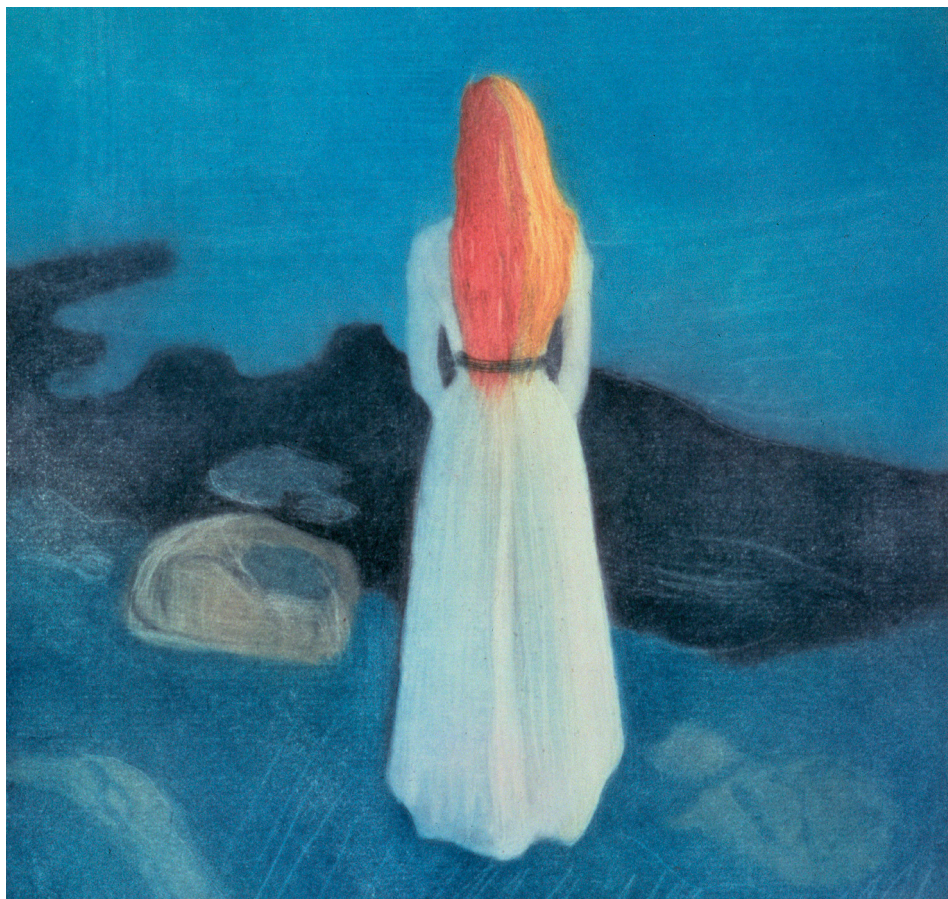


Ján Praško, Michaela Holubová

Sociální fobie a její léčba



KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Praško, Ján

Sociální fobie a její léčba / Ján Praško, Michaela Holubová. --

Vydání 1. -- Praha : Grada Publishing, 2017. -- 256 stran. -- (Psyché)

ISBN 978-80-247-5841-1 (brožováno)

616.891.6-008.441.1 * 616-079.4 * 616-02-092 *

[615.851:165.194]:364-785.62 * 616-08:615.2/.3

- sociální fobie
- diferenciální diagnostika
- etiopatogeneze
- kognitivně-behaviorální terapie
- farmakoterapie
- kolektivní monografie

616.89 - Psychiatrie [14]

Ján Praško, Michaela Holubová

Sociální fobie a její léčba



Grada Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

**prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,
Mgr. Michaela Holubová**

SOCIÁLNÍ FOBIE A JEJÍ LÉČBA

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 6462. publikaci

Recenzoval:

PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.

Odpovědný redaktor Mgr. Martin Hrdina, Ph.D.
Sazba a zlom Jan Šístek
Zpracování obálky Ondřej Mikulecký
Počet stran 256
Vydání 1., 2017

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2017
Cover Photo © allphoto.cz

ISBN 978-80-271-9592-3 (ePub)
ISBN 978-80-271-9591-6 (pdf)
ISBN 978-80-247-5841-1 (print)

Obsah

Úvod	7
1. Historie diagnózy a léčby sociální fobie	11
1.1 Vývoj diagnózy sociální fobie u dospělých	11
1.2 Vývoj diagnózy sociální fobie u dětí	13
2. Incidence a prevalence sociální fobie	15
3. Diagnostika a klasifikace sociální fobie	18
3.1 Příznaky sociální fobie	20
3.2 Průběh a důsledky sociální fobie	34
3.3 Klasifikace sociální fobie MKN-10 a DSM-5	40
3.4 Diferenciální diagnóza sociální fobie	44
3.5 Komorbidita u sociální fobie	54
3.6 Suicidialita u sociální fobie	57
4. Příčiny sociální fobie	59
5. Biologické pohledy na sociální fobii	65
5.1 Genetika sociální fobie	65
5.2 Sociální fobie a neurotransmitery	66
5.3 Sociální fobie a zobrazovací metody	66
6. Psychosociální pohledy na sociální fobii	70
6.1 Psychologické pohledy na sociální fobii	70
6.2 Sociální fobie, stigmatizace a sebestigmatizace	95
6.3 Sociální fobie a kvalita života	101
7. Hodnocení sociální fobie	102
7.1 Diagnostický rozhovor	102
7.2 Psychologické vyšetření	105
7.3 Použití hodnotících posuzovacích stupnic a sebehodnotících škál ..	107
7.4 Behaviorální hodnocení	117
7.5 Tělesné a laboratorní vyšetření	118
7.6 Konceptualizace (formulace) případu	118

8. Léčba sociální fobie	127
8.1 Psychoedukace u sociální fobie	128
8.2 Podpůrná psychoterapie u pacientů se sociální fobií	130
8.3 Psychofarmaka u sociální fobie	134
8.4 Psychoterapie sociální fobie	145
8.5 Doporučený postup	212
Závěr	216
Literatura	217
Rejstřík	245

Osamělý poutník dorazil do kláštera. Aby udělal na přítomné mnichy dojem, před vstupem se vykoupal v potoce, pečlivě se upravil, urovnal cípy kimona, pozorně uvázal pás. Vstoupil do modlitebny a uviděl čtyřicet klečících mnichů. Počkal, až se domodlí, pak hlasitě pozdravil, ale nikdo se neotočil. Začal mluvit hlasitěji, vysvětloval, kdo je, odkud přišel – a znovu se k němu nikdo neotočil. Začal tedy vyprávět o sobě, o svém životě. Celá modlitebna mlčela, nikdo se na něj ani nepodíval. Pak promluvil muž sedící vpředu, aniž by se na poutníka podíval: „Vítáme tě mezi námi. Najdi si volný pokoj a zůstaň, jak dlouho chceš.“

Poutník tedy prošel celou místností a všiml si, že se po něm neotočil ani jediný z mnichů. Našel si volný pokoj, padl na rohožku a hořce zaplakal. Chtěl se dobře uvést, a takhle selhal. Nikomu nestál ani za pohled, za jediné pootočení hlavou směrem k němu. Nebo jsou tito mniši tak namyšlení ignoranti? Tato zkušenost ho velice zabolela, měl pocit, že je pro přítomné mnichy nula, a že odsud musí rychle odejít.

Představený kláštera zatím říkal svým mnichům: „Zaneste vidoucímu bratrovi něco k jídlu a poděkujte mu za pěkné vyprávění o sobě. Moc mě dojalo. A také mu řekněte, že nemáme žádné svíčky, kterými by si posvítil, protože jako slepci je nepotřebujeme.“

Sociální fobie, v anglickém jazyce známá pod zkratkou SAD (*social anxiety disorder*), je velmi časté duševní onemocnění charakterizované silným strachem z jedné nebo více sociálních situací a ze **společenského styku s jinými lidmi**. Jádrem tohoto silného strachu je obava ze zvědavých pohledů a negativního (zejména znevažujícího) hodnocení vlastní osoby jinými lidmi (Liebowitz et al., 1985; Lucock, Salkovskis, 1988). Jedná se o přetrvávající strach z jedné nebo více sociálních situací, které jsou v rámci kulturních norem dané osoby vnímány jako ohrožující. Typické sociální situace lze rozdělit na tři základní druhy (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013):

1. Situace týkající se interakce s jinými lidmi.
2. Situace týkající se pozorování.
3. Situace týkající se výkonových situací.

Člověk se sociální fobií může mít obavu, že se před druhými lidmi zesměšní, znemožní nebo jinak znehodnotí tím, co řekne, nebo tím, jak se zachová, a že okolí uvidí známky jeho úzkosti. V důsledku těchto obav může mít v přítomnosti jiných lidí problém mluvit, jíst, psát, telefonovat, zpívat, přednášet, konverzovat, účastnit se

společenského života, koníčků, večírků a dalších aktivit. Obava ze selhání, která je pro osoby se sociální fobií typická, je umocněna strachem, že se dotyčný přestane kontrolovat, že se zesměšní, nebo že si okolí všimne, že s ním není něco v pořádku. Lidé se sociální fobií obvykle vědí, že jejich strach je nadměrný, neodůvodněný a nedůstojný, avšak toto uvědomění jim nepomáhá. Dostavuje se strach z očekávání strachu, strach ze strachu, přičemž tento strach má ochromující povahu.

Základní rysy sociální fobie

- strach z toho, že se druzí lidé na dotyčného člověka dívají
- strach ze zkoumavých pohledů jiných osob v sociálních situacích
- výrazný a přetrvávající strach z ocitnutí se v situacích, ve kterých se mohou objevit rozpaky nebo ponížení
- strach z negativního, zejména znevažujícího hodnocení druhých
- obava ze zesměšnění, znemožnění
- strach z toho, že se stanou středem pozornosti
- obava, že člověk (ne)dobrovolně řekne nebo udělá něco, co podle něho bude pokořující nebo trapné (například začne se červenat, bude se zvýšeně potit, třást, obava, že bude nudný, hloupý nebo nekompetentní)
- strach z toho, že se člověk bude chovat nepřírozeně
- strach říci si o to, co člověk potřebuje a má na to právo
- strach říci ne
- obava, že okolí pozná, že s člověkem není něco v pořádku
- vyhýbání se obávaným situacím, snaha se do nich pokud možno vůbec nedostát
- výrazný strach a anticipační úzkost jsou ochromující a vyvolávají výrazný stres
- vegetativní příznaky při expozici sociálním situacím

Zatímco úzkost nebo nepříjemné pocity z těchto situací může prožívat každý člověk, lidé se sociální fobií se jich obávají v extrémní míře dopředu s výskytem anticipační úzkosti. Lidé se sociální fobií mají obavu, že (ne)dobrovolně řeknou nebo udělají něco, co podle nich bude pokořující nebo trapné. Proto se snaží obávaným situacím zabránit (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013). Úzkost a obavy jsou na krátkou dobu eliminovány vyhýbavým chováním, snahou nedostávat se do potenciálně ohrožujících sociálních situací. Omezeny mohou být například návštěvy společenských aktivit, zájmových kroužků, nakupování v obchodech, styk s přáteli, setkání se spolupracovníky v zaměstnání nebo účast na schůzích, jakékoliv vystupování na veřejnosti, kde je člověk někomu „na očích“, stání v dopravním prostředku před zraky jiných lidí, obědování v soukromí, nikoliv s jinými lidmi pohromadě. Člověk

se sociální fobií se může vyhýbat buď specifickým situacím (užívání veřejné toalety), nebo difúzním situacím, které zahrnují téměř všechny společenské situace (Praško et al., 2012). Toto vyhýbání sice vede k bezprostřednímu snížení úzkosti, avšak za cenu ochuzení života a výrazného zhoršení v sociálních, profesních nebo jiných oblastech fungování (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013). Pravděpodobnost selhání v sociálním kontaktu, včetně anticipovaného zesměšnění a jeho případných ponižujících důsledků, člověk se sociální fobií systematicky nadhodnocuje (Beck et al., 1985; Mattick, Peters, 1988).

Typické situace, kterým se lidé se sociální fobií vyhýbají

- mluvit před skupinou osob, na schůzích nebo ve skupinách
- být někomu představen
- být někým hodnocen, pozorován, kritizován
- vystupovat na veřejnosti
- jíst nebo pít před jinými lidmi
- oslovit neznámého člověka nebo s ním mluvit
- být v centru pozornosti nebo někomu na očích
- mluvit s osobou opačného pohlaví
- být pozorován při práci nebo při psaní na veřejnosti (např. vyplňování formuláře)
- účastnit se zkoušek, vstupního pohovoru nebo testu
- stát ve frontě, chodit nakupovat
- být „na očích“ v metru nebo jiných dopravních prostředcích
- účastnit se neformální zábavy, večírků, recepce
- telefonovat s někým nebo před někým
- jakékoliv setkání s jinými lidmi včetně cizinců
- vést rozhovory s autoritami
- chodit do školy (v případě dětí)
- užívat veřejné toalety

Pokud není sociální fobie přiměřeně a včas léčena, může dotyčného jedince vyřadit z fungování v normálním životě. Omezuje jeho schopnost vzdělávat se, být úspěšným ve své pracovní kariéře, postihuje schopnost navázat hodnotný partnerský vztah a má celkově negativní dopad na kvalitu života. Sociální fobie znamená pro většinu nemocných chronické handicapující trápení, ekonomické a vztahové ztráty, a brání využití osobního, sociálního a pracovního potenciálu. Vyhledání péče je však pro mnohé pacienty se sociální fobií obtížné, za své potíže se často stydí, obviňují se a předchozí negativní zkušenost s lidmi jim brání k navštívení zkušeného odborníka (Kessler et

al., 2005). Přitom je sociální fobie spojena s významným psychosociálním postižením a zvýšeným rizikem přidružených psychických poruch, mezi které patří například deprese, úzkostné poruchy, závislost na alkoholu a jiné. Pokud se toto onemocnění včas neléčí, obvykle má dlouhodobé trvání a následky (Keller, 2006).

1. Historie diagnózy a léčby sociální fobie

Vývoj psychiatrického myšlení se odehrával na pozadí historického vývoje dané doby a je významně ovlivňován jejími sociálními a kulturními pohledy. První zmínky o existenci chorobného strachu sahají již k řeckému lékaři Hippokratovi do 4. století př. n. l. V té době ještě diagnóza sociální fobie neexistovala, avšak Hippokrates popsal literární formou charakteristiky plachého člověka jako někoho, kdo „skrže ostych, nedůvěru a bázlivost nebude viděn okolím, kdo miluje tmu jako svůj život a nemůže vydržet světlo nebo sedět na místech půvabných, s čepicí stále na očích, přes kterou ani on sám neuvidí a nebude viděna ani jeho dobrá vůle. Neodvází se přijít do společnosti ze strachu, že by mohl být zneužit, zkompromitován, jakkoliv zostuzen, nebo že by mohl přestřelit ve svých gestech nebo vlastním projevu, být nemocen a necítit se v ní dobře. Je to člověk, který si myslí, že ho každý pozoruje“ (Burton, 1881, s. 253).

První zmínka o pojmu sociální fobie (*phobie des situations sociales*) pochází až ze začátku 20. století (Haustgen, 2004). V té době se tématem vzniku neuróz a jejich léčby zabývala Freudova psychoanalýza. Od roku 1930 začali psychologové používat pojmu „sociální neuróza“ pro popis extrémně stydlivých pacientů. Francouzský psychiatr Pierre Janet rozlišoval fobie na **fobie dle objektu** (koresponduje s izolovanými fobiemi), **fobie z prostorů** (agorafobie, klaustrofobie) a **fobie ze sociálních situací**, kam řadil sociální fobii (Raboch, Zvolský, 2001). Sociální fobie tak byla po dlouhá staletí neobjevenou a nepojmenovanou oblastí, která si svou pozornost získala až ve 20. století. Pravděpodobně se objevovala již dříve, ale byla vnímána spíše jako forma podivínství, nadměrné stydlivosti a plachosti.

1.1 Vývoj diagnózy sociální fobie u dospělých

Až po vydání rozsáhlé práce jihoafrického psychiatra **Josepha Wolpeho** o systematické desenzibilizaci v rámci behaviorální terapie začal narůstat zájem o výzkum fobií a způsoby jejich léčby. V roce 1960 přišel britský psychiatr Isaac M. Marks s myšlenkou, že sociální fobie je zcela oddělenou kategorií od ostatních fobií a měla by být uznána jako samostatná diagnóza. Marks a Gelder v roce 1966 rozdělili fobické úzkostné

poruchy do tří základních kategorií – agorafobie, specifické fobie a sociální fobie. Sociální fobii definovali jako přehnaný strach z kontroly nebo hodnocení vlastní osoby jinými lidmi, který vede k nepříjemným pocitům, utrpení nebo vyhýbání se sociálním interakcím (Marks, Gelder, 1966). Tuto myšlenku přijala Americká Psychiatrická Asociace (APA), a zařadila tak oficiálně tuto diagnózu pod názvem *social phobia* do třetí edice *Diagnostického statistického manuálu duševních nemocí* DSM-III (1980). Do mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace MKN-10 byla zařazena až v roce 1992 (MKN-10, 1992). V roce 1990 byl jako první lék ve Spojených státech schválen na předpis paroxetin, který se začal využívat pro léčbu sociální fobie.

Diagnóza sociální fobie napříč DSM

DSM-III definoval sociální fobii jako trvalý, iracionální strach a touhu zabránit situacím, ve kterých je jedinec vystaven riziku kontroly ostatními lidmi, a jako obavy, že člověk bude v sociálních situacích jednat způsobem, který bude pokořující nebo trapný (APA, 1980). Toto rozlišení omezilo diagnózu sociální fobie na mnoha úrovních, aniž by k tomu byly dostatečné empirické podklady. Z diagnózy sociální fobie byli vyloučeni jedinci s vyhýbavou poruchou osobnosti (*avoident personality disorder* – APD).

Vyhýbavá porucha osobnosti byla DSM-III definována jako přecitlivělost na potenciální odmítnutí, ponižování nebo stud, neochota vstoupit do vztahů, které neposkytují pevné záruky a nekritické přijetí, sociální stažení navzdory touze po náklonnosti, blízkosti a přijetí, a jako nízké sebevědomí (APA, 1980, s. 323). V praxi byli vyloučeni ti jedinci, kteří měli rozšířené obavy z mezilidských vztahů (jedinci s vyhýbavou poruchou osobnosti), a zůstali jedinci s více diskrétními a konkrétními obavami, jako je například tréma. DSM-III považoval sociální fobii za poměrně vzácnou psychickou poruchu, která nemocnému obvykle nezpůsobuje velký handicap (Heimberg et al., 2014).

Proti vyloučení vyhýbavé poruchy osobnosti z diagnózy sociální fobie argumentovali nejvíce psychiatr Michael Liebowitz a klinický psycholog Richard Heimberg. Podle nich trpí lidé s obavami z mezilidských kontaktů úzkostnou (fobickou) poruchou a dobře reagují na kognitivně-behaviorální terapii a farmakoterapii. DSM-III-R proto rozšířila definici sociální fobie vytvořením zobecněného podtypu pro jednotlivce, kteří se nejvíce obávali sociálních situací. Vyloučení vyhýbavé poruchy osobnosti z diagnózy sociální fobie bylo na základě toho zrušeno a jedinci se sociální fobií nebo vyhýbavou poruchou osobnosti mohli splňovat kritéria pro obě diagnózy. Je zajímavé, že zobecněný podtyp byl nejběžnější variantou sociální fobie v mnoha klinických prostředích. Kliničtí lékaři považovali komorbidní výskyt sociální fobie a vyhýbavé poruchy osobnosti za nejvíce narušenou formu sociální fobie, aniž by tyto projevy považovali za projev dvou izolovaných poruch. DSM-III-R rozšířila spektrum sociálních fobií, ale vyloučila z této diagnózy jedince, jejichž sociální obavy nebo obavy

z výkonu se týkaly poruch Osy III, jako například koktání nebo třes v důsledku Parkinsonovy choroby.

V DSM-IV (1994) nedoporučila pracovní skupina pro úzkostné poruchy sloučení diagnóz sociální fobie a vyhubavé poruchy osobnosti i přesto, že se v mnohém překrývají. Začalo se uvažovat o tom, že vyhubavá porucha osobnosti by mohla být součástí schizofrenního spektra psychických poruch (Hans et al., 2004).

DSM-5 (2013) přinesl změny původního názvu onemocnění sociální fobie, která byla přejmenována na sociálně-úzkostné poruchy (*social-anxiety disorders* – SAD). Tato změna vznikla na základě zjištění, že název sociální fobie přispěl v oblasti duševního zdraví a primární péče k mylnému dojmu, že tato porucha není ani častá, ani se nezhoršuje. Údaje z výzkumů poukázaly na to, že sociální fobie se v primární péči vyskytuje zřídka z velké části proto, že se pacienti obávají negativního hodnocení v podobě stigmatizace od poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Pacienti s úzkostnými poruchami, tedy i sociální fobií, nejsou často poskytovateli služeb považováni za opravdu nemocné. Jejich potíže jsou považovány za méně důležité, až banální, než je tomu například u depresivní poruchy nebo vážnějších poruch z okruhu schizofrenního spektra (Olfson et al., 2000).

Z těchto důvodů bylo doporučeno primární užití diagnózy sociálně-úzkostné poruchy, která důrazněji vyjadřuje všudypřítomnost postižení, než tomu bylo u označení sociální fobie. Označení sociálně-úzkostnou poruchou není zatížené historickou nálepkou, která by naznačovala nedůležitost této poruchy, navíc se lépe odlišuje od specifických fobických poruch. Tyto závěry podporuje výzkum Bruce a jeho kolegů, kteří na vzorku 806 komunitních pacientů zkoumali ochotu vyhledat léčbu v případě, že byly symptomy duševní poruchy označeny jako sociální fobie, nebo jako sociálně-úzkostná porucha. Výsledky ukázaly, že léčbu vyhledá větší počet pacientů v případě, že se hovoří o sociálně-úzkostné poruše, oproti označení sociální fobie. Tento výzkum však nebyl ověřen u kategorie duševně zdravých jedinců (Bruce et al., 2012).

1.2 Vývoj diagnózy sociální fobie u dětí

Diagnóza sociální fobie u dětí také prošla napříč DSM změnami. V DSM-III a DSM-III-R byly děti se sociální fobií diagnostikovány v rámci kategorie „Vyhubavá porucha v dětství a adolescenci“. Tato diagnóza byla v DSM-IV zrušena, protože se překrývala s diagnózou sociální fobie. Diagnóza sociální fobie byla dále omezena na děti, které jsou schopné mít vrstevnické vztahy s jinými dětmi, ale mají ve vrstevnických vztazích úzkost oproti situaci, kdy se ocitnou v interakci s dospělými. DSM-IV

stanovil, že na rozdíl od dospělých se sociální fobií nemusí děti rozpoznat, že jejich obavy jsou nadměrné nebo nepřiměřené (Heimberg et al., 2014).

Sociální fobie má být řádnou diagnózou pro děti nejdříve od 6. roku věku s minimálním trváním poruchy 6 měsíců. V kritériích pro diagnostiku sociální fobie u dětí nastaly změny. Selektivní mutismus byl zařazen jako samostatná diagnostická kategorie, i když absence sociální úzkosti u dětí se selektivním mutismem je vzácná. Úzkost z testování a výkonu má být za sociální fobii považována v případě, že je strach z negativního hodnocení ústředním problémem dítěte. Testová úzkost může být manifestací generalizované úzkostné poruchy, pokud primárně převažuje strach a obava ze selhání v testové situaci oproti strachu ze sociální situace.

2. Incidence a prevalence sociální fobie

Sociální fobie je velmi rozšířená porucha. Je to druhá nejčastější fobie po specifických fobických poruchách. Příznaky typické pro sociální fobii se vyskytují ve všech kulturách. Zdá se, že prevalence sociální fobie je v různých kulturách velmi podobná. Kulturní faktory však mohou ovlivnit včasné rozpoznání této poruchy (Andrews et al., 1994), a také její projevy se mohou v jednotlivých kulturách lišit (Tseng et al., 1992). Kolem 80–90 % lidí má někdy ve svém životě období, kdy se nadměrně stydí nebo se obávají hodnocení druhých, avšak nesplňují ve většině případů kritéria pro diagnózu sociální fobie.

Podle nálezů epidemiologické studie ECA (*Epidemiological Catchman Area Study*) byla celoživotní prevalence sociální fobie 2,8 % (Schneier et al., 1992), z toho 70 % byly ženy. Aktuálně trpí sociální fobií kolem 3 % americké populace (Davidson et al., 1993). Ovšem metodika šetření byla nekompletní, a proto se poměr ukázal být hodně podceněný. Následná velká studie NCS (*National Comorbidity Survey*) zjistila životní prevalenci 13,3 % a roční prevalenci 7,9 % (Magee et al., 1996; Kessler et al., 1998). Podle epidemiologických studií provedených v Evropě má celoživotní prevalenci kolem 9,6 % až 16 % populace (Montgomery et al., 1995).

Novější data ukazuje replikace Národního průzkumu komorbidit (*National Comorbidity Survey Replication Study* – NCS-R), která hodnotila více než 9 000 jednotlivců po celých Spojených státech. Tato studie zjistila, že sociální fobií trpí někdy během svého života zhruba 12,1 % populace (Kessler et al., 2005). V tomto výzkumu byla sociální fobie čtvrtou nejčastější psychickou poruchou vůbec. Častější byla jen vážná depresivní porucha, abúzus alkoholu a specifické fobie. Konzervativnější odhady udávají, že celoživotní prevalence sociální fobie je skromnější a týká se kolem 4 % populace (Narrow et al., 2002).

Roční prevalence sociální fobie v Evropě se pohybuje mezi 1,6 a 2,5 %, celoživotní mezi 5,1 a 6,5 % (Wittchen, Jacobi, 2005). V klinické praxi představuje sociální fobie asi 30 % všech fobií a 18 % všech pacientů léčených pro úzkostné poruchy, čímž se stává druhou nejčastější fobií po agorafobii.

Časné studie klinických populací udávaly stejný poměr mužů a žen se sociální fobií (Marks, 1970; Amies et al., 1983). To bylo potvrzeno i novějšími klinickými studiemi. Kessler et al. (1994) uvádějí, že na rozdíl od depresivní poruchy či panické poruchy se sociální fobie vyskytuje stejně často u mužů jako u žen. Epidemiologická data jsou však trochu jiná. Americké epidemiologické studie z osmdesátých let (*Epidemiological*

Catchment Area Studies) zjistily celoživotní prevalenci 2,3 % pro muže a 3,2 % pro ženy (Bourdon et al., 1988). V pozdější analýze (Schneier et al., 1992) autoři uvádějí, že životní prevalence u mužů je 2 % a u žen 3,2 %. Ve studiích s novějšími diagnostickými kritérii se poměr mužů k ženám nemění, ale celoživotní prevalence byla 13,3 % (Kessler et al., 1994), nebo dokonce 16 % (Wacker et al., 1992). Při výskytu sociální fobie bylo dále zjištěno, že nezáleží na inteligenci, vzdělání, ekonomickém zázemí a zaměstnání nemocného člověka.

Incidence a prevalence sociální fobie

■ Prevalence celoživotní	10 % populace
■ Poměr muži : ženy	1 : 1,5
■ Průměrný věk počátku	11–15 let
■ Rodinná historie	6–16 % příbuzných prvního stupně trpí sociální fobií
■ Studie dvojčat	konkordance monozygotních dvojčat je 24,4 %, dizygotních 15,3 %

Sociální fobie se objevuje nejčastěji v pozdním dětství nebo časně adolescenci, kdy stoupají nároky na sociální adaptaci. Průměrný věk začátku se udává kolem 12 let (Schneier et al., 1992). Přibližně 40 % sociálních fobií se rozvíjí před dosažením 10. roku a asi 95 % před dovršením 20 let (Kendler et al., 1992). Jiné studie zkoumaly věk klinické prezentace poruchy. Pacienti se dostávají k léčbě v průměru až mezi 30. a 41. rokem (Marks, 1970; Mattick et al., 1989; Mersch et al., 1989; Turner et al., 1991). Amies et al. (1983) udávají průměrnou délku nemoci při prvním interview 12 let. V klinických vzorcích její příznaky přetrvávají bez spontánní remise nebo zlepšení (Bruce et al., 2005). Nicméně většina jedinců se sociální fobií sama nevyhledává léčbu, pokud se nerozvine další porucha (Schneier et al., 1992). V epidemiologických studiích je míra remitujících jedinců významně vyšší než v klinických vzorcích (Blanco et al., 2011; Vriends et al., 2007).

Handicapy způsobené vyhýbavým chováním a úzkostí v sociálních situacích mají dopad nejen na ekonomickou situaci takto nemocných pacientů. Většina z nich patří mezi skupinu lidí s nižšími příjmy a více než 20 % je finančně závislých na invalidním důchodu nebo jiném typu sociálních dávek. Lidé se sociální fobií často dosahují nižší úrovně vzdělání, než na jaké mají inteligenční výbavu, což bývá vysvětlováno vlivem této poruchy na možnost dostat stanoveným požadavkům v rámci vzdělávacího systému (ústní zkoušení, absolvování předmětů s požadavky, které vyžadují expozici obávaným situacím, interakčně zaměřená výuka, požadavky na přednášení apod.).

Také vliv sociální fobie na schopnost soužití s druhými lidmi je patrný z faktu, že tito jedinci žijí bez partnera daleko častěji než zdraví jedinci. Sociální fobie u rodičů

znamená velmi silné riziko pro rozvoj sociální fobie, deprese, závislosti na alkoholu a jiné úzkostné poruchy u adolescentů (Lieb et al., 2000). Mezi další rizikové faktory vzniku sociální fobie patří chybění blízkého vztahu u dospělých, u chlapců může hrát roli narození jako druhorozený, nikoliv prvorozený, vliv může mít také partnerský konflikt mezi rodiči, psychická porucha u rodiče, časté stěhování v dětství, dětský abúzus, útky z domova, špatné známky ve škole nebo také šikana (Chartier et al., 2001). Sociální fobie se nevyhýbá ani lidem, kteří jsou například s ohledem na svoji profesní orientaci nuceni pravidelně se pohybovat v sociálních situacích nebo být v kontaktu s jinými lidmi. Specifickou formu sociální fobie mohou mít dokonce i profesionální herci či zpěváci, kteří v důsledku masivní úzkosti často užívají alkohol nebo betablokátory na její redukci.

I přes vysokou prevalenci je sociální fobie relativně málo diagnostikované onemocnění. Pacienti se často stydí kvůli těmto problémům vyhledat odborníka. Stydí se za ně a mají strach o nich mluvit s neznámým člověkem. Také se často domnívají, že jejich úzkost v sociálních situacích je povahový rys, nebo se obávají nálepky psychické poruchy (Davidson et al., 1993). Nejdůležitější důvody nevyhledání léčby jsou následující (Montgomery et al., 1995):

- pacienti jsou přesvědčení, že jejich „stud“ je povahová vlastnost;
- strach ze stigmatizace psychickou poruchou;
- strach mluvit o sobě s neznámým člověkem, tedy i lékařem;
- přesvědčení, že neexistuje účinná léčba;
- překrývající/zabezpečující strategie (maskující úzkost) ke zvládnutí sociální úzkosti;
- znechucení postoji zdravotníků profesionálů (bagatelizace problémů) a předchozí negativní zkušenost s nimi.

Ale i pokud pacient se sociální fobií odborníka vyhledá, často se stává, že příslušný odborník na tuto diagnózu nemyslí a nerozpozná ji. Nejčastější důvody nerozpoznání sociální fobie odborníkem jsou tyto:

- lékaři a psychologové jsou také ovlivněni postoji o stydlivosti;
- nedostatek informací o této diagnóze, její podstatě a o tom, co obnáší;
- nejasnost diagnostického ohraničení při malé zkušenosti odborníků;
- častá komorbidita, která může překrývat primární poruchu;
- četné zabezpečovací a vyhýbavé strategie mohou maskovat příznaky.

3. Diagnostika a klasifikace sociální fobie

Základním projevem sociální fobie je silný a trvalý strach z jedné nebo více sociálních situací a výrazné systematické vyhýbání se těmto situacím. Toto vyhýbání sice vede k bezprostřednímu snížení úzkosti, ale za cenu ochuzení života nemocného. Pacienti obvykle vědí, že jejich strach je nadměrný, neodůvodněný a nedůstojný. To jim však v sociálních situacích nepomáhá. Pokud není sociální fobie přiměřeně léčena, často jedince vyřazuje z normálního života. Omezuje jeho schopnost vzdělávat se, úspěšnost v pracovní kariéře a šanci vybudovat si dostatečné finanční zázemí, snižuje schopnost navázat hodnotný partnerský vztah. Obavy mohou být **specifické** (tj. omezující se na jídlo před druhými lidmi, telefonování, mluvení na veřejnosti nebo setkávání s lidmi opačného pohlaví) nebo **difuzní, generalizované** (tj. zahrnující téměř všechny sociální situace mimo kruh rodiny).

V menší míře se podobné strachy objevují i u zdravých osob. I když je sociální fobie velmi časté onemocnění, nemůžeme za ni považovat každý strach, který se objeví v sociální situaci. **Sociální úzkost** (například strach při zkouškách) se týká 40–60 % lidí, ovšem u většiny nevede k systematickému **vyhýbavému chování**. O sociální fobii mluvíme tehdy, když sociální úzkost a vyhýbavé chování **omezují práci, narušují trávení volného času nebo důležité vztahy**. Úzkost u lidí trpících typickou sociální fobií bývá intenzivnější než u běžné sociální úzkosti. Často má charakter panického záchvatu s řadou tělesných příznaků, jako je červenání, bušení srdce, pocení, zrychlené dýchání, ztuhlost ve svazech, pocit „knedlíku“ v krku apod. Lidé s běžnou sociální úzkostí si říkají, že situace je nepříjemná, a že ji musí nějak vydržet. Zpravidla ze situace neutíkají nebo se situaci vyhnou krátkodobě, nebo výjimečně a ojediněle. Lidé trpící sociální fobií jsou přesvědčení, že situace je strašná a vydržet v ní prostě nejde, protože se v ní „zblázní“, „ztratí kontrolu“, „začnou se chovat nemožně“ apod. Proto se většinou takové situaci předem vyhnou, a pokud se do ní dostanou náhodou, zpravidla utečou.

Sociální úzkost má důležitou adaptivní hodnotu, chrání před nerozumným zesměšněním se nebo před zneužitím jinými lidmi, které dostatečně neznáme, a není jasné, zda jim můžeme důvěřovat. Také umožňuje být k druhým laskavý a chápavý, protože zvyšuje citlivost k sociální úzkosti druhých.

Jak tedy odlišit sociální fobii od běžné sociální úzkosti?

Typické rozdíly mezi sociální fobií a běžnou sociální úzkostí

- úzkost u sociální fobie je mnohem intenzivnější než u sociální úzkosti
- úzkost se objevuje mnohem častěji
- zahrnuje často i situace, kterých se běžně lidé nebojí (např. jíst, pít nebo psát před lidmi)
- u sociální fobie je úzkost doprovázena silnými vegetativními příznaky (bušení srdce, rudnutí, třes, zvýšené pocení, zrychlený tep, zrychlené dýchání, pocit ztuhlosti svalů, „knedlík“ v krku apod.)
- u lidí se sociální fobií se objevují intenzivní katastrofické myšlenky a představy („to je můj konec“, „totálně se znemožním a přijdu o práci“)
- sociální fobie vede k systematickému vyhýbání se sociálním situacím
- při náhodném vystavení obávané situaci se snaží jedinec se sociální fobií ihned uniknout
- představa o vlastním výkonu po proběhlé situaci je výrazně zkreslena k horšímu

Marie byla od dětství velmi stydlivé dítě. Ve škole, když byla vyvolána k tabuli, mívala trému. Do školy však chodila a nevyhýbala se jí ani v době, kdy měla být zkoušena. S kamarádkami se cítila velmi dobře. Šlo spíše o sociální strach než o sociální fobii. Po vystudování střední zdravotní školy začala pracovat jako zdravotní sestra na interním oddělení. Na oddělení byla pochopitelně nejmladší. Najednou získala pocit, že si s ostatními sestrami nemá co říci, a pokud něco řekne, určitě je to „hloupost“. Proto se postupně začala vyhýbat sesterně a stále hledala něco na práci na oddělení. V době polední přestávky se vymluvila, že chodí na oběd domů, jen aby nemusela s ostatními sedět na sesterně. Nakonec z práce odešla, i když se s pacienty cítila velmi dobře a práce sama ji velmi bavila. V té době již byly patrné rysy sociální fobie. Nyní pracuje jako uklízečka v nemocnici, do práce chodí velmi brzy ráno v době, kdy sestry dělají odběry, aby nebyl čas na rozhovor. Přesto pokaždé v práci trpí. Připravuje si výmluvy, které by použila, kdyby se s ní náhodou chtěl někdo bavit.

Sociální fobie je komplexnější než jednoduché izolované fobie. Zaměřuje se na strach z negativních důsledků sociální interakce, jako je kritika, negativní hodnocení, výsměch, odmítnutí od jiných lidí, ale také strach ze zvědavých pohledů jiných lidí. Strach může být dále specifikován jen na určité aspekty sociální interakce (např. oslovení, odpověď na nečekanou otázku, projev), na určité situace (telefonování, jídlo, psaní před druhými, práci ve skupině) nebo na určité lidi (např. authority, úředníky, osoby opačného pohlaví). Důležitou součástí jsou stresující myšlenky, představy a fantazie,

kteřé obsahují taktéř očekávání negativního hodnocení. Jedinec se sociální fobií je obvykle přesvědčený, že si druzí všimnou příznaků jeho úzkosti. Například osoba se strachem jíst před mnoha lidmi se může bát kritiky způsobu a rychlosti jídla, výběru potravin a návyků ve stravovacím chování. Přítomnost „publika“ při stravování vede k úzkosti, strachu, myšlenkám na znemožnění se, a tím i k vegetativnímu doprovodu v podobě nemožnosti polknout sousto, staženému žaludku, červenání, pocení, nekoordinovaným motorickým pohybům, které mohou vést k převrhnutí jídla. Neschopnost najíst se pak vede k vyhýbavému chování a tendenci jíst raději o samotě. Osoby se strachem něco psát v přítomnosti ostatních se soustředí na to, že všichni vidí třes rukou, k němuž – kvůli velkému napětí – opravdu může dojít. Vytváří se začarovaný kruh, kdy nereálný strach plodí úzkost, ta poškodí výkonovou složku, a tím poskytne jasnou záminku pro vyhýbání se fobickým situacím.

Sociální fobie je obvykle spojena s nízkým sebehodnocením a strachem z kritiky. Řada lidí si stěžuje na červenání, na potíže při pohledu z očí do očí, na třes rukou, na pocity na zvracení nebo naléhavou potřebu močit, což jsou druhotné příznaky úzkosti. Někdy je nositel přesvědčen, že jsou tyto příznaky jeho primárním problémem. U lidí se sociální fobií je ovšem nápadné **vyhýbání se** sociálním situacím, které v extrémních případech může vést až k téměř úplné sociální izolaci a neschopnosti začlenit se do jakéhokoliv společenského fungování.

3.1 Příznaky sociální fobie

Úzkost zaujímá centrální postavení v psychice každého člověka a její podstatu tvoří strach z nebytí, ze ztráty sebe sama a z ohrožení tělesné i duševní existence a sebe-pojetí. Úzkost je důležitým signalizačním činitelem, který má sebezáchovnou funkci v procesu boj nebo útěk.

Každý se někdy ocitneme v situaci, kdy se cítíme ohroženi, a přepadne nás výrazná úzkost. Sociální fobie vznikají v době vystavení se určité sociální situaci, kdy dotyčný jedinec zažil určitou paniku, kdy mu nepřišla na pomoc jeho „signální úzkost“, která by ho varovala, aby se na situaci připravil dostupnými obrannými mechanismy a udržel ji tak pod kontrolou. Tyto situace nepřipravenosti mohly zahrnovat nějaké ohrožení v podobě nemožnosti mluvit při vyvolání, ztrapnění se, zakoktání se, posměchu, šikany či selhání, tedy situace, které znamenaly určitý průlom do osobnosti a sebe-pojetí člověka. Úzkost prožita v těchto situacích, kdy člověk nemohl uniknout, může ohrozit dosavadní pozitivní zkušenost důvěry v pomoc. To má za následek, že situace, které dříve nebyly obávané, nyní vyvolávají výraznou úzkost, již je potřeba se vyhnout (Poněšický, 1999).

Po rozvinutí specifické (tj. omezující se např. na jídlo před druhými lidmi, telefonování, mluvení na veřejnosti, setkávání s lidmi opačného pohlaví) nebo difuzní,

generalizované (zahrnující téměř všechny sociální situace mimo kruh rodiny) formy sociální fobie následně dochází k tomu, že se jedinec začne situací obávat předem. Ještě než nastanou, uvažuje, jak může v dané situaci selhat. Těmito myšlenkami dochází k rozvoji anticipační úzkosti, která dotyčného jedince udržuje a podporuje ve vyhýbavém chování.

Formy sociální fobie

- generalizovaná (difuzní, všeobecná) – strach se objevuje téměř ve všech sociálních kontaktech
- negeneralizovaná (konkrétní, specifická) – strach se objevuje ve specifických sociálních aktivitách

Mezi nejčastější obávané situace patří například rozhovor s autoritou, projevení se v malé skupině lidí, být někomu představen nebo se sám představit, telefonovat, jít na veřejnosti, být terčem žertu, psát před druhými lidmi. Když se člověk se sociální fobií do takové situace dostane, objeví se silná úzkost a panika, která je často doprovázena tělesnými příznaky v podobě bušení srdce, třesu, pocení, červenání, svalového napětí, stažení žaludku, průjmu, pocitů horka nebo chladu – hovoříme o vegetativní reakci na prožívanou úzkost.

„Tak já si myslím, že už během školky jsem se dětí nějak stranila. Měla jsem takové příjmení... a ony si ze mě všechny dělaly srandu. Tak jsem si s nimi nechtěla hrát a prala jsem se. Za to jsem často dostávala tresty.

Na základní škole to bylo pro mě hrozně obtížné, stranila jsem se všech a nedokázala jsem zapadnout do kolektivu, dost jsem brečela, ale všichni se mi smáli. Když jsem byla vyvolaná, často jsem nemohla cokoli říct. Dostala jsem špatnou známku, a tak jsem se motala pořád dokola. Takový bludný kruh. Ani mi nedoporučili, abych šla na gympl. Ale přesto jsem tam šla. Na gymplu, tam už toho bylo na mě hodně. Když jsem šla třeba do třídy, tak jsem měla takovou jakoby mlhu před sebou. Byla jsem od těch lidí úplně odcizená. Seděla jsem vzadu. Spíše jsem se pokoušela kamarádit s lidmi, kteří byli takoví „odvážaní“, vlastně odvážnější, abych se za ně mohla skrývat.

V současné době se vyhýbám mnoha situacím. Když mě například pozvou známí, abych k nim přišla, prostě si něco raději vymyslím, abych tam nemusela jít. Protože když tam jdu, když to teda překonám, tak jsem červená v obličejí, úplně se celá chvěji. A ono se to pak strašně stupňuje. Já to prostě už vím, tím, že už jsem celá červená, tak vím, že si toho každý všimne a začne se na to ptát, že jo.

Dále mám dost potíže i v práci při kontaktu se zákazníky. Pracuji v půjčovně a oni chodí za mnou. Hlavně když přijde někdo mladší, třeba student, tak se mnou tak jako

laškuje. To je mi strašně nepříjemný. Začnu se pozorovat, jak tu práci vykonávám, a třeba mi pak padají věci z ruky. Nechci telefonovat. Když je ten telefon pro mě, tak jsem z toho děsně nervózní, dělám chyby. Když tam ještě někdo je, tak zčervenám, začnu mluvit dost nesmyslně. Jsem taková... prostě neschopná. Když mám nějaký konkrétní telefonický dotaz, někdo třeba volá z Olomouce, tak vím, že mu běží čas, a já strašně zmatkařím, je mi to nepříjemné.

Také jsem měla zážitek, že na mě byla nepříjemná jedna prodavačka v jednom krámku, prostě se tomu teď vyhýbám, těm obchodům. Proto mi nakupování trvá hrozně dlouho. Nejdrívě různě poletuji a dívám se, kdo tam je u pokladny. Vypadá to směšně, ale dívám se, jestli tam není ta, co se chovala nepříjemně, nebo jestli je tam ta pravá...“

Strach ze zesměšnění a příznaků úzkosti vede nemocného k tomu, že se těmito situacím raději vyhýbá.

Pacienti reagují na strach v zásadě rovněž třemi způsoby: fyziologicky, behaviorálně nebo subjektivně. Tyto reakce vedou k přetrvávání stresu, k vyhýbavému chování, ale také k vytváření nových symptomů, jako je anticipační úzkost, „předtuchy“, „strach ze strachu“. Nejvíce poškozující je zabezpečovací a vyhýbavé chování. Důležité jsou také subjektivní reakce, které zahrnují myšlenky jako: „Už je to zase tady!“, „Ztrácím kontrolu!“, „Třesu se a každý to vidí!“ Důsledkem může být také depresivní porucha, zejména když fobie výrazně interferuje s denním životem.

Příznaky sociální fobie

1. **Fyziologické:** palpitace, třes, pocení, tachypnoe, červenání, svalové napětí, nebo naopak ochablost, vertigo, oprese v oblasti žaludku, nauzea apod.
2. **Behaviorální:** nemluvnost, pobíhání, přešlapování, odcházení z místa, rychlá řeč, zadržávání, ošívání se, vyhýbání se sociálním situacím.
3. **Subjektivní:**
 - a) myšlenky: „Vysmějí se mi!“ „Ztrapním se!“ „Co budu dělat?“ „Co když mě nic nenapadne!“ „To nevydržím!“
Kognitivní aspekty se týkají zejména těchto základních témat:
 - Vulnerabilita: „Jsem vždy zranitelný v té a té situaci.“
 - Eskalace: „Budu se cítit hůř a hůř.“
 - Ztráta kontroly: „Nedokážu vydržet symptomy.“
 - b) emoce: strach, úzkost, hněv, stud, bezmoc.

DŮSLEDKY:

- vyhýbavé chování
- anticipační úzkost

Fyziologické příznaky

Typické fyziologické příznaky u úzkostných poruch obecně jsou příznaky poplachové stresové reakce. Tato poplachová reakce vede k aktivaci sympatiku, který má za cíl mobilizovat organismus k boji nebo útěku z ohrožující situace. Člověk v akutní stresové reakci zažívá celou řadu vegetativních příznaků, jedince se sociální fobií však nejvíce zúzkostňují ty, o kterých se domnívá, že je okolí může pozorovat: třes rukou, červenání se, pocení, zvýšené svalové napětí, nutkání na zvracení, nutkání na močení. Je přesvědčený, že když si okolí těchto příznaků všimne, bude ho pokládat za méněcenného nebo hodného pohrdání či odsouzení. Fyziologické příznaky u sociální fobie jsou tedy podobné jako u jiných úzkostných poruch. Rozdíl je v odlišné interpretaci jejich důsledků. Amies a spol. (1983) porovnávali somatické příznaky u pacientů trpících sociální fobií a agorafobií. Nejčastějšími příznaky u 87 pacientů se sociální fobií byly palpitace (79 %), třes (75 %), pocení (74 %), svalové napětí (64 %), oprese žaludku (63 %) a sucho v krku a ústech (61 %). Frekvence těchto příznaků byla podobná jako u pacientů s agorafobií. Pouze červenání bylo signifikantně častější u sociální fobie než u agorafobie (51 % vs. 21 %), a naopak slabost nohou, potíže s dechem, závratě a zvonění v uších se objevovaly častěji u agorafobie. Pacienti se sociální fobií se však více obávali příznaků, které lze pozorovat zvenčí (např. červenání, třes, pocení apod.), zatímco pacienti s agorafobií příznaků, které připomínají závažná tělesná onemocnění (dušnost, palpitace, brnění v končetinách apod.).

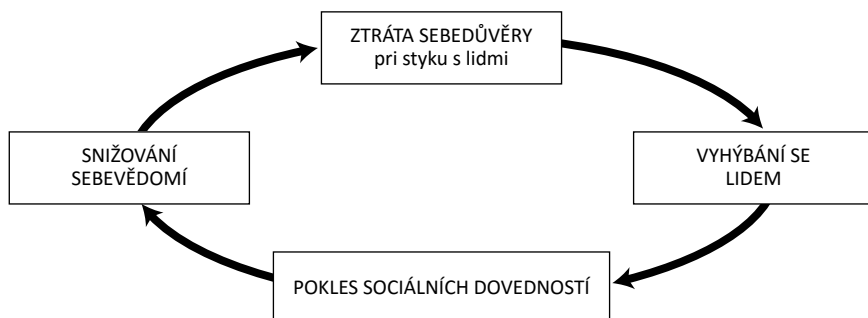
Behaviorální příznaky

Typické behaviorální příznaky lze zvenčí pozorovat buď proto, že se objevují jako chování navíc, nebo naopak, že v určitém chování scházejí.

Pro sociální fobii jsou typické hlavně čtyři druhy úzkostného chování: **vyhýbavé chování**, které vede již předem k vyhnutí se nepříjemné situaci a může vést k postupné izolaci, **performační úzkostné chování**, které se objeví ve chvíli, kdy se do obávané situace dostaneme, **zabezpečovací chování**, kterým se jedinec snaží zabezpečit, aby úzkost nebyla poznat (napítí se alkoholu, užití léku na uklidnění, odvedení pozornosti druhých od sebe), a **únikové chování**.

- **Vyhýbavé chování:** Lidé trpící sociální fobií se vyhýbají celé řadě sociálních aktivit. Jde jak o kontakty s lidmi v práci, na úřadech, tak o rekreační a příjemné aktivity, které jsou spojeny s kontaktem s lidmi. Vyhýbavé chování se někdy objeví i u některých běžných činností, jako je nakupování, cestování dopravními prostředky, návštěva kulturních akcí, pokud má dotyčný strach, že se tam na něj budou lidé dívat. Toto vyhýbaní souvisí většinou s nepříjemnými pocity v daných situacích (úzkost, stud, trapnost, bezradnost, pocity nedostatečnosti). Lidé se sociální fobií

mají tendenci vyhýbat se situacím, kterých se bojí, tedy situacím, kdy by se mohli vystavit pohledům druhých lidí. Jakmile se však člověk začne určitým situacím vyhýbat, rychle si na to navykne. Vzniká **bludný kruh**: člověk cítí úzkost, a proto se vyhýbá určitým situacím – a čím více se jim vyhýbá, tím větší z nich má strach. Toto vyhýbání tedy vede ke zvyšování nejistoty, **ztrátě sebedůvěry** a následně k ještě většímu strachu ze sociálních situací. Postupně dochází k **poklesu sociálních dovedností** – tj. schopností chovat se v mezilidských situacích přirozeně.



Obr. 1 Bludný kruh nejisté sociální interakce

- **Performační úzkostné chování:** Přímo v obávaných situacích se objevuje výrazné úzkostné chování. Typické je nedívání se do očí, ale někam stranou, těkání pohledem, ošívání se, točení hlavy stranou, vrtění se na židli, choulení se, křížení všech končetin, škrábání se, okusování nehtů, grimasování, obrácení očí v sloup apod. Pokud se takto jedinec chová, je ostatním zřetelně jasné, že je nesvůj. Avšak někdy to může druhé lidi také do určité míry mást. Lidé mohou člověka vnímat jako kurážného, plného odvahy, a přitom se může vyhýbat společnému jídlu, rozhovoru při volné zábavě, rozhovorům s autoritou nebo s jedinci druhého pohlaví. Někteří lidé se sociální fobií se totiž dokážou schovat za masku někdy až frajerského žoviálního chování, pokud se to netýká konkrétně situací, kterých se obávají.
- **Zabezpečovací chování** slouží k zabezpečení se před projevy úzkosti předem, například napitím se alkoholu, užitím léků na uklidnění, ale také odvedením pozornosti druhých od sebe. Například ukázáním na nějakou zajímavost může být odvrácena pozornost od napití se kávy, kdy má jedinec strach, že se mu roztřesou ruce a ostatní to uvidí.
- **Únikové chování** vede k úniku z ohrožující situace. Většinou jde o rychlé vzdálení se, někdy s omluvou, často také bez omluvy, kvapem, takže okolí nechápe, co se stalo.
- **Izolace:** Pocity méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem, zpočátku jen cizím, postupně i nejbližším. Nedostatek kontaktů pak druhotně vede k pocitům osa-

mělosti, což má mnohonásobné negativní následky na další fungování pacienta a kvalitu jeho života.

Typickými behaviorálními příznaky sociální fobie jsou nemluvnost, uhýbání pohledem, tichý hlas, monotónní projev, hrbení ramen, dívání se do země, zadržování, rychlé tempo řeči s drmoláním, ošívání se, drbání se a škrábání, okusování nehtů, poposedávání, nervózní změny polohy těla. Tyto příznaky může pochopitelně zažít někdy každý člověk, avšak u lidí se sociální fobií je dominujícím chováním **vyhýbání se fobickým situacím a unikání z nich**. Postižení se vyhýbají obávaným situacím, pokud je to možné a pokud vyhnutí není subjektivně spojeno s ještě větším ztrapněním (Andrews et al., 1994).

„U mě ta sociální fobie začala vlastně také ve školce, nebo ještě dřív. Prostě jsem cítila, že jsem proti těm ostatním dětem taková uzavřená. De facto jsem se jich tak nějak bála. Věděla jsem, že jsem taková méně průbojná. Všichni ostatní mi připadali takoví víc energičtí. Takže tam to tak nějak začalo. Na škole i pak na střední jsem měla něco podobného, jak říkala B., i já jsem se schovávala spíše za takové energické osoby a vyhledávala jejich přátelství. Snažila jsem se napodobovat kdekoho. S každým jsem se snažila vyjít, za každých okolností, za každou cenu se přizpůsobit. De facto mě to vlastně šíleně omezilo. Protože nedokážu vyjádřit svůj vlastní názor, když něco řeknu, tak mně připadá, jako bych opakovala něco, co už jsem od někoho slyšela. Strašně moc se bojím pustit do hádky, vždy se snažím nějak vykličkovat. Spíš odkývnu všechno, vždycky třeba něco slibuji dopředu, i když vím, že to nesplním. Vyhýbám se situacím, kde bych musela jakoby něco vysloveně odmítnout. Kdybych měla být podrobena nějaké kritice, tak je to pro mě hrozně nepříjemné. Že se mi třeba bude někdo smát, že mě někdo odmítne, že prostě budu někde koktat, že bych měla působit nějakým jiným dojmem, než působím.

Já se třeba dost něčemu vyhýbám. A to už začalo na střední škole, kdy jsem se vyhýbala kontaktům s kluky. Snažila jsem se to pak kompenzovat alkoholem, takzvaně na kuráž, ale de facto se tomu vyhýbám doteď. Když mě třeba někdo někde pozve, snažím se tomu vyhýbat, a když už k tomu dojde, tak jsem celá napjatá, prostě házím takovou masku v obličeji. Tak nějak pózuji, snažím se být jakoby v pohodě, vypadat jako takový ty spontánní, energický lidi, kterým to nedělá problém. Pak jsem z toho hrozně unavená. Bojím se, že to na mně někdo pozná, že se stydím. Takže buď se tomu absolutně vyhnu, což je většinou, nebo se schovám za takové to přetvařování, což je křeč.

Taky mi dělá problémy spontánní zábava. Kde je hodně lidí, nějaká oslava, nebo to ani nemusí být velká akce, ono stačí, že jsou tam různí lidé. Jsem pak taková nervózní, pořád se rozhlížím kolem sebe, jestli mě lidi moc nepozorují. Jestli si mě někdo moc všímá, nebo naopak zase moc nevšímá. Prostě se tak nějak necítím sama v sobě. Jsem asi hodně závislá na hodnocení ostatních. Já si v duchu říkám, co si vlastně o mně asi říkají. Když jsem třeba byla mladší, tak stačilo, že na druhém konci autobusu někdo řekl: Teda, ta má křivé

nohy. A já jsem si to hned vztáhla na sebe. Hned jsem si říkala, proč se baví o mně, proč se mi smějí. Každou kritickou poznámku vztáhnou na sebe. Potom jsem z toho nervózní...“

„U mě to začalo taky ve školce. Nebyla jsem schopná komunikovat s těmi ostatními, bála jsem se mezi nimi. Když jsem měla někoho potkat, nějaké sousedy v domě, nedokázala jsem je pozdravit. Za to se mi doma hodně posmívali, že jsem prostě hrozná, že se stydím. Když mě rodiče posílali něco nakoupit, tak jsem měla strach, že to zapomenou, že nebudu vědět, co prodavače říct, tak jsem prostě začala brečet, že nepůjdu, a vyhýbala jsem se tomu. Na základní škole se mi to podařilo překonat akorát ve třídě. Vělenila jsem se do strany těch silnějších, kteří si dělají ze všech ostatních legraci. Děkala jsem, že jsem nad věcí, ale tím jsem maskovala svoji nejistotu. Ještě dnes si pamatuji první den, kdy jsem přišla do školy poté, co jsme se přestěhovali. Pořád se mi vrací ten pocit, jak jeden kluk řekl: Podívejte se, nové zjevení přišlo. Takže když teď přijdu do skupiny neznámých lidí, tak mám pocit, aby se to neopakovalo, mám z toho strach. Komunikaci s dětmi ve třídě jsem nakonec musela zvládat, ale když už jsem měla jít s někým po ulici, tak to už byl prostě konec. Už jsem nedokázala mluvit. Úplně se to ve mně zablokovalo.“

Pak na střední škole jsem si našla pár přátel, se kterými jsem i ve volném čase něco podnikala. Ale byla to prostě jenom ta úzká skupinka lidí. S těmi ostatními to už zase nešlo. Vlastně postupně, a to trvá tak dva nebo tři roky, jsem se začala izolovat úplně od všech, na společné akce jsem nechodila, třeba když pořádali večírek. Nejdřív jsem si myslela, že se nedokážu rozhodnout, tak strašně bolestivě jsem to prožívala, a pak už jsem to řešila tak, že jsem jim řekla do telefonu jo, přijdu tam, ale věděla jsem, že nic takového neudělám. V poslední době jsem neměla kontakt skoro s nikým, kromě rodiny. Vlastně doteď jsem nebyla schopná najít si práci ani brigádu...“

Petře je 22 let. Studuje třetí rok na vysoké škole ekonomické. Je svobodná a velmi hezká. Do terapie přichází zoufalá. Bojí se jak zkoušek na vysoké škole, tak kontaktu se spolužáky, a nedokáže už ani cestovat veřejnou dopravou. Její matka byla v mládí také úzkostná, užívala a stále na to užívá léky. Petra je z dvojčat. Sestra podobné problémy nemá. Petra od dětství prožívá úzkost mezi lidmi. Měla potíže se školkou i začátkem chování do školy. Všude musela být se sestrou, jinak ze situací utíkala. Ve škole se obávala zkoušení, při recitaci básniček nebyla schopná ze sebe vydat hlásku. Vždy se rozběhla a učitelé ji raději dále netrápili. Později, když hrozilo zkoušení, byla často „nemocná“, stěžovala si na bolesti břicha nebo hlavy. Rodiče jí většinou povolili, aby zůstala doma. Učila se však dobře a vše doháněla písemným projevem. Výrazné zhoršení nastalo ve věku kolem 13 let, kdy se začala vyhýbat spolužákům, protože se bála, že je hloupá a všem jenom k smíchu. Přesto ještě dokázala udělat přijímačky na střední školu. Ta pro ni byla utrpením. Spolužáci z ní měli legraci pro její červenaní. Zkoušená u tabule být nemohla, protože vytrvale mlčela. Většina kantorů ji však šetřila a nezkoušela ji před třídou. Maturita byla těžká. Přestože byla naučená, dopadla pod své možnosti, zkoušení před komisí totiž nezvládla. Celý den prožila jako v transu.