedná se o nejlepší způsob jak proniknout do problematiky fobických úzkostných poruch a jejich vlivu na život. Vzhledem k tomu, že práce se zaměřuje na osoby se sociální fobii, byl výběr kvalitativní výzkumné metody nejvhodnějším řešením.

Gavora (2010) uvádí, že v případě kvalitativního výzkumu se výzkumník soustředí na menší soubor osob. Tím získává intenzivnější a hlubší zkoumání problematiky, než jaké je v případě kvantitativního výzkumu, který se soustředí na větší soubor osob. Právě kvalitativní výzkum umožňuje dozvědět se více informací o prožívání konkrétních osob a tím je lépe pochopit.

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru (interview). Dle Ferjenčíka (2010, s. 175) je pro tuto metodu typická kontrola nad otázkami tazatele, které si dopředu připraví, a kontrola nad odpověďmi interviewovaného. „Způsob, forma odpovědí na tyto otázky zůstává nadále víceméně volná. Respondent si sám může vybrat styl odpovědi.“ Gavora (2010, s. 136) uvádí, že tomuto typu výzkumného šetření lépe odpovídá označení interview. Význam slova rozhovor je širší. „Ne každý rozhovor je interview. Název interview se používá i v jiných jazycích, a proto se domníváme, že je vhodný pro češtinu.“ Interview umožňuje zachytit nejen fakta, ale i proniknutí do motivů a postojů respondentů. Díky této metodě je možnost sledovat některé vnější reakce respondenta a podle nich potom usměrňovat další průběh kladení otázek. Interview je založeno na interpersonálním kontaktu. Úspěšnost tohoto kontaktu závisí na navození přátelského vztahu a vytvoření otevřené atmosféry výzkumníkem. Součástí interview jsou otázky a odpovědi. „V interview se používají otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené.“ „V průběhu interview může výzkumník otázku přeformulovat. Když se mu zdá, že respondent nedostatečně odpověděl, může požádat o vysvětlení odpovědi, může klást dodatečné otázky apod.“

3.3 Výzkumný vzorek

V bakalářské práci se soustředím na skupinu osob, která trpí duševním onemocněním, konkrétně sociální fobií. Pro získání respondentů jsem kontaktovala svépomocnou organizaci SFinga, která se zaměřuje na osoby se sociální fobií nebo sociální úzkostí.

Tato konkrétní skupina je tvořena osobami, kterým byla diagnostikována sociální fobie. Jedná se o soubor lidí, kteří se v minulosti potýkali s velkými obtížemi, díky této duševní poruše, ale v současnosti se s tím naučili žít, alespoň v rámci možností. Výzkumný vzorek se skládá ze 4 respondentů. Jedná se o dva muže a dvě ženy, ve věku 23-33 let. Původním záměrem bylo získat větší počet respondentů, ale někteří se rozhodli, že se výzkumného šetření nechtějí zúčastnit, což je pochopitelné.

Tab. 2 – Přehled respondentů z organizace SFinga, o. s.

| Respondent | Pohlaví | Věk | Současné studium/ zaměstnání | Počet let se sociální fobií |
|-------------------|----------------|------------|---|------------------------------------|
| R1 | žena | 23 let | Dálkově studované gymnázium, současně práce v obchodě | 5 let |
| R2 | muž | 29 let | Zaměstnání ve státní správě | 15-16 let, diagnóza SF před 7 lety |
| R3 | muž | 33 let | Aktuálně bez dlouhodobého zaměstnání | 20 let |
| R4 | žena | 25 let | Studium VŠ | 8 let |

3.4 Průběh výzkumného šetření

Jak jsem výše zmínila, výzkumné šetření se původně mělo konat osobně. V současné situaci koronavirové krize jsme se já i respondenti museli přizpůsobit a rozhovor se konal prostřednictvím sociálních sítí. Předem jsem si vytvořila seznam otázek, na které jsem hledala odpovědi. V průběhu rozhovoru se často stávalo, že respondenti odpověděli na otázky dříve, než jsem se jich sama zeptala. V tom však nebyl žádný problém, naopak rozhovor plynul mnohem lépe.

Vzhledem ke zkoumané problematice jsem se nejdříve zeptala, zda respondenti chtějí realizovat rozhovor s použitím webkamery či nikoli. Někteří souhlasili, jiní mě požádali, abych s nimi hovořila pouze prostřednictvím „telefonu“. Dále před začátkem samotného rozhovoru jsem písemně kontaktovala každého respondenta v souvislosti s dotazem, zda mohu použít nahrávací zařízení. Všichni souhlasili. Na začátku rozhovoru jsem se představila a nastínila, co je cílem výzkumného šetření. Tahle část sloužila pro přiblížení, co mohou od rozhovoru očekávat. V úvodu konverzace jsem se nezávazně ptala na informace, které se úplně netýkali zkoumaného problému. To mělo za účel navodit přátelskou atmosféru a odlehčit situaci, aby byli respondenti více otevření a v dobrém rozpoložení.

Po tomto úvodu jsem přešla k hlavní části rozhovoru. Odpovědi jsem zaznamenávala do připraveného sešitu, který jsem si předem upravila, aby kopíroval

dílčí otázky, které jsem uvedla výše. Díky tomu jsem si mohla přehledněji uspořádat informace, které mi respondenti poskytli. Nahrávky jednotlivých rozhovorů mi také pomohly. Pokud jsem nějakou informaci nezastihla úplně, mohla jsem se k ní vrátit později. Díky tomu jsem na nic důležitého nezapomněla.

Na začátku jsem měla obavy, zda se mnou budou respondenti komunikovat. Na některých byla poznat nervozita (třesoucí se hlas, občasné zadržávání se), ale ta se v průběhu částečně vytratila. Příjemně mě překvapilo, že nikdo neměl větší problémy ohledně sdílení svých zkušeností a pocitů. Všechny rozhovory se nesly v přátelském duchu.

3.5 Interpretace dat výzkumného šetření

V této části bakalářské práce jsou interpretovány získané informace z průběhu výzkumného šetření. Hlavním výzkumným problémem byla otázka: „Jaká je subjektivní kvalita života osob se sociální fobií?“ Následující část výzkumného šetření je věnována bližšímu pohledu na odpovědi v rámci dílčích otázek.

Dílčí výzkumná otázka I.

DVO I. Jaké jsou základní údaje vybraných respondentů?

V této dílčí výzkumné otázce jsem se zaměřila na obecné informace (pohlaví, věk, studium, zaměstnání) o jednotlivých respondentech. Výzkumného šetření se zúčastnili dva muži (R2, R3) a dvě ženy (R1, R4).

Dílčí výzkumná otázka II.

DVO II. Jaké jsou základní informace o duševním stavu respondentů se sociální fobií?

Zde jsem se zaměřila na to, jak dlouho respondenti žijí se sociální fobií, popřípadě jak dlouho ji mají diagnostikovanou. Záleží, kdy vyhledali odbornou pomoc, neboť na začátku nemusejí mít pocit, že by se mohlo jednat o toto konkrétní duševní onemocnění. Dále jsem se soustředila na konkrétní příznaky.

TO 4: Jak dlouho trpíte sociální fobií? Jak dlouho ji máte diagnostikovanou?

V této otázce jsem získala odlišné odpovědi, co se týče délky života s touto poruchou. Respondent R1 uvedl, že to trvá 5 let, R2 hovořil o 15-16 letech, přičemž

sociální fobie byla diagnostikována až před 7 lety. A R3 uvedl, že se s tímto onemocněním potýkal 20 let, přičemž mu nikdy sociální fobie nebyla diagnostikována oficiálně, ale na psychoterapii byl léčen s tím, že trpí sociální fobií.

TO 5: Kdy se u vás objevily první příznaky sociální fobie?

V odborné literatuře se uvádí, že se sociální fobie objevuje v dětství či adolescenci. Respondenti R2 a R3 si všimli prvních známek rozvoje sociální fobie na základní škole. R2: „Málo jsem se stýkal se spolužáky. Postupně jsem měl podezření, že mám nějaký problém.“ R3: „První známky jsem začal pociťovat v první třídě, ale tehdy jsem samozřejmě nevěděl, co mi je.“ Respondent R1 uvedl, že první problémy se objevily na střední škole, a že do té doby bylo vše v pořádku.

Shrnutí dílčí výzkumné otázky II.

V odborné literatuře je uvedeno, že nejčastější projevy sociální fobie pochází již z dětství a adolescence. V případě dvou respondentů (R2 a R3) se sociální fobie projevila již na základní škole. U respondenta R1 a R4 se vyskytla až na střední škole. Tím pádem se liší i počet let s touto poruchou. Dokonce se zde objevil případ, kdy byl respondent R3 léčen na sociální fobii, ale nikdy mu ji oficiálně nediagnosticskovali.

Dílčí výzkumná otázka III.

DVO III. Jaký je život se sociální fobií?

Třetí dílčí výzkumná otázka byla zaměřena na život se sociální fobií dříve a dnes. Zaměřila se i na vliv sociální fobie v každodenních situacích. U všech respondentů došlo k výrazné změně, alespoň co se týče zmírnění negativních a nepříjemných pocitů, které se objevovaly v obávaných situacích.

TO 6: Jaký byl život dříve a jaký je dnes?

Všichni respondenti se shodli, že začátky nebyly jednoduché. Zpočátku si ani nebyli jistí, co se to s nimi děje. Respondenti R2 a R3 uvedli, že se na základní škole příliš neprojevovali, málo se stýkali se spolužáky a přáteli. R3: „Díky šikaně, někdy ve třetí/čtvrté třídě se mi sociální fobie více rozjela.“ R1 uvedl, že když se problém začal stupňovat, přestal chodit do školy, nenavazoval žádné vztahy a občas hledal únik v požívání alkoholu. „V 18 letech jsem byla na intenzivní léčbě, což trvalo 2 měsíce. Byla jsem také hospitalizovaná, to trvalo taky 2 měsíce. A ještě jsem brala asi rok a půl

léky.“ Oproti tomu respondent R2 užíval marihuanu, aby zmírnil svou úzkost. A později začal navštěvovat psychoterapii. V současné době jsou všichni respondenti na dobré cestě ke zlepšení úzkostných stavů. R2: „Nepovažuji se za vyléčeného, ale překonal jsem určité typy problematických situací, takže mi dělají méně problémů než v minulosti.“ „Občas, abych se uklidnil, chodím na toaletu a tam třeba 10 minut zůstanu. Je to jeden z těch úniků, který občas využívám.“ R3: „Dříve jsem se snažil přežít a moc sociálního kontaktu jsem neměl.“ „Nejvíce vyčerpávající byla škola.“ „Teprve až když jsem to překonal jsem začal poznávat věci, co mě baví a co můžu dělat, začal jsem si užívat.“. Respondent R4: „První náznaky se začali projevovat na střední škole, takže to trvá asi 8 let.“

TO 7: Jaký vliv má sociální fobie na každodenní záležitosti?

V této otázce jsem uvedla nejdříve příklady, jako je telefonování, nakupování, návštěva lékaře, návštěva úřadů atd. Respondenti R1 a R4 se shodli, že zpočátku všechny záležitosti okolo každodenních potřeb museli řešit rodiče. V současné době je respondent schopen si takové věci zajistit sám, ale stejně má z takových situací obavy. Současně respondenti R2 a R3 uvedli také, že v minulosti to bylo mnohem obtížnější, ale nyní jsou schopni každodenní situace v rámci svých možností zvládnout. Značný vliv na to měla odborná pomoc, kterou v průběhu života vyhledali. R3 řekl, že „V 21 letech jsem vyhledal odbornou pomoc. Začal jsem docházet na terapie a byl jsem léčen na sociální fobii.“ „Bylo pro mě nepříjemný, abych zašel do obchodu. Měl jsem problém tomu prodáváči si říct.“ „Dnes je situace jiná, zvládám se o některé věci postarat lépe než předtím.“

Dílčí výzkumná otázka IV.

DVO IV. Jak se vypořádáváte s úzkostnými situacemi?

V této otázce jsem zjišťovala, zda mají respondenti nějaké obranné strategie vůči obávaným sociálním situacím.

TO 8: Máte nějaké strategie, jak situaci lépe zvládat, pokud ano, jaké to jsou?

Všimla jsem si, že u této otázky bylo ve všech případech zaváhání. Respondent R1 uvedl, že mu pomáhá pomalé dýchání, cvičení doma a procházky v přírodě, které jsou vhodné pro dobrou psychiku. Pro respondenta R2 je důležitá především

kognitivně-behaviorální terapie a s ní spojené různé techniky. R3 se zmínil, že mu hodně pomáhají svépomocné skupiny, společné nacvičování různých věcí a situací, naopak dechová cvičení mu vůbec nevyhovují a spíše je vnímá negativně. R4 uvedl, že nejraději odejde na nějaké klidné místo, a tam chvíli počká, než se jeho psychická situace zlepší.

Shrnutí dílčích výzkumných otázek III. a IV.

Třetí dílčí otázka mapovala život se sociální fobií v minulosti a v současné době. Všichni respondenti podstoupili určité léčebné procesy, díky kterým se jejich úzkostné stavy a strach spojený se sociální fobií zmírnil. Nicméně to ještě nedospělo do takové fáze, aby se všichni cítili vyléčení. Ačkoli respondent R3 uvedl, že dospěl do určitého zlomového bodu a cítí se být vyléčen.

Čtvrtá dílčí otázka se věnovala obraným strategiím, které mohou být využity v případě, že se respondenti dostanou do obávaných sociálních situací. Respondenti uváděli, že jim pomáhá např. dechové cvičení, nacvičování situací, procházky v přírodě nebo najít klidného místa, kde se může ukrýt.

Dílčí výzkumná otázka V.

DVO V. Jaká znevýhodnění v základních oblastech lidského života sociální fobie přináší?

V této otázce bylo záměrem zjistit, jaká omezení způsobuje sociální fobie v jednotlivých oblastech lidského života – škola, práce, partnerství, rodina, vztahy s okolím a přáteli. Vzhledem k tomu, že se zaměřuji na aktuální situaci, tak jsem nemohla zařadit odpovědi, které se vztahovali k minulosti.

TO 9: Jaký je váš školní život?

Na tuto otázku odpovídal pouze respondent R1 a R4. R1 si v současné situaci dodělává gymnázium a to dálkovou formou. Jelikož se jedná o dálkovou formu, tak se se spolužáky příliš nestýká. R4 chodí na vysokou školu, kde studuje jako prezenční student. „Mívám potíže s mluvením před spolužáky. Vždycky, když je na mě upřena pozornost, tak se mi zrychlí srdce.“

TO 10: Jaký je váš profesní život?

Respondent R1 uvedl, že současně s dálkovým studiem na gymnáziu ještě chodí do práce, konkrétně je prodávající v obchodě. Zpočátku měl respondent problémy navazovat kontakt se zákazníky, ale dnes už pozoruje zlepšení. Problémy nastanou ve chvíli, kdy je pozorován svým nadřízeným. R2 popisuje potíže při navazování kontaktu v práci, což mu znesnadňuje kariérní postup. „Nejvíce jsem vliv sociální úzkosti pocítil při výběru zaměstnání. Ve své současné práci se sociálnímu kontaktu nevyhnu, takže to je těžké.“ R3 nemá v současné době stálou práci, ale snaží se ji najít. Občas působí jako lektor v neziskové organizaci Nevypusť duši, ale v současné době koronavirové krize to bohužel není možné. R3: „Lektorování mě hrozně baví, vidím v té práci smysl, ale bohužel se to v téhle době moc dělat nedá, takže mi to chybí.“

TO 11: Jaký je váš partnerský život?

V současné době nemají respondenti R3 a R4 partnerský vztah. R3 uvedl, že se jedná spíše o nedostatek zkušeností z minulosti. „Oblast partnerských vztahů mi dělá největší problém.“ „Trápí mě, že si nemohu najít partnerku.“ R2 má v současné situaci 2 roky partnerku. „Nicméně předtím jsem v podstatě měl hodně krátké vztahy. Já nevím třeba na měsíc.“ Respondent R1 má momentálně trvalý vztah, který trvá již 3 roky, partner je prý oporou a seznámili se ve SFinze.

TO 12: Jaký je váš rodinný život?

U všech respondentů jsem zaznamenala kladný vztah k příslušníkům rodiny. R1 uvedl, že ačkoli se v minulosti rodiče rozvedli, neovlivnilo to příliš dnešní postoje k nim. „Vím, že se na ně můžu obrátit.“ Respondent R2 řekl, že má stabilní zázemí, že žije v malé rodině, ale s ostatními příbuznými se moc nevidá. R3 uvedl, že dříve za něj spoustu věcí dělali rodiče, dnes se dokáže o všechny tyto záležitosti postarat sám. R4: „Díky rodičům jsem schopná to všechno zvládnout, už od začátku jsou při mně. Vím, že se jim můžu se vším svěřit.“

TO 13: Jaké máte vztahy s okolím a s přáteli?

I u této otázky bylo patrné, že všichni respondenti jsou ve fázi, kdy je pro ně navazování vztahů s okolím a s přáteli o trochu lepší. Respondent R1 uvedl, že má přátele ve svépomocné skupině, dříve pro něj bylo obtížné si přátele udržet, ale dnes

díky SFinze, to není tak zlé. Respondenti R2, R3 a R4 uvedli, že se s nikým příliš nestýkají a počet přátel je malý. R2: „V podstatě mám několik přátel, ale stýkám se s nimi málokdy. A vlastně jediný s kým se stýkám často je samozřejmě má přítelkyně.“ „Nemám pocit, že bych se chtěl více scházet s ostatními, dříve jsem to vnímal jinak, ale teď je to takhle.“

Shrnutí dílčí výzkumné otázky V.

Pátá dílčí otázka byla zaměřena na základní oblasti lidského života. Mezi tyto oblasti patří škola, zaměstnání, partnerský život, rodinné vztahy, vztahy s okolím a přáteli. Všichni respondenti jsou zaměstnání, přičemž R1 ještě k tomu studuje dálkově gymnázium. Respondenti R1 a R2 jsou jediní, kteří mají dlouhodobý vztah, R3 a R4 mají problém s navázáním kontaktu s někým jiným. Co se týče přátel, tak je to u všech podobné, mají nějaký užší okruh, ale příliš se s těmi lidmi nestýkají.

Dílčí výzkumná otázka VI.

DVO VI. Jak vnímáte kvalitu života s (diagnostikovanou) sociální fobií?

Na tuto otázku se mi dostalo odpovědi: „Co je vlastně kvalitní život?“ Shodli jsme se, že záleží na pohledu daného jedince, na jeho zkušenostech, hodnotách apod. R2: „Myslím si, že se dá vést spokojený život i s tou sociální fobií.“

TO 14: Co vás limituje a naopak pomáhá?

Všichni respondenti mi dokázali sdělit podobnou odpověď. V minulosti vnímali sociální fobii velmi negativně. Dnes se s tím naučili alespoň trochu vypořádat a berou to tak, že je to součást života. Respondent R1 uvedl, že svůj život vnímá o trochu lépe a je vděčný, že se sociální fobie rozjela poměrně rychle. „Vlastně jsem chtěla říct, že jsem ráda, že teď si říkám, že je dobře, že se mi to rozjelo rychle.“ Díky tomu byla určena včasná diagnóza a problém se mohl řešit. Respondent R2 prohlásil, že se svým aktuálním životem smířil a akceptoval to, že má jiný život než běžní lidé. Dnes mu to méně vadí a je přesvědčen, že i se sociální fobií se dá vést dobrý život. V tomto ohledu je pozitivně naladěný. „Nedokážu říct, zda je to dobrý nebo špatný. A teď vedu lepší život než tehdy.“ Respondent R3 se vyjádřil tak, že „Existují určité momenty, kdy jsem schopen odprostit se od všech problémů.“ Pokud se doma nic neděje, tak se den vleče a nejsem schopen den smysluplně naplnit. R4 uvedl, že nejobtížnější je pro něj fungovat v kolektivu, ve škole. „Mám strach, že řeknu něco špatně.“

Dílčí výzkumná otázka VII

DVO VII. *Jaký vliv má aktuální koronavirová krize na váš život?*

Jako poslední dílčí otázku jsem zařadila, jak jednotliví respondenti vnímají aktuální situaci a jak ovlivnila jejich život.

TO 15: Vnímáte tuto situaci negativně nebo pozitivně vzhledem k vašemu duševnímu onemocnění?

Respondenti R1, R2 a R4 se shodli, že když si odmyslí všechna negativa spojená s nemocí COVID-19, tak je to pro ně poměrně dobrá situace. Díky tomu, že nemusí příliš často vycházet z domova, se cítí lépe. R1 však uvedl, že „Problém nastává ve chvíli, kdy musím jít nečekaně do práce. O to je to pak horší, protože jsem si zvykla být doma.“ Respondent R2 zmínil, že díky této situaci má umožněnou práci z domova, což je pro něj velká výhoda. „Byl to pro mě pozitivní rozdíl, když pomínu strach o rodinu. Tohle byla prostě jedna z těch pozitivních změn, z mého pohledu.“ R3 mi na tuto otázku odpověděl již předtím. Pro něj je tato situace komplikovaná, alespoň co se týká získání práce a také smysluplného naplnění volného času.

Shrnutí dílčích výzkumných otázek VI. a VII.

Šestá dílčí výzkumná otázka byla zaměřena na konkrétní vliv sociální fobie v životě respondentů. V současné době nahlíží na sociální fobii jako na součást života. Samozřejmě zpětně si uvědomují, že v minulosti přišli o některé věci a aktivity, které jsou spojené s životem bez sociální fobie.

Sedmá otázka se týkala aktuální koronavirové krize. V případě tří respondentů je tato situace brána pozitivně, protože se mohou zdržovat v pohodlí svého domova. Ovšem negativa s nemocí COVID-19 si uvědomují a neberou je na lehkou váhu. Respondent R3 řekl, že mu tento stav nevyhovuje, rád by pracoval a smysluplně trávil volný čas.

3.6 Shrnutí výzkumného šetření

V tomto výzkumném šetření bylo položeno několik otázek, které se týkaly života osob se sociální fobii. Cílem výzkumného šetření bylo najít odpověď na hlavní výzkumnou otázku, kterou je: „Jaká je subjektivní kvalita života osob se sociální fobii?“

Na začátek je dobré uvést, že není jednoduché hovořit o tom, jak by měl vypadat kvalitní a spokojený život. Je to velmi individuální. Každý může mít nastavené odlišné hodnoty a priority. Někomu stačí málo, aby byl šťastný, a někdo toho ve svém životě potřebuje více. V průběhu rozhovorů bylo jasné, že každý vnímá plnohodnotný život trochu odlišně.

Se sociální fobií se pojí mnoho omezení, které každý den znepríjemňují život všem lidem, kteří mají tuto poruchu. Je jedno, zda se jedná o běžné situace jako je nakupování nebo mluvení na veřejnosti. Pro osoby se sociální fobií to bude vždycky výzva. Abych mohla odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, musela jsem se zaměřit jak na minulost, tak na současný stav zkoumaných osob. Obtíže související se sociální fobií nastali již v dětství a adolescenci. Což všechny respondenty negativně ovlivnilo. Pro sociální fobii je typický strach a úzkost. Díky tomu se nemohli účastnit různých akcí, docházet na kroužky, bavit se s vrstevníky, navazovat partnerské vztahy atd. Důležitým okamžikem bylo vyhledání odborné pomoci. Tím se obtíže spojené se sociální fobií zmírnili. V průběhu rozhovorů jsem vnímala drobné detaily v mluvení (např. tón hlasu, nadšení, smutek). Ve chvíli, kdy respondenti mluvili o své minulosti, tak jsem měla dojem, že na ni nevzpomínají zrovna v nejlepším a to je pochopitelné. Ovšem jakmile se stočil hovor na aktuální situaci, vypadalo to jinak. Zdálo se, že mají trochu více energie. Na všech respondentech bylo znát, že se dokázali povznést nad začátky se sociální fobií a teď jsou s tím smířeni a do jisté míry se s tím i naučili žít. Berou to tak, že je to součást života. I když nastanou situace, které jsou jim nepříjemné, dokážou se s nimi vypořádat. V tomhle jim pomáhá rodina a svépomocná skupina. Důležité je, aby tito lidé měli dobré zázemí a podporu od svých blízkých. U některých stále zůstává pocit, že o něco přišli a teď se to snaží dohnat. Není to pro ně lehké, ale když se jim podaří dosáhnout i toho nejmenšího cíle, který si určili, tak mají hned lepší pocit. Jak už jsem uvedla na začátku, říct o někom, že vede kvalitní život je problematické. Záleží na názorech, postojích a hodnotách každé osoby.

Závěr

Bakalářská práce se věnovala tématu sociální fobie a kvalitě života. Cílem této práce bylo poukázat na problematiku duševních poruch, v tomto případě na sociální fobii a kvalitu života, která je s tím spojená. Na začátku práce bylo představeno základní uvedení do problematiky. Jednalo se o vysvětlení pojmu sociální fobie, dále byla zmíněna historie a vývoj diagnózy. Pozornost byla věnována i multikauzální etiologii, klasifikaci, současné diagnostice a léčbě sociální fobie. Sociální fobie dokáže být velmi limitující v sociálních situacích, které jsou pro běžné osoby snadno zvládnutelné. Typickým znakem u osob se sociální fobií je strach a úzkost z obávaných situací, jako je mluvení na veřejnosti. Lidé s touto fobií se obávají, že je každý bude pozorovat. V takových situacích se mohou dostavit příznaky, jako je bušení srdce, zčervenání, pocení, třes, zrychlené dýchání, nežádoucí myšlenky, vyhýbavé chování, izolace atd. Ve druhé kapitole byl představen pojem kvalita života a přístupy k jeho zkoumání. Kvalita života je obtížně definovatelná, protože každý si pod tím může představit něco jiného. Vliv na kvalitu života má zázemí, fyzické a psychické zdraví, věk, pohlaví, hodnoty, vzdělání atd.

V empirické části bakalářské práce bylo uvedeno výzkumné šetření. Toto šetření bylo zaměřené na osoby se sociální fobií a na to, jak hodnotí subjektivní kvalitu života. Subjektivní kvalita života je zaměřená na emoce a na všeobecnou spokojenost se životem. Výzkumné šetření bylo realizováno formou polostrukturovaného rozhovoru. Účastníky tvořily vybrané osoby z organizace SFinga. Tato organizace pomáhá osobám, které se léčí se sociální fobií či sociální úzkostí. Hlavní výzkumná otázka byla: „Jaká je subjektivní kvalita života osob se sociální fobií?“ Ke zjištění potřebných informací byly stanoveny dílčí výzkumné otázky, které se soustředily na získání základních informací o psychickém stavu jednotlivých respondentů. Součástí dílčích výzkumných otázek byly tazatelské otázky, které sloužily jako doplnění potřebných informací.

Výsledky výzkumného šetření ukazují, že nelze přesně určit subjektivní kvalitu života. Žít se sociální fobií není jednoduché. V mnoha běžných sociálních situacích je to limitující. Člověk zažívá značný diskomfort a prakticky s tím nemůže nic dělat. Každý má nastavené své vlastní hodnoty a potřeby a ty se pak reflektují do prožívání. O to složitější to mají lidé s tímto duševním onemocněním. Pozitivní je, že sociální fobie je dobře léčitelná, ať se jedná o farmakoterapii nebo psychoterapii. Respondenti uvedli, že díky léčbě se jim jejich stav zlepšil. Pořád mají problémy v určitých situacích,

ale dokáží se s tím lépe vypořádat. Dalším důležitým aspektem je podpora od blízkého okolí. V průběhu psaní bakalářské práce se objevily jisté nedostatky spojené s tímto tématem. Jedním z těch hlavních je počet osob, které se zúčastnili výzkumného šetření. Vzhledem k povaze duševního onemocnění jsem předpokládala, že výzkumný vzorek nebude nijak velký. Bohužel jsem nepředpokládala, že se mi podaří udělat rozhovor pouze se 4 účastníky. Dalším limitem práce je posuzování subjektivní kvality života. Jak už jsem několikrát uvedla, kvalita života je individuální. Závisí na mnoha faktorech a jejich interpretaci. Na základě rozhovorů jsem si mohla udělat určitý obrázek, ale nemohu s přesností vědět, zda jsem veškeré informace pochopila správně a následně zapsala do této práce.

Bakalářská práce se tímto tématem snažila přiblížit, co je to sociální fobie, jaké to je žít s touto duševní poruchou, a jaký vliv to má na každodenní běžné situace, se kterými se lidé se sociální fobií musí potýkat.

Seznam použitých zdrojů

Tištěné zdroje

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Přeložil Petr Bakalář. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Přeložil Vladimír Jůva, přeložila Vendula Hlavatá. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.

HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, J. a kol.: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.

KALINA, Kamil a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001, 118 s. ISBN 80-238-8014-4.

KESSLER a kol., 2005 In: PRAŠKO, Ján a HOLUBOVÁ, Michaela. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017. 256 s. ISBN 978-80-247-5841-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

MENTZOS, Stavros. *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch*. Přeložila Lucie Simonová. Praha: Portál, 2012. 288 s. ISBN 978-80-262-0018-5.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2012. 220 s. ISBN 978-80-7387-547-3.

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. 416 s. ISBN 80-7178-997-6.

PRAŠKO, Ján, VYSKOČILOVÁ, Jana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Sociální fobie a její léčba: příručka pro lidi se sociální fobií*. Praha: Galén, 2008. 64 s. ISBN 978-80-7262-580-2.

PRAŠKO, Ján a HOLUBOVÁ, Michaela. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017. 256 s. ISBN 978-80-247-5841-1.

PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKO, Ján. *Úzkostné a fobické poruchy: malá psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: Galén, 2000. 102 s. ISBN 80-7262-039-8.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf, 1997. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

VAĎUROVÁ, Helena a MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.

RABOCH, Jiří a HERLE Petr. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2011. 138 s. ISBN 978-80-87553-27-5.

RABOCH, Jiří a ZVOLSKÝ Petr. *Psychiatrie*. Galén: Karolinum, 2001. 622 s. ISBN 80-246-0390-X.

Elektronické zdroje

FELMAN, Adam. What to know about social anxiety disorder. In: *MedicalNewsToday.com* [online]. 2020 [cit. 2021-04-01]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/176891>.

HIGUERA, Valencia. Social Anxiety Disorder. In: *Healthline.com* [online]. 2018 [cit. 2021-04-01]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/anxiety/social-phobia#symptoms>.

Sociální fobie. *MKN-10* [online]. 2021 [cit. 2021-03-01]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F40.1>.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (UK). Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment. Leicester (UK): British Psychological Society [online]. 2013. [cit. 2021-03-01] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327674/>.

Příloha

Respondent R1

1. Jaké je vaše pohlaví?
„Jsem žena.“
2. Jaký je váš věk?
„Je mi 23.“
3. Studujete či pracujete?
„Já tedy studuji ještě gymnázium dálkově. Já jsem jsem si to přerušila, tak to ještě dodělávám.“
4. Jak dlouho trpíte sociální fobií? Jak dlouho ji máte diagnostikovanou?
„Asi, asi od střední. Někdy v 18 mi to napsali jako diagnózu. Začala jsem to řešit s rodiči, když už to bylo fakt náročný a psychiatricka mi pak napsala t u diagnózu.“
5. Kdy se u vás objevily první příznaky sociální fobie?
„No, ono se to asi nejvíc rozjelo, když jsem nastoupila na střední školu, někdy v těch 17. Měla jsem problémy v kolektivu se spolužákama, že jsme se přestali bavit. A pak i strach z učitelů. A pak se to projevovalo tak, že jsem tam nechtěla chodit.“
6. Jaký byl život dříve a jaký je dnes?
„Na základní škole to bylo v pohodě. Normálně jsem se bavila se spolužákama. A najednou na střední jsem byla taková uzavřená, s nikým jsem se bavit nechtěla.“ „Když mi doktorka dala diagnózu, nechtěla jsem si to připustit.“ „Tehdy jsem tu sociální fobii brala úplně jinak než teď. Ted'ko je jako normální, že každéj má něco. Asi jsem se za to tehdy i to styděla.“ „Vlastně dříve jsem měla malinký problém s alkoholem. Měla jsem strach a v kolektivu jsem si tím pomáhala, pak z toho byl větší problém.“ „Dříve mi i některý věci vadily, ale když se zpětně ohlédnu, tak to tak neřeším. Dostala jsem se z toho nejhoršího docela rychle.“
7. Jaký vliv má sociální fobie na každodenní záležitosti?
„To jsou všechno věci, se kterými jsem měla problém. A potřebovala jsem si na to zvyknout. V 18 jsem byla ve stavu, že jsem nechtěla jít ani na nákup

ani nikam. Telefonování je pro mě těžší doteď. Jsem schopná to udělat, ale často to odkládám.“

8. Máte nějaké strategie, jak situaci lépe zvládat, pokud ano, jaké to jsou?

„Já já asi nevím.“

9. Jaký je váš školní život?

„No jakoby studuju dálkově to gymnázium, takže se se spolužáky do kontaktu nedostávám.“

10. Jaký je váš profesní život?

„Spolu se školou chodím do práce. Dělam v obchodě. A po maturitě bych chtěla zkusit jinou práci, ale moc nevím jakou, takže to budu zkoušet.“

„Vždycky jsem byla na prodejně. Ze začátku jsem měla problémy, ale zároveň mi to i hodně dalo, že jsem si zvykla.“ Největší problém je s těma nadřízenějma, kterej mě pozoruje, to mi vadí.“

11. Jaký je váš partnerský život?

„Nikdy jsem neměla úplný problém. V 18 jsem našla přítele ve stacionáři, to trvalo asi dva roky. Potom jsem chodila na SFingu, tam jsem se seznámila se současným přítelem. To trvá už 3 roky.“ „Hodně mi pomáhá mít partnera, který ty věci chápe.“

12. Jaký je Váš rodinný život?

„S rodiči mám dobrý vztahy. S mámou to bylo vždycky dobré, s tátou to bylo občas horší. Navíc se rozešli, takže to bylo špatné, ale teď se to zase zlepšilo. “Když se něco děje, tak nemám problém se jim svěřit.“

13. Jaké máte vztahy s okolím a s přáteli?

„Pro mě je je asi těžký, si ty přátele nějakým způsobem udržet, že že většinou nevidám lidi ze starý školy.“ „Asi mi v tom pomohla hodně SFinga, kde mám kamarády, se kterými se vídám.“ A nemám žádnou kamarádku, se kterou se vídám, které bych se svěřila. To si ne.“

14. Co vás limituje a naopak pomáhá?

„Já já já nevím.“ Určitě mi pomáhají rodiče a partner a taky lidi ze Sfingy.“ „Taky určitě se zaměřuju na pomalé dýchání, hraju na ukulele. A cvičím z domova, ale jenom z domova. To mi pomáhá na psychiku. Ještě chodím ven do přírody.“

15. Vnímáte tuto situaci negativně nebo pozitivně vzhledem k vašemu duševnímu onemocnění?

„Jsem ráda, že nemusím nikam chodit, ale ale je to horší, když musím najednou do práce. Je to těžší, že se mi tam nechce, mám strach.“ Jinak mi ta situace vyhovuje, protože mám čas.“ „A myslím si, že kvůli tomu zvládám školu hůř, že jsem si třeba odvykla. Loni ty zkoušky zrušili a teď to zase musím řešit. Myslím si, že to má takhle každá, bavila jsem se se spolužačkou a taky to říkala.“