



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Strategie zvládání sociální úzkosti

Social anxiety management strategies

Vypracovala: Nikola Lněničková
Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Mrhálek, Ph.D.

České Budějovice 2021

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponenta práce, záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16.4.2021

.....

Lněničková Nikola

Poděkování

Ráda bych poděkovala především panu Mgr. Tomášovi Mrhálkovi, Ph.D. za jeho velmi vstřícný a ochotný přístup, metodické rady, čas a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Poděkování patří také všem respondentům, díky kterým jsem mohla intenzivně poznávat a lépe pochopit problematiku sociální úzkosti a bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem strategií zvládnání sociální úzkosti. Teoretická část je zaměřena na vymezení problematiky sociální úzkosti a jejích komorbidních poruch, včetně příčin a projevů sociální úzkosti. Dále vymezuje charakteristiky náročných situací, koncepce psychické odolnosti a zvládací strategie. Poslední teoretická část se věnuje obecně strategiím zvládnání sociální úzkosti, které rozděluje na interní a externí metody. Empirická část představuje kvalitativní výzkum, který pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjišťuje individuální strategie zvládnání sociální úzkosti respondentů. Zaměřuje se především na strategie před a během sociálních situací. Dále na podpůrné strategie, které mají vliv na celkové zvládnání sociální úzkosti.

Klíčová slova: sociální úzkost, sociální fobie, sociální úzkostná porucha, zvládací strategie, strategie zvládnání sociální úzkosti

Abstract

This bachelor thesis deals with a topic of social anxiety management strategies. The theoretical part of this work focuses on defining social anxiety issues and comorbid disorders, including the causes and manifestation of social anxiety. Furthermore, it specifies a characteristic of difficult situations, conception of psychological resilience and coping strategies. The last theoretical part applies to social anxiety management strategies generally, which are divided into internal and external methods. The empirical part of this work introduces qualitative research, which uses half-structured interviews to find out individual social anxiety management strategies of interviewees. This part is focused on strategies before and during social situations. Further, also on supporting strategies having effect on management social anxiety aggregate.

Key words: social anxiety, social phobia, social anxiety disorder, coping strategies, management strategies of social anxiety

Obsah

Úvod	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Problematika sociální úzkosti	9
1.1. Charakteristika základních pojmů.....	9
1.1.1. Sociální úzkost.....	9
1.1.2. Klasifikace úzkostných poruch.....	10
1.1.3. Sociální fobie (sociálně úzkostná porucha)	12
1.1.4. Komorbidita dalších poruch a potíží.....	13
1.2. Projevy	14
1.2.1. Fyziologické.....	14
1.2.2. Psychické	15
1.2.3. Behaviorální.....	16
1.3. Etiologie.....	16
1.3.1. Biologické faktory	17
1.3.2. Vlivy prostředí	17
2. Náročné situace a jejich zvládání.....	18
2.1. Charakteristika náročných situací.....	18
2.2. Psychická odolnost.....	20
2.2.1. Koncepce psychické odolnosti.....	20
2.2.2. Sociální opora.....	22
2.3. Zvládání náročných situací	22
2.3.1. Teoretické modely copingových strategií	24
3. Strategie zvládání sociální úzkosti.....	25
3.1. Interní metody.....	25
3.1.1. Relaxační a dechové techniky	25
3.1.2. Práce s psychickými mechanismy	27
3.1.3. Léčebné přípravky.....	29
3.2. Externí metody.....	30
3.2.1. Vybrané terapie pracující se sociální úzkostí.....	30
3.2.2. Podpůrná opatření a skupiny	31
II. EMPIRICKÁ ČÁST	33
4. Metodologie výzkumu.....	33
4.1. Výzkumný problém, cíle a otázky.....	33
4.2. Výzkumný design.....	33
4.3. Výzkumný soubor	34

4.4. Metoda sběru dat	34
4.5. Metoda zpracování dat	35
4.6. Výzkumná etika.....	36
5. Podrobná analýza rozhovorů	36
5.1. Zdroje	36
5.1.1. Přítomné osoby.....	37
5.1.2. Konkrétní situace.....	38
5.1.3. Místa.....	39
5.2. Projevy	40
5.2.1. Fyziologické.....	40
5.2.2. Psychické.....	41
5.2.3. Behaviorální projevy	42
5.3. Strategie před sociálními situacemi.....	43
5.3.1. Příprava	44
5.3.2. Scénáře	45
5.3.3. Sebepéče.....	46
5.3.4. Uvědomění si své úzkosti.....	47
5.4. Strategie během sociálních situací.....	48
5.4.1. Práce s dechem.....	48
5.4.2. Práce s psychickými mechanismy	49
5.4.3. Podpora okolí	51
5.4.4. Bezpečné zóny.....	52
5.5. Podpůrné strategie	53
5.5.1. Odborná péče.....	53
5.5.2. Podpora blízkých osob	55
5.5.3. Individuální	55
5.6. Ideální řešení	58
6. Shrnutí výsledků	60
7. Diskuse	62
8. Závěr	67
9. Seznam použitých zdrojů a literatury	68
10. Seznam tabulek	73

Úvod

Sociální úzkost je v dnešní době velmi rozšířeným a stále se rozšiřujícím jevem. Ve společnosti může být zaměňována za stydlivost a přílišnou plachost. To může být častým důvodem, proč není ostatními lidmi vnímána jako závažný problém a může být doprovázena předsudky či nepochopením. Sociální úzkost se pojí s mnoha dalšími poruchami, se kterými se vyskytuje současně nebo které se ze sociální úzkosti rozvíjí. Na její rozvoj mají vliv biologické faktory a z velké části také sociální vlivy, především různé nepříjemné a traumatické sociální zkušenosti. Vliv na její zvládnání mají složky psychické odolnosti včetně sociální opory. Sociální úzkost doprovází velmi intenzivní a nepříjemné projevy, od kterých se následně odvíjí řešení a samotné zvládnání sociální úzkosti. Ačkoliv je samotná problematika z teoretického hlediska charakterizována velmi podrobně, samotné strategie zvládnání nikoliv. Dle dostupné literatury se za hlavní strategie uvádí terapeutická a farmakologická léčba. Doposud málo prozkoumanou oblastí jsou konkrétnější strategie zvládnání sociální úzkosti, které samotní jedinci využívají. Hlavním cílem mé práce je proto zmapovat tuto oblast a popsat, jak se jedinci vypořádávají s prožíváním sociální úzkosti v daných situacích i mimo ně. Dále je cílem této bakalářské práce vymezit charakteristiku sociální úzkosti a souvisejících duševních poruch s projevy sociální úzkosti. Popsat dané projevy a možné příčiny vzniku sociální úzkosti. Charakterizovat náročné situace a zvládací (copingové) strategie těchto situací, se kterými se pojí prožívání sociální úzkosti. Především obecně vymezit možnosti zvládnání sociální úzkosti z teoretického hlediska. Cílem empirické části práce je zjistit a popsat individuální strategie zvládnání sociální úzkosti. Vzhledem k povaze tématu a jeho hlubšímu poznání byl zvolen kvalitativní design výzkumu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Problematika sociální úzkosti

1.1. Charakteristika základních pojmů

Úvodem do problematiky sociální úzkosti a jejího zvládnání je zprvu nutno charakterizovat základní terminologii.

1.1.1. Sociální úzkost

Sociální úzkost je strach v přítomnosti druhých osob. Jedná se o nejvýraznější příznak sociální fobie či úzkostných poruch. Samotná úzkost se vyskytuje mnohem častěji než sociální fobie. Bývá spojena s obtížnými sociálními situacemi, např. mluvení na veřejnosti, setkávání se s významnými lidmi, seznamování atd. Lidé bývají v takovýchto situacích velmi nervózní, především kvůli strachu z kritiky od jiných osob. Úzkost většině lidí nezasahuje do života tak, že by se začali těmto situacím vyhýbat, tak jako v případě sociální fobie (Praško, 2005).

Sociální úzkost souvisí se stydlivostí. Z jednoho pohledu může být se sociální úzkostí zaměňována, jelikož se jedná o podobné entity s patrnými rozdíly nebo se ze stydlivosti může následně sociální úzkost rozvinout. Hartl (2004, str. 20) charakterizuje stydlivost jako plachost, bázlivost a povahový rys, v jehož pozadí je nízké sebevědomí, introverze, tréma či nedostatek zkušeností. Od sociální úzkosti a případné fobie odlišuje plachost také APA (2013), dle které je stydlivost nepatologickým rysem osobnosti. Může však některá splňovat diagnostická kritéria sociální fobie a odlišuje se tím, že nemá výrazný vliv na sociální život jedince. Anthony a Swinson (2008) popisují sociální úzkost jako zkušenost, se kterou se mohou potýkat lidé s různými osobnostními styly a vlastnostmi. Kromě plachosti, také jedinci introvertní nebo perfekcionisté. Williams (2018) poukazuje na skutečnost, že jedinci se sociální úzkostí nemusí však být nutně stydliví, jelikož se do sociálních situací a konverzací zapojit chtějí. Jejich strach ze sociální interakce a případného ponížení jim to znemožňuje.

Plachost a sociální fobie mají řadu podobných rysů a zároveň se v řadě aspektů liší. Mezi stejné aspekty a zkoumané oblasti patří sociální obavy, vyhýbání se sociálním situacím, psychické a somatické symptomy. Avšak ve všech těchto dimenzích se sociální fobie liší od plachosti výrazně většími hodnotami v prožívání intenzity úzkosti a méně projevujícími se symptomy. Především stydliví jedinci mají v sociálních situacích minimální nebo žádné

obavy. U plachých jedinců se nevyskytují přidružené poruchy a život mohou hodnotit a prožívat o něco kvalitněji, oproti jedincům se sociální fobií. Možným důvodem je skutečnost, že stydliví jedinci si i přes svou plachost vedou v sociálních výkonových situacích lépe než jedinci se sociální fobií. Dalším faktem odlišnosti je větší výskyt plachých jedinců ve společnosti než fobických jedinců (Heiser et. al., 2009).

Konkrétními prožitky se sociální úzkost a stydlivost liší v tom, že stydlivost doprovází pocity trapnosti a napětí z druhých osob. Sociální úzkost je především *strach z negativního hodnocení druhými lidmi*. Stydliví jedinci o sobě nesmýšlejí špatně, jejich stydlivost nedoprovází negativní myšlenky. Bojí se, že řeknou nebo udělají něco špatně, ale pocity nervozity postupně odeznívají. Stydlivost se však může v sociální úzkost rozvinout. Rozvinout se tak může, pokud stydlivost začne doprovázet nerealistická očekávání nebo iracionální závěry o sociálních situacích a druhých lidech. (Williams, 2018).

Stein a Walker (2003) poukazují na vyskytující se stydlivé chování u předškolních dětí, které je v tomto věku běžné a považováno za roztomilý rys. S přibývajícím věkem a přetrvávajícím bázlivým chováním však takové chování přestává být obvyklé. Tomuto neobvyklému chování by se proto měla věnovat pozornost, především ze strany rodičů. Sociální úzkost se může projevit už v dětství. Děti nedokážou říct, že mají strach ze sociálních situací, ale popisují tělesné příznaky (dýchací obtíže, pocení aj.). Stein a Stein (2008) upozorňují na skutečnost, že nehledě na pokrok ve vnímání sociálních úzkostných poruch může být v populaci přetrvávající názor, že sociálně úzkostná porucha je plachost nebo objekt podporovaný farmaceutickým průmyslem k udržování trhu. Tento postoj může posilovat stigmatizaci duševních poruch. Této poruše se věnuje stále vyšší pozornost a do povědomí se dostává jako velmi rozšířený a zhoršující se, ačkoliv léčitelný stav.

Společně se sociální úzkostí se vyskytuje také tzv. anticipační úzkost neboli úzkost z očekávání, kterou může vyvolat pouhé pomyšlení na blížící se sociální situaci (Praško, 2005). Anticipační úzkost se může objevovat delší dobu před očekávanou situací, několik dnů i týdnů dopředu (APA, 2013).

1.1.2. Klasifikace úzkostných poruch

Sociální úzkost se přiřazuje k různým úzkostným poruchám, které lze klasifikovat dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) podle Světové zdravotnické organizace (WHO) nebo dle Diagnostického a statistického manuálu Mentálních onemocnění (DSM) od Americké psychologické asociace (APA).

Obecně jsou Úzkostné poruchy charakteristické nadměrnou úzkostí a strachem, doprovázející problémy v chování. Úzkostné poruchy se liší ve zdroji (objektu nebo situaci), který strach či úzkost a další přidružené projevy vyvolávají. Charakteristická je neúměrné prožívání spouštěcího zdroje, nadhodnocování prožívaného nebezpečí, dále také přetrvávající doba trvání úzkostné poruchy, což je obvykle od 6 měsíců a déle. Některé úzkostné poruchy mají tendenci přetrvávat z dětství. Především pokud nejsou léčeny (APA, 2013). Konkrétní definice se v průběhu času vyvíjely a měnily. Jako oficiální psychiatrická diagnóza byla ve DMS-3 popsána sociální fobie, která byla následně v DMS-4 změněna na sociálně úzkostnou poruchu (Heimberg et al., 1995).

APA (2013) v nejnovějším DSM-5 klasifikuje skupinu Úzkostných poruch, ve které je včetně ostatních úzkostných poruch nyní zařazená Sociálně úzkostná porucha (SAD) neboli sociální fobie. Mezi její diagnostická kritéria patří především výrazný strach a úzkost z jedné a více sociálních situací, které zahrnují sociální interakci a ve kterých by jedinec mohl být pozorován, či hodnocen. Tyto sociální situace téměř vždy vyvolávají strach a úzkost, které přetrvávají dlouhodobě a jsou neúměrné skutečnému ohrožení a jedinec se těmito situacím vyhýbá nebo se je snaží přetrpět. Dále také způsobují tyto projevy narušení v sociální rovině života a nelze je vysvětlit jinou duševní poruchou nebo onemocněním.

MKN-10, uznávaná v České republice, přiřazuje sociální úzkost k několika skupinám poruch. Do skupiny Fobických úzkostných poruch (F40), kam řadí sociální fobii, agorafobii a další specifické fobie. Úzkost je u těchto poruch vyvolaná pouze či převážně v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou běžně nebezpečné. Sociální fobie je definovaná jako „*obava z posuzování ostatními, která vede k vyhýbání se styku s lidmi*“ (WHO, 2016, str. 305). MKN-10 rozlišuje ještě skupinu Jiné anxiózní poruchy (F41). „*Jedná se o poruchy, kde je manifestní úzkost hlavním příznakem, ale není omezena na konkrétní zvláštní situaci. Projevy fobické úzkosti se mohou objevit jako sekundární a méně závažné*“ (WHO, 2016, str. 306). Do této skupiny poruch patří panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smířená úzkostně-depresivní porucha. Dále se sociální úzkost objevuje také ve skupině Specifické poruchy osobnosti (F60), což jsou těžká narušení v charakteristice a chování daného jedince. Promítají se do různých oblastí osobnosti a jsou charakteristické osobnostní tísní a sociálními poruchami. Vznikají v dětství, dospívání a pokračují do dospělosti. Sociální úzkost se objevuje především v anxiózní (vyhýbavé) poruše, která je charakteristická pocity napětí, nejistoty, přecitlivělosti na odmítnutí a kritiku od druhých

lidí. Také tendencí vyhýbat se běžným sociálním situacím z důvodu potencionálního nebezpečí (WHO, 2016).

Je tedy patrné, že se diagnózy v obou klasifikacích různě prolínají a také, že sociální fobie je prvotní diagnóza a používá se ve stejném významu jako sociální fobie dle MKN-10, tak i sociálně úzkostná porucha neboli také jako sociální fobie dle DMS-5. Od nich se dle MKN-10 odlišují další různé specifické fobie a jiné úzkostné poruchy nebo anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti. Pro všechny diagnózy je společným znakem sociální úzkost.

1.1.3. Sociální fobie (sociálně úzkostná porucha)

„Sociální fobie je výrazný strach (fobie), pro který je typické, že se vyskytuje v mezilidských situacích (sociální úzkost).“ (Praško, 2005, str. 25) Jak již bylo zmíněno, sociální úzkost se od sociální fobie či poruchy odlišuje. Praško (2005), který vychází z MKN popisuje, jak se tyto entity liší. Důležitým aspektem pro odlišení sociální fobie od samostatné sociální úzkosti je to, že velmi výrazně zasahuje do každodenního života (práce, studia, společenských kontaktů aj.). A rozdílem sociálně fobie od vyhýbavé poruchy je, že se dají určit konkrétní sociální situace, ve kterých jedinci se sociální fobií úzkost a strach pociťují.

Základním rysem je výrazný a přetrvávající strach ze situací, které mohou způsobit rozpaky nebo ponížení. Jedná se o situace, ve kterých lidé běžně obavy nemívají (Praško, 2005). Pociťovaný strach a úzkost jsou prožívány silněji, než je obvyklé a jsou nepřiměřené skutečnému nebezpečí. Sami jedinci mohou své reakce hodnotit jako neúměrné a potencionální nebezpečí z fobického zdroje tak zveličovat (APA, 2013). Ačkoliv si fobici uvědomují, že jejich obavy jsou iracionální a přehnané, nepomáhá jim to v ovládnutí své úzkosti, kterou prožívají. Úzkost se nezmění, ani když si jedinec uvědomuje, že ostatní nepovažují situaci za hrozivou nebo nebezpečnou (Praško, 2005). Nutné je však odlišit, pokud by se strach vztahoval ke skutečnému nebezpečí jako např. k šikaně. Dále je také nutno posoudit kulturní hledisko, jelikož v různých kulturách může být sociálně úzkostné chování hodnoceno odlišně. Strach by tak měl z objektivního hlediska posoudit odborník (APA, 2013).

U fobických jedinců vyvolávají sociální situace stres. Jedná se o strach z kontaktu s jinými lidmi, nesouhlasu, odmítnutí, kritiky, posměchu nebo hodnocení. Zdrojem strachu jsou obavy ze zvědavých a pátravých pohledů ostatních, ale také obavy z vlastního selhání či zpanikaření v dané situaci. Situace vyvolávající strach mohou být buď velmi různorodé (zahrnující téměř jakékoliv situace) nebo velmi specifické. Ze specifických situací se může

jednat nejčastěji o strach z mluvení na veřejnosti a mluvení s cizí osobou. Vzácnější může být také strach z pití, konzumace jídla, psaní, telefonování v přítomnosti jiných osob (Praško, 2005).

Heimberg et al. (1995) rozlišují tzv. subtypy sociální fobie na generalizovanou a oddělenou. Generalizovaná se pojí na strach ve většině sociálních situací, běžná konverzace či shromáždění. Pro tento podtyp je typické větší množství a závažnost symptomů, větší funkční poškození a také častější komorbidita. Subtyp oddělené sociální fobie je strach z vystavení se na veřejných místech během mluvení, jezení či psaní na veřejnosti.

Porucha vede k narušení sociálních vztahů, omezení kontaktů, menší spokojenosti se vztahy nebo obtížnými vztahy. Obavy doprovázené jedinců se sociálně úzkostnou poruchou mohou omezovat také jejich výsledky ve vzdělávacích, pracovních činnostech. To významně narušuje každodenní fungování. Tyto důsledky vedou často k osamělosti, rozvodu, menšímu vzdělání a nižšímu finančnímu ohodnocení nebo k sebevražedným myšlenkám (Schneier et al., 1992; Wittchen et al., 1999 in Harb & Heimberg, 2006). U fobických a úzkostných jedinců je až o 60% větší pravděpodobnost rizika sebevraždy než bez diagnózy, ale jedná se spíše o důsledek vyskytujících se přidružených dalších úzkostných a osobnostních poruch nebo užívání látek či alkoholu (APA, 2013).

1.1.4. Komorbidita dalších poruch a potíží

Komorbidní poruchy, které se vyskytují se sociální úzkostí může být agorafobie, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, atypická deprese a vyhubávací porucha osobnosti.

Agorafobie je strach a úzkost v situacích používání veřejné dopravy, v otevřených i uzavřených prostorech, pobyt mimo domov a také stání ve frontě či v davu. Strach spouští pomyšlení, že by útěk z těchto situací mohl být obtížný nebo by v případě rozvinutí paniky nebyla jedinci dostupná pomoc. Také tuto fobii doprovází vyhubávací chování (APA, 2013).

U jedinců s projevy panické ataky by především měla být vyloučena panická porucha, a to z důvodu, že u těchto jedinců se mohou záchvaty paniky vyskytovat nezávisle na konkrétní sociální situaci. Jako primární diagnóza by měla být vyloučena atypická deprese, která může vykazovat příznaky citlivosti na sociální odmítnutí. Také generalizovaná úzkostná porucha se v určitých projevech se sociální úzkostnou poruchou překrývají (Heimberg, 1996 in Harb & Heimberg, 2006). Panické ataky mohou být projevem jakékoliv úzkostné poruchy. Jedná se o „náhlý záchvat intenzivního strachu či znepokojení, které dosahují vrcholu v průběhu minut a jsou doprovázeny fyzickými nebo kognitivními symptomy.“ (APA, 2013, str. 200)

Mohou se objevovat očekávaně v reakci na obvykle úzkostné zdroje nebo také neočekávaně jako panika bez zjevné příčiny (APA, 2013).

Generalizovaná úzkostná porucha je charakteristická stálou a nadměrnou úzkostí a obavami z mnoha různých oblastí či situací. Týká se také situací spojených s obtížnou kontrolou, tedy v situacích pracovních či školních výkonu. Jedince s generalizovanou úzkostnou poruchou prožívají především fyziologické projevy jako neklid, únava, napětí atd. (APA, 2013). Závažným projevem generalizované sociální úzkostné poruchy lze považovat vyhýbavou poruchu osobnosti (Heimberg, 1996 in Harb & Heimberg, 2006). Vyhýbavá neboli anxiózní porucha se projevuje neustálým napětím a úzkostí člověka, který se bojí druhých lidí, protože předpokládá, že jej budou hodnotit a kritizovat. Jedinci s úzkostnou poruchou mají největší obavy z odmítnutí druhých a na odmítnutí jsou velmi přecitlivělí, proto se vyhýbají situacím, kde takové odmítnutí hrozí. Mezi takové situace patří především setkávání s novými a neznámými lidmi. Ačkoliv se sociálním situacím vyhýbají, neznamená to, že po sociálním kontaktu netouží (Praško, 2003).

1.2. Projevy

Projevy sociální úzkosti se odvíjí především od prožívaného strachu a úzkosti. Tyto stavy popisuje Stuchlíková (2007) jako specifické subjektivní emocionální stavy, které jsou doprovázeny kromě prožitkovými, tak i fyziologickými a behaviorálními projevy.

1.2.1. Fyziologické

Fyziologické projevy vyvolává již zmíněný strach a úzkost. Hranice mezi úzkostí a strachem není zcela přesně určitelná. Odlišné jsou ve spouštěcím zdroji. Strach je definován jako: „*emocionální stav v přítomnosti nebo při očekávání nějakého nebezpečného nebo ohrožujícího podnětu.*“ (Stuchlíková, 2007, str. 145). Úzkostí je myšlen: „*trvalý pocit ohrožení, kdy jedinec není schopen přesně říct, co konkrétního jej ohrožuje. Jedná se o reakci na očekávané ohrožení.*“ (Stuchlíková, 2007, str. 145). Tyto dvě emoce mají vrozený základ, specifické a nezaměnitelné prožívání. Jejich účelem je chránit jedince před ohrožením. Společným rysem strachu i úzkosti je nekontrolovatelnost a nepředvídatelnost, tudíž se k nim pojí prožitek ze ztráty kontroly nad zvládnutím situace a sebeovládáním. Společné prožitky, které zachycují jejich kvalitu i kvantitu je např. nejistota, obava, tíseň, úlek, panika atd. (Vymětal, 2000).

Úzkost bývá v důsledku na očekávané ohrožení častým spouštěčem strachu. Jelikož strach je reakcí na reálné ohrožení je společností více akceptovaný než úzkost, která může být

mnohdy vnímaná jako neopodstatněná, protože nemá svoji konkrétní či viditelnou příčinu. Úzkost se stává problematickou ve chvíli, kdy ji jedinec pociťuje příliš často a velmi intenzivně a pokud zasahuje do plného prožívání života (Janiček, 2008). V případě vymknutí ovládnutí jedincem v intenzitě a kvalitě se stávají nezvladatelným utrpením a zdravotním problémem (Vymětal, 2000). Časté prožívání strachu vede k náchylnosti prožívání úzkosti, která činí z člověka více senzitivního jedince vůči nadcházejícímu prožívání strachu. Problematika úzkosti se často pojí s etiologií různých duševních poruch (Stuchlíková, 2007). Mezi typickými vyskytujícími se fyziologickými projevy je bušení srdce, třes, pocení, knedlík v krku, zrychlené dýchání, červenání se, svalové napětí nebo ochablost, závratě, tlaky v žaludku a pocity na zvracení (Praško, 2005). Jedinci se sociální úzkosti se obávají především na první pohled viditelných příznaků. Intenzita prožívání může být velmi různá, někteří mohou hlásit většinu fyziologických příznaků, někteří si žádné tyto projevy nemusí uvědomovat, jelikož nejvíce znepokojivé pro ně jsou dopady v chování spojené s prožívanými emocemi (Anthony & Swinson, 2008).

1.2.2. Psychické

Praško (2005) popisuje psychické projevy doprovázející sociální úzkost jako bludný kruh, ve kterém se jedinec točí. Ústřední rolí bludného kruhu jsou především automatické úzkostné myšlenky a představy. Ty vytváří jádrová schémata, což jsou absolutistická a automatická přesvědčení, kterým jedinec plně věří. Tyto úzkostné myšlenky mimovolně vyvstanou na mysli, aniž by si je úzkostný jedinec sám od sebe promýšlel. Vznikají na základě kognitivních omylů v myšlení, což je jakýsi negativní způsob zpracování informací. Jsou proto neodpovídající skutečnosti, nekonstruktivní a přehnané. I přesto o nich úzkostní jedinci nepochybují a plně jim věří. Objevují se při pomyšlení na situaci i během situace. Zhoršují doprovázející fyziologické projevy a vyvolávají stále další úzkostné myšlenky. Tyto myšlenky a pocity, na které zaměřují svou pozornost pak nadále jejich bludný kruh i sociální fobii udržují.

Ve společnosti mezi druhými prožívají kromě nejistoty a napětí také pocity méněcennosti, nízkého sebevědomí, nepřitažlivosti a neschopnosti. Vyhýbají se proto situacím, kde musí vynaložit jisté osobní riziko a hrozilo by, že by se před ostatními lidmi zesměšlili. Častým vnitřním projevem může být bohatý vnitřní život a pocity, i přestože jedinec působí mezi lidmi jako odtažitý a lhotejný. Jedinec s úzkostnou poruchou bývá často osamělý nebo mám

ve svém okolí málo blízkých přátel. Avšak v udržovaných a dobrých kontaktech mívají intenzivní a prosperující vztahy (Praško, 2003).

1.2.3. Behaviorální

Sociální úzkost je charakteristická především vyhýbavým chováním. Jedinec se úzkostným zdrojům aktivně vyhýbá. To znamená: „*jedinec se úmyslně chová tak, aby vyloučil nebo minimalizoval kontakt s fobickým objektem nebo situací.*“ (APA, 2013, str. 209) Podstatou fobie je nepřiměřený strach ze zdrojů, které obvykle nejsou reálně ohrožující. Daný jedinec nedokáže nepřiměřený strach zvládnout, a proto se často pro něj ohrožujícím podnětům snaží vyhnout. (Kebza, 2009). Důsledkem vyhýbavého chování je pozitivní a krátkodobá úleva, což vede k dalšímu vyhnutí se a udržování bludného kruhu. Avšak z dlouhodobého hlediska má toto chování negativní důsledky, jelikož dochází k omezování aktivit a kontaktů (Praško, 2005).

Vyhýbavé chování může být na první pohled velmi zřejmé, ale také poměrně skryté či méně zřetelné, a to především v případě, že jedinec upravuje své životní podmínky tak, aby s fobickým objektem vůbec nepřicházel do kontaktu. Což způsobuje nezažívání strachu z fobického zdroje a trvalé odmítání přijít s fobickým zdrojem do kontaktu. Jako odpověď na strach se může projevit v podobě panické ataky (APA, 2013). Mezi další projevy v chování se objevuje mlčení, schovávání se, tichý hlas, rychlá řeč, zadržávání, přešlapování a únik (Praško, 2005). Jako další přidružené vlastnosti podporující sociální úzkostnou poruchu lze zařadit nedostatek asertivity, nadměrná submise či kontrola průběhu situace. Dále také vyhýbání se očního kontaktu, nesmělosti a uzavřenosti. Jedinci mohou být málo otevření a sdělovat o sobě málo informací. Mohou také své fobii přizpůsobovat životní okolnosti a vyhledávat profese s minimálním sociálním kontaktem, muži mohou déle žít u původní rodiny a ženy dříve žít jako matky či ženy v domácnosti (APA, 2013).

Antony a Swinson (2008) uvádí ještě typ bezpečnostního chování, které úzkostní jedinci využívají ke snížení úzkosti a ochrany v situaci. Jejich cílem je snaha cítit se v úzkostné situaci bezpečněji. Mezi takových chování se objevuje např. částečné vyhýbání se (vstoupení do situace, ale pasivní zapojení), odvádění pozornosti od úzkostných myšlenek, přícházení do situace včas nebo později než ostatní aj.

1.3. Etiologie

Fobie se začíná projevovat již v pubertě a v dospívání, méně častěji začíná i později. Nejčastěji ve věku mezi 14 a 20 lety, v období vývoje, kdy je častá stydlivost. U jedinců se

sociální fobii nedochází v pozdějším věku k sociální adaptaci a snížení studu. Vyhýbáním sociálními situacím se stanou na tyto situace přecitlivělými, někdy dochází k navrácení poruchy. Sociální fobie se objevuje stejně často u mužů jako u žen, nezáleží na inteligenci, vzdělání, ekonomickém zázemí ani zaměstnání (Praško, 2005). Avšak dle APA (2013) se sociální fobie celkově v populaci vyskytuje častěji u žen než u mužů. To popisuje také Turk (1998 in Harb & Heimberg, 2006), který udává že ačkoliv se vyskytuje častěji u žen, muži oproti ženám častěji vyhledávají léčbu. Dle Praško (2005) může být důvodem narušení jejich role živitele rodiny, která se od nich očekává více než u žen, a proto raději vyhledají léčbu. Vznik fobie nemusí být vždy jednoznačný. APA (2013) dodává, že sami jedinci nemusí být schopni si sami důvod vybavit či uvědomit.

1.3.1. Biologické faktory

Z hlediska genetiky je rizikovým faktorem výskyt sociální fobie u blízkých příbuzných, kdy je vyšší pravděpodobnost zdědění sociální fobie (APA, 2013). Dalším faktorem je také osobnostní rys úzkostnost. Úzkostní jedinci reagují fyziologicky silněji na vnímané nebezpečí, jsou celkově méně fyzicky a psychicky odolní, snadněji si pamatují podněty vzbuzující jejich úzkost (Vymětal, 2000). Tato vrozená dispozice ke zvýšenému napětí způsobuje změny v hladinách neurotransmiterů v mozku, především úbytek serotoninu a dopaminu nebo také nadbytek noradrenalinu (Praško, 2005). Z hlediska temperamentových rizikových faktorů se objevují zábrany v chování a strach z negativního hodnocení i neuroticismus, také geneticky podmíněné (APA, 2013).

1.3.2. Vlivy prostředí

Nejčastěji může sociální fobie vzniknout na základě prožití několika sociálních neúspěchů, které následně vedou k vyhýbavému chování. Dále se může rozvinout po prožití nějakého jasného traumatu nebo na základě napodobování vyhýbavého chování u rodičů (Praško, 2005). Vzniknout může na základě stresujících, ponižujících událostech. Z hlediska traumatických událostí to bývají ztráty a odloučení od rodičů, sociální zavržení, zneužívání. A také shlédnutí jiného jedince zažívající trauma nebo po prožití neočekávané panické ataky. Rozvinout se může z dětské plachosti a vyvíjet se tak postupně. Začátek v dospělosti je vzácnější a může být více spojen se stresující událostí nebo novými sociálními rolami např. povýšení atd. Sociální fobie může vzniknout také jako důsledek jiného onemocnění, zdravotních obtíží, viditelného handicapu, a to především u strašících lidí. Zároveň tak kvůli přidruženým onemocněním může být těžké sociální fobii rozpoznat (APA, 2013).

2. Náročné situace a jejich zvládání

2.1. Charakteristika náročných situací

Sociální úzkost je pro jedince náročnou situací. Jejími nadřazenými pojmy je především zátěž a stres.

Zátěž je obecně spojována s obtížnými, ohrožujícími a narušujícími situacemi. Vychází ze všech nároků, které se kladou na jedince, tedy z pohledu psycho-bio-socio-spirituální jednoty. Jedná se o obecný pojem, ze kterého vychází specifický případ, kterým je stres jako: „stav kdy míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu za daných podmínek.“ (Paulík, 2010, str. 41). Na zátěž může být nahlíženo pouze jako na stres dle českého výrazu a jedná se obecně o situaci, kdy míra stresových faktorů je větší než schopnost jedince danou situaci zvládnout (Špatenková et al., 2004).

Dle Selye (1970 in Szabo et al., 2012) **stres** není to, co se stane jedinci, ale jak na situaci dotyčný jedinec reaguje. Jedná se o nescifickou odpověď organismu na působení jakéhokoliv činitele, především jako odpověď na poškození či ohrožení organismu. To vychází také z původního a zcela prvního pojmenování stresu jakožto *obecného adaptačního syndromu*, tedy že se jedná o narušení adaptace. Také poukazuje na skutečnost, že stresová reakce ovlivňuje endokrinní, kardiovaskulární, plicní i ledvinový systém.

Pojem stres je dle Lazaruse a Folkmanové (1984, str. 19) vyjádřen jako „*vztah mezi jedincem a prostředím, který daná osoba považuje za překročení svých možností a ohrožení svého zdraví.*“ Tato definice tak bere v úvahu charakteristiku osoby tak i povahu prostředí. Stres je chápán také jako podnět nebo reakce. Podnět vyjadřuje nějakou událost v prostředí (katastrofy, nemoci atd.) a reakce z hlediska biologie vyjadřuje stav stresu, kdy jedinec reaguje na stres či je ve stresu. Míra stresu a ohrožení svého zdraví je posuzována jedincem na základě jeho kognitivního hodnocení.

Autoři Baum a Contrada (2011) poukazují na limity koncepcí stresu dle Selye a Lazaruse a popisují tyto limity na třech vlastnostech stresu – kruhovitosti, neurčitosti a pravděpodobnostní příčině. Kruhovitost bere v potaz nejednoznačnost vyjádření stresu a poukazuje na to, že by se nemělo na stres nahlížet pouze jako na podnět-reakce nebo pouze z hlediska příčin. Neurčitost spočívá při určování stresových podnětů, sociálních a dalších faktorů či osobních dispozic a také při neurčitém rozlišení kognitivního hodnocení od copingových strategií. Z hlediska pravděpodobnostní příčiny není přesně určeno, které podněty vyvolávají stresovou reakci a které systémy budou reagovat. Stresory mohou být

pro jedince stresující, ačkoliv nejsou potenciaálně zátěžové a jedná se o různé události a další individuální podmínky. V tomto případě záleží na kognitivním zhodnocení, zvládnání těchto procesů či osobnostních dispozicích. Závisí také na sociálním kontextu, který může reakci na stres posilovat i tlumit, záleží, jak daný jedinec tyto sociální faktory vyhodnotí.

Stres působí na člověka jak fyzicky, tak kognitivně a emocionálně. Z hlediska fyzických projevů se jedná o vypouštění hormonů adrenalinu a noradrenalinu, které připravují tělo na reakci útoku nebo útěku, dále také dochází ke zvyšování krevního tlaku. Kognitivní problémy se mohou objevovat jako problémy s pamětí, nerozhodností, pochybnostmi o sebevědomí a neschopnosti se soustředit. Emocionální projevy se objevují ve formě strachu, úzkosti, paniky či depresi. Přidružené problémy mohou být problémy se spánkem, závislostem na alkoholu a drogách nebo tak vést k celkové demotivaci člověka. Jako velmi nebezpečný důsledek stresu jsou pocity bezmocnosti a vědomí, že jsou věci mimo vlastní kontrolu, kdy následně dochází k izolaci od ostatních (Napolitano, 2017).

Sociální úzkost se pojí v určitém ohledu také s pojmem **krize**. Krize je pro člověka vnímaná jako *extrémní psychická zátěž*, tedy obecně negativně vnímaná a náročná situace, ale také situace selhání dosavadních adaptačních mechanismů (Kebza, 2009). Mezi symptomy krize patří především intenzivní kritické události, negativní emoce, pocity nejistoty z budoucnosti a ztráty kontroly, přetrvávající stav napětí, narušení obvyklých vzorců chování a způsobů života, nutnost změn a adaptace na situaci (Špatenková, 2004). Krize doprovází reakce ve formě zkresleného vnímání vnějšího světa, jelikož je zastřešené dominujícími stresujícími podněty. Dále také negativní emoce (strach, panika, vztek), případně také dezorganizované a neúčelné chování s různými zkratkovými reakcemi (Paulík, 2010).

Dle typologie krizí se rozlišuje krize vývojová, situační a chronická (Rothschild, 1980 in Špatenková et al. 2004). Přičemž se sociální úzkostí souvisí především situační a chronická krize. Z hlediska Baldwinovy typologie krizí (1980) dle závažnosti psychopatologie jsou situační neboli dispoziční krize vyvolané vnějšími podněty. Tyto problematické situace jsou však řešitelné vlastními silami (in Kebza, 2009). Situační krize způsobují tedy intenzivní, silné a mnohdy neočekávané stresory. Ohrožují jedincovu integritu, pocit bezpečí a vyvolávají intenzivní pocity tísně. Svoji roli při zvládnání těchto krizí hraje nakolik jsou pro jedince vnímány stresory jako negativní. Ke chronické krizi dochází, když jedinec přijme nějaké maladaptivní řešení jeho krize, v případě situační krize se jedná o zaseknutí se na emoční reakci. Udržují ji intenzivní vzpomínky na předchozí trauma (Špatenková et al., 2004).

2.2. Psychická odolnost

Psychická odolnost má vliv na zvládání zátěžových situací a klade důraz na dispoziční faktory a charakteristiky osobnosti, konkrétně psychické odolnosti. (Paulík, 2010). Obecně úzkostná rizika je z hlediska psychické odolnosti především nízká sebeúčinnost a nedostatečná sociální opora a s ní související vlivy okolí. V poslední řadě samotné strategie zvládání (WHO, 2016).

2.2.1. Koncepce psychické odolnosti

Koncepce psychické odolnosti (*resilience*) vychází z dispozičních vlastností a umožňují danému jedinci zvládat nároky, které jsou na něj v různých situacích kladené. Obecně se jedná o „*schopnost nenechat se výrazněji vyvést z míry a po odeznění zátěže obnovit původní stav a využít získané poznatky ze zvládnuté zátěže k další adaptaci*“ (Paulík, 2010, str. 102). Konkrétněji se jedná o subjektivní předpoklady pro zvládání zátěže (frustrační tolerance, souhrn dispozic aj.). Týká se tedy nároků na zvládnutí zátěže a zvládání stresových, náročných situací ve smyslu *klást odpor a odolávat tlakům* (Paulík, 2010). Z pohledu Křivohlavého (2003) je koncepce odolnosti doslovně překládána jako nezlomnost, pružnost jako „*nedat se a bojovat s těžkostí*“. Kebza (2009) poukazuje na užívání pojmu psychické odolnosti nejen vůči působícím stresovým situacím, ale také na přizpůsobivost a pružnost navrácení systému k původním podmínkám. Mezi další specifické koncepce psychické odolnosti patří locus of control, koherence, hardiness a self-efficacy.

Rotter (1966 in Křivohlavý, 2003) popsal svoji koncepci **locus of control**, která rozlišuje dva odlišné způsoby, kterými jedinci přistupují ke svým potížím a problémům. Jedinci s interním locus of control přistupují k potížím na základě vlastních schopností, možností či vlastní iniciativy těžkost zvládnout. Jedinci s externím locus of control staví své postoje k vyřešení těžkosti takové, že se potíží vyřeší sama, bez jakéhokoliv jejich zásahu. Jedná se o dva takové extrémy, mezi kterými se dle Rottera v průměru nachází každý.

Koncepce **koherence**, kterou formuloval Antonovsky (1987) je „*založena na předpokladu, že psychicky odolný člověk by měl vidět svět, v němž žije, v určitých kvalitách a uspořádanosti.*“ (in Výrost & Slaměnik, 2001, str. 25). Antonovsky popsal tuto koncepci na základě zkoumání přeživších Židů po holocaustu, a původně znamená *smysl pro integritu*. V původním pojetí měla tato koncepce dvojí vysvětlení, jednalo se o soudržnost skupiny lidí a také soudržnost a jednotnost osobnosti člověka. Antonovsky vysvětluje osobnostní soudržnost pomocí tří dimenzí – *srozumitelnost situace, smysluplnost boje a zvládnutelnost*

úkolu (in Křivohlavý, 2003 str. 72). Přičemž srozumitelnost je kognitivní stránkou, logicky pochopitelným chápáním světa. Smysluplnost se pojí s motivačním zaměřením osoby k jejímu životním cíli. Zvládnutelnost je vnímání dostupných možností ke zvládnutí kladených požadavků. (Křivohlavý, 2003). Nedostatek koherence ústí v pocity chaosu a bezmoci, že se nic nedá zvládnout a s ničím se nedá nic dělat. Tyto pocity následně vedou k úzkosti, depresi až k omezování kontaktů (Paulík, 2010).

Koncepce **hardiness** neboli osobností tvrdosti od autorky Kobasové v pojmu zahrnuje tři hlavní struktury, a to dispozice *udržet vývoj událostí pod kontrolou*, dispozice *vidět a chápat v přicházejících životních situacích výzvy ke změření sil* a dispozice *plného zaujetí pro jakoukoliv činnost* jako oddanost sobě a svým zásadám (in Výrost & Slaměnik, 2001). Na jedné straně zahrnuje plné zaujetí a důvěru v to, co daný jedinec dělá a druhé straně silné odcizení se a zbytečnosti úsilí. Nedostatečně rozvinutá charakteristika hardiness se pojí s pocity marnosti a beznaděje, kdy jedinec nevidí smysl v tom, co se mu děje. V důsledku se může opět objevit deprese, úzkosti, sociální izolace (Paulík, 2010).

Další je Bandurova (1982) koncepce **self-efficacy**. Dle českého překladu jako sebeúčinnost či osobní vnímaná zdatnost. Jedná se o úroveň víry ve vlastní schopnosti (Kebza, 2009). Konkrétně o subjektivní pocit vlastní schopnosti kontrolovat běh dění, ve kterém se osoba nachází (Křivohlavý, 2003). Vnímání vlastní účinnosti ovlivňuje myšlenkové vzorce, činy a emoční vzrušení. Platí, že čím vyšší je úroveň sebeúčinnosti, tím vyšší jsou výkonnostní úspěchy a emoční vzrušení. To následně daným jedincům pomáhá pochopit změny v chování při zvládání různých vlivů, fyziologické stresové reakce, vlastní rezignaci a skleslost atd. Jedná se vztah mezi vlastními znalostmi a akcí, jak lidé posuzují jejich schopnosti a jak prostřednictvím svého sebepojetí ovlivňují jejich motivaci a chování. Posouzení o vlastní soběstačnosti ovlivňuje výběr činností, míru úsilí pro překonání překážek a negativních zkušeností (Bandura, 1982).

Křivohlavý (2003) uvádí, že mimo jiné nadějně osobnostní zdroje ve způsobů zvládání těžkostí pomáhá také optimismus, kladné sebehodnocení, sebedůvěra či smysluplnost života související s náboženskými přesvědčeními. A také poukazuje že koncepce nezdolnosti v pojetí resilience, koherence, hardiness a self-efficiency jsou sami o sobě vhodnými obrannými faktory proti stresu a souvisí s využíváním aktivních strategií zvládání zátěže.

2.2.2. Sociální opora

Ze širšího hlediska je sociální podpora velmi významným faktorem pro celkový zdravotní a duševní stav jedince. Především významné je celkové vnímání sociálního začlenění, které má pozitivní účinek při reakci na stres a ochranný účinek na různá onemocnění a důsledky stresu. Vnímané sociální začlenění navozuje danému jedinci pocit, že je ostatními akceptován, mají o něj zájem a jsou ochotni mu v nouzi pomoci. Péče a podpora, kterou jedinci od druhých dostávají zlepšuje také sociální přizpůsobivost a stává se ovlivňujícím faktorem duševního zdraví (Schwarzer & Lepin, 1991).

Sociální podpora má významný vliv na pomoc lidem v krizi. Její vliv má účinek na snížení stresu, tlumí krizové situace a zajišťuje duševní zdraví. Je důležitá ve formě emocionální podpory, praktické pomoci, rad a informací. Avšak forma podpory by se neměla vyskytovat v bezúčelné až škodlivé formě (např. planým utěšováním, dáváním falešných nadějí a nadměrným zastupováním), jelikož to zvyšuje závislost a pasivitu zvládání náročných situací (Špatenková et al., 2004). Důležitá je také sociální podpora díky odolnosti blízkých sociálních skupin, především rodiny a blízkých přátel. Tyto skupiny mohou působit také jako významný zdroj odolnosti vůči zátěži (Paulík, 2010).

Opakem pozitivního vlivu sociální opory může být stigmatizace jedinců s duševní potíží. (Janíček, 2008) tak poukazuje na překonání těchto předsudků, kdy změna ve vnímání sebe samého jako duševně nemocného nezávisí na sociálním okolí, ale probíhá primárně uvnitř daného jedince. Může záviset právě na tom, do jaké míry se bude daný člověk svůj problém před sebou i před svým okolím popírat či skrývat.

2.3. Zvládání náročných situací

Lazarus (1966) charakterizuje zvládání jako „*proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující zdroje.*“ (in Křivohlavý, 2003, str. 69). Zvládání náročných situací je popisováno jako hledání cest a východisek z těchto situací. Snahou je rozlišovat efektivní a neefektivní způsoby zvládání zátěže a popsat praktické postupy uplatnitelné v těchto situacích. Popsané postupy se tak liší od dané postihnuté skupiny a náročné situace. Mechanismy zvládání je nutno odlišit od obranných mechanismů (Výrost & Slaměník, 2001).

Vymětal (2003, str. 63) označuje obranné mechanismy jako: „*vnitřní strategie, jimiž řešíme rozpory a vyrovnáváme se se zkušenostmi, které jsou neslučitelné se sebepojetím.*“ Také dodává, že jsou součástí každé osobnosti a přirovnává je k funkci imunitního systému,

jelikož jejich funkcí je chránit jedince před ohrožení sebepojetí, pocity sebeúcty a regulovat úzkosti. Kebza (2009) poukazuje, že obranné mechanismy jsou obecně považovány spíše za náhradní a neplnohodnotný způsob zvládání, jelikož nesměřují k vyřešení situace, ale spíše o iluzorní a sebeklamnou náhradu řešení situace a nevědomé úrovni. V případě, že se stanou základní a převládající strategií zvládání náročných situací, lze je považovat za maladaptivní. Dle Špatenková et al. (2004) jsou při náročných životních situacích nejčastěji využívanými obrannými mechanismy: útok, únik, vytěsnění, potlačení, popírání, racionalizace, introjekce, projekce, sebeobviňování či regrese aj. Obranné mechanismy se od copingových strategií odlišují tím, že vyvracejí realitu, kdežto strategie realitu respektují.

Strategie zvládání stresu jsou specifitější způsoby přístupu zvládání oproti obecným osobnostním charakteristikám, tedy se odlišují od koncepcí psychické odolnosti a také od obranných mechanismů (Křivohlavý, 2003). Vyrovňování se se zátěží spočívá v postupech a způsobech využívané jedincem za účelem adaptace na zátěž. V případech adaptace na stresory je jedná obecně o *coping* (zvládání). Úspěšné zvládání závisí na úspěšné dosavadní adaptaci (Paulík, 2010).

„Coping spočívá z neustále se měnícího kognitivního a behaviorálního úsilí ke zvládnutí konkrétních vnějších požadavků, které jsou hodnoceny jako překročení svých možností a zdrojů.“ (Lazarus & Folkman, 1984, str. 41) Autoři této charakteristiky Lazarus a Folkmanová (1984) považují coping za konstrukt hodnocení stresu. Poukazují na skutečnost, coping je snaha o zvládnutí situace ať už jsou postupy efektivní či nikoliv. Coping tak může být zaměřován s výsledkem nebo účinností těchto copingových úsilí, jelikož jsou obecně za zvládání považovány úspěšné postupy vedoucí k adaptaci. Avšak různé formy zvládání nemusí mít vždy prospěšné a adaptivní výsledky, a to co je pro daného jedince považováno za úspěšný coping, může být pro druhé vnímáno jako maladaptivní.

Lazarus a Folkmanová (1984) popisují, že při vyhodnocování míry zátěže se uplatňuje tzv. kognitivní hodnocení, což jsou procesy určující míru vnímání situace jako stresové. Hodnocení se objevuje ve dvou formách, a to jako účinnost reakce a vnímaná vlastní účinnosti. Pomocí účinnost reakce jedinec zvažuje, jaké úsilí jej bude vybraný způsob stát. Vnímaná vlastní účinnost, je pak schopnost chovat se dle doporučeného způsobu. Dle Bandury (1982) během kognitivního zpracování jedinci vnímají zvýšení své sebeúčinnosti, když jejich zkušenosti nepodporuje nedůvěra v to, co v nich vzbuzuje strach. Pokud se během jejich zvládání objeví něco, co omezuje jejich způsob, snižuje to jejich sebeúčinnost, navzdory úspěšnému výkonu.

Baum a Contrada (2011) upozorňují na neurčitost kognitivního hodnocení, jelikož dle Lazaruse a Folkmanové (1984) se kognitivní hodnocení a coping vztahují k určitým druhům stresových událostí, a to vede k určitým druhům stresových reakcí v individuálních rozdílech. Avšak autoři Baum a Contrada (2011) poukazují na skutečnost, že nelze jistě říct, kde končí kognitivní hodnocení, který iniciuje stres a kde začínají copingové strategie, při kterých daná osoba zvládá vnímaný stresor, který má také vždy svoji kognitivní složku.

2.3.1. Teoretické modely copingových strategií

Strategie zvládnání náročných situací lze rozdělit dle několika teoretických modelů. Nejznámějším a v literatuře nejvyužívanějším modelem strategií zvládnání náročných situací je model dle Lazaruse a Folkmanové (1984), ze kterého vychází poté i další teoretické modely. Tento model rozlišuje dva základní typy strategií zvládnání:

- Emocionálně zaměřené (*emotion focused coping*) – jejich cílem je regulace zhoršeného emočního stavu v důsledku stresu a snaha změnit vlastní emocionální reakce na přežívané těžkosti a měnit je v přiměřené přijetí situace. Zahrnují expresivní vyjadřování emocí, přijetí i popírání situace. Nepříjemné napětí redukují únikovými mechanismy (denní snění, úniky do fantazie, ke vzpomínkám, spánek, užívání alkoholu či drog). Tyto strategie rozvíjí přirozený egocentrismus, soustředí se na vlastní osobu a reflektování svých emocí.
- Problémově zaměřené (*problem focused coping*) – mají za cíl působit na prostředí a změnit jej. Jedná se o vlastní iniciativu aktivity a snahy konstruktivně řešit danou situaci. Zahrnují analýzy problému, sestavování plánu či postupů aktivního konání, hledání adekvátních informací, přeformulování problému, snahu nalézt jiné způsoby řešení situace a změnit podmínky zhoršující stav.

Výrost a Slaměník (2001) poukazují, že strategie vyhledávání sociální opory je někde na pomezí těchto dvou strategií, jelikož může být ve formě emocionálního posílení a také jako zdroj získávání informací o způsobech řešení problému.

Edwards (1988 cit. dle Baumgartner in Výrost & Slaměník, 2001) popsal model deskriptivního a normativního dle výběru zvládacích strategií. Normativní model funguje na racionálním procesu rozhodování, který vyžaduje přehled o všech možných strategiích ještě před výběrem, zvažování potencionálních důsledků vybrané strategie a výběr jedné strategie, snižují stres. Deskriptivní model funguje na využívání omezeného počtu možných strategií, hodnotí je povrchně nebo vybírají málo efektivní strategie. Fungují spíše na základě

rutinních postupů. Amirkhan (1990 cit. dle Baumgartner in Výrost & Slaměnik, 2001) popsal tři faktory pro výběr nejzákladnějších zvládacích strategií: instrumentální strategie zaměřené na problém, strategie vyhledávání sociální opory (hledání pomoci, rad a kontaktu od druhých lidí) a strategie vyhýbání se (fyzický i psychologický únik). Paulhová (cit. dle Schuller, 1994 in Výrost & Slaměnik, 2001) popsala tři formy odpovědi při působení náročných situací: modifikace pozornosti (strategie odmítnutí, vyhnutí se nebo soustředění se na zdroj stresu), změna subjektivního významu události (vytvářením pozitivních emocí snižující napětí) a modifikace směru aktuální vztahu člověk-prostředí (v podobě vypracování plánu, který přispívá též ke změně emocionálního stavu).

3. Strategie zvládání sociální úzkosti

Strategie zvládání sociální úzkosti lze rozlišit na interní a externí metody.

3.1. Interní metody

Interní metody jsou takové, které může jedinec se sociální úzkostí využívat sám, bez pomoci, může se je naučit. Mezi takové metody patří relaxační a dechové techniky, práce s psychickými procesy a emocemi nebo využívání léčebných přípravků.

3.1.1. Relaxační a dechové techniky

Praško (2005) uvádí jako velmi důležitou metodou ke zklidnění relaxační techniky, které pomáhají zmírnit celkové napětí. Návčik rychlého zklidnění umožňuje tzv. Ostova progresivní relaxace. Spočívá v tom, se jedinec učí rozlišovat stavy napětí a uvolnění. A to pomocí střídavého napínání a uvolňování svalů během několika vteřin (10-15 sekund). Tuto metodu je třeba nacvičit, nejprve rozdělením na první část cvičením relaxace horní poloviny těla a ve druhé části i relaxaci zbytku těla. Praško (2005) dále uvádí techniky postupného uvolňování celého těla nebo také nastavování si vodítek, která pomohou v situaci k rychlému uvolnění se. Tyto vodítka mohou být jakékoliv předměty, které člověku připomenou, že má začít relaxovat. A to v jakékoliv chvíli (i neúzkostné), kdy se na ně podívá.

Srovnatelné snížení projevů sociální úzkosti pomocí progresivní svalové relaxace potvrzuje také výzkum Cogle et al. (2020), kde se progresivní svalová relaxace porovnávala s programy modifikace zkreslené interpretace. Obě metody během výzkumu vedly ke srovnatelnému snížení sociální úzkosti. Progresivní svalová relaxace je účinnou intervencí i léčbou pro sociálně úzkostnou poruchu. Přínosná může být také z důvodu, že zahrnuje určitou míru vystavení se úzkostným situacím. Důkazy o účinnosti obecně relaxační terapie

pro jedince s úzkostnými poruchami potvrzuje i studie dle Kim et al. (2018), který doporučuje relaxační terapii jako užitečný nástroj ke snižování negativních emocí u jedinců s úzkostnými poruchami. Conrad a Roth (2007) také potvrzují ve svém výzkum účinnost svalové relaxační terapie a poukazují na vycházející skutečnost, že ačkoliv jedinci s projevy sociální úzkosti uvádí, že jsou méně úzkostliví během svalové relaxační terapie, tak nejsou jednoznačné důkazy potvrzující, že by klesala také fyziologická aktivace (svalové napětí, dechové projevy aj.).

Účinnost při snižování projevů úzkosti včetně deprese prokázalo mindfulness neboli všímavost. Dle Hoffmana a Gomezové (2017) se tato technika jeví jako srovnatelná s relaxačním tréninkem nebo podpůrnou psychoterapií. Z výsledků výzkumu dokonce vycházela jako účinnější než samotné relaxační cvičení. Zaměřuje se na zvýšení emočního povědomí a regulace, kognitivní flexibilitu a chování založené na cílech. Tato technika prokázala svou účinnost jako léčivá složka integrací do jiných druhů léčby a terapií. Obzvláště efektivní může být při zařazení do kognitivně-behaviorální terapie jako jedna z forem nácviků.

Mindfulness je rozšířený koncept uvědomování, přesněji schopnost sebeuvědomění, tedy uvědomování si toho, co člověk prožívá, co se v něm odehrává za emoce a schopnost otevřenosti k sobě samému (Vybíral & Roubal, 2010). Jedním z pohledů na mindfulness je jako na schopnost využívat emoce jako informace k účinnému jednání. Jedná se o individuální rozdíl v reflexi neurčitých myšlenek a schopnosti být všímavý v každém okamžiku (Schultze & Roberts, 2007). Navrhnutý dvousložkový model všímavosti dle Bishop et al. (2004) rozděluje všímavost na složky autoregulace pozornosti a poté na přijetí konkrétní zkušenosti. Složka samoregulace pozornosti spočívá v základech všímavosti, kdy je převáděna pozornost na aktuální vnímané pole myšlenek, pocitů, vjemů a toho, co se děje. Pro schopnost regulace je nutná trvalá pozornost, která udržuje aktuální zkušenosti (myšlenky, pocity) ukotvené. Jakmile je detekována nějaká nově přicházející zkušenost, schopnost regulace pozornosti umožňují jedinci vrátit pozornost primárně k dechu. To pomáhá k celkovému uvědomění si svého stavu, myšlení a navrácení do klidového režimu. Složka orientace na zkušenost spočívá v přijetí a udržování zvědavosti ohledně různých zážitků, které daný jedinec v okamžiku vnímá. V této fázi je nutné všechny tyto myšlenky, pocity začít pouze vnímat a uvědomovat si je. Cílem je nesnažit se je přeměnit, ale pouze je přijímat tak, jak přichází do vědomí.

3.1.2. Práce s psychickými mechanismy

Tato podkapitola je zaměřena psychickým procesům (kognice a regulace emocí), které jsou v prožívání a zvládání sociální úzkosti klíčové. Janíček (2008) poukazuje na skutečnost, že je nutno vzít v potaz jedinečnost a nestejnost myšlenek, vnímání a psychických projevů, které každý člověk prožívá odlišně. Proto je k léčbě a různým strategiím nutno přistupovat univerzálně jen do určité míry.

Jednou ze strategií, jak rozrušit bludný kruh sociální úzkosti je tzv. **kognitivní rekonstrukce**, což je: „*postupná změna svého myšlení, kdy se člověk učí zbavovat iracionálních myšlenek a nahrazovat je více odpovídající myšlenkami dané situace, myšlenkami konstruktivními.*“ (Praško, 2005, str. 65). Opakem kognitivní rekonstrukce je kognitivní restrukturalizace, která udržuje sociálních úzkost opakovanou sebekontrolou a sebehodnocením svého výkonu v sociálních situacích. Ke snížení kognitivní restrukturalizaci mohou být užitečné především strategie založené na všímavosti (Lewis et al., 2020).

Kognitivní rekonstrukce zahrnuje 4 kroky: rozlišení automatických myšlenek, spojení reakcí těchto myšlenek a jejich vlivu na chování, zpochybňování takovýchto myšlenek, v posledním kroku přerámování těchto myšlenek (Praško, 2005). Autoři Seif a Winston (2017) podotýkají, aby se jedinec učil novým přesvědčením a tomu, jak pracovat s dalšími myšlenkami, tak je nutné, aby dokázal zpracovat momentálně prožívané zkušenosti a myšlenky. Oproti Praškovi (2005) přidávají do tohoto procesu další 2 kroky: rozpoznat myšlenky, uvědomit si automaticnost myšlenek, akceptovat je a dovolit si je, povznést se nad nimi, dát procesu čas a v posledním kroku nenechat se jimi ovlivnit a pokračovat v původním úmyslu. Dle Bandury (1982) čím více se jedinci učí schopnosti předvídat a vnímat potencionální hrozby, tím více rozvíjejí silné sebevědomí i osobní vnímanou zdatnost a získávají nové dovednosti, jak zvládat pro ně ohrožující činnosti či situace.

Ke kognitivnímu zpracování může dojít v případě, kdy jedinec danou společenskou nebo výkonovou situace předvídá a uvažuje o dalších minulých zkušenostech. K předvídání je tedy nutná zažitá zkušenost. Zkušenosti získává jedinec pomocí situací uměle vytvořených nebo vystavováním se těmito situacím. Dále je vhodné tyto zkušenosti zaznamenat např. do deníkových zápisů (Brozovich & Heimberg, 2008).

Identifikace jádrových schémat často vede k porozumění svého prožívání. Zpochybňování škodlivých myšlenek je dlouhodobý proces, který vede k následné modifikaci svých postojů

a svého chování (Praško, 2005). Modifikace chování vychází ze Skinnerova operantního podmiňování, kdy žádoucí chování je posilováno kladně např. sebe-pochvalou a nežádoucí chování negativním posilováním, např. nevěnováním pozornosti (Křivohlavý, 2003).

Jedinci se sociálně úzkostnou poruchou mají obtíže v emočním zpracování, konkrétně při identifikaci, přijímání, porozumění a tolerování emocí. Tyto obtíže v emočním zpracování vedou k problémům v reakci na emoce a jejich regulaci, kvůli kterým se následně vytváří škodlivý vzor spojený s negativní emocí (Dryman & Heimberg, 2018).

Strategie regulace emocí se rozdělují na adaptivní a maladaptivní. Jedinci se sociální úzkostí využívají omezené strategie regulace emocí, kterými jsou často maladaptivní strategie založené na vyhýbání se. Je pravděpodobné, že se výběr strategií odvíjí od různých projevů sociální úzkosti. Adaptivní strategie by měly být co nejpružnější, aby měly pro jedince příznivé účinky a spočívat v aktivním zapojení. A to z toho důvodu, aby se tak mohli učit své vzorce regulace emocí v případě nutnosti měnit (Aldao et al., 2014). Obvyklými tendencemi regulace emocí je kognitivní přehodnocování a potlačení. Přičemž u jedinců se sociálně úzkostnou poruchou je častější využívání potlačení než přehodnocování (Kinney et al., 2019). Potlačování jako strategie regulace emocí má však má vliv na rozvoj a udržení sociální úzkosti (Dryman & Heimberg, 2018). Na strategie regulace emocí může mít vliv nízká citlivost na odměny. Jedinec, který během situací zažívá malý zájem či potěšení má pak tendenci své emoce potlačovat a znovu je nepřeměňovat. Což má pak za důsledek prohlubování sociální úzkosti. Další maladaptivní strategií je kromě potlačování také únik ze situace (O'Connor et al., 2014).

Jako vhodné techniky regulace emocí ke zvládnutí sociální úzkosti doporučují (Dryman & Heimberg, 2018) především deník a dále techniky zaměřování se na pozitivní emoce a zkušenosti. Vhodná je také metoda ventilace emocí, která spočívá v katarzi, tedy psychickém očištění od negativních zážitků. Ventilace spočívá v pojmenování, vyslovení nebo napsání svých emocí a snižuje negativní emocionální dopad (Pennebaker et al., 1990 in Křivohlavý, 2003). Další formy kromě vyjádření emocí je práce s emocemi spočívající v aktivním přijetí dané emoce a pozitivním přehodnocení emocí, např. povznesení se, s důrazem na humor (Křivohlavý, 2010).

Negativní zkreslení a interpretaci sociálních situací (udržující bludný kruh) mohou snižovat tzv. programy modifikace zkreslení interpretace (IBM). Jejich účinnost prokázal výzkum Cogle et al. (2020). Jedná se o nácvikovou počítačovou formu, která může být online

formou výhodnější oproti osobní kognitivně-behaviorální terapii. Odlišuje se také tím, že je relativně velmi krátká a jedince nevystavuje cvičením vyvolávající úzkost. Tyto programy se zaměřují primárně na předsudky negativní interpretace. Probíhá pomocí předkládání různých počítačových scénářů, na základě kterých si jedinci vybaví konkrétní situace a následně přiřazují slova a věty přiměřené k situaci.

3.1.3. Léčebné přípravky

Sociální fobie lze léčit s pozitivními výsledky pomocí **medikace**. Praško (2005) uvádí, že nevhodnějšími léky jsou antidepresiva, zejména skupiny léků jako např. selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Tyto léky umožňují lepší přenos neurotransmiterů (dopaminu a serotoninu), které se během úzkosti vytváří nedostatečné. Raboch et al. (2005) poukazuje, že modernější antidepresiva (jako SSRI) jsou obecně lépe snášeny než starší antidepresiva. Především protože nemají tak výrazné vedlejší účinky a jsou bezpečnější při předávkování. Anders et al. (2005) dodává, že SSRI neovlivňují jiné neurotransmitery, jsou minimálně toxické a s dalšími léky se tlumí minimálně, což jsou další značné výhody.

Do popředí zájmu se dostává jako léčebný přípravek k úzkostným poruchám tzv. **CBD olej**. Jedná se o látku, která je jednou ze dvou hlavních složek konopí, tzv. kanabidiol (CBD), který je nepsychoaktivní oproti druhé složce, psychoaktivním tetrahydrokanabinolu (THC). Využití CBD ve výkonových sociálních situacích výrazně snižuje úzkost a projevy před mluvením na veřejnosti, nepohodu při řeči či další kognitivní potíže. Úzkost lze snížit až na normální odpověď jako u jedinců bez sociální úzkosti (Bergamaschi et al., 2011). Dále vede využití CBD k akutnímu snížení strachu a úzkosti, kterému jsou jedinci vystaveni. Lze jej proto využít k usnadnění léčebných sezení a celkové snášenlivosti léčby. Účinky posiluje především při expoziční terapii (Flier et al., 2019).

Souvislost úzkosti a konopí je však paradoxní, jelikož jedinci s úzkostnými poruchami často konopí užívají, protože jim snižuje úzkost, zároveň je úzkost jako nežádoucí vedlejší účinek této drogy. To odráží skutečnost, že nepsychoaktivní složka CBD v nízkých dávkách snižuje úzkost, zatímco vyšší dávky mohou úzkostné reakce vyvolat. Toto zjištění následně začaly ověřovat další výzkumy, kdy se u CBD prokázal pozitivní vliv na snižování úzkosti (Crippa et al., 2009). Avšak studie dle Black et al. (2019) poukazuje na skutečnost, že na základě některých již proběhlých studií není dostatečně prokázáno, zda kanabinoidy zlepšují projevy úzkostných a jiných duševních poruch. Také, že zlepšení projevů úzkosti se týká především

jedinců s jinými zdravotními problémy a pokyny k používání CBD k léčbě duševních poruch nejsou dostatečně popsány.

Léčebné přípravky se vyskytují také v různých alternativních formách. Prostřednictvím rostlin jako léčivých prostředků využívá alternativní **Bachova květová terapie**. Tato metoda s rozvojem farmaceutického průmyslu ustoupila do pozadí, ačkoliv se pro své léčivé účinky v dřívějších dobách užívaly. Účinné složky rostlin vychází z energetické složky organismu, fungují jako katalyzátor mezi přírodou a člověkem. Tím pomáhají navrátit harmonii (Pavličková, 2002). Jedná se o holistické či psychosomatické léčení, které se dá označit jako „*léčba reharmonizace vědomí*“ (Scheffer, 1994, str.7).

Na psychický stav má vliv **strava**. A to především ta, která je ve všech ohledech pestrá a bohatá, není konzumovaná ve spěchu a s odporem. Vlivem stresových reakcí je oslaben imunitní systém, proto může být podpořen přirozenými zdroji vitamínů B a C, také hořčíkem (Janíček, 2008). Jako významné látka, která snižují projev stresu a jeho důsledků (úzkostí a deprese) se na základě studií objevila probiotika. Ta zvyšují rozmanitost neurotransmiterů a zmírňují projevy spojené se stresem (Ma et al., 2021). Konkrétněji zlepšují panickou a fyziologickou úzkost, starosti a negativní náladu. Mohou být užitečná při terapeutické léčbě úzkosti (Tran et al., 2019). V souvislosti se sociální úzkostí bylo zjištěno, že fermentované potraviny obsahující probiotika mohou mít pozitivní vliv před projevem sociální úzkosti u jedinců s vyšším genetickým rizikem, konkrétně neuroticismem (Hilimire et al., 2015).

3.2. Externí metody

Jedná se o metody, skrze jejich prostřednictvím jedinec využívá ve zvládnání vnější zdroje. Mezi takové metody patří terapeutická pomoc, podpůrné skupiny a další podpůrná opatření.

3.2.1. Vybrané terapie pracující se sociální úzkostí

Nejčastěji zmiňovanou terapií využívanou k léčbě sociální úzkosti, fobii a úzkostné poruše je **kognitivně-behaviorální terapie** (KBT). KBT je terapeutický směr, který se zaměřuje na analýzu a změnu v oblasti myšlení a v oblasti zjevného chování. KBT pracuje s příčinami těchto psychických obtíží, kterými jsou vzorce v chování, v kognitivním zpracování, v emocionálních a tělesných reakcích. Tyto chybné vzorce jsou naučené a jedinec je udržuje. Během KBT se klient učí novým a více adaptivním způsobům, jak své problémy řešit (Praško et al., 2019). Klíčovou složkou KBT je vystavování se úzkostným zdrojům. Expozice pomáhají k prolomení vyhýbavého chování a umožňují učení se novým technikám, aby byl úzkostný zdroj zvládnutelný. Jedná se o tzv. konstruktivní restrukturalizaci, kterou

lze využívat na skutečné úzkostné zdroje nebo na imaginární zdroje v představách (Penninx et al., 2021).

Výzkum dle Goldin et al. (2013) potvrzuje zlepšení sociální úzkostné poruchy pomocí KBT. Díky této terapii jedinec se SAD posiluje a modifikuje své emoce a příznaky sociální úzkosti. A to především díky kognitivnímu přehodnocování, kterému se během terapie učí a postupně si různé kognitivní strategie k regulaci emocí zautomatizuje (využívá je i mimo terapii). Velmi účinná je kognitivní restrukturalizace, která zahrnuje přehodnocování v kontextu vystavení se obávaným sociálním situacím.

Další terapií, která se často doporučuje k sociální úzkosti je **skupinová terapie**. Tato terapie pracuje s myšlenkou, že psychické poruchy vznikají působením sociálních skupin, které utváří osobnost a mohou mít vliv na jedincovo chování. Proto je možné v terapeutické skupině vytvářet vztahy a interakce na podobné bázi jako v přirozených skupinách a pomocí těchto interakcí psychické potíže léčit. Členové skupiny se pomocí interakcí ve skupině snaží získat náhled na sociální situace a porozumět tak tomu, jak lidé na základě interakcí vytváří své vztahy, postoje a chování k druhým lidem. Díky tomu se učí pracovat se svými vlastními vztahy, porozumět prožívání druhých osob a případně také změnit své dosavadní chování, vyplývající z jejich vztahu k druhým (Praško et al., 2019). Skupinová KBT vykazuje dle výzkumu Heimberga et al. (1990) výrazné zlepšení a snížení v prožívání úzkosti. Respondenti dle svého subjektivního hlediska uváděli také méně negativních myšlenek vztahující se k jejich osobě.

3.2.2. Podpůrná opatření a skupiny

WHO (2004) klade důraz na primární prevenci, kterou směřuje už na děti a dospívající, jelikož se úzkostné poruchy začínají objevovat nejčastěji v tomto věku. Týkají se různých školních programů zaměřené na agresivitu a šikanu. Dále také na preventivní programy pro děti s úzkostnými riziky, ve kterých posilují emoční odolnosti či kognitivní schopnosti, zvyšují sebevědomí a zároveň dostávají pozitivní zpětnou vazbu a míru sociální opory. Vliv prevence vyzdvihuje také (Penninx et al., 2021) jež uvádí, že preventivní a vzdělávací intervence z hlediska KBT se podílí na prevenci úzkosti, avšak není zcela jasné, zda vzniku úzkostné poruchy zabrání.

Další podpůrnou možností jsou podpůrné (svépomocné) skupiny. Podpůrné skupiny bývají organizovány laiky a jejich cílem je vést účastníky k tomu, aby si navzájem pomáhali v obtížné situaci, která je spojuje. Pomáhají danému jedinci přijmout jeho situaci či problém,

pomoc při regulaci emocí, udržení sociální aktivity a vytváření kontaktů lidí se stejným problémem (Faleide et al., 2010). Obecně podpůrné psychoterapie rozvíjí nedostatečné dovednosti především v oblasti sociálního života (např. zvyšování jedincovy sebeúcty, nácvik asertivity), hledání alternativ pro dosavadní chování v běžných situacích a podpora všech adaptovaných nebo naučených strategií v chování. Jedním z dalších úkolů je využít prospěchu ze sociální podpory od druhých lidí (Praško, 2003).

V České republice je možné se s potížemi sociální úzkosti (sociální fobie, vyhubavé poruchy aj.) obrátit na různá Centra duševního zdraví, Neziskové organizace pomáhající lidem s duševním onemocněním anebo také na svépomocnou skupinu SFinga určenou přímo pro jedince s projevy sociální úzkosti, která působí v Praze.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část bakalářské práce se zaměřuje na individuální strategie zvládnání sociální úzkosti.

4. Metodologie výzkumu

4.1. Výzkumný problém, cíle a otázky

Sociální úzkost je velmi rozšířený jev, který klade velký důraz na individuální schopnost efektivního zvládnání jejích projevů. Ke kvalitě života velkou měrou přispívají strategie zvládnání sociální úzkosti, které jedinci využívají. S ohledem na teoretické poznatky se v empirické části této bakalářské práce zkoumají právě tyto individuální strategie zvládnání sociální úzkosti za pomoci rozhovorů s respondenty vykazujícími typické příznaky.

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit jaké jsou individuální strategie zvládnání sociální úzkosti. Konkrétně zaměřené na strategie před a během sociálních situací, dále také na podpůrné strategie, pomáhající k celkovému vypořádávání se se sociální úzkostí. Dílčím cílem bylo zjistit jaké mohou být podpůrné strategie díky odborné pomoci a podpoře blízkého okolí. Aby byly naplněny cíle výzkumu a komplexněji obsáhly toto téma, byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

VO1: Jaké jsou zdroje sociální úzkosti?

VO2: Jak jedinci prožívají sociální úzkost?

VO3: Jaké využívají jedinci strategie pro zvládnání sociální úzkosti před očekávanou situací?

VO4: Jaké využívají jedinci strategie zvládnání sociální úzkosti během sociálních situací?

VO5: Jaké využívají jedinci podpůrné strategie k celkovému zvládnání sociální úzkosti?

VO6: Jaké jsou dle respondentů ideální řešení sociální úzkosti?

4.2. Výzkumný design

Vzhledem k povaze tématu byl zvolen kvalitativní výzkumný design. Kvalitativní metodologie slouží pro prohloubení dosavadní teorie a díky jejímu použití jsou objevena a zkoumána témata, která nebyla doposud nezměřitelná kvantitativní metodologií. Cílem tohoto přístupu je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu, konkrétněji rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé prožívají a vytvářejí sociální realitu (Švaříček & Šed'ová, 2014).

4.3. Výzkumný soubor

Výzkumným souborem pro tuto práci jsou jedinci, kteří pocítují nadměrný až patologický strach a úzkost z běžných sociálních situací, kontaktu s lidmi a mezilidské komunikace. Jedinci, u kterých tyto situace doprovází fyziologické projevy (např. nevolnost, třes, bušení srdce) a také psychické projevy (negativně sebehodnotící myšlenky) a behaviorální projevy (útek, vyhýbání). Předpokladem je, aby jedinci byli schopni o své úzkosti, projevech a zvládnutí úzkosti mluvit s neznámou osobou (výzkumníkem). Vzájemný kontakt byl i vzhledem k epidemiologické situaci usnadněn přes online formu. Soubor tvoří celkem 9 plnoletých jedinců, z čehož 7 žen a 2 muži.

1. Tabulka respondentů:

Respondent	Věková kategorie	Problém	Doba	Léky	Odborná pomoc	Další diagnóza či potíže
Dalibor	18-30	SF	2 roky	ano	terapie, KBT, psychiatrie	úzkostně-depresivní p.
Maxmilian	31-45	SF	3 roky	ano	terapie, psychiatrie	generalizovaná úzkostná p.
Elena	18-30	SF	2 roky	ne	terapie	x
Ludmila	18-30	SU	15 let	dříve	terapie	úzkosti
Adriana	18-30	SU	6 let	ne	terapie, KBT	x
Tamara	18-30	P	2,5 roku	ano	terapie	x
Alice	18-30	SF	2 roky	ano	terapie, KBT	x
Johana	31-45	SF	9 let	dříve	terapie	x
Miriam	18-30	P	6 let	ne	x	x

SU = sociální úzkost, SF = sociální fobie, VP = vyhýbavá porucha

4.4. Metoda sběru dat

Získání respondentů proběhlo pomocí inzertního letáku v podpůrných skupinách pro jedince se sociální úzkostí a sociální fobií na sociálních sítích. Aby byl respondentům co nejvíce usnadněn první kontakt s ohledem na jejich sociální úzkost, byla zvolena forma přihlášení se k rozhovoru pomocí dotazníku. Respondenti vyplnili dotazník, ve kterém se zjišťovaly identifikační údaje (pohlaví, věková kategorie – mladší, střední dospělost), dále jejich problém (samotná sociální úzkost, sociální fobie či úzkostná porucha), jak dlouho sociální

úzkostí trpí a zda užívají na prožívání SU léky. Vybraní respondenti byli následně ohledně uskutečnění rozhovoru kontaktováni.

Vzhledem k velkému počtu přihlášených jedinců na kvalitativní výzkum byl zvolen nenáhodný výběr respondentů. Výběr probíhal na základě klíčové informace, a to především dle doby, jakou respondent projevy sociální úzkostí trpí. Zvolenou podmínkou pro výběr bylo, aby mezi dobou zvládání jejich sociální úzkosti nebylo více než 20 let. V době života se SU je tak mezi respondenty rozdíl 13 let (nejkratší doba byla 2 roky a nejdelší 15 let). Jelikož má na zvládání sociální úzkosti vliv také medikace, byli respondenti vybráni také podle toho, aby ve vzorku nebyli jedinci pouze s medikací nebo pouze bez medikace (jedinců bez medikace bylo podstatně méně).

Do výzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který je typem hloubkového rozhovoru a vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek (Švaříček & Šed'ová, 2014). Tento typ rozhovoru byl zvolen především z důvodu, aby se základní struktura rozhovorů příliš nelišila a směřovala k hlavnímu zjišťovanému tématu strategií.

Forma rozhovorů byla v online podobě, jak jsem již zmiňovala. Tato forma byla zvolena především kvůli nepříznivé epidemiologické situaci onemocnění covidem-19. Zároveň tak byl usnadněn kontakt s výzkumným souborem jedinců se sociální úzkostí. Rozhovory probíhaly distančně přes platformu Skype a většina rozhovorů proběhla skrze videohovor, některé pouze jako hovor. Jeden rozhovor probíhal přes emailovou komunikaci. Doba rozhovorů se výrazně nelišila, většinou každý rozhovor trval okolo 45 minut. Nejdelší rozhovor trval 59 minut. Rozhovory probíhaly v prosinci 2020.

4.5. Metoda zpracování dat

Podstatným krokem pro zpracování dat byla doslovná transkripce. To je proces převodu mluveného slova z rozhovoru do písemné podoby. Doslovná transkripce zachycuje všechny možné dialekty a jazykové prvky (Hendl, 2016). V prepisech byla zanechána nespisovná čeština a jazykové výrazy respondentů pro autentické zachycení prožívání a zvládání sociální úzkosti. Postup kódování probíhal vyznačováním si podstatných úseků v prepisech. Následná kategorizace probíhala slučováním kódů a rozhovorových úseků.

Pro zpracování dat byla zvolena technika vyložení karet. Jedná se o uspořádání kategorizovaných kódů vzniklých z otevřeného kódování do prostého převyprávění, které je uspořádáno do příběhu. Názvy jednotlivých kategorií spadají pod jednotlivé kapitoly a jejich obsahem je podrobná deskripce a interpretace kódů z této kategorie (Švaříček, 2014).

4.6. Výzkumná etika

Respondenti byli na začátku rozhovoru seznámeni s informovaným souhlasem. Souhlas byl sdělen ústně a je zachován v audio nahrávací podobě, jelikož sběr dat probíhal pouze skrze online formu. Respondenti byli seznámeni s informací, že rozhovor bude nahráván na diktafon a že získaná data budou použita pouze pro účely výzkumu a výsledky budou anonymně publikovány. Anonymita respondentů zůstala zachována záměnou jména a případných dalších identifikačních údajů. K soukromí respondentů a citlivým údajům či audionahrávkám nemá kromě výzkumníka nikdo další přístup. Během rozhovoru bylo také zajištěno emoční bezpečí. Dále byli respondenti také seznámeni s informací, že mají kdykoliv od rozhovoru možnost odstoupit.

5. Podrobná analýza rozhovorů

Analýza získaných dat probíhala pomocí tvoření kódů a následném vytváření kategorií a jejich subkategorií.

2. Tabulka kategorií:

<u>Kategorie</u>	<u>Subkategorie</u>			
Zdroje	Přítomné osoby	Situace	Místa	
Projevy	Fyziologické	Psychické	Behaviorální	
Strategie před	Příprava	Scénáře	Sebepéče	Uvědomění si SU
Strategie během	Práce s dechem	Práce s psychickými mechanismy	Podpora okolí	Bezpečné zóny
Podpůrné strategie	Odborná pomoc	Podpora blízkých	Individuální	
Ideální řešení	Vztahující se k problému	Vztahující se k lidem	Vztahující se k přijetí	

5.1. Zdroje

Kategorii zdrojů neboli také spouštěčů sociální úzkosti jsem zjišťovala především z důvodu, abych si na začátku rozhovorů ověřila splnění kritéria, že respondenti trpí úzkostí v sociálních situacích. Jednalo se také o vstup do problematiky sociální úzkosti a navázání prvotního kontaktu s respondenty. Získávání dat ohledně zdrojů bylo důležité také kvůli

propojení poznatků o konkrétních zdrojích s individuálními strategiemi, které respondenti na základě těchto spouštěčů vytváří či používají.

Ze získaných dat jsem vytvořila tři podkategorie zdrojů. První podkategorie se vztahuje k přítomným osobám v situacích, respektive k množství osob a velikosti situace. Druhá podkategorie se týká konkrétních situací a třetí podkategorie konkrétních míst. Tyto dvě podkategorie se v určitých momentech prolínají. Spouštěčem sociální úzkosti může být škola jako konkrétní místo nebo také jako zdroj konkrétní (výkonové) situace, např. ústní zkoušení.

5.1.1. Přítomné osoby

Přítomné osoby v sociálních situacích byly nejvíce zmiňovaným zdrojem, který sociální úzkost u respondentů spouští. Zejména respondenti, kteří nedokázali přesněji definovat či popsat své zdroje sociální úzkosti zmiňovali jako své spouštěče doslovně jakoukoliv interakci a komunikaci s lidmi. Tento charakteristický kód je proto tak nadřazený všem ostatním zdrojům, jelikož se týká všech dalších specifických kódů, které se ve výpovědích respondentů objevovaly. V podkategorii zdrojů dle přítomných osob se pak respondenti zmiňovali o tom, zda jsou pro ně úzkostné situace se známými nebo cizími, neznámými osobami. Tyto zdroje se také týkaly velikostí situací, tedy přesněji počtem osob v situaci, typické byly odpovědi s větším počtem dalších osob v situaci.

V rozhovorech se objevovaly výpovědi ohledně přítomných osob, které se vztahovali ke skutečnosti, zda je respondent zná či ne. Typické úzkostné zdroje byli neznámé, cizí osoby, které respondenti potkávají při seznamování nebo v situacích a na místech, kde se ocitnou poprvé. Avšak zúzkostňující se v některých případech jevíly respondentům známé osoby, mezi kterými uváděli spolužáky, spolupracovníky, ale také blízké osoby. Zúzkostňující pro ně však byl dle výpovědí fakt, že tyto jim známé osoby mohou potkat kdekoliv, tedy i ve veřejných službách, dopravních prostředcích atd. To, co respondenti uváděli jako úzkostné byla možnost, že se s nimi budou chtít tyto známé osoby na těch různých místech bavit. To bylo také spojené s tím, že by se mohli ztrapnit či zesměšnit. Takový důvod vysvětlila Elena: *„Mně hrozně vadí, když někam jdu a ti lidé mě znají a chtějí se se mnou bavit. Pro mě je lepší, když jdu někam, kde mě nikdo nezná, tam ty lidi poznám a už je nevidím. Protože si o mně už udělají nějaký obrázek, postoj a mají nějaké očekávání, což mi je nepříjemné.“* Důvodem, který respondenti uváděli, proč neradi potkávají známé osoby bylo zmiňováno ve více případech, že se bojí svého ztrapnění. Pocity trapnosti a neschopnosti mohou před

známými osobami být prožívány více intenzivně, právě z důvodu, že daného jedince tyto osoby už do určité míry znají a mají o něm vytvořená nějaká schémata.

Dále byla v získaných datech typická velikost setkání, což se ve výpovědích respondentů objevovalo jako situace, kde je hodně osob. Opakovalo se, že čím více osob v dané situaci, tím větší riziko projevení sociální úzkosti. Tento fakt se vztahoval především k větším společenským událostem nebo k místům s velkou frekvencí osob. Respondenti ve výpovědích také zmínili, že velikost a počet osob se pojí s rychlostí dnešní doby. To popsali Max: „...*já jsem měl strach jít na ulici do toho světa, který je plný stresu.*“ A také Dalibor, který pociťuje rychlost především ve své práci: „...*tam je hodně lidí, často je to tam v takovém spěchu a pod tlakem.*“

V podkategorii Přítomných osob se objevovaly odpovědi, které poukázaly na zdroje, kterými byli všechny situace zahrnující mezilidskou interakcí, kde je nutný bližší kontakt a komunikace s lidmi. Dále byla ve výpovědích respondentů typická intenzita kontaktu, tedy čím více osob v situaci a čím větší společenská situace, tak tím větší riziko projevení sociální úzkosti. Objevovaly se případy, ve kterých někteří respondenti zdůrazňovali jako zdroje situace se známými osobami, ale také naopak s úplně cizími a jim neznámými osobami, které potkávají při seznamování.

5.1.2. Konkrétní situace

Mezi další zdroje respondenti uváděli konkrétní situace, ve kterých sociální úzkost pociťují. Týkalo se to především situací, kde byla od respondentů očekávána vlastní aktivita, tedy jakákoliv interakce s druhými lidmi, komunikace. Dále respondenti zmiňovali výkonové situace, ve kterých už od nich nebyla očekávána jen vlastní aktivita, ale také určitý výkon.

Sociální situace, ve kterých byla od respondentů očekávána vlastní aktivita se nepojili s žádným větším výkonem, přímým hodnocením a posuzováním druhých osob, alespoň ne z objektivního hlediska. Respondenti typicky za jakoukoliv vlastní aktivitu považovali to, že musí promluvit na druhé nebo s ostatními lidmi komunikovat, iniciovat setkání aj. Subjektivně však respondenti takové situace popisovali jako situace, ve kterých mají pocit, že jsou hodnoceni a posuzováni. Mezi takovými situacemi se typicky objevovaly jako zdroje běžné rozhovory, návštěvy přátel či lékaře, skupinové práce a aktivity ve třídě, také nákupy, telefonování či seznamování.

Dalšími zdroji konkrétních situací byly výkonové situace. V těchto situacích, které respondenti uváděli se od nich očekával určitý stupeň výkonu a pojil se také s určitým

stupněm hodnocení či posuzování, který respondenti popisovali jako více intenzivní (než pro jedince bez sociální úzkosti). Typickými výkonnými situacemi respondenti zmiňovali ústní zkoušení, testy, mluvení před lidmi a pracovní pohovory. Tyto výkonové situace byly spojeny především s negativními psychickými projevy, např. se strachem z hodnocení. Respondenti zmiňovali, že e těmto situacím snaží vyhýbat, tudíž se často ochudí o příležitost získat práci nebo být dobře kvalifikován.

V podkategorii konkrétních situací se objevovaly situace, ve kterých se od respondentů očekávala jakákoliv vlastní aktivita. Konkrétně to byly například situace běžného rozhovoru, aktivity ve třídě či skupinové práce. Další typickou skupinou výpovědí byly situace, ve kterých se očekával výkon, jako například ústní zkoušení, pracovním pohovor, přednes.

5.1.3. Místa

Poslední podkategorii zdrojů, které respondenti zmiňovali jako zdroje své sociální úzkosti byly konkrétní místa. V této kategorii se objevovaly především místa veřejných služeb, opakovanými zdroji byly také dopravní prostředky a další místa, kde se shromažďovalo větší množství lidí.

Mezi místa veřejných služeb zařazovali respondenti především obchody, nákupní centra, nemocnice a veřejné toalety. Zdroje dopravních prostředků se týkaly především prostředků městské hromadné dopravy, tedy autobusy, tramvaje. Ve výpovědích se však objevil také případ vlastního auta, kdy respondentka popsala, jak je pro ni zúzkostňující vést auto plné lidí nebo když stojí v dopravní koloně.

Místa shromažďující více osob se týkala především společenských událostí, plesů, hudebních koncertů, a také hospod, kaváren, kin anebo také jen frekventovanější ulice. Typická pro tuto podkategorii zdrojů byla také jejich neočekávanost. Jednalo se o případy, kdy respondenti popsali, že nebyli schopni odhadnout na jaké místě a v jaké situaci na ně sociální úzkost přijde, ani se to nedalo odhadnout podle velikosti situace.

Mezi zdroje konkrétních míst respondenti zařadili především místa veřejných služeb jako jsou obchody, nákupní centra, veřejné toalety atd. Další opakovanými zdroji byly dopravní prostředky, ať už z městské hromadné dopravy nebo vlastních dopravních prostředků a problémů s nimi spojenou, (např. dopravní kolony). V poslední řadě to byla místa shromažďující větší množství osob např. společenské situace, plesy, hudební koncerty, kina.

5.2. Projevy

5.2.1. Fyziologické

Fyziologické projevy jsou velmi patrnými příznaky, které doprovází sociální úzkost a mohou být pro úzkostné jedince velmi nepříjemné, právě kvůli jejich viditelnosti a velmi intenzivnímu prožívání. To byl možný důvod, proč je respondenti uváděli obvykle jako první. Spouštěčem fyziologických projevů bývá především strach, který je přirozenou reakcí organismu na stresovou situaci. Nejtypičtějším fyziologickým projevem ve výpovědích respondentů se objevovalo bušení srdce a problémy s dýcháním.

Fyziologické projevy jsou spojené především se strachem a úzkostí. Strach byl spojován v souvislosti potenciálního reálného strachu o život, strach jít na ulici. Respondenti však také popisovali strach spojený s psychickými projevy a negativními myšlenkami. Jednalo se o strach, že bude dotčený středem pozornosti, strach z hodnocení či ztrapnění. Strach spojený s dalšími fyziologickými projevy a myšlenkami popsal takto Dalibor: *„Tak... jednak to byl strach a nebylo to nic konkrétního, nebylo to nic logického nebo racionálního. Prostě to byl velký strach. Pocit paniky a nebezpečí. Potom taky nějaký ty fyzický projevy jako motání hlavy... bušení srdce, špatně se mi dechalo, taky tlak na hrudi... Pak v tom taky někdy byla i nevolnost, že se mi zvedal žaludek. Taky taková obecná dezorientace, jakože je člověk takovej otupěnej.“* Strach se mohl projevit i na základě nereálného ohrožení, jak popsal Dalibor bez ničeho konkrétního či logického. Strach spojený s hodnocením popsala Tamara: *„Tak velká nervozita a velký strach z toho, že mě ti lidé budou hodnotit a že něco pokazím, že to určitě nezvládnou a už si dopředu domýšlím, co si o mně budou myslet a jak to asi dopadne, takže takové myšlenky mě doprovází pořád. Z té fyzické stránky to je určitě bušení srdce, problémy s dýcháním, třes rukou...“*

Nejvíce opakovanými fyziologickými projevy bylo bušení srdce a problémy s dýcháním, které byly spojené se strachem. To popsala Johana: *„No tak strach a vyvolává mi to tu úzkost... Začne mi bušit srdce, dostanu strach o život... No a tak dýchat nemůžu, klouby mi začnou brnět a tak.“* Z výpovědí respondentů bylo patrné, že některé fyziologické projevy jsou více viditelné a některé méně, jelikož byly respondenty prožívány více subjektivně. Jako více viditelné projevy se opakovaly problémy s dýcháním, pocení, třes, zvracení, zčervenání nebo ledové ruce. Ty méně viditelné a spíše subjektivně prožívané fyziologické projevy respondenti popisovali především již zmiňované bušení srdce, tlak na hrudi, křeče, motání hlavy, vysoký tlak, brnění, knedlík v krku. Často se viditelné i méně viditelné projevy objevovaly současně. To popsala Adriana: *„No, začne to tak, že když mě třeba něco čeká,*

tak už den před tím z toho začnu být nervózní... třeba když mám nějaký termín nebo tak... Tak už den před tím na to začnu myslet a začnu z toho být taková neklidná a pak nemůžu usnout nebo nemůžu dobře spát... A potom je ta nervozita největší asi těsně před tím. A to se projeví pak tím, že mi začne hrozně tlouct srdce a někdy až ani nemůžu dýchat nebo to musím hodně prodýchávat, abych vůbec mohla mluvit. A taky mám hrozně ledový ruce vždycky.“ Fyziologické projevy se neobjevovaly pouze během sociálních situací, ale také ještě před tím, než respondenty nějaká sociální situace čekala. To popsal také Maxmilian: *„Pocity na zvracení, před nějakou důležitou událostí já třeba nejím, protože mám strach, že se pozvracím a už se mi to párkrát stalo, že z přetížení nebo ze stresu, že jsem pak doma zvracel. A obrovský stažení, jak kdyby do sebe, to nejde ani popsat, člověk je úplně zkřivený, jak kdyby sám sebe objímal, nevím jak to popsat, nějaké takové křeče. A hlavně to pocení, to je extrémní, hold tři trička jsou málo...“*

Fyziologické projevy jsou velmi individuální a vyskytují se u jednotlivců velmi různě. Nelze je tedy přesněji rozdělit do podskupin. Jsou spojené se strachem a úzkostí a projevit se mohou velmi viditelně, například problémy s dýcháním, třesem, koktáním, zvracením, zčervenáním, ledové ruce. Nebo méně viditelnými a více subjektivně pocíťovanými jako bušení srdce, tlak na hrudi, křeče, motání hlavy, vysoký tlak, brnění, knedlík v krku. Fyziologické projevy se nevztahují pouze k situacím, ve kterých se respondenti ocitli, ale také ještě před tím, než do nějaké situace vstoupili.

5.2.2. Psychické

Psychické projevy znovu společně s úzkostí zahrnují strach, a to z pohledu emoční odezvy. Oba tyto stavy zahrnují pocity ať už reálného nebo neurčitého ohrožení či nebezpečí. V případě strachu se specificky u sociální úzkosti mohou objevovat pocity strachu o vlastní život, strach z hodnocení druhými lidmi, ztrapnění se atd., ačkoliv bez reálného ohrožení. Mezi typickými odpověďmi respondentů se objevovaly především negativní myšlenky a pocity.

Myšlenky ve výpovědích respondentů zahrnovaly jakési iracionální myšlení, které bylo opět na základě přílišných nároků kladených na sebe nebo na základě nereálné skutečnosti. Svůj začarovaný kruh myšlenek popsala Adriana: *„Nějaký moje iracionální myšlení, že o mně lidi myslí, že jsem divná. Můj mozek tak pracuje, mám strach z té situace a pak mám ještě strach na vrh, když si myslí, že jsem divná a mám z nich strach. Je to takovej začarovanéj kruh.“* O tom, že myšlenky mohou být také sebepoškozovací a vztahující se na svoji subjektivně

prožívanou neschopnost se zmínila Elena: „*No tak většinou, to pak skončí nějakým úzkostným záchvatem... Třesou se mi ruce, třese se mi dech... mám tlak na hrudi, pocení... Jo, no a pak to přejde v nějaký defekt... Nechce se mi taky být na tomto světě. A také sebepoškozovací myšlenky... A že nejsem dokonalá. Taky mám komplikace s jídlem...*“

Výpovědi, které zahrnovali pocity doprovázející úzkost se týkaly především pocitů paniky, méněcennosti, beznaděje, trapnosti, nebezpečí a také pocitů na zvracení. Týkaly se opět nervozity a vnitřního neklidu, tak jako popsala Alice: „*Co se týče těch psychických příznaků, tak rozhodně silnou úzkost a takové stavy beznaděje, pocity méněcennosti a z fyzických určitě třes, ať už rukou nebo celého těla...*“ Pocity se objevovali také jako těžko určitelné a mohly se projevovat jako dezorientace nebo jakési vjemové přehlcení, které popsal Dalibor: „*Člověk je pak takovej dezorientovanej, motá se mu hlava a celý to okolí vnímal strašně moc, ale zároveň strašně málo. Všechny ty věci, který se kolem dějou, všechny ty pojmy a zvuky jsou strašně intenzivní a člověk je i hodně intenzivně pociťuje a vnímá, ale je hodně otupělý. Nedokáže rozeznat, co se v tom okolí děje, vadí mu veškerý zvuk a pohyb, co lidi říkaj... člověk je zmatenej.*“ Vjemové přehlcení u respondentky Ludmily projevilo jako hypersenzitivita neboli tzv. vysoká citlivost. Ludmila zmínila jako projevy hypersenzitivity přehlcení zesílenými zvuky (např. v kině, na koncertě) a také ozářené světlo. Společně s její sociální úzkostí uvedla, že je snadno přehlcená z osob a prostředí, ve kterém se zároveň vyskytuje.

Typickými psychickými projevy respondentů byly negativní myšlenky a pocity. Myšlenky se vztahovaly především k respondentům a týkaly se pocíťované neschopnosti, trapnosti. Byly spojené s určitými nároky na vlastní osobu, že dotyčný respondent něco pokazí, ztrapní se atd. Z výpovědí bylo patrné, že si respondenti uvědomí, že jsou tyto myšlenky iracionální a nemají své reálné opodstatnění. Mezi prožívanými pocity se objevily pocity paniky, beznaděje či pocity na zvracení. Opět se tedy vztahovali přímo na vlastní osobu respondentů nebo na pocity ohrožení bez reálného ohrožení.

5.2.3. Behaviorální projevy

Behaviorální projevy se ve výpovědích respondentů obvykle objevovaly jako vyhýbavé chování, které respondenti popisovali nejprve jako myšlenky před sociálními situacemi, jak situacím předejít. Pokud tyto myšlenky nebyly překonány, chování se projevovalo jako reálné stranění se a úplné vyhýbání se lidem. Vyhýbavé chování se ve výpovědích opakovalo také během sociálních situací, kdy respondenti po vstupu do sociální situace museli odejít či

utéct. Dále se také objevovaly případy dalších přidružených behaviorálních projevů jako například koktání, neschopnost promluvit, nespavost či komplikace s jídlem a nechutenství. Projevy v chování se u respondentů ve výpovědích vyskytovaly jako vyhýbavé chování před situacemi. Toto vyhýbavé chování se pojilo také s myšlenkami, jak se dané situaci vyhnout a hledání si důvodů, proč se do té ani situace nedostat. To popsala Ludmila: *„Jakmile vím, že je nějaká situace, ze které se můžu vyhnout, tak to někdy udělám. Ale vím, že je to špatně a ty věci jsou pak daleko ještě horší. Takže už se to snažím vždy nějak ukočírovat a neuniknout z ní... Takže takové obranné mechanismy jsem měla vždy... spíš, když už byla možnost, tak už mě napadalo: „A jak se tomu můžu vyhnout...“ a „Co bych udělala proto, abych v té situaci nebyla.“ Ale teď už vím, že tohle mi nepomáhá a že je to špatně.“* Vyhýbavé chování mělo u respondentů za důsledek stranění se lidem, a to nejen všeobecně lidem, ale také blízkým osobám a přátelům. Elena zmínila své stranění se lidem, aby se tak vyhnula úzkosti: *„... taky nechodím moc ven za kamarádama. Nebo návštěvy vůbec neberu, jako takhle k sobě jo... že se tak jako obecně straním lidem, protože ve mně to spouští tu úzkost a depresi... nevím, jak to vysvětlit pořádně.“*

Projevy v chování během situací respondenti popisovali jako vyhýbání se pohledu, stranění se mezi lidmi ve skupině (např. také na skupinové terapii). Především ale útekem ze situace, jako popsala Tamara: *„Nesčetněkrát se stalo, že jsem musela prostě odejít, že jsem řekla, že ze zdravotních důvodů musím odejít. Někdy to ti lidé sami na mě poznají, že mi nějak není dobře, tak mi sami řeknou, jestli si nechci jít třeba tady sednout.“* Útek ze situace respondentka Johana odůvodnila především jako návrat do své bezpečného místa, domova: *„... když jdu třeba na návštěvu a ten člověk to neví a mě to tam najednou přepadne, tak řeknu, že je mi špatně a potřebuju třeba vodu. Ale dneska už ty úzkosti zvládám už lépe a dřív jsem třeba při úzkosti hned utíkala a jela rychle domu. A v tu chvíli byl jenom domov moje jediné bezpečné místo.“*

5.3. Strategie před sociálními situacemi

Tato kategorie zahrnuje strategie před sociálními situacemi, které se vztahují k očekávaným situacím. Respondenti jako jednu ze svých strategií, kterou volí, uváděli samotné vyhnutí se sociální situaci. Vyhnutí se sociální situaci však bylo zařazeno jako behaviorální projev sociální úzkosti. V této kategorii se v odpovědích respondentů typicky objevovaly různé formy přípravy, vytváření scénářů a také vlastní sebezpečce, těmto tématům se věnují v jednotlivých podkapitolách. Dále se v souvislosti před konkrétními situacemi objevovala

práce s dechem, ať už ve formě meditace, relaxace, jógy a dalších různých dechových cvičení, které respondenti zmiňovali také v kategorii strategií během sociálních situací.

5.3.1. Příprava

Nejčastějšími strategiemi vztahující se ke konkrétním sociálním situacím zmiňovali respondenti ve svých výpovědích jakousi vlastní přípravu. Taková příprava zahrnovala především zjišťování si různých informací dopředu, také vizualizaci dané situace nebo vlastní psychologickou a podpůrnou přípravu.

Příprava, která zahrnovala **zjišťování si informací** obsahovala informace o daném místě a osobách, která se v dané situaci mohou vyskytnout. Informace, které si respondenti zjišťovali o daném místě se ve více případech týkala především únikového východu, tedy kde se přesně únikový východ nachází, případně všechny další východy. Zjišťování si takových to informací o místě probíhalo především, pokud se jednalo o neznámé a nové místo. Takovou zkušenost měla Johana: „*Když mě čekala nějaká nová situace, jeli jsme do aquaparku v Praze, kam chtěla dcera na nějaký koncert... Tak já teda hlavně od té doby, co mám úzkosti nechodím na koncerty... Tak jsem se teda překonala, ale zase s tím, že jsem tam dopředu volala, koukala jsem na fotogalerii, koukala jsem na organizační a provozní řády, všechno jsem si projela od A až po Z.*“ Respondenti však v rozhovorech zmiňovali také zjišťování si informací ohledně osob, se kterými se měli v situaci nebo na daném místě setkat. Jednalo se především o veřejně dostupné informace. Objevila se také strategie vytvoření si denního plánu, který uvedla Ludmila jako strategii v rámci její hypersenzitivity. Spočívá v tom, že si sepíše vše, co ji ten den čeká a všechny kontakty. Pokud by bylo kontaktů a událostí příliš, odkládá si je na další den, aby se nepřehltla osobami ani vjemově.

Další variantou přípravy před sociálními situacemi byla **vizualizace**. Hartl (2004, str. 291) popisuje vizualizaci jako: „*zrakovou představu, postup, při němž si člověk představuje sled kroků.*“ Typické pro tuto přípravu, která se ve výpovědích objevovala byla představa, jak bude daná situace vypadat a probíhat. Respondenti zmiňovali na konkrétních situacích různé kroky, které této přípravě následují.

V situacích, ve kterých nebylo zjišťování si informací o místě nebo o daných osobách v situaci nutné se uplatňovala **vlastní psychologická příprava**. Psychologická příprava před danou situací bylo především zklidnění se. Respondenti ji zmiňovali před situacemi a místy, která už jim byla známa a z různých důvodů v nich vzbuzovala stále sociální úzkost. Dalibor popsal, jak vypadá taková jeho příprava před společenskou událostí, na kterou se těší a dané

místo i osoby v situaci zná: „*Bylo to o tom, že jsem si dal přesně ty sluchátka do uší, pustil jsem si po cestě nějaký ty písničky... Psal jsem s těma lidma, který tam budou... a snažil jsem se těšit na ty lidi, který znám a na to, co tam bude dobrýho... A klidně vystoupit o pár zastávek dřív a projít se venku v klidu, na vzduchu a zakouřit si, protože já kouřím. Začal jsem kouřit tři roky zpátky, ten nikotin je na to taky takovej dobrej, že to člověka uklidňuje.*“ Jak Dalibor zmiňuje do své přípravy zapojil také osoby, se kterými se měl v situaci setkat. Dále se ve výpovědích opakovaly kódy procházek, poslechu hudby, dýchacích cvičení. Jako taková přípravná strategie se objevilo také informování lékaře dopředu o respondentově problému. Respondentovi Maxmilianovi to umožňuje vždy k lékaři přijít až jako poslední.

Co se týče té podpůrné přípravy, zde se ve výpovědích objevilo používání květových **Bachových esencí**. Jejich používání popsal Maxmilian: „*Nechal jsem si namíchat květové Bachové esence a používal jsem to, myslím že to bylo půl hodiny předtím 15 kapek pod jazyk, ať se to rychleji dostane do těla... anebo do pití, já všude s sebou nosím aspoň nějakou minerálku. A než vlastně mělo proběhnout nějaké to setkání, tak jsem si to nakapal ať jsem prostě klidnější.*“ Respondentka Tamara však poukázala na jejich případný placebo efekt, jelikož ona žádný výrazný účinek během požívání Bachových esencí nepocítuje a bere je jako podpůrnou část, kterou kombinuje s léky a terapií.

Do strategií, které respondenti zahrnovali jako vlastní přípravu se objevilo zjišťování si informací o daném místě a osobách v situaci nebo také informování o své potíži dopředu. Dále také vizualizace, která se týkala představ daných situací a prolíná se s vytvářením scénářů. V poslední řadě to byla také vlastní psychologická příprava, do které byli zahrnuté i další osoby a techniky ke zklidnění. Podpůrná příprava se týkala využívání květových Bachových esencí.

5.3.2. Scénáře

Mezi dalšími typickými strategiemi před sociálními situacemi ve výpovědích respondentů byly scénáře. Scénář definuje Hartl (2004, str. 235) jako: „*mentální schéma usnadňující orientaci v opakujících se situacích, zahrnuje představy o účastnících a jejich chování.*“ Tyto scénáře, které respondenti zmiňovali se od vizualizace odlišovali tím, že se netýkaly jen představ dané situace, ale také vytváření si různých modelových situací a toho, co všechno by se mohlo stát.

Respondenti obecně popisovali dva protipóly, tedy jak by daná situace mohla dopadnout v lepším a horším případě. Přičemž se opakovalo ve výpovědích spíše vytváření těch horších

scénářů. Vytváření katastrofických scénářů popsala Miriam: „*Většinou se snažím na tu danou situaci nemyslet. Mám sklon i k tomu, že až moc přemýšlím a v hlavě si tvořím různé katastrofické situace. Většinou si promyslím ty horší. Pomůže mi se to připravit psychicky na to, co by se mohlo stát a pak nejsem příliš překvapená a předejdu i možné atace.*“ Opakovaným důvodem vytváření těch horších scénářů bylo předcházení momentu překvapení. Dalším uváděným důvodem bylo také uvědomění si, že to nakonec dobře dopadne, jelikož pravděpodobně všechny situace katastroficky neskončí a toto uvědomění respondenti popisovali jako velmi úlevné.

Vytváření scénářů se netýkalo pouze modelových situací, ale objevily se také ve formě textů. Takové scénáře využívá Adriana při telefonování: „*Někdy když mám třeba telefonovat, tak si píšu dopředu, co mám říct. A taky, to si teda nepíšu, ale říkám si, co nejhoršího se může stát. Řeknu si všechny možný scénáře, co se můžou stát. Třeba že ten člověk zaútočí nebo že spadne dům a všechny takový blbosti a pak si řeknu, že se to nestane a ve výsledku to přežiju.*“ Scénáře tak nemusí být vytvářené pouze v hlavě, ale také ve formě připravených skript. Takové plány a harmonogramy si píše Alice: „*Ještě si píšu takové scénáře té situace, co by se třeba mohlo stát. Že třeba půjdu v půl osmé do školy, tam se potkám s kamarádkou, půjdeme spolu do bufetu na kafe a potom do třídy a tak.*“

Scénáře, které respondenti využívají jako strategie před sociálními situacemi se objevily ve formě vytváření si modelových situací a také jako texty, soupis toho, co daný respondent chtěl říct. Typické bylo vytváření si katastrofických scénářů.

5.3.3. Sebepéče

Další vyskytující se částí strategií vztahující se ke konkrétní sociální situaci byly techniky sebepéče. Tyto techniky respondenti využívají k navozování pozitivních emocí a zklidnění sebe sama před nějakou konkrétní sociální situací, která respondenty očekávala. V této podkategorii strategií respondenti zmiňovali, že se snaží sami sebe před situací opečovat, udělat si radost, zklidnit se. Mezi využívanými prostředky byla obecně meditace, jóga a relaxační hudba do pozadí, při kterých respondenti pracovali s dechem a zklidnění těla. Dále to byly také kódy sportu, procházek, zpěv, hry na hudební nástroje. Objevilo se také ke zklidnění popovídat si o blížící se situaci s někým blízkým nebo se pomazlit se a pohrát si se svým domácím zvířátkem.

Jak si zpříjemnit den popsala Ludmila: „*Ještě snažím si ten den zařídit podle toho, aby se to nějak podařilo, jo. Takže, dát si dobrou snídani, nějak se opečovat před tím, než jdu do té*

situace... Možná to taky někomu říct, mě v tomhle hodně pomáhá manžel, takže mu řeknu, že mám dneska důležitý pohovor, bude tam hodně lidí a on to samozřejmě o mně ví, takže už jenom to, že si s ním o tom popovídám... A celkově si taky zpříjemnit ten den a soustředit se na něco co bude pak potom. Jo, že sice teď mě čeká tahle situace, ale vím, že potom se mám pak na něco těšit.“ Celková pohoda pomáhala respondentům k udržení dobré nálady a zklidnění. K tomu zmiňovali někteří respondenti také různé drobnosti, kterými si udělat radost nebo kterými se odměnit za dobře zvládnutou situaci.

5.3.4. Uvědomění si své úzkosti

Uvědomění si své úzkosti byla další strategie, která pomáhala před sociálními situacemi. Ve výpovědích nebyla tak častá, ale pokud ji některý respondent zmínil, tak dodal, že uvědomit si úzkost může být mnohdy těžké. Týkala se nejen v danou chvíli, ale také uvědomění si úzkosti obecně. Respondenti popisovali, že pro ně ze začátku bylo náročné přijít na to, co se s nimi děje a jaký mají problém. Takové uvědomění souviselo také s příčinou a spouštěči sociální úzkosti. Uvědomění úzkosti pomáhá respondentů především ve srovnání myšlenek a prostor pro učení se technik, které v úzkosti pomáhají.

Obecně uvědomění si úzkosti spočívalo v tom, říct si co daného respondenta čeká a co se v tu chvíli děje. Výstižně tento moment popsala Adriana: *„Pro mě je asi kritický moment si vůbec uvědomit, že jsem v té úzkosti. Protože kolikrát začnu být roztržitá, nervózní a musím se zastavit a říct si: „Co mi teď vadí?“ A pak si vzpomenu, že zítra mám... nebo jdu k doktorovi, mám tenhle termín. A musím si to v hlavě sama sobě vysvětlit. Nebo vlastně možná i to uvědomění mi částečně pomůže, že je to pak lepší.“* Adriana popsala uvědomění si úzkosti před konkrétní situací. Respondentka Ludmila zmínila naopak zase skutečnost, jak jí v uvědomění si své sociální úzkosti pomohlo studium psychologie. Konkrétně vyzdvihla různé sebezkušenostní výcviky, ve kterých probírala své úzkosti více do hloubky nebo se naučila různé techniky relaxace nebo vizualizace.

V této kategorii strategie před sociálními situacemi byly strategie rozděleny do čtyř podkategorií. V podkategorii přípravy se objevili strategie zjišťování si informací o daném místě, situaci a osobách nebo také denní plány a vizualizace. Další podkategorii zahrnovala strategie vytváření scénářů, a to ve formě představ i textů. Typické bylo vytváření katastrofických scénářů. Podkategorie sebezpečie zahrnovala různé strategie opečování se před danou situací, např. pomocí relaxace, drobných předmětů či domácích zvířat. Poslední podkategorie uvědomění si úzkosti tvořila strategie, které vycházeli právě z uvědomění si,

že se respondent nachází v úzkosti a díky tomu si uvědomuje svůj stav a dalších strategie z toho vycházející.

5.4. Strategie během sociálních situací

Strategie během sociálních situací je další ústřední kategorií, která se zaměřuje na techniky a postupy, které respondenti využívají během sociálních situací, ve kterých se ocitnou a ze kterých nemohou či nechtějí uniknout ani se jim vyhnout. Tato kategorie je rozdělena na další čtyři podkategorie: práce s dechem, práce s mentálními procesy zahrnující myšlenky, imaginaci a pozornost. Dále také na podporu okolí, tedy jedinců, se kterými se respondenti v situacích setkají a s tím spojenou podkategorii bezpečných zón.

5.4.1. Práce s dechem

Práci s dechem byla respondenty typicky zmiňovanou strategií. Objevovaly se techniky v jakékoliv formě, které pomáhají k celkovému zklidnění. Práce s dechem se objevovala v souvislosti s dýcháním na čerstvém vzduchu. Další zmiňovanou technikou byl hluboký nádech a výdech. Dále se také objevovala technika tří vteřin, prudké vydýchávání, meditace a aplikace Nepanikař, ve které jsou další dechová cvičení a respondenti ji využívají.

Důležitost zklidnění pomocí dechu respondenti popisovali jako klíčovou pro jakékoliv další fungování nebo rozmluvení se. Maxmilian tuto prvotní strategii celkového zklidnění (společně s Bachovými esencemi, které využívá) nazval jako šamanskou alchymii a popsal celý postup: *„Jako nikdy jsem se nenaučil, jak se dýchá dobře, ale prostě hluboký a pomalý nádech a výdech jo opravdu a zavřít oči. A jenom to prodýchat. Bez toho bychom se nikam nedostali. Jo prostě, tak to mám já. Prostě tělo to vždycky nějak vycítí, takže nějak pomalu, já na sebe nesmím spěchat. Protože jakýkoliv spěch nebo stres ve mně vyvolá úzkost. Takže to musím jak kdyby velmi pomalu nádech, výdech... pomalinku, kapičky, taková šamanská alchymie a potom můžu jít ven.“* Také ostatní respondenti, kteří se o práci s dechem rozprávěli zmiňovali důležitost si úzkost v situacích především prodýchat, nespěchat a případně si zavřít oči.

Mezi další zmiňované techniky se objevilo prudké vydýchávání, o kterém se zmínila Adriana: *„Hodně mi pomáhá... viděla jsem to u rodičích žen, takový to prudký vydýchávání jakoby pusou, jestli to znáš. Jako hodně z břicha a hodně rychle vydýchávat. Nebo taky hodně zhluboka dýchat.“* Jednalo se tedy o opak hlubokého nádechu, který využívali respondenti, jimž pomalý nádech v situacích ke zklidnění nestačil. Další zmíněnou technikou byla technika tří vteřin a aplikace Nepanikař, které využívá Miriam: *„Co se*

kontroly dechu týče, tak to je až v krajních situacích. Jde o to, že se člověk začne soustředit na dýchání a díky pomalému dýchání se taky zpomalí tep. Funguje to například tři vteřiny nádech, tři vteřiny zadržet dech, tři vteřiny výdech a tři vteřiny zadržet dech. Opakovat podle potřeby. Taky na to existují samozřejmě aplikace, využívám například aplikaci Nepanikař.“

5.4.2. Práce s psychickými mechanismy

Práce s psychickými mechanismy je obsáhlejší podkategorií, neboť zahrnuje práci s myšlenkami, pozorností a představivostí. Strategie v této podkategorii byly velmi důležitou a podstatnou částí využívaných strategií respondenty. Všichni respondenti tyto strategie zmiňovali v různé formě. Ve formě práce s myšlenkami se jednalo především obecně o strategie racionalizace, cíleného přesvědčování a nastavení mysli. Práce s pozorností spočívala ve výpovědích respondentů především s přesouváním pozornosti a k tomu využívaných prostředků. Také imaginace se objevovala jako prostředek přesouvání pozornosti a zklidnění.

Práce s myšlenkami zahrnovala cílená přesvědčení a racionalizaci určitých situací. Racionalizaci definuje Hartl (2004, str. 221) jako „*obranný mechanismus, původní motivaci neodpovídající rozumové zdůvodnění a ospravedlnění určitého chování, které by jinak bylo nepřijatelné.*“ Jedná se tedy rozumové odůvodňování svých motivů, které se u respondentů projevovalo především v případech, kdy uváděli nutnost ze situace odejít či utéct. Útěk ze situací odůvodňovali svými psychickými projevy sociální úzkosti, tedy strachem ze ztrapnění, své neschopnosti, hodnocení druhými lidmi. Pokud byl však tento behaviorální projev útěku ze situace překonán objevovala se ve výpovědích respondentů druhá varianta racionalizace. Tou bylo odůvodňování si, že se jim neděje nic špatného a nic se jim nestane. Především se odvíjelo od skutečnosti, že reálné nebezpečí nehrozí. Racionalizaci popsala takto Johana: „*Tak asi ještě si tu situaci zracionalizovat, že o nic nejde a nic se mi nestane. Takže si snažím ty myšlenky a různé bludy, které mi vyvstanou na mysli zracionalizovat a říct si, jaká je realita a té realitě uvěřit. Takže nejdřív takhle pracuju s tím mozkiem, pak taky zhluboka dýchám...*“ Johana také mluvila o tom, že se vtíravých myšlenek snaží zbavit ochlazením organismu, kdy na sebe chrstne studenou vodu nebo otevře okno se studeným vzduchem. Racionalizace, která probíhala na základě nereálného ohrožení souvisela s cíleným přesvědčením, které popsal Dalibor: „*Tak ono možná, takhle ono asi nejvíc pomůže od té situace utéct, no takže... když člověk jede v tramvaji, tak buďto třeba ví, že je to zatím v pohodě, tak je to spíš takový to... cílené přesvědčování, že člověku nic nehrozí, že je vlastně všechno v pohodě... že to co se mu děje, tak k tomu nemá žádné důvody... Pomáhá*

mi třeba pustit si písničky do sluchátek, něco klidnýho... zavřít oči a prostě se soustředit na něco jinýho... No anebo když to nejde, tak prostě vystoupit nebo odejít.“ Cílené přesvědčování se od racionalizace lišilo v těchto případech zřejmě v tom, že Dalibor se snažil sám sebe o skutečnosti přesvědčit, že žádné nebezpečí nehrozí, ale už si jej nijak neodůvodňoval.

Výpovědi, které se týkaly obecně **nastavení v hlavě** se vztahovaly především k uvědomění si skutečnosti, proč se daný respondent v situaci nachází. Toto uvědomění v souvislosti se skupinovou terapií popsal Maxmilian: *„Nějaké vědomí toho, že tam jsem z nějakého důvodu, že tam nejsem jenom tak a že mám nějaký psychický problém, když teda chodím do psychiatrického stacionáře a jsem tam, abych to změnil a napravil.“* Respondenti strategii hledání důvodů, proč se v dané situaci nachází zmiňovali i v běžných situacích jako návštěvy doktora, školy a také přátel. Jako prostředky, díky kterým takové uvědomění probíhala respondenti zmiňovali vlastní vůli, představy nebo si zavřít oči. Alice hovořila o tom, že jí k takovému správnému nastavení pomáhají pozitivní afirmace, které si čte v knížce, která se jmenuje *Zvládneš to*: *„Mám ještě jednu knížku, která pracuje na principu barevných obrázků, na každý den jsou tam barevné obrázky zvířat, jako fakt barevné, máš tam třeba růžovofialového medvěda... a k tomu je nějaká afirmace, třeba „zvládneš to“ a dělí se to na kategorie deprese, úzkosti... No a nevím, jak to může fungovat, ale ty obrázky jsou tak barevný, že to fakt zafunguje a jsem potom taková pozitivnější a mám takovou lepší náladu.“*

Svoji roli hrály během těchto strategií také **představy**. Jak sílu svých představ popsala Tamara: *„Já bych řekla, že to bylo opravdu nemyslet na to, kde jsem a představovat si třeba, že jsem někde jinde, s někým, s kým bych chtěla být nebo si představovat třeba něco, co mi udělalo radost nebo třeba... co bych si chtěla koupit, prostě něco, co mě rozveselí a co mi zvedne náladu, tak na to se snažím zaměřit. A když je to možné, tak zavřu oči. I když si pak začnu říkat, že si ti lidi budou myslet o mně zase něco divné, když bych se měla soustředit na ten test. Je vlastně i těžké určit, co se odehrává ve mně a co je okolo. Takže se určitě zamyslím nad něčím hezkým, odložím tužku a papír a tak...“* Respondenti obecně popisovali, že používají představy jiných míst, jiných situací nebo blízkých plánů, na které se těší. Jednalo se o takové přenesení v mysl na hezké či bezpečné místo nebo do situace, které jsou respondentům příjemné.

Další opakovanou strategií byla **práce s pozorností**, přesněji s přesouváním pozornosti. Přesunutí pozornosti respondenti popisovali jako zaměření pozornosti mimo sebe a mimo své pocity. Tak jako popsala Adriana: *„Pomáhá mi nezaměřovat se na ty svoje pocity.“*

Protože se pak přistihávám, že přemýšlím o sobě, co dělám, kde mám ruce, kde mám nohy a jak se tvářím, co teď říkám... Tak tady na to se snažím zapomenout, a naopak se uvolnit a co nejvíc se soustředit na toho druhého člověka. Na co se mě ptá, jak na mě reaguje... a potom když vidím, že ten druhý člověk je úplně v pohodě nebo nebojí se, není naštvanej nebo tak, tak to mi taky pomůže.“ Respondenti obvykle zmiňovali, že k přesunutí pozornosti využívají zaměřit se na druhou osobu nebo na něco, na co se těší nebo komu by mohli napsat. Další prostředky, které se v souvislosti s přesunutím pozornosti objevily byly antistresové omalovánky, křížovky, hraní her nebo stimulační hračky pro autisty na snížení napětí (např. fidget spinery, fidget cube). Respondentka Johana kladla velký důraz na nutnost mobilní telefonu, který jí v sociálních situacích pomáhá. Především jí v akutní úzkosti pomáhá někomu zavolat, přesunout tak pozornost z okolí a situace, ve které se nachází.

V této podkategorii respondenti využívali jako strategie své mentální procesy, konkrétně myšlení, imaginaci a stavy pozornosti. Strategie týkající se myšlení spočívala v racionalizaci, cíleného přesvědčování a nastavení v hlavě, vědomí si důvodů, proč se nachází v dané situaci. Práce s pozorností spočívala ve strategiích přesouvání pozornosti, také za pomoci různých prostředků a imaginace.

5.4.3. Podpora okolí

Během sociálních situací jsou respondenti v dané situaci konfrontováni s dalšími osobami. Proto jsme během rozhovorů zjišťovali, co jim dané sociální situace pomáhá zvládat z hlediska přístupu a podpory od osob, které se v situaci také nachází. Nejtypičtější strategií, kterou respondenti využívají během situací byl doprovod jejich blízké osoby. Dále to byl také specifický přístup od dalších osob, který respondenti zmiňovali v situacích jako podpůrný.

Zmíněnou strategií, která se ve výpovědích opakovala byl **doprovod blízkých osob**. Respondenti však v každém případě zdůrazňovali, že se musí jednat o jim blízké osoby, které znají, kterým důvěřují a které o jejich problému vědí. Tento svůj výběr odůvodňovali tím, že pak té blízké osobě, která je doprovází nemusí vysvětlovat, že trpí sociální úzkostí a že tyto osoby je nekritizují a už vědí, jak jim pomohou pomoci a co v té situaci potřebují. To hezky popsala Elena: *„Pomůže mi, když jde se mnou někdo blízký. Ale musí to být člověk, ke kterému už mám důvěru a který ví o mém problému. Pomůže mi taky, když za mě mluví. Když mě třeba drží za ruku nebo za mě doplní něco z toho, co chci říct. Pak mi také pomůže, když si o tom popovídáme a rozebereme to, když se z toho můžu vypovídat, kamarádka mi pak*

řekne, že jsou to banality nad čím uvažuju, ale rozebírá to se mnou a naslouchá mi. Také je pro mě důležité, když mám okolo sebe ty blízké přátele, kteří vytváří bezpečné prostředí. “

Důležitou podpůrnou částí, kterou respondenti zmiňovali byl **specifický přístup** od dalších osob v dané situaci. Jednalo se především o trpělivý a pomalý přístup. V rámci takového přístupu se ve výpovědích objevovalo, že respondentům sociální situace pomáhá zvládat, když na ně ostatní osoby netlačí s odpovědí, nezahtlí je informacemi, nemluví příliš nahlas. Dále to bylo také, pokud dají najevo, že se není čeho bát a umí se vcítit do respondentovi nepříjemné situace.

Poslední strategií v této podkategorii byla taková **první pomoc v situaci**. Taková první pomoc byla potřebná především pokud respondent pociťoval v situaci úzkostnou ataku a neměl v dohledu svoji blízkou osobu. Zde vyvstávalo jako důležité, když ta daná osoba alespoň projevila zájem a rozbourala tak respondentovu nepříjemně prožívanou situaci.

Ačkoliv se v této podkategorii nejednalo přímo o strategie, které by respondenti využívali, podpora okolí se jevila jako velmi důležitá součást zvládnání během sociálních situací.

5.4.4. Bezpečné zóny

Vytváření bezpečných zón bylo další typickou podkategorií strategií, která se ve výpovědích respondentů objevovala. Jednalo se o vytyčování vlastního prostoru, které pomáhají sociální situace zvládnout. Strategie se týkaly vymezení vlastního konkrétního místa, zachování osobní zóny a dodržování odstupu. Dále respondenti popisovali své bezpečné místo jako prostor, který vytváří ti druzí lidé nebo svůj domov.

Vymezení konkrétního vlastního místa respondenti volila především místa u dveří, tak jako popsal Maxmilian: *„Seděl jsem vždycky u dveří, abych mohl kdykoliv utéct. Potřeboval jsem jenom tu jistotu, že můžu kdykoliv odejít. A lidi ať nesedí u mě blízko, ale ať jsou dál ode mě, čím dál, tím líp.“* Dále to byly také místa u zdi, v rohu nebo co nejvíce vzadu. Zvolení těchto strategických míst respondenti zmiňovali v souvislosti se školou, pracovním místem a také skupinovou terapií. Vzhledem k tomu, že respondenti zmiňovali, že jsou neradi obklopeni lidmi byla další strategie také zachování si odstupu. Ve větších sociálních situacích respondenti opět hledali své místo, například kout nebo v jednom případě se objevila také strategie zakoupení si VIP zóny na koncertě, kde se kontakt s lidmi minimalizoval.

V souvislosti se svým místem a vymezení svého prostoru souvisela také strategie vědět kde se nachází únikový vchod. Respondenti zmiňovali, že pokud mají zachovaný svůj prostor a vědí kde je únikový vchod, přináší jim to uklidnění a pomůže lépe situace zvládnout. Dále

to byla také strategie monitoring prostoru, která spočívala v tom, že respondentovi pomáhalo v situacích také znát co a kdo v prostoru je a kde se může pohybovat. Například jako Adriana: *Tak to asi když vím, kde je východ (smích). Nebo když mě ti lidi nějak navedou nebo řeknou, kde já se v tom prostoru můžu pohybovat. Nebo když mi napoví, co můžu a co nemůžu, když jsou nějaký jasně daný pravidla. Když vím, že támhle se můžu posadit nebo že si támhle můžu vzít sama vodu.*

Bezpečnou zónou byl typicky zmiňovaný domov. Jednalo se o hlavní zmiňovanou komfortní zónu. Především byl volen jako cílové místo, do kterého se respondenti vracejí po úzkostné atace, útěku ze situace nebo k celkovému zklidnění. Jako bezpečné místo respondenti zmiňovali však také prostředí, kde nejsou druhými posuzováni, kritizováni a lidé jim dokážou v dané situaci porozumět a dodrží si odstup.

Strategie vytváření bezpečných zón spočívali především v hledání si svého prostoru nebo konkrétního místa a dodržení odstupů. Za nejkomfortnější a bezpečné místo respondenti považují svůj domov nebo prostor s lidmi, kde jim nehrozí žádné nebezpečí a ty osoby je nehodnotí či nekritizují.

5.5. Podpůrné strategie

Podpůrné strategie se vztahovali především ke strategiím, o kterých respondenti během rozhovoru mluvili a které jim pomáhají ke zvládnání sociální úzkosti celkově, aniž by se nutně vztahovaly ke konkrétní situaci. Proto byla vytvořena tato kategorie podpůrných strategií, která zahrnuje několik pro respondenty důležitých strategií, které jim pomáhají k celkovému zvládnání sociální úzkosti.

Strategie v této kategorii jsou velmi rozdílné a liší se především z důvodu velmi různých zkušeností respondentů. Co se však objevilo jako velmi důležitá podpůrná část u všech respondentů byla odborná pomoc a také podpora od jejich blízkých osob a dalších jedinců v rámci podpůrných skupin. Další podkategorie se věnuje individuálním strategiím, které respondenti využívají k celkovému zvládnání sociální úzkosti. V této podkategorii se objevily strategie jako psaní deníků, víra v Boha, CBD kapky, peer konzultanství.

5.5.1. Odborná péče

Podkategorie odborné péče se věnuje především zkušenostem respondentů s různými druhy terapií a medikací. V této podkategorii respondenti využívají strategie především skrze terapii, případně medikaci. Zjišťovala jsem proto především, abych zjistila, zda má na celkové zvládnání jednotlivých respondentů vliv odborná péče a také jaké zkušenosti a

postoje s odbornou pomocí mají. Objevily se zkušenosti s individuální, skupinovou a kognitivně-behaviorální terapií. Z medikace se jednalo o antidepresiva, konkrétně o selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI).

Respondenti, kteří zvolili klasickou **individuální terapii** uváděli, že k této volbě je vedlo popovídat si o svém problému s někým dalším kromě blízkých. Také že terapie mají vliv na celkové zvládnání sociální úzkosti, jelikož se mohou vypovídat a dostanou na doporučení nějaké techniky. Individuální terapie byla vyzdvižována také z důvodu, že o jejich problému ví někdo, kdo s jejich problémem umí zacházet a dokáže poradit na odborné úrovni. Pozitivní zkušenost se specificky zaměřenou terapií se objevila v souvislosti psychoanalýzy, jelikož se během ní řešila také konkrétní příčina vzniku sociální úzkosti.

Obvykle doporučovanou terapií k sociálním úzkostem bývá **kognitivně-behaviorální terapie**. S tímto druhem terapie někteří respondenti popsali v rozhovorech svoji zkušenost. Obecně byla respondenty velmi oceňovaná technika postupného vystavování se konkrétním situacím. Avšak respondenti se zkušeností s KBT obecně negativně hodnotili, že během své KBT se nepracovalo s příčinami vzniku jejich sociální úzkosti, ale spíše pouze se samotným problémem.

Respondenti, kteří měli zkušenost se **skupinovou terapií**, tak obvykle tento druh terapie hodnotili jako velmi přínosný. Její přínos velmi výstižně popsala Alice: „*Hodně mi pomohla skupinová psychoterapie, protože tam se člověk naučí jednat jinak mezi těmi lidma s těmi problémy a nemají na tobě co soudit, když mají také nějaké problémy.*“ Také ostatní respondenti, kteří mají zkušenost se skupinovou terapií ocenili, že se během skupinové terapie naučí vystavovat a komunikovat s lidmi, poslouchat je a seznamovat se s novými klienty.

Nedílnou součástí odborné péče byla pro některé respondenty **medikace**. Obecně byla medikace pro respondenty branná jako velmi podpůrná část, kterou kombinují s terapií, avšak ji využívají také jako strategii. Jako strategii ji využívají především v situacích, které už pro ně nejsou únosné a okamžitě potřebují zmírnit příznaky sociální úzkosti nebo je nosí s sebou jen jako jistotu takové první pomoci. Ve výpovědích respondentů se v některých případech objevovalo uvědomění si, že léky nejsou tím pravým a jediným řešením. Tak jako vyjádřila Ludmila: „*Já jsem brala léky, asi před třemi lety, teď nemám žádná anxiolytika, ale brala jsem je rok a půl. A bylo to pro mě těžké, je přijmout vlastně jak člověk ví, že můžou v určitou fázi opravdu pomoci, ale když je pak najednou máte brát sama, tak je to najednou*

těžký, ale v tu chvíli mi pomohly. Ale vím, že se na to člověk nemůže úplně upínat, důležitější je práce sama na sobě a ty léky jsou jenom nástroj, který pomůže nějakou tu fázi zmírnit... Takže nejsem proti lékům, ale beru to jenom jako jeden z nástrojů. Není to pro mě jako, že budu brát léky a vyléčím se z úzkosti.“ Dalibor osvětlil důvod, proč léky stále užívá: „*Potom když už jsem potom taky měl ten Neurol a bylo to něco takhle většího, tak jsem si ho nedával předem, ale když jsem to začal cejtít a začalo mě to otravovat a věděl jsem, že to nepřestane a kazilo mi to tu atmosféru, kterou jsem chtěl zažít, tak jsem si to vzal. Jako ty prášky nejsou řešení, já to tím spíš jenom odsouvám, takže možná kdybych k tomu zkusil ještě něco nového, tak by to možná pomohlo. Asi by to chtělo něco nového zkusit. Já jak při těch práscích ty úzkosti necítím, tak mi to vlastně vyhovuje a ta vůle není taková, aby s tím člověk začal dělat něco víc.“* Medikace byla tedy hodnocena jako nástroj podpůrné léčby a zároveň jako strategie řešení sociální úzkosti, kdy nebylo úzkostné prožívání pro jedince únosné. Zároveň sloužily také jako pojistka, kterou respondenti v případě potřeby měli během sociálních situací s sebou. Jednalo se tedy o jakési uvědomění, že léky mohou pomoci, ale jsou pouhým nástrojem a nedokážou zcela problém vyřešit či vyléčit.

5.5.2. Podpora blízkých osob

Podkategorie podpory blízkých osob nezahrnuje vyloženě strategie, které by respondenti využívali. Avšak z výpovědí respondentů bylo patrné, že podpora jejich blízkých osob je nedílnou součástí celkového zvládnání jejich sociální úzkosti. Pokud bych tedy měla stručně shrnout, co se obecně v rozhovorech objevovalo, tak to byla především skutečnost, že blízké osoby respondentů o jejich potíži vědí. Respondenti popisovali, že úlevné na této skutečnosti je to, že nemusí svůj problém skrývat. Dále se také objevovalo, že je jejich rodina a blízcí dokážou respektovat (např. pokud se necítí dobře), také že se s nimi mohou bavit o tom, co prožívají a jejich blízcí po čase na nich úzkost umí rozpoznat a v situaci jim pomoci nebo je z ní odvést. Důležitá se jevila také blízkost sama o sobě, především pokud respondent cítil, že je dlouho izolovaný od ostatních osob.

5.5.3. Individuální

Strategie se v této podkategorii se objevovali samostatně u jednotlivých respondentů. Jedná se o takové typy, které respondenti využívají k celkovému zvládnání sociální úzkosti a během rozhovoru se o nich zmínili, někteří respondenti kladli důraz na to, že se jedná o klíčové strategie pomáhající k celkové duševní pohodě během úzkosti. Jedná se především o psaní

deníku, víru v Boha, peer konzultanství, zkušenosti s online podpůrnými skupinami, CBD kapky, probiotika, seznam první pomoci a také již zmíněnou aplikaci Nepanikař.

Typickou podpůrnou strategií, kterou respondenti zmiňovali bylo **psaní si deníků**. Tuto formu preventivní strategie využívají respondenti na doporučení (např. psychologa) a deníky dle jejich slov slouží k odložení svých úzkostných myšlenek na papír, také k zaznamenání nějaké úzkostné situace, která se stala. Dále se také objevily varianty vypsát si ty hezké věci, například co se ten den povedlo nebo tři věci, za které je člověk vděčný. K těmto hezkým zápisům se respondenti mohou vracet, když je čeká nějaká situace nebo když se potřebují uklidnit. Jako další varianta se objevil tzv. Destrukční deník, který je určený ke zničení a snížení napětí.

V souvislosti se zvládáním úzkosti se objevila také **víra v Boha**. Víra v Boha byla velmi důležitou podpůrnou činností pro Elen: *„Já jsem věřící, takže mi pomáhá víra. Všechny ty špatné myšlenky, že se ztrapním nebo že nesplním nějaká očekávání, která na mě mají a tak... Nebo že si o mně budou myslet něco, co není pravda. Tak si tyhle myšlenky převracím podle toho, co vykládá Bůh. Tedy že člověk je v každém případě dobrý od jeho samotného počátku. Tudiž ani já nemůžu být tak špatným člověkem, jak si někdy o sobě myslím.“* Samotná modlitba se jevila jako důležitá pro Ludmilu: *Jo já vlastně i tím, že jsem věřící člověk, tak i víra v Boha je pro mě taková berlička při těch úzkostech. Pro mě je to o nějakém tom vztahu k tomu Bohu a je pro mě důležitá už jenom ta modlitba, která je do určité míry i vlastně meditace a že se vlastně vypořádáte i tímhle způsobem. Ale tohle je hodně komplexní téma, nevím teď ani, jak to uchopit...“* Jednalo se o velmi komplexní téma, kterému jsme se dál nevěnovali, avšak se jevílo jako důležité, proto jej v práci zmiňuji.

Další strategií, která se objevila bylo vyhledávání podpůrných skupin, konkrétně těch v online prostředí. Online formu jedinci zmiňovali především z důvodu, jelikož je pro ně příjemnější, než setkávání (a covidové době nemohou probíhat). Respondenti vyhledávají tyto podpůrné skupiny především na sociálních sítích, na Facebooku ve formě uzavřených skupin a na Instagramu jako určité osvětové profily. Podpůrné na vyhledávání takovýchto skupin respondenti popisovali to, že si mohou přečíst příběhy ostatních, vžít a vcítit se do druhých se stejným nebo podobným problémem nebo si přečíst a vyměnit s druhými rady nebo se vzájemně v online prostoru podpořit a vystoupit tak ze své komfortní zóny.

Respondent Maxmilian se podělil se svojí zkušeností s **peer konzultanstvím**. Max pracuje jako peer na psychiatrii a díky peer konzultantství pomáhá dalším lidem se sociální fobií.

Sám uvedl, že mu to pomáhá zvládat sociální fobie právě kvůli tomu, že se musí projevit před druhými a překonávat projevy své sociální fobie. Také uvedl, že je jako peer nositel naděje a podpory, a proto se sám snaží překonávat nejen během programu, ale také během každodenních sociálních situací.

Ohledně stravy a léčebných přípravků se objevily zkušenosti s probiotiky, CBD kapkami a bylinkovými čaji. Také s květovými Bachovými esencemi (viz. Strategie před sociálními situacemi). Vliv stravy na celkové zvládnání popsala Ludmila, která zařadila do jídelníčků probiotika. Ludmila popsala, že její úzkosti už nejsou tak markantní jako předtím. Avšak nutno podotknout, že respondentka Ludmila trpí kromě sociálních úzkostí také úzkostmi obecně a z rozhovoru nebylo patrné, zda myslí vyloženě sociální úzkosti nebo její úzkosti celkově. Respondentka Adriana se zmínila o své experimentální fázi s CBD kapkami: *„Zrovna nedávno jsem začala zkoušet CBD kapky. Ale tam jsem zatím ještě v té experimentální fázi, že jsem začala jenom opravdu na malých dávkách a zatím jsem teda nepocítila účinek, tak pomalu zvedám dávku. A píšu si, jaký z toho mám zatím pocity, jakou jsem měla úzkost, jestli jsem měla dobrou náladu nebo špatnou a zkoumám, jestli to má nějaký účinek, ale zatím... Já jsem začala opravdu hodně zlehka a opatrně, takže teď jsem ještě na nějakých minimálních dávkách, které nemají efekt a dostanu se tam třeba až za měsíc. Jsem na to opatrná, protože přeci jen jsou to nějaké látky, které mají nějak působit, tak to nechci nějak přehnat.“* Adriana však krátce po našem rozhovoru CBD kapky přestala používat, nemám tedy z mých získaných dat žádnou přesnější informaci ohledně účinků této látky. Co se týče dalších podpůrných látek, objevilo se užívání čaje z kozlíku lékařského a heřmánkového čaje.

Poslední strategií, která se objevila byl seznam první pomoci, jež zmínila Ludmila. Jedná se o žebříček, vzestupně sestavené jednotlivé strategie, které pomáhají zvládat sociální úzkost během situace i mimo ni. Takovýto seznam je možné si sestavit dle svých preferencí, podle toho, co každému vyhovuje v jiném pořadí.

V této kategorii Podpůrných strategií se objevily strategie, které jsou realizovány pomocí odborné péče, léky a díky podpoře blízkých osob. Dále se tyto strategie rozdělili na individuální, které záviseli na individuálních zkušenostech respondentů. Mezi individuálními podpůrnými strategiemi objevilo psaní deníků, víra v Boha, zkušenost s online podpůrnými skupinami, peer konzultanstvím, léčebnými přípravky a změna stravy.

5.6. Ideální řešení

Na závěr každého rozhovoru jsem respondentům položila otázku, jaké by podle nich bylo ideální řešení sociální úzkosti. Ideální řešení se lišila dle toho, zda se vztahovala přímo k problému, k lidem nebo která se obecně vztahovala k přijetí sociální úzkosti.

Ideální řešení vztahující se k problému se u respondentů opakovalo jako cíl do budoucna zbavit se problému úplně. Především aby to tolik neřešili, neovlivňovalo to tolik jejich život a neměli s tím tolik starostí. Aby se s tím naučili pracovat a díky tomu pak mohli v sociálních situacích fungovat bez problému. Dále také znát příčinu toho, proč se to děje.

Ideální řešení vztahující se k lidem se týkalo především přání potkávat se s lidmi a lidem se nevyhýbat. Dále také, aby duševní onemocnění nebylo tabu a nebylo třeba se stydět za návštěvu psychologa či psychiatra. V poslední řadě také aby lidé duševní onemocnění neodsuzovali a byli pro lidi se sociální fobií větší oporou, vyslechli je a víc řešili, co se děje a nenechávali to jen tak být.

Ideální řešení vztahující se k přijetí sociální úzkosti poukazovala na skutečnost, že ideální řešení je takové, které neexistuje. Jednalo se především o to, že nejdůležitější je sociální úzkost přijmout, nebojovat s ní a naučit se s ní žít. Tak jako vyjádřila Johana: *„Jste vlastně na nějaké čáře a buď tu úzkost necháte vyhrát nebo ji překonáte a je to otázka několika vteřin. Protože pokud bych udělala krok dozadu, tak spadnu do úzkosti a jsem zralá na záchranku. Nebo tu úzkost nenechám. Vždycky říkám, že je to taková pijavice, která Vám sídlí na hlavě a buď tu pijavici necháte zažrat do té hlavy nebo si řeknete, že na ní nemáte náladu a čas. A tu úzkost jsem se i díky paní psycholožce naučila brát jako kámošku. Já jsem s ní totiž léta pořád bojovala a bylo to špatně a v okamžiku, kdy jsem ji začala brát jako kamarádku a je součástí mě, tak se mi s tou úzkostí mnohem lépe pracuje a díky tomu asi taky nemusím brát žádná antidepressiva.“*

A také Ludmila: *„Já, když si představím tu úzkost teď, tak já ji vidím jako takového Mozkomora, jestli znáte z Harryho Pottera. Tak ten Mozkomor mě krásně sedí na tu úzkost, že ve Vás vlastně vyvolává ty nejhorší myšlenka...ale toho Mozkomora se nezbavíte tím, že vyšlete teda to kouzlo, ale vy tam musíte dát i nějakou tu myšlenku. Takže to mi pomáhá, nejt proti té úzkosti, ale nechat to nějak plynout... a smířit se s tím, že tam ta úzkost prostě je.“*

Ideální řešení, která respondenti zmiňovali byla především taková přání a cíle, kterých by rádi ve zvládnání sociální úzkosti dosáhli. Ideální řešení vztahující se přímo k problému se

objevovala jako přání se sociální úzkosti zcela zbavit nebo se s ní naučit pracovat. Ideální řešení se vztahovala také k lidem, a to především aby se respondenti mohli s dalšími lidmi potkávat a nevyhýbat se jim, také aby nebyli odsuzováni a od blízkých lidí v jejich okolí měli dostatečnou podporu. Poslední ideální řešení se týkala smíření se sociální úzkostí. Tento způsob ideálního řešení vyvstával jako velmi důležitý, jelikož respondenti smíření se svojí sociální úzkostí s ní dokážou pracovat, ať už metaforicky nebo během prožívání sociální úzkosti.

6. Shrnutí výsledků

Shrnutí výsledků obsahuje zodpovězení na výzkumné otázky:

VO1: Jaké jsou zdroje sociální úzkosti?

Zdroje sociální úzkosti se obecně týkali veškeré mezilidské interakce a komunikace. Konkrétně se vztahovali k přítomným osobám, kdy se s větším počtem osob v situaci riziko sociální úzkosti zvětšuje. Dalším zdrojem byly konkrétní situace, to byly především výkonové situace, ale také běžné sociální situace, ve kterých od respondentů byla očekávaná jakákoliv jejich aktivita. Zdroje míst se týkala opět velikosti, tedy lidmi velmi frekventovaná místa, také místa veřejných služeb a dopravních prostředků.

VO2: Jak jedinci prožívají sociální úzkost?

Prožívání sociální úzkosti se rozlišovalo dle fyziologický, psychických a behaviorálních projevů. Fyziologické projevy uváděli respondenti většinou jako první, zřejmě z důvodu jejich viditelnosti. Týkala se především bušení srdce, dýchacích obtíží, pocením. Psychické projevy zahrnovaly především velký strach z ohrožení, úzkost a negativní myšlenky či pocity. Behaviorální projevy se objevovaly jako vyhýbavé chování, útek a únik.

VO3: Jaké využívají jedinci strategie pro zvládnání sociální úzkosti před očekávanou situací?

Strategie, které respondenti využívají před sociálními situacemi se objevily ve formě přípravy, která zahrnovala zjišťování si informací o daném místě a osobách v situaci, vytváření si denních plánů, či vizualizaci situací. Další obsáhlou strategií bylo vytváření si scénářů, a to typicky těch katastrofických. Další strategie se týkaly různých technik sebepečce a uvědomění si své sociální úzkosti.

VO4: Jaké využívají jedinci strategie zvládnání sociální úzkosti během sociálních situací?

Během sociálních situací respondenti využívají především strategie práce s dechem, ve formě různé relaxace a dechových cvičení. Další strategie se týkaly práce s psychickými procesy, které zahrnovaly racionalizaci, cílená přesvědčení, imaginaci a přesouvání pozornosti. Dalšími strategiemi bylo vytváření si bezpečných zón a využívání podpory okolí ke zvládnání sociální úzkosti v situaci.

VO5: Jaké využívají jedinci podpůrné strategie k celkovému zvládnání sociální úzkosti?

Jako podpůrné strategie využívají respondenti strategie prostřednictvím odborné pomoci, která zahrnuje terapie a medikaci. Dalšími podpůrnými strategiemi se objevila podpora blízkého okolí a také dalších jedinců v rámci podpůrných skupin. Další podpůrné strategie

se individuálně lišili od různých zkušeností respondentů. Mezi individuálními strategiemi se objevilo psaní deníků, víra v Boha, peer konzultanství a zkušenosti s léčebnými přípravky s CBD kapkami, Bachovými esencemi a ve stravě zařazenými probiotiky.

VO6: Jaké jsou dle respondentů ideální řešení sociální úzkosti?

Ideální řešení, která respondenti zmiňovali byla především taková přání a cíle, kterých by rádi ve zvládnutí sociální úzkosti dosáhli. Ideální řešení se vztahovala přímo k problému a byla to přání se sociální úzkostí zbavit. Ideální řešení se vztahovala také k lidem a jednalo se o cíl setkávat se s lidmi, nevyhýbat se jim a nebýt druhými lidmi odsuzován za duševní onemocnění. Poslední ideální řešení se týkala smíření se sociální úzkostí.

7. Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat individuální strategie zvládnání sociální úzkosti. Tyto strategie zkoumaly tři výzkumné otázky a strategie byly tudíž rozděleny na tři skupiny. Na strategie před a během sociálních situací, dále na podpůrné strategie k celkovému zvládnání sociální úzkosti. V teoretické části jsou strategie rozděleny dle literatury na interní a externí metody a v této části práce jsou společně propojeny a diskutovány.

Výzkumná otázka (VO3), která zjišťovala, jaké strategie využívají jedinci před sociálními situacemi zjistila, že jedinci mnohdy jako první volí strategii vyhnoutí se dané situaci. To je např. dle APA (2013); Praško (2005) považováno za projev sociální úzkosti. Ačkoliv respondenti popisovali samotné vyhnoutí se situaci za jednu ze svých strategií, které je zároveň považováno za projev sociální úzkosti, byli schopni mluvit o dalších jiných strategiích zvládnání sociální úzkosti a vyhnoutí se pro ně nebylo jediným řešením sociálních situací. Sami někteří respondenti uváděli tuto strategii jako maladaptivní, která jim nepomáhá a vědí, že to není správné řešení. Z toho by se dalo usoudit, že vyhnoutí se sociální situaci, které respondenti považují za strategii je ovlivněno samotnou patologií (fobií) a provádí ji automaticky, jelikož se jedná o neuvědomovaný projev jejich sociální úzkosti.

Bylo zjištěno, že respondenti jako své strategie před sociálními situacemi využívají vytváření scénářů. Tato strategie zahrnovala jak vytváření představ dané situace, tak i různých modelových situací, co by se mohlo stát nebo vytváření scénářů ve formě textů (např. k telefonování) či harmonogramů. Zajímavým zjištěním je fakt, že respondenti uváděli vytváření katastrofických scénářů jako úlevné, ačkoliv Praško (2003; 2005) to popisuje jako projev sociální úzkosti, který udržuje bludný kruh. Úlevné na vytváření katastrofických scénářů je následná realita. Tedy, že daná situace ve výsledku nedopadne tak katastrofálně nebo když naopak situace nedopadne nejlépe, tak na to byli připraveni.

Dále bylo pomocí VO3 zjištěno, že jedinci volí jako své strategie různé formy přípravy. Příprava zahrnovala zjišťování si různých informací dopředu nebo informování daných osob o svém problému. Součástí přípravy před sociálními situacemi byla také psychologická a podpůrná příprava. Další byla skupina strategií založených na uvědomění si svých úzkostných myšlenek. S ohledem na literaturu by tyto strategie do určité míry souvisely s kognitivní rekonstrukcí, neboť dle Praška (2005) přispívají k celkovému přerámování úzkostných myšlenek. Dle Lewise et al. (2020) mohou být ke kognitivní rekonstrukci užitečné strategie založené na všímavosti. Přímo techniky mindfulness respondenti neuváděli, avšak tyto techniky se mohou pojít s technikami sebepéče, které respondenti

uváděli jako strategie před sociálními situacemi. Mezi tyto strategie zařazovali meditaci, jógu, relaxaci a celkové zklidnění.

Výzkumná otázka (VO4) zabývající se tím, jaké strategie využívají jedinci během sociálních situací zjistila, že nejtypičtější jsou strategie využívající práci s dechem a s psychické mechanismy. Práci s dechem zmiňoval v různé formě každý respondent. Někteří již však tuto strategii dále nerozebírali. Důvodem může být samozřejmost vykonávání, kterou pro ně tato technika v úzkostných situacích je. Práce s dechem a relaxační techniky jsou i dle literatury a potvrzujících výzkumů (Praško, 2005; Conrad & Roth, 2007; Kim et al., 2018; Cogle, 2020) považovány za velmi efektivní techniky zvládnání. Napomáhají k regulaci emocí, především ke snížení prožívaného a výrazného strachu, úzkosti.

Strategie využívající psychické mechanismy byly dalšími typicky využívanými strategiemi. Ty jsou propojeny dle literatury již se zmíněnou kognitivní rekonstrukcí a regulací emocí. Kognitivní rekonstrukce by dle Seifa a Winstona (2017) měla probíhat tak, že jedinec své úzkostné myšlenky rozpozná, uvědomí si je akceptuje je. Dle Praška (2005) poté dochází k přerámování těchto myšlenek. Stejně tak respondenti uváděli jako strategii rozpoznat, že zažívají úzkost (i když to uváděli už jako strategii před sociálními situacemi). Až po rozpoznání těchto myšlenek docházeli ke strategiím ve formě „nastavení v hlavě“, které pomáhalo uvědomit si, proč se v dané situaci nachází, že to má své opodstatnění a nic nebezpečného se jim neděje. Ke kognitivní rekonstrukci se objevila jako strategie využívání pozitivních afirmací neboli motivačních tvrzení (např. „Zvládneš to“), které byly zase hodnoceny jako nápomocné.

Jako strategie během sociálních situací se objevila racionalizace. Jedná se o obranný mechanismus, který Špatenková et al. (2004) uvádí jako velmi často užívaný mechanismus v náročných situacích, společně ještě s únikem či popíráním. Kebza (2009) uvádí, že obranné mechanismy jsou obecně považovány spíše za neplnohodnotné způsoby, jelikož nesměřují k vyřešení situace, ale fungují spíše jako náhrada řešení. I přesto respondenti hodnotili obranný mechanismus racionalizace jako užitečnou strategii. Respondenti racionalizaci využívali jako odůvodňování si svých motivů, proč v dané situaci zůstat nebo proč z ní uniknout (to se vyskytovalo v případech, kdy pro ně situace nebyla únosná). Respondenti si odůvodňovali okolnosti situací tak, že jim nehrozí žádné reálné nebezpečí. Lze tedy říct, že obranné mechanismy nemusí sloužit pouze maladaptivně a jako náhradní způsob řešení sociálních situací. Mohou být využity efektivně a pomoci daným jedincům v situaci setrvat.

Strategie využívající práci s psychickými mechanismy se objevily dále ve formě práce s představami a pozorností. Dle Bishopa et al. (2004) je regulace pozornosti složka všímavosti, která se soustřeďuje na převádění pozornosti a na své vlastní prožitky, myšlenky a pocity. Díky uvědomění si těchto prožitků dochází k přijetí dané zkušenosti a tím i navrácení do klidového režimu. V získaných datech se objevila práce s přesouváním pozornosti, kterou respondenti popisovali jako uvědomění si svých prožitků, ale také soustředění se na dalšího člověka v té situaci nebo naopak přesunem pozornosti do úplně jiné situace (pomocí imaginace), či přesouvání pozornosti pomocí různých antistresových omalovánek, předmětů aj. Strategie založené na pozornosti mají tedy velmi široké využití a zřejmě záleží na daných okolnostech. Zda se jedinec potřebuje soustředit na osobu, se kterou je v dané situaci, aby se jí mohl plně věnovat. Nebo pokud se naopak potřebuje pomocí imaginace přenést do jiné situace, aby reguloval svůj stav a využívá přesun pozornosti pomocí různých předmětů jako imaginární útěk ze situace.

Poměrně překvapujícím zjištěním bylo, jak intenzivní podíl má na zvládnutí sociální úzkosti podpora okolí. Sociální opora je velmi významným faktorem, který přispívá k dobrému duševnímu stavu. Přispívá jako zdroj odolnosti vůči zátěži (Schwarzer & Lepin, 1991; Špatenková et al., 2004; Paulík, 2010; Baum & Contrada, 2011). Ačkoliv jedinci se sociální úzkostí pociťují svůj strach kvůli druhým lidem (potencionální negativní hodnocení, jejich přítomnost atd.), tak se toto sociální okolí ukázalo jako zdroj opory. A to také přímo v daných sociálních situacích. Respondenti uváděli jako velmi podporující např. doprovod blízké osoby a určitý specifický přístup, který je však nebude kvůli jejich potížím diskriminovat nebo stigmatizovat. Nejedná se tedy přímo o strategie, které by jedinci prostřednictvím dalších osob cíleně využívaly. Ale lze říct, že podpora okolí má velmi pozitivní vliv na to, jak budou moct jedinci danou situaci zvládnout či vydržet. Podpora okolí byla jako strategie respondenty využívána nejen během sociálních situací, ale také jako podpůrná strategie k celkovému zvládnutí.

Výzkumná otázka (VO5), která zjišťovala podpůrné strategie k celkovému zvládnutí sociální úzkosti vznikla až druhotně. Nejprve tyto podpůrné strategie cíleně nebyly zjišťovány, avšak z rozhovorů vyvstávaly strategie, které respondenti hodnotili jako prevenci a tyto strategie se nevztahovali k žádným konkrétním situacím. Obvyklými strategiemi se v této kategorii objevovalo psaní deníků, zapisování radostí aj. Dryman a Heimberg (2018) uvádějí tyto strategie jako deník a zaměřování se na pozitivní emoce vhodné k regulaci emocí. Také dle Pennebaker et al. (1990 in Křivohlavý, 2003) je ventilace emocí pomocí pojmenování,

vyslovení nebo napsání hodnocena jako velmi efektivní. Velmi zdůrazňovaná podpůrná strategie byla respondenty již zmiňovaná sociální opora, především od jejich blízkých. Dále byly u některých respondentů nedílnou součástí podpůrných strategií léky a léčebné přípravky. Mezi léky byly uváděny především různá antidepresiva SSRI, z léčebných přípravků se objevily květové Bachovy esence, které jsou dle Pavlíčkové (2002) či Scheffer (1994) považovány za alternativní a psychosomatické léčení, navracející harmonii těla. Respondent využívající strategii užívání Bachových esencí popsal, jaké pozitivní účinky na něj esence mají a jak mu společně s dalšími strategiemi pomáhají ke zklidnění. Dalším léčebným přípravkem se jako strategie objevily CBD kapky. Dle výzkumů byly prokázány pozitivní účinky na snížení sociální úzkosti (Crippa et al., 2009; Bergamaschi et al., 2011; Flier et al., 2019; Black et al. 2019). Respondentka, která uvedla zkušenost s užíváním CBD kapek začínala na velmi malých dávkách a po několika měsících kapky přestala užívat. Ačkoliv respondentka nemá zkušenost s prokázanými pozitivními účinky CBD kapek, možným důvodem může být skutečnost, kterou popisuje Black et al. (2019) a to, že pokyny k užívání CBD nejsou dostatečně vymezeny.

Tato bakalářská práce má své limity. Limitem je kvalitativní design, ze kterého nelze výsledky z výzkumu zobecnit. Důvodem je malá rozmanitost vzorku, nižší věk respondentů a převážné ženské zastoupení mezi respondenty. Kvalitativní design byl vybrán pro intenzivní zmapování této problematiky. Získání výzkumného vzorku bylo zahájeno jako samo-výběr skrze dotazník v online podpůrné skupině a jelikož se přihlásilo velké množství zájemců, byli respondenti vybráni výzkumníkem. Při výběru bylo zohledněno, aby mezi respondenty nebyla zkušenost se sociální úzkostí více jak 20 let, jelikož by strategie mohly být právě kvůli dlouhé době se sociální úzkostí zkresleny. S vyšším věkem uváděli zájemci užívání medikace, což mohlo být dalším zkreslujícím vlivem. Respondenti jsou tedy mladší a středně dospělí jedinci, kteří trpí sociální úzkostí 2-15 let a ve vzorku jsou respondenti s medikací i bez medikace.

Je však otázkou, zda by bylo možné výsledky zobecnit, pokud by se jednalo o kvantitativní design. K tomu přispívá fakt, že byly zkoumány individuální strategie a každý respondent využívá své strategie „na míru“. Tato práce se tyto individuální strategie snažila popsat. Avšak z těchto individuálních strategií nelze vytvořit obecný a univerzální postup pro každého, kdo se se sociální úzkostí potýká. Vlivem této skutečnosti mohou být různé vrozeně povahové rysy např. stydlivost (dle Stein & Walker, 2003; Anthony & Swinson, 2008; Williams, 2018 aj.) či neuroticismus (Hilimire et al., 2015; APA, 2016). Dále vliv velmi

odlišné úrovně psychické odolnosti každého člověka potýkajícího se sociální úzkostí a odlišná míra vystavování se (Bandura, 1982; Křivohlavý, 2003; Kebza, 2009; Paulík, 2010) a s tím souvisejí i odlišné zkušenosti se sociální oporou a další sociálně kontextové vlivy. V poslední řadě byla vlivným činitelem též medikace. Léčba pomocí medikace přináší pozitivní výsledky a moderní antidepresiva jsou méně závislostní i tlumivé (Praško, 2005; Raboch et al., 2005; Anders et al., 2005). Také respondenti léčbu medikací uváděli jako podpůrnou část nebo jako jednu ze strategií. Jako strategii ji uváděli v případech, kdy pro ně situace byly natolik náročné, že si museli vzít lék. Možným důvodem, proč respondenti zůstávají na léčbě léky je zřejmě skutečnost, že léky prožívání úzkosti tlumí a dotyčný jedinec poté nemá důvod vyhledávat další jinou pomoc nebo se učit novým strategiím ve zvládnání sociální úzkosti.

Ačkoliv se zdálo téma strategií zvládnání sociální úzkosti jako velmi zúžené téma, jedná se o velmi obsáhlou problematiku, kterou jsem se snažila co nejvýstižněji interpretovat, tak abych zachovala autentické prožívání respondentů ve zvládnání jejich sociální úzkosti. Což se projevilo na délce práce, především na interpretaci v empirické části, jelikož do interpretace byly zařazeny citace z jednotlivých rozhovorů.

Během zpracovávání práce mě překvapilo, že ty strategie, které jsou dle literatury považovány za maladaptivní, mohou být jedinci prožívající sociální úzkost hodnoceny jako nápomocné (např. v případě využití obranného mechanismu racionalizace). Také mě zaujal vliv sociální opory na zvládnání sociální úzkosti, který by si dle mého názoru zasloužil větší pozornost a výzkumné prozkoumání. Ze získaných dat vyvstávají další výzkumné otázky. Jak může sociální prostředí pomoci lidem ve zvládnání sociální úzkosti? A jak ovlivňuje zvládnání individuální psychická odolnost, kterou ovlivňují různé zkušenosti a různé vlastnosti každého člověka? Dalším návrhem je prozkoumání primární prevence, které by umožnilo zmapovat oblast rozvoje sociální úzkosti a poskytnout návrhy a opatření, jak rozvoji sociální úzkosti u mladých dospívajících zabránit nebo jak ji případně podchytit.

Přínosem této bakalářské práce je vzhled do problematiky individuálního zvládnání sociální úzkosti. Tato bakalářská práce může být odrazovým můstkem při hledání strategií ke zvládnutí sociální úzkosti. A to pro jedince, kteří sociální úzkost zažívají, ale také pro jejich blízké a další osoby v jejich okolí, kteří by jim ve hledání co nejlepších cest ke zvládnutí sociální úzkosti rádi pomohli.

8. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala tématem strategií zvládnání sociální úzkosti. Teoretická část se zaměřila na vymezení problematiky sociální úzkosti, její klasifikaci a související či přidružené poruchy. Dále se věnovala charakteristice projevů sociální úzkosti a její etiologii, také charakteristice náročných situací, psychické odolnosti a copingových strategií. V poslední kapitole teoretické části se zabývala popisem a porovnáním obecných strategií zvládnání sociální úzkosti dle dostupných výzkumů a literatury. Strategie zvládnání byly rozděleny na interní a externí metody. Mezi interní strategie byly zařazeny metody, které mohou jedinci využívat sami bez dalších zdrojů a pomoci. Mezi ně patří relaxační a dechové techniky, práce s psychickými mechanismy a užívání léčebných přípravků. Externí strategie jsou techniky zprostředkované skrze další osoby, jedná se především o terapeutickou pomoc a podpůrné skupiny či jiná další opatření (např. prevence ve školách).

Praktická část si kladla za cíl zjistit a charakterizovat individuální strategie zvládnání sociální úzkosti. Byl zvolen kvalitativní design výzkumu a data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Respondenti (jedinci s projevy sociální úzkosti) využívají strategie dle toho, zda se nachází před anebo během sociální situace. Využívají také podpůrné strategie k celkovému zvládnání jejich sociální úzkosti. Bylo zjištěno, že respondenti jako strategie před očekávanými sociálními situacemi využívají vlastní přípravu, vytváření scénářů, techniky sebepéče a samotné uvědomění si své úzkosti. Strategie, které využívají během sociálních situací jsou především techniky práce s dechem a psychickými procesy jako např. regulace emocí, zaměření pozornost, myšlenek. Dále během situací využívají podpory sociálního okolí a vytváření bezpečných zón. Mezi podpůrné strategie zvládnání sociální úzkosti byla zařazena odborná pomoc, podpora blízkých a individuální strategie jako např. psaní deníků, víra v Boha, zkušenost s peer konzultanstvím, léčebné přípravky, změna stravy. Cíle práce byly naplněny a výsledky byly diskutovány s použitými zdroji.

9. Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Aldao, A., Jazaieri, H., Goldin, P., & Gross, J. (2014). Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies: Interactive effects during CBT for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28 (4), p. 382-389. doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.005
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association Publishing.
3. Anders, M., Uhrová, T., & Roth, J. (2005). *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Galén.
4. Anthony, M., & Swinson, R. (2008). *The Shyness & Social Anxiety Workbook*. New Harbinger Publication, Inc.
5. Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37 (2), p.122–147. doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122
6. Baum, A., & Contrada, R. (2011). *The Handbook of stress science: biology, psychology and health*. Springer Publishing Company.
7. Bergamaschi M., Queiroz R., Chagas M., de Oliveira D., De Martinis B., Kapczinski F., Quevedo J., Roesler R., Schröder N., Nardi A., Martín-Santos R., Hallak J., Zuardi A., & Crippa J. (2011) Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naïve social phobia patients. *Neuropsychopharmacology*, 36 (6), p. 1219-1226. doi.org/10.1038/npp.2011.6
8. Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241.
9. Black, N., Stockings, E., Campbell, G., Tran, L., Zagic, D., Hall, W., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2019). Cannabinoids for the treatment of mental disorders and symptoms of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6 (12), p. 995-1010. doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30401-8
10. Brozovich, F., & Heimberg, R. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 28 (6), p. 891-903. doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.002
11. Conrad, A., & Roth, W. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (3), p. 243-264. doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.08.001

12. Cogle, J., Wilver, N., Day, T., Summers, B., Okey, A., & Carlton, C. (2020). Interpretation Bias Modification versus Progressive Muscle Relaxation for Social Anxiety Disorder: A Web-Based Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 51 (1). p. 99-112. doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.009
13. Crippa, J, Zuardi, A., Santos, R., Bhattacharyya, S., Atakan, Z., McGuire, P., & Poli, P. (2009). Cannabis and anxiety: a critical review of evidence. *Human Psychopharmacology*, 24 (7), p. 515-523. doi.org/10.1002/hup.1048
14. Dryman, M., & Heimberg, R. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: a systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65, p. 17 - 42. doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004
15. Faleide, A., Lian, L., & Faleide, E. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Grada.
16. Flier, F., Kwee, C., Cath, D., Batelaan, N., Groenink, L., Duits, P., Veen, D., Balkom, A., & Baas, J. (2019). Cannabidiol enhancement of exposure therapy in treatment refractory patients with phobias: study protocol of a randomized controlled trial. *Psychiatry BMC*, 19 (69), dx.doi.org/10.1186%2Fs12888-019-2022-x
17. Goldin, P., Ziv, M., Jazaieri, H., Hahn, K., Heimberg, R., & Gross, J. (2013). Impact of Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder on the Neural Dynamics of Cognitive Reappraisal of Negative Self-beliefs. *JAMA Psychiatry*, 70 (10). doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.234
18. Harb, G., & Heimberg, R. (2006). Social Anxiety Disorder. In: Fisher, J., O'Donohue, W. *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*, p. 668-677.
19. Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
20. Heimberg, R., Dodge, C., Hope, D., Kennedy, C., Zollo, L., & Becker, R. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14 (1), p. 1-23. doi.org/10.1007/BF01173521
21. Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope, D., & Schneier, F. (1995). *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment*. The Guilford Press.
22. Heiser, N., Turner, S., Beidel, D., & Roberson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (4), 469-476. doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.10.002
23. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Portál.

24. Hilimire, M., DeVlyder, J., & Forestell, C. (2015). Fermented foods, neuroticism, and social anxiety: An interaction model. *Psychiatry Research*, 228 (2), p. 203-208. doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.023
25. Hoffman, S., & Gomez, A. (2017). Mindfulness – Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatr Clin North Am*, 40 (4), p. 739-749. doi/10.1016/j.psc.2017.08.008
26. Janíček, J. (2008). *Když úzkost bolí*. Portál.
27. Kebza, V. (2009). *Chování člověka v krizových situacích*. Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta.
28. Kim, H., & Kim, E. (2018). Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32 (2), p. 278-284. doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.015
29. Kinney, K., Burkhouse, K., & Klumpp, H. (2019). Self-report and neurophysiological indicators of emotion processing and regulation in social anxiety disorder. *Biological Psychology*, 142, p. 126-131. doi.org/10.1016/j.biopsycho.2019.01.019
30. Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Portál.
31. Křivohlavý, J. (2010). *Pozitivní psychologie*. Portál.
32. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company, Inc.
33. Lewis, E., Gilroy, S., Buckner, J., & Heimberg, R. (2020). The Impact of Brief Mindfulness Training on Postevent Processing Among Individuals with Clinically Elevated Social Anxiety. *Behavior Therapy*, 10. doi.org/10.1016/j.beth.2020.10.002
34. Ma, T., Jin, H., Kwok, L., Sun, Z., Liong, M., & Zhang, H. (2021). Probiotic consumption relieved human stress and anxiety symptoms possibly via modulating the neuroactive potential of the gut microbiota. *Neurobiology of Stress*, 14. doi.org/10.1016/j.ynstr.2021.100294
35. Napolitano, J. (2017). Stress is the body's physical reaction to disturbing stimuli. *University Wire*. In: <https://www.proquest.com/wire-feeds/stress-is-body-s-physical-reaction-disturbing/docview/2113768000/se-2?accountid=9646>

36. O'Connor, E., Staiger, P., Kambouropoulos, N., & Smillie, L. (2014). Pathways to social anxiety: The role of reinforcement sensitivities and emotion regulation. *Psychiatry Research*, 220 (3), p. 915-920. doi.org/10.1016/j.psychres.2014.09.007
37. Tran, N., Zhebrak, M., Yacoub, C., Pelletier, J., & Hawley, D. (2019). The gut-brain relationship: Investigating the effect of multispecies probiotics on anxiety in a randomized placebo-controlled trial of healthy young adults. *Journal of Affective Disorders*, 252, p. 271-277. doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.043
38. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Grada.
39. Pavlíčková, M. (2002). *Léčba duše i těla: Bachova květová terapie*. Alman.
40. Penninx, B., Pine, D., Holmes, E., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397 (10277), p. 914-927. doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7
41. Praško, J., Grambal, A., Šlepecký, M., Možný, P., & Vyskočilová, J. (2019). *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie*. Grada Publishing.
42. Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Portál.
43. Praško, J. (2005). *Sociální fobie: jak překonat nadměrný stud*. Portál.
44. Raboch, J., Jiráček, R., & Paclt, I. (2005). *Psychofarmakologie pro praxi*. Triton.
45. Vymětal, J. (2000). *Speciální psychoterapie: úzkost a strach*. Psychoanalytické nakladatelství.
46. Výrost, J., & Slaměnik, I. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Grada.
47. Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.
48. Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012) The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor # of Nature, *The International Journal on the Biology of Stress*, 15 (5), p. 472-478. doi.org/10.3109/10253890.2012.710919
49. Seif, M., & Winston, S. (2017). *Overcoming unwanted intrusive thoughts: a CBT-based guide to getting over frightening, obsessive or disturbing thoughts*. New Harbinger Publications, Inc.
50. Scheffer, M. (1994). *Bachova květová terapie: Teorie a praxe: Standardní dílo s podrobným popisem květů*. Pragma.
51. Schultze, R., & Roberts, R. (2007). *Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací*. Portál.
52. Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, (8), p. 99-127. doi.org/10.1177%2F0265407591081005

53. Stein, M., & Stein, D. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371 (9618), p. 1115-1125. doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2
54. Stein, M., & Walker, J. (2003). *Triumph over shyness: conquering social anxiety disorder*. Published with Anxiety Disorders Association of America. McGraw-Hill Education.
55. Stuchlíková, I. (2007). *Základy psychologie emocí*. Portál.
56. Švaříček, R., & Šed'ová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.
57. Špatenková, N., Sobotková, I., Sýkorová, D., Příhodová, A., & Dopita, M. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Grada Publishing.
58. Williams, J. (2018). *Social anxiety: easy daily strategies for overcoming social anxiety and shyness, build successful relationships, and increase happiness*. Independently Published.
59. World Health Organization (2004). *Prevention of Mental Disorders: effective intervention and policy options*. Geneva: Switzerland.
60. World Health Organization (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision, volume 1, Tabular list*.

10. Seznam tabulek

1. Tabulka respondentů.....	34
2. Tabulka kategorií.....	36