GRADA

Ján Praško, Michaela Holubová

Sociální fobie a její léčba

PSYCHÉ

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 hodnoticích 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

Úvod

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 nepřirozeně
- 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 nedostat
- 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, obědvání v soukromí, nikoliv s jinými lidmi pohromadě. Člověk

se sociální fobií se může vyhýbat buď specifickým situacím (užívání veřejné toalety), nebo difuzním 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 „skrze 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. Neodváží 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 vyhýbavé poruchy osobnosti i přesto, že se v mnohém překrývají. Začalo se uvažovat o tom, že vyhýbavá 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 obávali 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 „Vyhýbavá 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 časné 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 dostavují 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 dostát 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, útěky 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 zvládání sociální úzkosti;
- znechucení postoji zdravotních 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 svalech, 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?