

Ošetrovatelský proces u pacienta s fobickou  
úzkostnou poruchou

Bakalářská práce

LINDA FRÖHLICHOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Mgr. Marie Vlachová

Stupeň kvalifikace: Bakalář  
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 31. 3. 2008

Datum obhajoby:

Praha 2008

P r o h l a š u j i ,

že jsem bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelský proces u pacienta s fobickou úzkostnou poruchou“ vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu a další podkladové materiály, které jsem použila, uvádím v seznamu použité literatury.

V Praze, dne 31. 3. 2008

---

Podpis

## **Abstrakt:**

FRÖHLICHOVÁ, Linda: Ošetrovatelský proces u pacienta s fobickou úzkostnou poruchou. (Bakalářská práce) Linda Fröhlichová – Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář všeobecná sestra. Školitel: Mgr. Marie Vlachová, Vysoká škola zdravotnická, Praha 2008.

Práce je zaměřena na ošetrovatelskou problematiku fobicko úzkostných poruch – konkrétně sociální fobie.

Teoretická část obsahuje vysvětlení pojmu fobických úzkostných poruch, jejich rozdělení. Dále se podrobně zaobírá sociální fobií. Zahrnuje její charakteristiku, etiopatogenezi, vyšetřovací metody. Jsou zde také popsány možnosti léčby sociální fobie – především se zaměřením na kognitivně behaviorální terapii.

V praktické části jsou popsána specifika ošetrovatelské péče v léčbě sociální fobie. Dále je zde na konkrétním pacientovi popsána aplikace ošetrovatelského procesu, kterému předchází sběr dat.

V přílohách jsou uvedeny příklady hodnotících škál, dotazníků, ukázek postupů léčby, které se při tomto onemocnění používají.

Bakalářská práce bude sloužit ke studijním účelům s následným možným využitím teoretických znalostí v ošetrovatelské praxi.

Klíčová slova: fobie, úzkost, kognitivně behaviorální terapie, ošetrovatelský proces, pacient, sestra, psychoterapie.

## **Abstract:**

FRÖHLICHOVÁ, Linda: Phobic anxiety disorders patient nursing process. (Bachelor thesis) Linda Fröhlichová – Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze. Qualification level: General nurse bachelor study field. Tutor: Mgr. Marie Vlachová, Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008.

The present thesis focuses on the question of phobic anxiety disorders – particularly social phobia.

The theoretic part contains the definition of phobic anxiety disorders and their division.

It proceeds in more detail with social phobia, includes its features, etiopathogenesis, examination methods. It describes the possibilities of social phobia treatment – principally with focus on cognitive behavioural therapy. The practical part describes the particulars in nursing in social phobia treatment. In the following the application of a nursing process, preceded with data collection is described.

Annexes contain examples of evaluation scales, questionnaires, examples of treatment processes used with this type of disorder.

The bachelor thesis shall serve as a study material and its theoretical knowledge can then be used in nursing practice.

Key words: phobia, anxiety, cognitive behavioural therapy, nursing process, patient, nurse, psychotherapy.

## **Předmluva**

Toto téma práce jsem si zvolila s cílem přiblížit způsob péče o pacienta s diagnózou úzkostné fobické poruchy. Je určena studentům ošetrovatelství. V teoretické části podávám nástin problematiky fobických úzkostných poruch, zejména pak fobie sociální. Hlavní důraz je kladen na část praktickou – ošetrovatelský proces.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecná sestra a mým zájmem o psychoterapii obecně. Materiály jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopisových publikací.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí práce Mgr. Marii Vlachové za její ochotu, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji terapeutickému kolektivu Psychiatrického centra Praha za možnost vykonání stáže a sběru dat k mé práci na jejich oddělení. Jmenovitě Doc. MUDr. Jánou Praškovi, CSc., MUDr. Dagmar Seifertové, CSc., Janě Vyskočilové, Dis., kteří se mnou byli ochotni diskutovat o problematice týkající se tématu mé práce.

Na závěr děkuji samotnému pacientovi za spolupráci při realizaci mé bakalářské práce.

## OBSAH:

Úvod.....	7
1 Teoretická část.....	10
1.1 Vysvětlení pojmu a charakteristika fobických úzkostných poruch.....	10
1.1.1 Rozdělení fobických úzkostných poruch.....	10
1.2 Sociální fobie – charakteristika onemocnění.....	12
1.3 Epidemiologie.....	13
1.4 Etiopatogeneze.....	14
1.4.1 Predisponující faktory.....	14
1.4.2 Spouštěče.....	15
1.4.3 Udržovací faktory.....	16
1.5 Diagnostika.....	17
1.6 Vyšetřovací metody.....	18
1.7 Průběh a prognóza.....	19
1.8 Léčba sociální fobie.....	20
1.8.1 Farmakoterapie.....	20
1.8.2 Psychoterapie.....	22
2 Praktická část.....	26
2.1 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s fobickou úzkostnou poruchou.....	26
2.1.1 Definice ošetrovatelského procesu.....	26
2.1.2 Příjem pacienta.....	27
2.1.3 Zásady přístupu k pacientovi.....	28
2.1.4 Ošetrovatelské problémy.....	30
2.2 Ošetrovatelská péče u pacienta se sociální fobií.....	32
2.3 Anamnéza.....	32
2.3.1 Osobní anamnéza.....	32
2.3.2 Rodinná anamnéza.....	35
2.3.3 Sociální anamnéza.....	35
2.3.4 Farmakologická anamnéza.....	35
2.3.5 Alergická anamnéza.....	36
2.3.6 Nynější onemocnění.....	36
2.3.7 Zkušenosti z dřívější psychiatrickou léčbou.....	36
2.3.8 Lékařská diagnóza.....	36
2.3.9 Fyzikální vyšetření.....	36
2.4 Terapie během hospitalizace.....	38
2.4.1 Farmakologická terapie.....	38
2.4.2 Kognitivně behaviorální terapie.....	38
2.5 Provedená vyšetření.....	41
2.6 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové.....	42
2.6.1 Vnímání zdravotního stavu.....	42
2.6.2 Výživa a metabolismus.....	43
2.6.3 Vylučování moče, stolice, potu.....	43
2.6.4 Aktivita, cvičení.....	43
2.6.5 Spánek a odpočinek.....	44
2.6.6 Vnímání.....	44
2.6.7 Sebepojetí.....	44
2.6.8 Role, mezilidské vztahy.....	45
2.6.9 Sexualita, reprodukční schopnosti.....	45
2.6.10 Stres a zátěžové situace.....	45

2.6.11 Víra .....	46
2.6.12 Jiné.....	46
2.7 Problémy pacienta .....	46
2.8 Ošetrovatelské diagnózy seřazené podle priorit pacienta.....	47
2.9 Rozpracované diagnózy v závislosti na čase, cíle, výsledná kritéria, plánování, realizace a hodnocení.....	48
2.9.1 Den první .....	48
2.9.2 Den druhý .....	55
Den třetí.....	56
2.9.3 Den čtvrtý .....	57
2.9.4 Den pátý.....	58
2.10 Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	60
2.11 Prognóza onemocnění .....	60
2.12 Informovanost rodiny a pacientova okolí.....	61
Závěr .....	62
Seznam použité literatury .....	63
Seznam tabulek .....	66
Seznam příloh .....	67

## Úvod

V dnešní hektické době jsme svědky nárůstu různých psychických poruch. Úzkostné fobické poruchy patří mezi ty nejčastější. I přesto, že se v běžné populaci vyskytují často, jsou poměrně málo diagnostikovány. Domnívám se, že příčinou je všeobecně přetrvávající tabuizace psychiatrických diagnóz. Psychika a její poruchy mě zajímají již delší dobu. Když si všímám lidí okolo sebe, pozoruji, že skoro každý pociťuje v určité oblasti svého života úzkost. Všimla jsem si také, že tyto osoby jsou ostatními často označovány za neschopné, hypochondrické. Jen malé procento takto postižených vyhledá odbornou pomoc. Pokud ji vyhledá, předchází tomu období velkého trápení a pokusů problém vyřešit sám. Někteří sáhnou po uznatelných prostředcích – například se věnují sportu, který úzkost zmírňuje, jiní toto trápení řeší například pomocí alkoholu.

Osoby trpící sociální fobií, kterým je převážná část práce věnována, se trápí nadměrnými obavami a úzkostí v různých sociálních situacích a často se jim proto vyhýbají. Mají pocit, že jsou trapní a neschopní. Porucha postupně zasahuje do všech oblastí pacientova života. Omezuje jej při studiu, práci, prožívání volného času.

Při psaní práce jsem prostudovala mnoho materiálů. Nakonec jsem však čerpala hlavně z publikací MUDr. Jána Praška, který se tématem úzkostných fobických poruch a jejich léčby již dlouhou dobu zabývá a je v tomto směru uznávaným odborníkem nejen u nás, ale i v zahraničí. Při zpracování této práce jsem měla možnost, během stáže v Psychiatrickém centru Praha, poznat zblízka péči o pacienty trpící těmito psychickými poruchami. V rámci stáže jsem si doplnila své teoretické znalosti o praktické zkušenosti, které jsou zachyceny v praktické části bakalářské práce.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsáno rozdělení fobických úzkostných poruch. Podrobně se pak věnuje sociální fobii, která představuje nejčastěji se vyskytující fobickou úzkostnou poruchu. Je zde popsána charakteristika onemocnění, epidemiologie, etiopatogeneze, diagnostika, vyšetřovací metody používané ke stanovení diagnózy, průběh onemocnění a možnosti léčby. Léčba je zaměřená především na použití kognitivně behaviorální terapie, která je považována za jednu z nejúspěšnějších.

V praktické části je popsána kazuistika pacienta, který sociální fobií onemocněl a s pomocí svého odhodlání, terapeutického týmu a podpory rodiny se s touto chorobou snaží bojovat. Během své stáže jsem rozpracovala jeho problémy, ze kterých jsem následně vypracovala ošetrovatelské diagnózy. Sestavila jsem plán ošetrovatelské péče s následnou realizací cílů a jejich hodnocením. Dále je zde podkapitola věnována rodině a pacientovu okolí, ve které jsou shrnuty potřebné základní informace o onemocnění.

Práce si klade za cíl podat ucelený přehled o problematice sociální fobie - jak z hlediska všeobecných poznatků, tak především se zaměřením na ošetrovatelský proces, který je členům ošetrovatelského týmu vhodnou a nezbytnou metodou při péči o pacienty s touto diagnózou a přiblížit princip práce sestry na oddělení, které se léčbou úzkostně fobických poruch zabývá. Dále bylo mým cílem v podkapitole věnované rodině a pacientovu okolí shrnout potřebné základní informace o této poruše tak, aby blízcí mohli být pacientovi při cestě za uzdravením nápomocni.



Práce bude sloužit ke studijním účelům s následným možným užitím teoretických znalostí v praxi.

# **1 Teoretická část**

## **1.1 Vysvětlení pojmu a charakteristika fobických úzkostných poruch**

Pojem fobické úzkostné poruchy se užívá pro psychické stavy charakterizované vznikem úzkosti až panikou. Úzkost je vyvolána konkrétními situacemi nebo objekty, jejichž nebezpečnost není v daném okamžiku reálná. Pacient si je vědom, že jeho strach a obava jsou v dané situaci nepřiměřené, přehnané. Toto vědomí však nemá na snížení prožívané úzkosti žádný vliv. (Vokurka, Hugo, 2005)

Fobická úzkostná porucha má dvě složky: fobickou a úzkostnou.

Fobie je definována jako strach z poměrně přesně určené situace nebo předmětu. Prožívaný strach doprovázejí vegetativní obtíže – např. pocit na omdlení, na zvracení, bušení srdce. Postižený se vyhýbá situaci, která ho ohrožuje.

Úzkost pak definujeme jako nepříjemnou emoční reakci na pocit ohrožení, nebezpečí, pocit vlastní zranitelnosti. Úzkost se může týkat jak vztahových situací (úzkost z odmítnutí, zesměšnění), tak i očekávání tělesné nebo psychické újmy. Během úzkosti se organismus připravuje na nebezpečí, které mu domněle hrozí, což se zpětně projevuje jak psychickými příznaky – např. napětí, lekavost, anticipační úzkost, tak příznaky somatickými – např. bolesti hlavy, tachykardie, pocení.

### **1.1.1 Rozdělení fobických úzkostných poruch**

Mezi fobické úzkostné poruchy patří dle MKN-10 následující diagnózy.

## **F40.0 Agorafobie**

Úzkost vznikající na otevřených prostranstvích, strach z opuštění domova, z cestování dopravními prostředky (hlavně, pokud postižený cestuje sám bez doprovodu), z připojení se k davu, nakupování v samoobsluhách, návštěva kin, divadel. Jedním z klíčových rysů mnohých agorafobických situací je nemožnost okamžitého úniku. Mnoho postižených má hrůzu z toho, že by mohli na veřejnosti omdlít a zůstat bez pomoci. Při expozici těmto situacím se dostávají vegetativní příznaky úzkosti. Jedinec se obává, že by se mohl zbláznit, zkolabovat, pozvracet, dostat infarkt. Postupně se těmto situacím vyhýbá, často zůstává raději doma a postupně u něho dochází k sociální izolaci. Porucha se vyskytuje převážně u žen a začíná obvykle v raném dospělém věku.

Celoživotní prevalence je 4 - 6 procent.

## **F40.1 Sociální fobie**

Ta bude podrobně rozvedena v následujících kapitolách.

## **F40.2 Specifické (izolované) fobie**

Jedná se o chorobný strach z omezených, vysoce specifických situací nebo objektů, kterých se ostatní lidé neobávají, nebo obávají, ale jen v přiměřené míře. Může jít například o strach z letadel, z hloubky, z výšky, pavouků, hluku, hromů, ale i stromů, práce, žen, mužů, obava před určitou barvou, ze špíny, z dětí, určitých nemocí – AIDS, infekce. Postižený netrpí úzkostí, pokud se nesetká s daným předmětem nebo pokud se nevystaví dané situaci.

Celoživotní prevalence je 12 procent.

(Marková et. al, 2006)

## 1.2 Sociální fobie – charakteristika onemocnění

Tato porucha byla pojmenována v šedesátých letech a mezi úzkostné poruchy byla zařazena v roce 1980. Sociální fobie často začíná v adolescenci, vyskytuje se stejně často u žen jako u mužů. Její celoživotní prevalence činí 10 - 16 procent

Sociální fobie jsou obvykle spojeny s nízkým sebehodnocením a strachem z kritiky. Je to strach z kontaktu s jinými lidmi. Jedinec se obává, že bude vystaven pozorování, hodnocení druhých a snaží se těmito situacím vyhnout.

(Marková et. al, 2006)

Pokud se pacient vyhýbá sociálním situacím, nastává krátkodobé snížení úzkosti. Pocit úlevy je však vystřídán pocit méněcennosti, obviňováním sebe sama a stále menší schopností překonat napříště své úzkosti. Postupem času se objevuje „strach ze strachu“ a bludný kruh se uzavírá.

(Praško, 2005)

Pokud není sociální fobie včas diagnostikována a léčena, představuje pro pacienta značné omezení a ochuzení života jak v pracovní, tak v sociální oblasti. Onemocnění může dospět do takového stadia, kdy nemocný již není schopen docházet do školy nebo do svého zaměstnání a plnit své povinnosti. To se odráží na jeho osobním životě – jeho přístupu jak k rodinným příslušníkům, tak k širšímu okolí, na jeho sebehodnocení.

Sociální fobie mohou být konkrétní (např. se omezují pouze na strach jít na veřejnosti, mluvit před skupinou lidí, strach ze setkávání se s opačným pohlavím) nebo difúzní (zahrnují téměř všechny sociální situace mimo rodinný kruh).

V prvním případě mluvíme o specifické formě sociální fobie, ve druhém pak o generalizované formě.

### **Typické situace, kterým se lidé se sociální fobií vyhýbají:**

- mluvit před skupinou lidí,
- být kritizován,
- hovořit s autoritou,
- jít na večírek,
- být v centru pozornosti
- mluvit s někým opačného pohlaví
- říci někomu „ne“
- navázat a udržet s někým konverzaci
- oslovit neznámého člověka

(Praško, Prašková, 1999)

### **1.3 Epidemiologie**

Sociální fobie patří mezi nejčastější úzkostné poruchy. Její prevalence je vysoká, postihuje 9 – 16 procent dospělé populace. Zpravidla začíná ve velmi mladém věku. Nejčastější začátek je v období puberty a počínající dospělosti.

(Pidrman, Bouček, 2001)

„V klinické praxi tvoří sociální fobie asi 30 procent všech fobií a 18 procent všech pacientů léčených pro úzkostné poruchy“

(Praško, s. 286, 2005)

## 1.4 Etiopatogeneze

Etiologie sociální fobie není v současné době zcela známa. Předpokládá se však, že existuje řada predisponujících faktorů, spouštěčů a udržovacích faktorů, které se na rozvoji poruchy podílejí.

### 1.4.1 Predisponující faktory

Jsou to ty faktory, které vytvářejí dispozici k onemocnění. Patří mezi ně následující složky:

- Dědičnost: přesto, že je dokázáno, že v některých rodinách se sociální fobie vyskytuje častěji než v rodinách jiných, není zcela jasné, zda tento fakt souvisí přímo s genetickou predispozicí, nebo spíše s naučenými vzorci chování, které se v dané rodině objevují.
- Okolnosti v dětství a výchova: v této oblasti bývají vnímány jako rizikové následující: těžký porod, pokud je dítě vychováváno úzkostným rodičem, pokud jsou na ně kladeny vysoké nároky a necítí dostatek lásky, pak je vysoce pravděpodobné, že v dospívání nebo v dospělosti – v obdobích zvýšeně prožívaného stresu – dojde k rozvoji úzkostné poruchy. Stejný vliv však může mít výchova nadměrně rozmazlující a izolující dítě od veškerých problémů.
- Dále se na rozvoji úzkostné poruchy odrážejí některé povahové rysy – většina postižených má sklon dělat si nadměrné starosti o věci, kterými se jiní lidé příliš nezabývají.

- Další rys osobnosti se týká jejich neschopnosti jednat asertivně, přijímat kritiku. Mají výrazné celoživotní sklony k perfekcionismu a výraznou výkonovou orientaci.

(Praško, Prašková, 1999)

### 1.4.2 Spouštěče

„Spouštěče můžeme zjistit v krátkém období před propuknutím poruchy. Často je to řetězec drobných událostí, je tedy těžké přesně identifikovat, která událost měla větší význam.“

(Praško, Prašková, s. 27, 1999)

- Traumatické události: vzpomínky na traumatické události např. výsměch spolužáků ve škole, opuštění milovanou osobou a další) se mohou vrátit v podobě představ, které vyplouvají na povrch před stejnou nebo podobnou situací (např. přednést seminární práci před spolužáky). Traumatické události však musí být jako návaznost na predisponující faktor. Sami o sobě sociální fobii nevyvolávají.
- Změny životních rolí: vznikají např. při přechodu z jedné školy do druhé, vyvolávají výrazný stres, který nutí k sociální adaptaci, která se však nemusí podařit.
- Biologické stresory: hormonální změny v pubertě, tělesná onemocnění (např. onemocnění žaludku, střev).

### 1.4.3 Udržovací faktory

„Udržují příznaky sociální fobie nadále, i když spouštěče již dávno mohly pominout“.

(Praško, Prašková, s. 27, 1999)

- Vyhýbavé chování: nemocný se vyhýbá obávaným situacím (v tomto případě sociálním situacím) a tím svůj strach posiluje – klesá víra v jeho schopnost situaci zvládnout
- Úzkostná vnitřní řeč: pokud se sociální fobik blíží do situace, které se obává, nebo v ní již přímo je, naskočí mu okamžitě myšlenky typu: „Jsem neschopný a všichni to na mně poznají!“ a podobné.
- Úzkostný pohled na svět: diskvalifikace pozitivního (pacientovi se podaří zvládnout sociální situaci – například podaří se mu navázat hovor s cizí osobou, po odeznění sociální situace však svůj úspěch shodí myšlenkami typu: „Bavil se mnou jen ze soucitu.“).
- Nedostatek komunikačních dovedností: pokud pacient trpí fobickou poruchou již dlouho, postupně zapomíná i ty sociální dovednosti, které uměl (jedná se například o: přijímání i poskytování pochvaly, navázání rozhovoru s osobou opačného pohlaví na večírku aj.).
- Bagatelizace dosažených úspěchů: pacient si málokdy řekne: „Mám ze sebe opravdu radost“, „Jsem na sebe hrdý“. Místo toho si říká věty typu: „Sice se mi to podařilo, ale byla to jen náhoda.“
- Stresující životní styl: tato oblast se týká například workholiků a osob, které si na sebe kladou větší zátěž než mohou zvládat (stále pracují a vyhýbají se sociálním kontaktům, výmluvou pro ně je, že: „Prostě nemají čas.“).



- Chování druhých, které snižuje sebedůvěru: pacienti úkolují blízké osoby, aby za ně vyřídili potřebné povinnosti (nákup, pošta) nebo aby je při těchto a jiných aktivitách doprovázeli a byli jim v případě potřeby nápomocni. Pokud jsou tyto požadavky – ve snaze vyjít nemocnému vstříc – akceptovány, upevňuje se stále více začarovaný kruh vyhýbavého chování (pacient se vyhne obávané situaci, nastane krátkodobá úleva vystřídaná pocitem neschopnosti, strach ze strachu a tak podobně).
- Biologické setrvačníky: v etiopatogenezi sociální fobie se objevuje nedostatek serotoninu a pokles centrálního dopaminergního tonu s relativním nadbytkem noradrenalinu na některých nervových spojeních. Tyto změny pak mohou působit jako setrvačnický úzkosti.

(Praško, Prašková, 1999)

## 1.5 Diagnostika

„Sociální fobie je relativně málo diagnostikována. Pacienti se stydí pro své těžkosti vyhledat odborníka – psychiatra. Důvodem je předpokládaná stigmatizace psychických poruch“.

(Praško, s. 286, 2005)

### Diagnostická kritéria MKN-10 pro F40.1 sociální fobii

A. Musí být přítomen jeden z následujících znaků:

- výrazný strach být středem pozornosti nebo strach ze způsobu vlastního chování, který bude trapný nebo ponižující,
- nápadné vyhýbání se situacím, kdy byl pacient středem pozornosti nebo kde by měl strach z trapného ponižujícího chování.

Tyto strachy se projevují v sociálních situacích, jako např. mluvení nebo stravování na veřejnosti, navázání kontaktu s neznámým jedincem, účast na schůzích, večírcích.

- B. Od počátku poruchy se musí v obávané situaci projevovat současně nejméně dva somatické příznaky úzkosti a to společně s alespoň jedním z následujících příznaků:
- zčervenání nebo třes,
  - strach ze zvracení
  - nucení nebo strach z močení nebo defekace.
- C. Příznaky nebo vyhýbavé chování způsobují pacientovi výraznou emoční úzkost a nemocný si uvědomuje, že jsou nadměrné a iracionální.
- D. Příznaky jsou omezeny na situace, ze kterých má pacient strach nebo na jejich očekávání, nebo se převážně vyskytují při těchto situacích.
- E. Nejčastěji užívaná vylučující podmínka: příznaky uvedené pod kritérii A a B nejsou důsledkem halucinací, bludů nebo jiných poruch, jako jsou organické duševní poruchy, schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo obsedantně kompulzivní porucha a nejsou sekundárním projevem obecně rozšířených pověr.

## 1.6 Vyšetřovací metody

Předtím, než pacient navštíví psychiatrickou ambulanci nebo psychologa, projde celou řadou vyšetření u somatických lékařů. Domnívá se totiž, že jeho problém netkví v psychice, ale že nemocné je jeho tělo. Z tohoto důvodu se domáhá různých vyšetření, která by jeho domněnku potvrdila.

K těmto přesvědčením jej vedou příznaky pociťované úzkosti. Pacient může nabýt dojmu, že trpí závažnou chorobou – při přetrvávajících nevolnostech,

střídání průjmu a zácpy, nechutenství se například domnívá, že onemocněl rakovinou střev.

Po neúspěšném odhalení možných somatických příčin, bývá většinou doporučen do psychiatrické ambulance. Poté, co psychiatr vyslechne pacientovy starosti a naváže s ním kontakt, může – po vyplnění dotazníků (např. Liebowitzova stupnice příznaků sociální fobie, Sheehanova stupnice úzkosti) – stanovit příslušnou diagnózu.

## **1.7 Průběh a prognóza**

Průběh sociální fobie je bez léčby chronický s kolísáním intenzity příznaků v průběhu let. Exacerbace, které se objevují mají negativní vliv na výkon při obávané aktivitě. To vede ke zvýšení úzkosti a posiluje fobické vyhýbání aktivitě. Vyhýbání způsobuje mnoho hendikepů především v sociálních situacích a má negativní dopad na ekonomickou situaci postiženého. Bylo zjištěno, že většina sociálních fobiků má nižší příjmy a více než 20 procent je finančně závislých na invalidním důchodu nebo na jiném typu sociálních dávek. Postižení jedinci dosahují také nižší úrovně vzdělání, než jakému odpovídá jejich inteligence. Vliv sociální fobie se projevuje také na soužití s druhými – tito postižení žijí daleko častěji bez partnera než zdraví jedinci.

Retrospektivní studie osob se životním výskytem sociální fobie ve věku 15 – 64 let ukázala, že přibližně u poloviny došlo v průběhu života k remisi a průměrné trvání poruchy bylo 25 let. (Praško, 2005)

Sociální fobie je také považována za rizikový faktor rozvoje deprese, závislosti i pro realizace suicidiálního chování. Komorbidita sociální fobie je následující: deprese 36 procent, zneužívání alkoholu 12 procent, panická porucha 6 procent, zneužívání farmak 4 procenta.

(Pidrman, Bouček, 2001)

## 1.8 Léčba sociální fobie

Možnost léčby sociální fobie je jak farmakoterapeutická, tak psychoterapeutická.

### 1.8.1 Farmakoterapie

Z počátku léčby se k rychlému snížení úzkosti užívají anxiolytika. Přednost se dává tzv. vysoce potentním benzodiazepinům, např. clonazepamu – dávkování v rozmezí 0,5 – 3 mg/den (Rivotril) a Alprazolam – denní dávka 1 – 8 mg (Neurol nebo Xanax).

Anxiolytika zabírají rychle. Jejich nevýhodou však je, že se na ně snadno vytvoří návyk a při vysazení se objevují abstinenční příznaky.

Z dlouhodobého hlediska léčby je vhodnější podávání antidepresiv.

Podstatou účinku antidepresiv je zesílení působení mediátorů (serotoninu, dopaminu, noradrenalinu) v mozku inhibicí jejich zpětného vychytávání na synapsích. Při úzkosti fungují nedostatečně především noradrenalinový a serotoninový přenašečový systém. Úprava nervového přenosu trvá obvykle 10 – 14 dní a vytváření odvážnějšího chování ještě déle. Účinky antidepresiv se u sociální fobie objevují většinou po 8. až 12. týdnech užívání.

(Greenberger, Padesky, 2003)

#### **Příklady nejčastěji užívaných antidepresiv:**

- Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu – SSRI: prodlužují účinek serotoninu na synapsích v mozku. Do této skupiny antidepresiv patří například: Citalopram – má dobrý efekt u generalizované sociální fobie

(Seropram), Fluoxetin (Prozac), Paroxetin – denní dávka 40 mg (Seroxat), Sertalin – rozmezí dávky 50 – 200 mg/den (Zoloft).

- Snášenlivost SSRI je velmi dobrá, účinnost vysoká. Jejich výhodou je snadné užívání – zpravidla jedenkrát denně. Při náhodném předávkování jsou pro organismus jen málo toxické. Vedlejší účinky, mezi něž patří například zvýšený neklid a nespavost v prvním týdnu užívání, pocity na zvracení a žaludeční obtíže, se vyskytují jen u menšího procenta pacientů.
- Reverzibilní inhibitory monoaminoxydázy – RIMA: Moclobemid – rozmezí dávky 300 – 600 mg za den (Aurorix).
- Tento lék je účinný přibližně u 60 – 70 procent nemocných. V léčbě sociální fobie mu byla věnována nejedna studie. Má minimum vedlejších účinků. Mezi jeho výhody patří i zlepšení sexuálního fungování, které může být vlivem prožívané úzkosti zhoršeno.
- Inhibitory monoaminoxydázy – IMAO: Fenelzin – rozmezí dávky 45 – 90 mg za den.
- Při užívání léků této skupiny je nutné dodržovat přísnou dietu. Pacient se musí vyvarovat všech potravin, které obsahují tyramin (např. hořká čokoláda, banány, aromatické sýry, červené víno a další). Kromě této podmínky je nevýhodou kontraindikace s některými léky (např. léky na krevní tlak). Při nerespektování kontraindikace hrozí prudké zvýšení krevního tlaku.

(Höschl et al., 2002)

Zajímavostí ve farmakologické léčbě sociální fobie jsou léky skupiny Beta – blokátorů (patří sem například Propranolol 20 mg, Atenolol 50 mg). Tyto léky se užívají u specifické sociální fobie (např. při strachu z vystupování před lidmi).

„Řada vystupujících umělců a řečníků používají Beta – blokátory většinou hodinu před vystoupením k zamezení palpitací, tremoru a tlaků v žaludku.“

(Praško, s. 304,2005)

Délka podávání medikace po dokončení akutní léčby se u pacienta pohybuje mezi 12 – 18 týdny. Je velmi důležité nepřerušit předčasně léčbu antidepresivy – mohlo by dojít k rychlému návratu příznaků.

Samotná léčba psychofarmaky ukazuje výrazné zlepšení u 70 – 80 procenty pacientů.

### **1.8.2 Psychoterapie**

„Efekt psychoterapie je sice pomalejší, avšak na rozdíl od farmakoterapie trvalejší.“

(Praško, Prašková, s. 61, 1999)

„Psychoterapie umožňuje nemocnému, aby si hlouběji uvědomil podstatu svého onemocnění a problému a aby se mu naučil sám svými silami čelit.“

(Vokurka, Hugo, s. 754, 2005)

V rámci léčby sociální fobie se využívá především kognitivně behaviorální terapie.

V kognitivně behaviorální terapii je sociální fobie považována za naučené chování. To, co je naučeno, může být i odnaučeno, nebo alespoň přeučeno na chování konstruktivnější. Pacient se během léčby učí adaptivním strategiím chování. Nejdůležitějším krokem je vystavit se stresujícím sociálním situacím a jejich postupným zvládnutím od nejlehčího k nejtěžšímu a zjistit, že nejsou doopravdy nebezpečné. Expozice protínají bludný kruh krátkodobých pozitivních důsledků z vyhnutí se obávanému a umožňují učit se novému, odvážnějšímu chování.

(Praško, Prašková, 1999)

## **Postupy v kognitivně behaviorální terapii sociální fobie:**

### **1. Informace o sociální fobii a její léčbě**

Je nutné pacienta seznámit s modelem vzniku a udržování sociální fobie a zdůraznit mu, že tato porucha je léčitelná. Je třeba počítat s tím, že pacient je zvýšeně úzkostný, a proto není schopen soustředit se na složitý výklad. Vhodné proto je, poskytnout mu brožurku o jeho problému a uvést příklady z jeho vlastního života.

„Na pacientových příznacích ukázat vztah mezi: myšlenkami – emocemi – chováním – vegetativními reakcemi: bludný kruh sociální fobie, spouštěči a bludným kruhem sociální fobie, vyhýbavým chování a důsledky“.

(Praško, s. 326, 2005)

Dále je vhodné pacientovi vysvětlit, ve kterých místech lze rozrušit bludný kruh, a objasnit jednotlivé kroky léčby, seznámit jej například s účinky psychofarmak a jejich možných vedlejších dopadů.

### **2. Postupné přetváření úzkostného myšlení na konstruktivní**

Pacient musí nejprve odhalit své automatické myšlenky. Nejvhodnější je, když si je poznamená na list papíru. Poté se s pomocí člena terapeutického týmu snaží o pochopení, jak se odráží prožívaná myšlenka na emočních a tělesných reakcích, jak ovlivňuje jeho chování. Když zvládne tento krok, přichází na řadu testování automatických myšlenek. Pacient opět s pomocí terapeuta diskutuje s myšlenkou. Hledá jiná možná vysvětlení pro svou myšlenku, odhaluje, zda je myšlenka plně pravdivá či zavádějící. Nakonec přichází přerámování myšlenky. Cílem je racionální a konstruktivní odpověď na spouštěcí situaci.

### **3. Nácvik komunikace a asertivity**

Tím, že se lidé se sociální fobií často vyhýbají ostatním lidem a různým sociálním situacím, ztrácejí časem sociální dovednosti. Nejsou schopni přirozeným způsobem vyjadřovat své potřeby, mluvit o svých pocitech a záměrech a brát přitom ohled na ostatní. Mezi jednotlivé složky nácviku sociálních dovedností patří:

- neverbální chování,
- zahájení konverzace, její udržení, ukončení,
- poskytnutí zpětné vazby,
- přijímání a poskytování pochvaly,
- požádání o laskavost,
- odmítnutí neoprávněného požadavku,
- reakce na odmítnutí,
- vyjádření a přijetí kritiky,
- asertivní vyjednávání.

(Wilkinson, Canter, 1982)

### **4. Postupná expozice obávaným situacím**

„Nejdůležitějším krokem KBT je expoziční léčba.“

(Praško, s. 326, 2005)

Jedná se o vystavení obávaným sociálním podnětům, kterým se pacient do této chvíle vyhýbal. Vystavením sociální situaci, která vyvolává úzkost se



postupně učí, jak těmto situacím čelit. Zpočátku je možné obávané situace nacvičovat ve fantazii, postupně pak ve známém a bezpečném prostředí až nakonec v běžném životě. V průběhu expozic se úzkost postupně snižuje a může dojít i k jejímu úplnému vymizení. Je vhodné s pacientem sestavit seznam fobických situací a expozice naplánovat postupně od nejlehčích (nejméně obávaných situací) až po ty nejtěžší. V průběhu expozic je nutné povzbuzení a pochvala za dosažené úspěchy.

(Greenberger, Padesky, 2003 )

## **5. Relaxace**

Relaxace je významnou součástí léčby všech úzkostných poruch. Nejprve je nutné s pacientem natrénovat zklidnění dechu. Pokud se pacient naučí mít svůj dech pod kontrolou, má lepší pocit sebekontroly a tím pádem i posílí své sebevědomí. Dalším krokem je natrénování relaxace v bezpečném prostředí. Po jejím zvládnutí se může pacient naučit používat krátkou formu relaxace přímo v pro něj obávaných sociálních situacích.

(Cungi, Limousin, 2005)

## **2 Praktická část**

### **2.1 Specifika ošetrovatelské péče u pacienta s fobickou úzkostnou poruchou**

#### **2.1.1 Definice ošetrovatelského procesu**

Ošetrovatelský proces je metodologií oboru ošetrovatelství a mezinárodním standardem ošetrovatelské praxe. Jeho cílem je uspokojení individuálních potřeb pacienta.

#### **Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází:**

1. zhodnocení (sběr informací, jejich ověřování, třídění údajů o zdravotním stavu pacienta, ošetrovatelská anamnéza a další),
2. diagnostika (identifikace potřeb pacienta, stanovení ošetrovatelského problému, formulace ošetrovatelské diagnózy a další),
3. plánování (je to proces vytýčení ošetrovatelských strategií a intervencí s cílem prevence, redukce pacientova zdravotního problému, který byl zjištěn během diagnostické fáze a další),
4. realizace (uplatnění, provedení ošetrovatelských strategií zaznamenaných v plánu ošetrovatelské péče v praxi a další),
5. vyhodnocení (zhodnocení, zda a do jaké míry se u pacienta dosáhlo stanovených očekávaných výsledků a další).

Pacientovi přináší ošetrovatelský proces následující výhody:

- kvalitní plánovanou péčí, která uspokojuje potřeby jednotlivce, rodiny, společnosti, komunity,
- návaznost a kontinuitu péče,
- účast pacienta na péče,

Přínos ošetrovatelského procesu pro sestru tkví především v následujících bodech:

- důsledné a systematické ošetrovatelské vzdělání,
- spokojenost v zaměstnání,
- odborný růst,
- vyhnutí se rozporu se zákonem,
- realizace „standardů ošetrovatelské praxe“,
- splnění standardů akreditovaného pracoviště.

(Mastiliaková, 2004)

### **2.1.2 Příjem pacienta**

Pacienti s úzkostně fobickou poruchou jsou nejčastěji léčeni prostřednictvím ambulantní psychiatrické péče. Ta v tomto případě může mít buďto individuální podobu anebo formu denního stacionáře.

Sestra se při příjmu pacientovi představí. Samozřejmostí je, že všichni členové terapeutického týmu mají viditelné jmenovky. Sestra provede pacienta

po oddělení, seznámí je s jeho organizací, s plánem denních aktivit, režimem oddělení.

Denní stacionář pracuje s uzavřenou skupinou pacientů v sedmitýdenním kognitivně behaviorálním programu. Programu se účastní 9 – 10 pacientů. Práce ve skupině zahrnuje konkrétní řešení a pozdější nácvik jednotlivých problémových situací, nácvik asertivity, relaxace, pohybové aktivity.

Ve skupinové terapii jsou pacienti méně závislí na terapeutovi – ten s nimi má pohovor 1 – 2 x týdně. Kromě těchto setkání s terapeutem tráví skupina čas pohromadě a všichni její členové se věnují určeným terapeutickým aktivitám. Pacienti se tak mohou vzájemně podporovat ve svém úsilí, učit se od druhých a v neposlední řadě si poskytovat zpětné vazby (jak pozitivní tak negativní) – to jim umožní vidět se očima jiných lidí.

### **2.1.3 Zásady přístupu k pacientovi**

Od sestry se očekává ohleduplný, citlivý, chápavý a šetrný přístup. Její vystupování má být klidné, trpělivé, důležitý je požadavek emoční neutrality – nedávat najevo své případné antipatie. Měla by působit povzbudivě, důvěryhodně.

Sestra musí mít znalost symptomů duševních chorob, znalost žádoucích i nežádoucích účinků podávaných léků. Požadavkem je také znalost prováděných terapeutických technik. Často totiž vykonává pod supervizí lékaře nebo psychologa terapeutické aktivity – skupinovou terapii, kognitivní terapii, vede asertivitu, arteterapii i relaxaci.

Důležitou součástí práce sestry na psychiatrickém oddělení je mimo jiné rozhovor s pacientem a pozorování:

## 1) Rozhovor

Již při prvním rozhovoru s pacientem se utváří počátek terapeutického vztahu. Vytváření vztahu důvěry začíná nabídkou pomoci.

Dalším krokem je vyjasnění rolí, očekávání – je důležité objasnit jak to, co může pacient očekávat od nás, tak i co my očekáváme od něj. To může zmírnit úzkost a předejde se i případným nedorozuměním. Vytváří se atmosféra bezpečí.

Sestra musí být připravena na to, že pacient může být negativistický, podrážděný.

Základní informace o poruše a možnostech její léčby probíhá již v prvním sezení po ukončení psychiatrického vyšetření. Při terapiích se sestra vyvaruje toho, aby jednotlivé obavy a starosti pacientovi vyvracela. Vede ho spíše k tomu, aby – pokud jsou obavy nerealistické- si je sám začal zpochybňovat jako přehnané a škodlivé. Pokud se snaží pacientovi jeho obavy vyvracet, pacient si je snaží bránit a snaží se přesvědčit, že jsou jeho obavy oprávněné.

Sestra pacientovi neradí v osobních záležitostech. Riziko rady je zejména v tom, že se pacient neučí procesu řešení problému tj. uvažovat různá řešení a jejich výhody a nevýhody. Pacient se může stát závislým na tom, aby mu poradil vždy někdo zvenčí. Jeho sebevědomí pak klesá a postupně se přestane spoléhat sám na sebe při stále menších problémech. Pokud se pak neporadí, má nadměrné starosti a prožívá úzkost. Pomůže mu spíše, když uznáme, že jeho situace je problematická a zeptáme se, jak ji chce řešit. Povzbudíme ho tak k tomu, aby hledal různá řešení a uvažoval o jejich výhodách a nevýhodách. Vzhledem k tomu, že pacienti často nevědí o souvislostech strachu, napětí a tělesných příznaků a přičítají všechny tělesné potíže somatické nemoci, je velmi dobré jim vysvětlit, jak vypadá stresová reakce. Dále se sestra pacienta dotazuje na kvalitu spánku, příjem potravy, zájmy, koníčky, vyprazdňování moče a stolice.

Důležitým požadavkem je zjištění, zda má pacient sebevražedné myšlenky. Při navazování kontaktu je nutné přizpůsobit se zvláštnostem pacienta. Redukovat záporné emoce (strach, úzkost, obavy) uvedením do léčebného prostředí, projevit zájem, vcítění, náklonnost. Podporovat pacienta v jistotě, že

nestojí proti svým potížím osamocen. Motivovat jej ke spolupráci a aktivnímu postoji v léčbě.

## **2) Pozorování**

Metoda, kdy poznáváme osobnost na základě vnějších projevů. Předmětem pozorování jsou především:

- a) řeč - sledujeme její hlasitost, modulaci hlasu, srozumitelnost, tempo řeči (zrychlení x zpomalení), struktura řeči (asociační skoky), případně jiné zvláštnosti,
- b) mimika - v mimice obličeje se projeví úzkost, strach, dále sledujeme například grimasování,
- c) psychomotorika - pátráme po útlumu nebo naopak zrychlení, všímáme se držení těla,
- d) sledujeme vztahy pacienta s ostatními členy týmu a spolupacienty, jeho spolupráci, náladu, projevy chování, zevnějšek, náhled pacienta na chorobu.

Sestra sleduje všechny tělesné projevy pacienta. Jako například srdeční palpitace nebo zrychlení srdeční frekvence a také si všímat projevů pacienta, podle kterých se dá posoudit stupeň úzkosti.

### **2.1.4 Ošetrovatelské problémy**

V této části uvádím abecedně seřazené patofyziologické ošetrovatelské diagnózy, které se typicky mohou vyskytovat u osob trpících sociální fobií:

- adaptace porušená
- bezmocnost
- beznaděj
- bolest akutní

- bolest chronická
- komunikace verbální porušená
- nauzea
- neznalost potřeba poučení
- osamělost, zvýšené riziko
- průjem
- role, porušené zvládnání
- sebepoškození hrozící
- sebeúcta chronicky nízká
- sebeúcta porušená
- sexualita porušená
- smutek dysfunkční
- spánek porušený
- společenská interakce porušená
- společenská izolace
- strach
- únava
- úzkost
- výživa porušená nedostatečná
- výživa porušená nadměrná
- zábava a rekreace, nedostatek

- zácpa
- zvládání problémů individuální neúčinné
- život rodiny narušený

## **2.2 Ošetřovatelská péče u pacienta se sociální fobií**

O pacienta jsem se starala během své týdenní stáže v Psychiatrickém centru Praha v období od 20. – 24. 8. 2007.

Pacient dochází každý den do stacionáře. Plánovaná doba léčby je 7 týdnů. V době mé přítomnosti v PCP začíná 2. týden léčby. Zpočátku se ostýchal se mnou hovořit o svých problémech, postupem času se mi však podařilo získat jeho důvěru a potřebné informace.

## **2.3 Anamnéza**

P. D., narozen roku 1983, bydliště Praha. Přijat pro narůstající omezení osobního, studentského i pracovního života, do kterého jeho onemocnění zasahuje čím dál tím více.

### **2.3.1 Osobní anamnéza**

P. D. je z druhého těhotenství, byl plánovaným dítětem. Normální průběh těhotenství i porodu, porod ve 42. týdnu těhotenství, hlavičkou. Porodní hmotnost 3 000 g, délka 50 cm. V dětství prodělal běžné dětské choroby. Během svého dosavadního života byl hospitalizován pouze 1x a to v roce 2005 na oddělení stomatochirurgie – k plánované extrakci zubů „moudrosti“ v narkóze. Pobyt zde snášel bez problémů. Aktuální výška je 190 cm, váha 79 kg, BMI 21 – normální.



Na své dětství vzpomíná docela rád. Rodiče se mu dostatečně věnovali. Matku popisuje jako úzkostlivou. Vždy se snažila, aby měl P. D. jen to nejlepší, na druhou stranu na něj měla vysoké nároky. Vyžadovala, aby byl pozitivní, usmíval se. Neměla totiž ráda nespokojené lidi. Otec byl ve výchově spíše pasivní. Se starším bratrem má pacient dobré vztahy.

V šesti letech nastoupil P. D. do školky. Vzpomíná si, že již v té době se v kolektivu styděl. Byl spíše uzavřenější, hrál si většinou sám.

Na prvním stupni ZŠ si postupně na kolektiv zvykl, ve třídě byl oblíbený. Neměl žádné konflikty v kolektivu ani s učiteli. Vzpomíná si, že s každým se snažil vycházet a chovat se v každé situaci příjemně. Učení ho bavilo „tak normálně jako všechny děti“.

Do páté třídy nastoupil díky velmi dobrému prospěchu na ZŠ s rozšířenou výukou cizích jazyků. Se změnou školy se špatně vyrovnával. Nemohl si zvyknout v novém kolektivu, přišlo mu, že „nezapadá“. O to více se soustředil na studium – měl radost, když dostával dobré známky. Začal mít navíc pocit zodpovědnosti a na jakoukoliv zkoušku se pečlivě připravoval. O přestávkách si opakoval učivo na další hodinu – vyhnul se tím i konverzaci se spolužáky. Postupem času si mezi chlapci ve třídě našel pár kamarádů, s kterými chodil ven. Vzpomíná si, že jednou měl na hodině anglického jazyka odříkat básničku. Byl tak nervózní, že se v polovině zadrhl, nemohl si na nic vzpomenout, zrudl a utekl ze třídy. Od této chvíle se pro něj stalo jakékoliv mluvení před třídou utrpením. Ústní zkoušení nevládal, raději si předem nechal dát pětku. Jak sám říká, „kdyby nebylo písemných testů, asi bych býval propadl.“ Jeho prospěch se zhoršil. Učitelé i rodiče si zhoršení všimli. To vedlo matku k tomu, aby s ním navštívila psychologickou poradnu. P. D., si přesně nepamatuje, jak tato návštěva dopadla, ale pamatuje si, že jeho matka zašla za ředitelkou do školy a požádala ji, aby ho napříště učitelé zkoušeli jen písemnou formou. Prospěch se výrazně zlepšil.

Na střední škole pokračovali problémy s mluvením před třídou. P. D. se však vždy nakonec přemohl. Cítil při tom však silnou úzkost a obával se, že to na něm poznají i ostatní. Aby tuto skutečnost zakryl začal se stavět do pozice třídního šaška, což se mu dařilo. Na SŠ se mu začala líbit děvčata. Činilo mu však problémy oslovit je. Styděl se, připadal si nezajímavý, nevěděl, o čem by

se s nimi bavil. Tyto pocity se výrazně snižovaly při požití alkoholu, ten konzumoval 1x týdně, kdy s kamarády chodil na diskotéku.

Před maturitou nemohl P. D. několik dnů spát – takovou měl hrůzu, že se před komisí ztrapní. Nakonec mu matka zajistila od známé lékařky léky, po kterých se zklidnil a maturitu úspěšně složil. Co to bylo za léky si nevzpomíná.

Byl přijat na vysokou školu. Studium ho bavilo, úspěšně složil bakalářské zkoušky. Situace se však zhoršila, když nastoupil na magisterské studium. Chtěl se začít postupně osamostatňovat, proto začal při studiu pracovat na částečný úvazek. Tato změna byla pro něj stresující a náročná. Začal mít pocit, že nic nestíhá, že je neschopnější než dřív. Ve škole se začal natolik obávat zkoušení a přednášení prezentací, že se začal vyhýbat docházení do ní. Nyní studium na čas přerušil. Rodiče o této změně nevědí. P. D. má v plánu jim to oznámit, ale nespěchá na to. Tvrdí, že tato skutečnost mu nečiní větší potíže. Nově se přidaly i obavy v práci. Má potíže jít před ostatními – domnívá se, že se v práci nemá jít, že by ho ostatní mohli označit za „lemla“. Vyhýbá se i společnému rannímu pití kávy/čaje. Bojí se totiž, že by se na něj ostatní dívali a jemu by se začaly klepat ruce a všichni by si toho všimli a mysleli si, že je divný. Vyhýbá se očnímu kontaktu, má obavy z kritiky, neví, jak by na ni reagoval. Nerad říká „ne“ – raději něco slíbí, i přesto, že ví, že slibu bude jen stěží schopen dostat. Obává se budoucnosti, nedokáže si představit, jak bude nadále s příznaky a projevy sociální fobie kvalitně žít.

V posledních měsících začal navštěvovat somatické lékaře – trpěl nechutenstvím, průjmy, váha ubývala (zhubl o 3 kg za 3 měsíce), měl skleslou náladu – obával se, zda není somaticky nemocný. Lékař po důkladném interním vyšetření nepotvrdil žádnou chorobu. P. D. tedy hledal na internetu a v jedné diskuzi se dočetl o fobických úzkostných poruchách. Rozhodl se vyhledat odbornou pomoc.

### 2.3.2 Rodinná anamnéza

Matka, narozena roku 1946 je zdráva, otec narozen roku 1943 je také zdráv. Starší bratr, narozen roku 1977 zdráv. V širší rodině se nevyskytují žádná závažná onemocnění. Rodiče se na psychiatrii neléčili.

### 2.3.3 Sociální anamnéza

P. D. je studentem 4. ročníku vysoké školy ekonomického zaměření. Kromě denního studia je zaměstnán na částečný úvazek v bance.

P. D. bydlí s rodiči v bytě, v příštím školním roce však má v plánu osamostatnit se a pořídit si vlastní byt.

Vztahy v rodině popisuje jako uspokojivé, rodiče jej v léčbě podporují, o jeho problémech vědí.

### 2.3.4 Farmakologická anamnéza

Při příjmu byly pacientovi nasazeny následující léky:

Tabulka č. 1 Užívané léky

Název léku	Množství	Forma	Léková skupina
Seropram 20 mg	2-0-0	Tablety	Antiderpesiva
Neurol 0,25 mg	0-0-1	Tablety	Anxiolytika

### **2.3.5 Alergická anamnéza**

Pacient má alergii na pyl. Alergie se projevuje sezónně a to občasnou zvýšenou sekrecí z nosní dutiny. V takovém případě užívá pacient 1 tabletu Zyrtec (antihistaminikum) dle potřeby.

### **2.3.6 Nynější onemocnění**

Pacient přichází pro vystupňování příznaků sociální fobie (výše popsanych), které mu zasahují do soukromého, studijního a pracovního života.

### **2.3.7 Zkušenosti z dřívější psychiatrickou léčbou**

Na druhé stupni ZŠ navštívil s rodiči kvůli zhoršenému prospěchu psychologickou poradnu.

### **2.3.8 Lékařská diagnóza**

F40.1 Sociální fobie

### **2.3.9 Fyzikální vyšetření**

Fyziologické funkce: krevní tlak 115/80, puls 75/min, tělesná teplota 36,8 °C (fyziologické funkce změřeny opakovaně, vzhledem k možnému ovlivnění základní diagnózou)

Věk 24 let, výška 190 cm, váha 79 kg

Zevnějšek upravený, spolupráce dobrá, orientace místem, časem i osobou, nálada přiměřená, sebevražedné myšlenky 0, pacient mírný, zdvořilý, citlivý, mírně úzkostný, náhled na chorobu částečný.

Pacient při vědomí, dýchání volné, kůže růžová, bez ikteru a eflorescencí, kožní turgor v normě. Vlasy husté, nehty hladké, cití v normě, řeč plynulá, hlas bez bpn.

Lebka je normocefalická, poklep hlavy nebolestivý, držení hlavy přirozené. Víčka bez bpn. Oční bulby ve středním postavení, spojivky růžové, skléry bílé. Zornice okrouhlé, izokorické, fotoreakce +, reakce na konvergenci +. Boltec bez bnp, zvukovod bez sekrece, pacient slyší dobře, nos bez výtoků, rty souměrné, růžové, jazyk plazí ve střední čáře, povrch růžový, hladký, mírně povleklý, patrové oblouky růžové, hladké, tonzily malé, hladké, růžové, dásně růžové, chrup sanován.

Krční páteř pohyblivá, pulzace karotid symetrická, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné, štítná žláza nehmatná.

Hrudník spíše astenický, dechová vlna se šíří symetricky. Poklep plic jasný, plný, dýchání čisté sklípkové, vedlejší dechové šelesty nepřítomny. Srdeční krajina bez vyklenutí.

Břicho je v úrovni hrudníku, souměrné, poklep bubínkový, kůže hladká, beze změn, barva kůže do růžova, břicho na pohmat měkké, nebolestivé. Poslechově borborygmy. Ledviny bimanuálně nehmatné, tapotement 0.

Kůže končetin chladnější, mírně zpocená, bez edémů. Prsty symetrické, periferní pulzace hmatné, bez varixů na DK, lýtka pohmatově nebolestivá. Klouby volně pohyblivé, svaly, šlachy pohmatově nebolestivé. Páteř fyziologicky zakřivená.

## 2.4 Terapie během hospitalizace

### 2.4.1 Farmakologická terapie

Tabulka č. 2 Účinky léků

Název léku	Žádoucí účinky	Nežádoucí účinky
Seropram 20 mg	Zvyšuje hladinu serotoninu v určitých oblastech nervové soustavy. Nenarušuje intelektové funkce, neovlivňuje pohyblivost, nepůsobí tlumivě.	Obvykle dobře snášen. Někdy se může vyskytnout nevolnost, ospalost, zvýšená potivost, suchost v ústech, třes.
Neurol 0,25 mg	Působí proti zvýšenému duševnímu napětí, proti strachu, úzkosti, depresím, celkově zklidňuje.	Obvykle dobře snášen. Může se však vyskytnout ospalost, únava během dne, zvláště na počátku léčby.

### 2.4.2 Kognitivně behaviorální terapie

Pacienta při léčbě čeká následující postup:

#### 1. Informace o sociální fobii

Již první den svého příchodu do stacionáře je pacient seznámen se svojí poruchou – sociální fobie. Je mu poskytnuta příručka „Nadměrný stud a jak ho překonat“ - příručka pro lidi trpící sociální fobií.

## **2. Přetváření úzkostného myšlení na konstruktivní**

Pacient se naučí sepisovat své automatické myšlenky, testovat svá přehnaná tvrzení a snažit se o jejich přerámování, které se více blíží realitě.

Pacient nejprve identifikuje své automatické negativní myšlenky, sepíše je, poté svá přehnaná tvrzení otestuje. Bude se snažit o jejich přerámování o nalezení alternativních myšlenek a postojů. Seznam automatických negativních myšlenek bude pacient průběžně během léčby doplňovat, případně měnit.

## **3. Asertivita**

V průběhu léčby se naučí komunikačním a sociálním dovednostem. Se spolupacienty bude trénovat udržení očního kontaktu, zaujímání uvolněného postoje, zahájení a udržení konverzace, pozitivní aserci (dávat a přijímat komplimenty, žádat o laskavost, empatickému naslouchání), a v neposlední řadě i aserci negativní (odmítnat neoprávněné požadavky i reagovat na to, když je odmítnut, řešení konfliktů).

## **4. Expozice obávaným situacím**

Pacient během pobytu ve stacionáři sepíše hierarchii situací, kterých se obává a kterým se vyhýbá. Poté mu bude vysvětlen průběh expozice, poskytnuty náměty jak členy terapeutického týmu tak ostatními spolupacienty na plnění expozice. Postupně během hospitalizace se těmito situacím naučí vystavovat a nevyhýbat se jim. Začíná se situacemi, které mu činí nejmenší potíže a postupuje ke složitějším. Expozice nejprve probíhá v imaginaci, poté ve cvičných podmínkách a nakonec v reálu. Součástí tohoto plnění jsou i hypotézy, které si pacient před expozicí stanoví a které v průběhu, ale hlavně po dokončení expozice, hodnotí. Důležité je pacienta podporovat v sebeodměňování. Pacienti si své zážitky, úspěchy ale i případné neúspěchy sdělují na ranní komunitě.

## **5. Relaxace**

Během pobytu v PCP se pacient naučí zvládat nejprve svůj dech – pomocí tzv. řízeného dýchání (učí se navodit tělesné příznaky úzkosti a poté je zvládnout pomocí zklidnění dechu, přesunutím dechu do celých plic a bránice) a uvolněním napětí ve svalch – k čemuž slouží nácvik relaxace.

Nedílnou součástí léčby jsou i další terapeutické aktivity jako:  
Skupina – program, jejímž cílem je vyjasnit si a porozumět problémům v životě, ukázat na jejich souvislosti, možnost vidět se skrz zpětnou vazbu spolupacientů očima jiných lidí. Pacient má většinou hodinu na to, aby mluvil před ostatními o svém životě, či o svých problémech, starostech. Poté, co domluví, se k ním otevřenému tématu vyjádří ostatní spolupacienti a terapeuti.

## **6. Zpětná vazba**

Probíhá 1 x týdně, typicky na konci týdne v pátek. Hodnotí se zde právě končící týden z hlediska jak dosažených terapeutických úspěchů a neúspěchů tak vztahy uvnitř skupiny pacientů a personálu. Každý má právo vyjádřit své názory, pochvalu nebo naopak kritiku. Toto umožňuje ventilovat možné napětí a učí asertivnímu jednání.

## **7. Ergoterapie**

Probíhá 1x až 2x týdně, je důležitá pro odpoutání se od negativních pocitů, rozvíjí zručnost pacientů a jejich tvořivý postoj, ten jim může poté pomoci i v řešení problémů v životě. Navíc se během tvoření utvrzují neformální vztahy ve skupině.

## **8. Pohybová aktivita**

Vychází z poznatků, že pohyb je pro pacienty trpící úzkostí důležitý – pomáhá uvolnit nahromaděné napětí, posiluje sebevědomí.

## **9. Společná expozice**

Tento program probíhá bez personálu. Dává tak pacientům možnost být spolu bez „autorit“. Je na skupině, jak tento čas využije. Mohou spolu například absolvovat různé sociální situace (například trénovat oslovování neznámých lidí), nebo mohou jít společně na výstavu, apod.).

Každý den ráno po příchodu na oddělení probíhá společná komunita – pacienti i personál se posadí společně do kruhu a povídají si, co se jim minulé



den povedlo. Každý pacient by měl říct alespoň 1 pozitivní věc, z které má radost, která se mu přihodila nebo povedla.

## 2.5 Provedená vyšetření

Při příjmu byly pacientovi změřeny fyziologické funkce (TK, P, TT). Dále byla pacientovi odebrána krev k biochemickému a hematologickému vyšetření.

Tabulka č. 3 Biochemické a hematologické vyšetření

Parametry	Odběr	Referenční meze	Zjištěná hodnota
ALT	Sérum	0,17 – 0,78 $\mu$ kat/l	0,40
AST	Sérum	0,05 – 0,72 $\mu$ kat/l	0,22
Bilirubin celkový	Sérum	2 – 17 $\mu$ mol/l	9
Celková bílkovina	Sérum	65,0 – 85,0 g/l	71
GMT	Sérum	M 0,14 – 0,84 $\mu$ kat/l	0,30
glukóza	plná krev	3,9 – 5,6 mmol/l	5
Cholesterol celkový	Sérum	3,83 – 5,8 mmol/l	4

Močovina (urea)	Sérum	M 2,8 – 8,0 mmol/l	5
--------------------	-------	--------------------	---

Nebyly zjištěny žádné odchylky. Výsledné hodnoty jsou v referenčním rozmezí.

## 2.6 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Marjory Gordonové

Model M. Gordonové je odvozený z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Při kontaktu s pacientem sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce chování.

Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí – dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může vykazovat buď funkční nebo dysfunkční parametry.

Na jednotlivé oblasti jsem se pacienta dotazovala 1. den mého nástupu na stáž v PCP, pro pacienta je to 6. den léčby. Po počátečním ostychu P.D. se mi podařilo navázat kontakt, získat jeho důvěru a zjistit jeho potřeby a následné ošetrovatelské problémy. Ty se během hospitalizace – postupem léčby měnily.

### 2.6.1 Vnímání zdravotního stavu

Pacient vnímá svůj zdravotní stav jako částečně zhoršený. Obtěžuje ho hlavně úzkost, kterou pociťuje v různých sociálních situacích a dále obavy z budoucnosti. P. D. je odhodlán vydržet léčbu celých 7 týdnů. Zpočátku se ostýchal jak před spolupacienty, tak před ošetřujícím personálem. Postupně se ale zadaptoval – je to po 11 dnech léčby pro něj již známé prostředí a ke kolektivu zde cítí důvěru. Úzkost se projevuje nervozitou, suchostí v ústech, nauzeou, neklidem.

## **2.6.2 Výživa a metabolismus**

Pacient měří 190 cm, váží 79 kg, BMI 21 – v normě. Stravuje se převážně doma – 3x denně (snídaně, oběd, večeře), zde se v rámci expozičních zkoušek účastní obědů s ostatními. Zatím střídavě úspěšně. Pacientovi činí potíže jíst a pít před ostatními lidmi. Při těchto činnostech pociťuje úzkost a nauzeu, suchost v ústech. Pacient zhubl za poslední 3 měsíce o 3 kg – díky svým problémům neměl chuť k jídlu. Nyní uvádí, že po nasazených farmacích se mu chuť k jídlu vrací. Má rád masité pokrmy, příjem tekutin 2 l/den. Léky užívá bez problémů – žaludek ho po nich nebolí. Kožní turgor v normě.

## **2.6.3 Vylučování moče, stolice, potu**

Pacient močí bez problémů, stolici má pravidelnou, 1x denně. Před expozičními a v napjatých situacích mívá průjemy. Neužívá na to žádné léky.

## **2.6.4 Aktivita, cvičení**

Zde v PCP se účastní s ostatními pacienty procházek. Aktivita ho baví, necítí při ní žádnou úzkost. Domnívá se, že by v budoucnosti měl zařadit více volnočasových aktivit jak sportovních, tak například zajít s přáteli do kina, do divadla. Uvádí, že na tyto a podobné aktivity nemá čas a většinou o ně nemá ani zájem.

### **2.6.5 Spánek a odpočinek**

Spánek popisuje pacient jako nekvalitní. Vše u něj závisí na psychické stránce. Když cítí nepohodu, spát nemůže. K tomuto účelu mu byl předepsán lék Neurol – o pravidlech užívání, žádoucích i nežádoucích účincích přípravku je pacient informován. Snaží se dodržovat spánkový režim, ale „občas mi to nevyjde“. Chodí spát kolem 23 hodiny, ráno vstává v 6 hodin. V noci se budí přibližně 3x uvádí, že ho budí obavy z budoucnosti. Přes den se cítí unavený, řešení nachází v odpoledním, přibližně hodinovém spánku.

### **2.6.6 Vnímání**

Vědomí jasné, pacient plně orientován, sluch je dobrý, zrak normální. Nepoužívá žádné kompenzační pomůcky. Řeč, nejistá, tišší.

Potíže mu činí udržet oční kontakt, je neklidný, mírně se mu třesou ruce. Paměť neporušená. Při podávání informací o svém onemocnění si však nepamatuje vše, co mu bylo řečeno. Pozornost stálá. Styl učení spíše logický. V obávaných situacích pociťuje bolest v oblasti žaludku, nauzeu, bolestivý tlak v oblasti žaludku pociťuje pacient i nyní. Na stupnici 0 – žádná bolest, 5 – největší možná bolest, označil stupeň č. 3.

### **2.6.7 Sebepojetí**

Pacient uvádí, že v minulých měsících by se jednoznačně označil za pesimistu, nyní ovšem vlivem léčby a nasazených farmak, se mu vrací chuť a radost do života. Má jasný cíl – chce se co nejdříve vrátit na VŠ, dokončit ji a seznámit se s nějakou „hodnou“ dívkou. V mnoha sociálních situacích si pacient připadá „trapný“, „neschopný“, nedůvěřuje si.

Úzkost a nervozitu pociťuje v určitých sociálních situacích – při jídle a pití před ostatními lidmi, mluvením před skupinou na dané téma, při navázání hovoru s neznámou osobou a s osobou opačného pohlaví atd.

### **2.6.8 Role, mezilidské vztahy**

Pacient bydlí s rodiči v bytě. Má jednoho sourozence – bratra a 2 nevlastní sourozence (bratry) z otcova 1. manželství, s nimi se však nestýká.

Pacient je schopen s nimi hovořit o svých problémech, starostech a úzkosti. Stále jim však neřekl, že přerušil VŠ. Toto téma chce otevřít na nejbližší skupině a je zvědavý, jak se k tomuto jeho problému postaví spolupacienti. „Trochu čekám, co mi poradí.“

Fakt, že toto tají mu prý nečiní potíže. Zároveň si však uvědomuje, že toto není správný přístup, že se musí naučit vhodně komunikovat.

Pacient se chce po dokončení studia přestěhovat do vlastního bytu a stát se na rodičích nezávislým. To že s nimi nyní žije ve společné domácnosti mu nečiní potíže. V práci se jeho vztahy lepší, stále není schopen jíst a pít před ostatními.

### **2.6.9 Sexualita, reprodukční schopnosti**

Je znát, že o těchto věcech pacient nemluví zrovna rád. Při otázce, i když jsem se jí snažila citlivě a vhodně zformulovat rudne a mne si ruce. Nakonec odpovídá. Měl ve svém životě 1 přítelkyni. S ní měl i pohlavní styk. V současnosti žádnou přítelkyni nemá, ale rád by se s někým seznámil.

### **2.6.10 Stres a zátěžové situace**

Pacient uvádí, že si nepamatuje, že by někdy ve svém životě úzkost nepociťoval. Kam jeho paměť sahá, neustále se stresoval z toho, jak působí na ostatní, co si o něm budou myslet, ze svých studijních a nyní i pracovních

výkonů. Zde ve stacionáři se učí s těmito pro něj zátěžovými situacemi vyrovnat a zaujmout k nim zdravější postoj. Je rozhodnut bojovat se svou nemocí.

### **2.6.11 Víra**

Pacient je nevěřící. Víra je pro něj ale – jak sám uvádí, důležitá. Mezi jeho hlavní cíle v léčení zde totiž patří naučit se věřit sám v sebe. Je pro něj také důležitá rodina, zdraví, škola, práce, kamarádi.

### **2.6.12 Jiné**

Sběr anamnézy proběhl nad očekávání pro oba příjemně. Zpočátku – po zběžném pročtení pacientovi dokumentace a seznámení s jeho diagnózou jsem se sběru obávala. Hlavně některých otázek typu sexualita, vyprazdňování – které jsou pro pacienta zvlášť choulostivé. Na pacientovi se však projevuje, že je v denním stacionáři již 2. týden a že aktivně, cílevědomě a s odhodláním pracuje na odstranění svých problémů. Účastní se veškerého programu a poctivě plní „domácí úkoly“. Má silnou motivaci – chce se vrátit do školy a vést konečně plnohodnotný život po všech stránkách. Uvědomuje si, že jej čeká ještě dlouhá cesta ke kýženému stavu, ale začíná být přesvědčen, že to zvládne.

## **2.7 Problémy pacienta**

- úzkost
- bolest akutní stupně č. 3
- spánek porušený
- zábava a rekreace nedostatek
- sebeúcta porušená
- společenská interakce porušená

- neznalost potřeba poučení

## **2.8 Ošetrovatelské diagnózy seřazené podle priorit pacienta**

1. Úzkost panická z důvodu základního onemocnění projevující se subjektivně nervozitou, suchostí v ústech, nauzeou, průjmem, objektivně neklidem, třesem rukou.
2. Spánek porušený z důvodu obav o svou budoucnost projevující se nekvalitním spánkem, častým buzením během noci a únavou ve dne.
3. Zábava a rekreace nedostatek z důvodu základního onemocnění projevující se nezájmem o volno - časové aktivity a výmluvami na nedostatek času.
4. Sebeúcta chronicky nízká z důvodu základního onemocnění projevující se pocitem trapnosti, neschopnosti v určitých sociálních situacích, nedostatečným odměňováním sebe sama.
5. Společenská interakce porušená, z důvodu obav v sociálních situacích, projevující se verbalizací, nervozitou, zvýšeným napětím.
6. Bolest akutní stupně č. 3 z důvodu vystavení se obávaným situacím, projevující se tlakem v oblasti žaludku.
7. Neznalost potřeba poučení z důvodu problémů v oblasti verbální a neverbální komunikace projevující se tišší řečí, nedostatkem očního kontaktu, neschopností vyjadřovat a přijímat kritiku.

## **2.9 Rozpracované diagnózy v závislosti na čase, cíle, výsledná kritéria, plánování, realizace a hodnocení**

### **2.9.1 Den první**

Během prvního dne jsem si přečetla dokumentaci pacienta, seznámila se s ním a získala všechny potřebné vstupní informace k sepsání ošetřovatelské anamnézy. Následně jsem sestavila 7 ošetřovatelských diagnóz, na které jsem se od prvního dne zaměřila.

#### **Ošetřovatelská diagnóza č. 1**

Úzkost panická z důvodu základního onemocnění projevující se v určitých sociálních situacích nervozitou, suchostí v ústech, nauzeou, průjemem, neklidem, třesem rukou.

Cíl dlouhodobý: Pacient má odstraněnu úzkost na nejnižší možnou míru do 14 dní v maximální možné míře.

Cíl krátkodobý: Pacient zná příčinu své úzkosti do 1 týdne.

Výsledná kritéria: Pacient umí rozpoznat situace, ve kterých úzkost pociťuje do 3 dnů.

Pacient verbalizuje snížení nervozity do 3 dnů.

Pacient nepociťuje suchost v ústech do 3 dnů.

Pacient netrpí nauzeou do 3 dnů.

Pacient má fyziologické vyprazdňování do 3 dnů.

Pacient je klidnější do 3 dnů.

Pacient má zmírněn třes rukou do 3 dnů.



Plánování: Vyslechni pacientovy stesky a projev porozumění jeho stavu, ošetřující sestra ihned.

Pouč pacienta o příčinách jeho úzkosti, ošetřující sestra do 24 hodin.

Sepiš s pacientem seznam fobických situací, ošetřující sestra do 48 hodin (viz příloha č. 1).

Vysvětli pacientovi souvislost mezi pociťovanou úzkostí a fyzickými reakcemi, primární sestra do 24 hodin.

Sestav s pacientem Bludný kruh, ošetřující sestra do 48 hodin (viz příloha č. 2).

Vyplň s pacientem Liebowitzovu stupnici příznaků sociální fobie, ošetřující sestra do 24 hodin (viz příloha č. 3).

Realizace: Vyslechla jsem pacientovy stesky a projevila porozumění jeho stavu.

Poučila jsem pacienta o příčinách jeho úzkosti, o souvislosti mezi úzkostí a fyzickými reakcemi.

Začala jsem s pacientem sepisovat seznam fobických situací, ve kterých úzkost pociťuje (viz příloha č. 1).

Vyplnila jsem s pacientem Liebowitzovu stupnici příznaků sociální fobie. (viz příloha č. 3).

Hodnocení: Cíl se zatím nesplnil. Pacient příčinu svých úzkostí plně nechápe, a všechny její příznaky přetrvávají.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 2**

Spánek porušený z důvodu obav o svou budoucnost projevující se nekvalitním spánkem, častým buzením během noci a únavou během dne.

Cíl dlouhodobý: Pacient má fyziologický spánek do 1 týdne.

Cíl krátkodobý: Pacient má zlepšenou kvalitu spánku do 3 dnů.

Výsledná kritéria: Pacient zná příčiny zhoršeného spánku do 24 hodin.

Pacient verbalizuje zlepšení spánku do 3 dnů.

Pacient přes den nepocítuje únavu do 3 dnů.

Plánování: Pouč pacienta o příčinách jeho nekvalitního spánku, ošetřující sestra ihned.

Navrhni pacientovi příjemné aktivity, kterými se před spánkem může zklidnit (četba literatury, relaxace), ošetřující sestra do 24 hodin.

Vysvětli pacientovi nevhodnost spánku během dne, ošetřující sestra do 24 hodin.

Ujistí se, zda pacient zná pravidla užívání léku Neurol, ošetřující sestra do 24 hodin.

Realizace: Poučila jsem pacienta o příčinách jeho problémů se spánkem.

Navrhla jsem pacientovi příjemné aktivity, kterým se bude věnovat před ulehnutím (relaxace, zklidnění dechu, četba).

Vysvětlila jsem pacientovi možný negativní vliv jeho spánku přes den.

Zjistila jsem úroveň znalostí pacienta o pravidlech užívání léku Neurol.

Hodnocení: Cíl se splnil částečně. Pacient chápe příčiny svého nekvalitního spánku. Jsme domluveni, že další den ráno mi podá zprávu o průběhu noci.

### **Ošetřovatelská diagnóza č. 3**

Zábava a rekreace nedostatek z důvodu základního onemocnění projevující se nezájmem o volno - časové aktivity a výmluvami na nedostatek času.

Cíl dlouhodobý: Pacient se aktivně účastní volnočasových aktivit do 3 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacient zařadí do svého programu 2 volnočasové aktivity do 1 týdne.

Výsledná kritéria: Pacient má zájem o volnočasové aktivity do 24 hodin.

Pacient zná význam a důležitost volnočasových aktivit pro svůj život do 48 hodin.

Pacient půjde do kina, do 3 dnů.

Pacient si vymezí čas 1x týdně na cvičení v posilovně do 1 týdne.

Pacient naplánuje výlet do přírody, do 1 týdne.

Plánování: Poskytni pacientovi list se seznamem příjemných aktivit, ošetřující sestra do 24 hodin.

Pouč pacienta o vhodnosti zařadit příjemné aktivity do jeho života, ošetřující sestra do 48 hodin.

Naplánuj s pacientem návštěvu kina, ošetřující sestra do 3 dnů.

Realizace: Vysvětlila jsem pacientovi, jaký přínos pro něj mají příjemné aktivity, poskytla jsem mu list se seznamem příjemných aktivit (příloha č.4) a společně jsme si tento list prošli.

Hodnocení: Cíl se splnil částečně. Pacient zná důvody k zařazení volno - časových aktivit, jeví o ně větší zájem, neví ale, jak si na ně ve svém denním programu vymezit čas.

#### **Ošetřovatelská diagnóza č. 4**

Sebeúcta chronicky nízká z důvodu základního onemocnění projevující se pocitem trapnosti a neschopnosti v určitých sociálních situacích, nedostatečným odměňováním sebe sama.

Cíl dlouhodobý: Pacient má zvýšenou sebeúctu do 3 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacient si uvědomuje příčiny nízké sebeúcty do 1 týdne.

Výsledná kritéria: Pacient je schopen vyjmenovat své schopnosti do 3 dnů.

Pacient se necítí „trapný“ alespoň v 1 sociální situaci (jíst a pít se spolupacienty) do 1 týdne.

Pacient se cítí zdatnější v sociální situaci (jíst a pít se spolupacienty) do 1 týdne.

Pacient se odměňuje za dosažené úspěchy do 1 týdne.

Pacient chápe nereálnost svých přesvědčení do 1 týdne.

Plánování: Pouč pacienta o tom, co snižuje a co naopak může zvyšovat sebevědomí, ošetřující sestra do 24 hodin.

Projev pacientovi uznání, kdykoliv se mu něco povede, ošetřující sestra průběžně.

Sestav s pacientem list životní nastavení I., ošetřující sestra do 1 týdne.

Realizace: Probrala jsem s pacientem list Zdroje sebevědomí a Zdroje nízkého sebevědomí (viz příloha č. 6, 7).

Hodnocení: Cíl se zatím nesplnil. Pacient si přečetl listy Zdroje sebevědomí a Zdroje nízkého sebevědomí. Zatím ovšem nedokáže vyjmenovat své schopnosti. Potřebuje prý víc času na přemýšlení, protože otázky typu „V čem jsem dobrý?“ si nikdy předtím nepoložil.

### **Ošetrovatelská diagnóza č. 5**

Společenská interakce porušená z důvodu obav v sociálních situacích projevující se verbalizací, nervozitou, zvýšeným napětím.

Cíl dlouhodobý: Pacient má zlepšenou společenskou interakci do 3 týdnů v maximální možné míře.

Cíl krátkodobý: Pacient zná příčiny porušené společenské interakce do 1 týdne.

Výsledná kritéria: Pacient si uvědomuje všechny sociální situace, ve kterých pociťuje obavy do 48 hodin.

Pacient verbalizuje snížení obav alespoň v 1 sociální situaci (jít na oběd s lidmi v práci) do 1 týdne

Pacient konstatuje snížení napětí do 1 týdne.

Pacient je schopen zachytit své myšlenky během obávaných situací do 1 týdne.

Plánování: Vysvětlí pacientovi souvislost mezi jeho obavami v sociálních situacích a úzkostí, které v těchto situacích pociťuje (snaž se o propojení této diagnózy s ošetřovatelskou diagnózou č. 1), ošetřující sestra do 48 hodin.

Vysvětlí pacientovi význam slova Automatická negativní myšlenka, ošetřující sestra do 4 dnů.

Nauč pacienta vhodnou relaxační techniku k odstranění napětí během obávaných situací, ošetřující sestra do 1 týdne.

Vyber s pacientem 1 z obávaných situací a zmapuj na ni jeho automatické negativní myšlenky, ošetřující sestra do 1 týdne.

Realizace: Využila jsem materiálů použitých v diagnóze č. 1 (viz příloha č. 1, 3) a vysvětlila jsem pacientovi souvislost mezi obavami a úzkostmi.

Hodnocení: Cíl se zatím nesplnil. Pacient si plně neuvědomuje všechny obávané situace.

### **Diagnóza č. 6**

Bolest akutní stupně č. 3 z důvodu vystavení se obávaným situacím projevující se tlakem v oblasti žaludku.

Cíl dlouhodobý: Pacient má odstraněnu bolest do 1 týdne.

Cíl krátkodobý: Pacient má zmírněnu bolest ze stupně č. 3 na stupeň č. 1 do 48 hodin.

Výsledná kritéria: Pacient zná příčinu své bolesti, ihned.  
Pacient zná souvislost mezi tlakem v oblasti žaludku a psychickými prožitky, ihned.  
Pacient ovládá relaxační techniku ke zmírnění bolesti do 1 týdne.

Plánování: Sestav s pacientem škálu bolesti se stupnicí 0-žádná bolest, 5-největší možná bolest, ošetřující sestra ihned.  
Pouč pacienta o příčinách jeho bolestí, ošetřující sestra ihned.  
Nauč pacienta vhodnou relaxační techniku, ošetřující sestra do 48 hodin.

Realizace: Sestavila jsem s pacientem škálu ke sledování bolesti, poučila jej o příčinách jeho bolestí.

Hodnocení: Cíl se zatím nesplnil. Pacient plně nechápe souvislost mezi tlakem v oblasti žaludku a psychickými prožitky. Přijde mu divné, aby se psychika natolik prolínala s fyzickým prožíváním, že by to vyústilo v bolest žaludku.

### **Diagnóza č. 7**

Neznalost potřeba poučení z důvodu problémů v oblasti verbální a neverbální komunikace projevující se tišší řečí, nedostatkem očního kontaktu, neschopností vyjadřovat a přijímat kritiku.

Cíl dlouhodobý: Pacient ovládá techniky asertivní komunikace (do 3 týdnů).

Cíl krátkodobý: Pacient projevuje zájem naučit se asertivní komunikaci (do 1 týdne).

Výsledná kritéria: Pacient rozumí pojmu asertivní komunikace do 48 hodin.  
Pacient mluví dostatečně hlasitou řečí do 1 týdne.  
Pacientovi nečiní potíže oční kontakt do 1 týdne.  
Pacient je schopen vyjadřovat kritiku do 1 týdne.

Pacient je schopen přijímat kritiku do 1 týdne.

Plánování: Vysvětlí pacientovi pojem asertivní komunikace a její principy, ošetřující sestra do 48 hodin.

Oceň pacientovu snahu, ošetřující sestra průběžně.

Nacvičuj s pacientem přijímání a vyjadřování kritiky, ošetřující sestra do 1 týdne.

Veď pacienta k tomu, aby si tyto dovednosti procvičoval se spolupacienty, ošetřující sestra do 1 týdne.

Trénuj s pacientem oční kontakt, ošetřující sestra do 1 týdne.

Povzbuzuj pacienta k hlasitější řeči, ošetřující sestra do 1 týdne.

Realizace: Vysvětlila jsem pacientovi pojem asertivní komunikace.

Hodnocení: Cíl se splnil částečně. Pacient projevil zájem dozvědět se více o asertivní komunikaci.

## 2.9.2 Den druhý

Druhý den ráno po svém příchodu na oddělení jsem zjišťovala, jak se pacientovi vede a k jakým změnám došlo ve stanovených diagnózách.

**Diagnóza č. 1.** Dokončila jsem s pacientem seznam situací, v kterých pociťuje úzkost. Začala jsem s pacientem sestavovat Bludný kruh (viz příloha č. 2) k lepšímu pochopení vztahu situace – úzkost. Cíl se zatím nesplnil.

**Diagnóza č. 2.** Pacient se během noci probudil 2x. Příjemnou aktivitu před ulehnutím nevykonal, lék Neurol, který mu byl předepsán k užití před spaním neužil.

**Diagnóza č. 3.** S pacientem jsem vybrali příjemnou aktivitu, které se bude věnovat před ulehnutím ke spánku – četba knihy.

**Diagnóza č. 4.** Opět jsme s pacientem hovořili o listech týkajících se sebevědomí z předešlého dne. Pacient se snažil uvést, jak by své sebevědomí mohl navýšit a připadat si méně trapně a neschopně.

**Diagnóza č. 5.** Pacient již zná všechny sociální situace, ve kterých pociťuje obavy.

**Diagnóza č. 6.** Pacient začíná chápat propojení jeho bolesti v oblasti žaludku a psychických prožitků.

**Diagnóza č. 7.** Navrhla jsem pacientovi, aby si pro bližší pochopení asertivní komunikace zakoupil knihu *Asertivně do života* (Novák, Capponi). Pacient tak ještě dnes učiní.

## **Den třetí**

**Diagnóza č. 1.** Pacient má sestaven Bludný kruh, je si vědom všech situací, v kterých pociťuje úzkost. Úzkost a všechny projevy s ní související pociťuje nadále. Z výsledných kritérií bylo splněno zatím jediné: Pacient umí rozpoznat situace, ve kterých úzkost pociťuje. Proto jsem stanovila kritérium nové: Pacient umí pracovat s Bludným kruhem do 48 hodin.

**Diagnóza č. 2.** Pacient před spaním vykonal příjemnou aktivitu (četl si knihu). Lék neužil. Spal celou noc. Konstatuje zlepšení spánku, cítí se odpočatý. Cíl i výsledná kritéria byla splněna.

**Diagnóza č. 3.** Pacientovi naplánovaná aktivita z minulého dne (četba knihy) pomohla k usnutí. Pacient si nyní uvědomuje význam příjemných aktivit. Naplánoval na dnešní večer návštěvu kina se svým kamarádem.

**Diagnóza č. 4.** Pacient uvedl v čem se cítí schopný, co zná, jaké má dobré vlastnosti. Žádosti o zapsání těchto skutečností do listu *Zdroje sebevědomí* však nevyhověl, souhlasil ovšem, že mi je nadiktuje a já je podle jeho slov



zaznamenám. Pacient dále uvádí, že má dnes ze sebe dobrý pocit. Povedlo se mu splnit zadaný „úkol“: naplánoval si příjemnou aktivitu, díky které navíc spal klidně celou noc.

**Diagnóza č. 5.** Vysvětlila jsem pacientovi co znamená automatická negativní myšlenka. Pacient dostal za „úkol“ během dne své automatické myšlenky zaznamenat.

**Diagnóza č. 6.** Díky sestavenému Bludnému kruhu a díky znalostem týkajících se automatických negativních myšlenek pacient plně chápe příčiny své bolesti. Projevil zájem se v příštím dni dozvědět více o relaxačních technikách.

**Diagnóza č. 7.** Pacient si s sebou do stacionáře přinesl zakoupenou publikaci a společně jsme si ji prohlédli. Začali jsme rozdělením verbální a neverbální komunikace. Pacienta tyto „přednášky“ baví a sám od sebe začíná zkoušet nejprve na mně a poté na spolupacientech některé techniky. Zkouší přijímat kritiku. Jde mu to mnohem lépe než kritiku poskytovat. Červená se u toho, neudrží oční kontakt, hovoří tiše. Dostává se mu zpětné vazby a rad od pacientů, kteří jsou v poskytování kritiky již dále než on. Ve skupině panuje příjemná a uvolněná atmosféra. Pacient si dal za cíl, že dnes večer až půjde do kina s kamarádem, řekne mu nějakou drobnou kritiku. Další den na komunitě nám podá zprávu, jak se mu to podařilo a jaké u toho měl pocity.

### 2.9.3 Den čtvrtý

**Diagnóza č. 1.** Pacient pracuje s Bludným kruhem úzkosti, učí se jej propojovat s automatickými negativními myšlenkami.

**Diagnóza č. 3.** Pacient byl v kině se svým kamarádem, říká, že pocíťoval zpočátku nervozitu, ale nakonec se mu to velmi líbilo a byl spokojený. Má ze zvládnutí této aktivity radost. Dnes si naplánoval další příjemné aktivity. Kromě výletu do přírody, který uskuteční s kamarádem v neděli, provedl rozbor svého

týdenního programu a vymezil si v něm čas na posilovnu – každé pondělí v odpoledních hodinách. Cíl i výsledná kritéria byla splněna.

**Diagnóza č. 4.** Vyplnila jsem s pacientem list Životní nastavení (viz příloha č. 5). Poté jsme nad jeho současnými přesvědčeními společně přemýšleli a pacient sám uznal, že jsou přehnaná a je potřeba je do budoucna přehodnotit. Byl pyšný na to, jak zvládl jít se svým kamarádem do kina. Dnes má v plánu se za to odměnit dobrým jídlem.

**Diagnóza č. 5.** Pacient si vybral jednu automatickou negativní myšlenku. Týkala se situace, kdy má jít na oběd se svými spolupracovníky. Tuto myšlenku jsme propojili s Bludným kruhem (viz příloha č. 2). Na situaci „měl jsem jít na oběd v práci“ jsme pracovali s pacientovou automatickou myšlenkou, snažili jsme se pomocí listů (viz příloha č. 9, 10) otestovat tuto myšlenku a dále s ní pracovat. Pacient se velmi snažil, je však třeba, aby toto nadále trénoval.

**Diagnóza č. 6.** Vybrala jsem pro pacienta vhodnou relaxační techniku (viz příloha č. 14). Poučila jsem ho, v jakých situacích je vhodné ji používat. Pacient je rozhodnut naučit se ji.

**Diagnóza č. 7.** Dle dohody ráno na komunitě pacient informuje o své kritice kamaráda. Hovoří otevřeně o tom, jak byl nervózní a napjatý, když měl kritizovat. Nakonec prý řekl kamarádovi: „Jsem velmi rád, že jsme šli spolu do kina, nelíbila se mi ale komedie, kterou jsi vybral. Co kdybych příště vybral film já?“ Spolupacienti i personál oceňuje tuto pacientovu kritiku. Je konstruktivní, nabízí řešení a zároveň obsahuje pozitivní aspekt – pacient vyjádřil radost z toho, že šel s kamarádem do kina.

## 2.9.4 Den pátý

**Diagnóza č. 1.** Pacient má potřebné znalosti a dovednosti k postupnému odstranění úzkosti.

Cíl se splnil částečně. Úzkost a její příznaky přetrvávají, ke splnění cíle a výsledných kritérií byl stanoven nedostatečný časový limit. Terapie bude nadále pokračovat.

**Diagnóza č. 4.** Pacient dokáže již s větší jistotou v hlase vyjmenovat v čem na sebe může být pyšný. Navíc má radost z toho, že se mu povedla obávaná sociální situace – zvládl oběd se spolupacienty. Zároveň si uvědomuje, že své sebevědomí musí do budoucna posilovat. Cíl i výsledná kritéria se splnila.

**Diagnóza č. 5.** Pacient projevil zájem vyzkoušet si expozici v imaginaci (viz příloha č. 11). Expozice se týká jeho obav z přednášení před ostatními ve škole. Domnívala jsem se, že bude lepší trénovat automatické negativní myšlenky, jelikož práci s nimi ještě plně neovládá, pacient však vyjádřil silnou potřebu expozici v představách vyzkoušet. Během představ byl rozrušený, proto nakonec souhlasil, že se vrátíme k práci s automatickými myšlenkami.

Cíl se splnil částečně. Pacient si uvědomuje všechny sociální situace, ve kterých pociťuje obavy, je schopen zachytit své myšlenky během těchto situací a pomocí „návodu“ je testovat a snažit se o jejich přetváření. Napětí a obavy však nadále přetrvávají. Terapie bude pokračovat.

**Diagnóza č. 6.** Pacient začíná trénovat relaxaci. Zatím ale se nedokáže plně uvolnit. Cíl se splnil částečně.

**Diagnóza č. 7.** Pacient pokračuje v umění kritizovat někoho. Tentokrát jsem ho požádala, aby kritizoval něco na mně. Bylo to pro něj těžké. Museli jsme nejdříve situaci převést v žert, aby to pro něj bylo snazší. Nakonec zkritizoval mé písmo. Přijde mu málo úhledné. Ocenila jsem pacientovu odvahu.

Cíl se splnil částečně. Pacient udělal za týden velký pokrok v oblasti verbální i neverbální komunikace. Má snahu udržet oční kontakt, mluvit hlasitěji. Daří se mu to částečně. Dokáže přijímat a vyjadřovat kritiku. Terapie pokračuje.

## **2.10 Zhodnocení ošetrovatelské péče**

Pacient P. D. byl přijat do denního stacionáře z důvodu vystupňování příznaků sociální fobie, které mu zasahují čím dál více do jeho soukromého, studijního, pracovního života. Během své stáže jsem u tohoto pacienta sepsala anamnézu dle M. Gordonové a stanovila ošetrovatelské diagnózy uvedené výše. S pacientem se mi velmi dobře spolupracovalo.

Od prvního dne projevoval zájem o řešení svých problémů a byl motivován k léčbě. Při plánování a následné realizaci ošetrovatelských diagnóz docházelo velmi často k jejich vzájemnému prolínání. Je to dáno základními příznaky, kterými se sociální fobie projevuje. Všechny ošetrovatelské diagnózy, které jsem u pacienta sestavila měly společný prvek a tou je úzkost. Úzkost ovlivňuje jak pacientovo tělesné prožívání, tak jeho chování a pocity. Za velký úspěch považuji, že se problém se spánkem a s nedostatkem volno - časových aktivit podařilo zcela odstranit. Ošetrovatelská diagnóza č. 4, která se týká pacientovy chronicky nízké sebeúcty byla také odstraněna. U ostatních ošetrovatelských diagnóz došlo k částečnému splnění jak výsledných kritérií, tak stanovených cílů. K tomu, aby se zcela vyrušily, byl stanoven příliš krátký časový interval. Pacient však ovládá všechny potřebné techniky k tomu, aby během zbývajících 5 týdnů léčby své problémy s pomocí terapeutického personálu zvládl.

## **2.11 Prognóza onemocnění**

Během své stáže v PCP jsem měla možnost blíže se s pacientem seznámit. Zapůsobil na mne velmi kladně, je odhodlán a motivován k léčbě. Jak již bylo zmíněno, 3 ze 7 pacientových problémů byly odstraněny a na odstranění zbylých bude pacient společně s terapeutickým týmem nadále pracovat. Pokud vydrží jeho nadšení a odhodlání jsem přesvědčena, že i tyto problémy se odstraní a že se pacient navrátí do plnohodnotného života. Přeji mu hodně úspěchu a zdaru na jeho cestě k vytýčenému cíli.

## 2.12 Informovanost rodiny a pacientova okolí

Je důležité uvést, jak může osobě, která se s touto poruchou potýká pomoci rodina a jeho okolí.

Rodina a přátelé by neměli umožnit pacientovi vyhýbat se obávaným situacím, nechat na sebe přenášet zodpovědnost za pacientův život. Je logické, že blízcí lidé chtějí nemocnému co nejvíce ulehčit jeho trápení, ale v tomto případě by převzetí odpovědnosti mělo opačný efekt a to utvrzení pacienta o jeho neschopnosti zvládnout samostatně situace, v kterých cítí úzkost a následně snížení jeho sebevědomí. Naopak je důležité ocenit každý, byť i nepatrný pokrok a snahu pacienta vystavovat se nepříjemným expozicím.

Neodrazovat pacienta od užívání léků, které lékař předepsal. Ve společnosti přetrvává řada mýtů spojená s užíváním antidepresiv. (Např. „Jen blázni užívají antidepresiva“). Není to pravda a tento přístup může pacienta jen poškodit a přivést ho k pochybám o smysluplnosti farmakologické léčby. Navíc věty typu „Jen blázni užívají antidepresiva“ vyvolávají v pacientovi pocity méněcennosti a ubírají mu na sebevědomí.

Rodina a blízcí by měli mít na paměti, že léčba úzkostí- ať již formou psychoterapie či léků - je dlouhodobá – řádově několik týdnů i měsíců, a po celou tuto dobu potřebuje pacient jejich porozumění, povzbuzení a v neposlední řadě trpělivost. Důležité je posilovat pacientovo odhodlání v léčení – ne pokaždé se expozice vydaří, ne pokaždé se úzkost v expozici zmírní a v takových případech nemocný ztrácí v uzdravení víru.

Podporovat nemocného v jeho zálibách. Občas to může být problém, protože díky vyčerpávajícím stavům úzkostí už pacient nemá sílu na koníčky, kterým se dříve věnoval. Velmi vhodné je motivovat pacienta ke sportu. Je prokázáno, že sportovní aktivita 3x – 4x týdně při dosažení tepu minimálně 110-130 tepů/min pomáhá snižovat úzkost, zvětšuje sebevědomí a vlastní spokojenost. Úzkostní pacienti mají rovněž problémy se spánkem, které přiměřená a vhodná sportovní aktivita pomáhá regulovat a odstranit.

## **Závěr**

Při péči o pacienta s diagnózou sociální fobie se mi potvrdila hypotéza nutnosti správně zvolené ošetrovatelské péče, ale také to, že samotná léčba léky je v případě těchto psychických poruch nedostatečná. Nejlepšího výsledku se dosahuje v kombinaci léčby antidepresivy a vhodně zvolenou psychoterapií – v tomto případě kognitivně behaviorální terapií. Získáním zkušeností při práci s pacientem jsem zjistila, jak velmi nutné je pravidelně a cíleně pracovat s pacientem na odbourání jeho problémů. Nejprve je nutné vše pacientovi objasnit a být připraven poskytnout mu ochotně odpovědi na jeho otázky. Je nutné pacienta neustále podporovat v tom, aby se naučil odměňovat za drobné úspěchy a tím si budoval patřičnou sebedůvěru, která je typicky u osob trpících touto chorobou značně snižená. Je důležité, aby se pacient naučil otevřít a nebát se okolního světa, ve kterém žije. To je možné pouze pravidelným a opakovaným nacvičováním obávaných sociálních situací, přehodnocením stereotypních automatických myšlenek a černobílého vidění světa očima pacienta. Vše není buďto špatné nebo dobré. Pacient se musí naučit žít sám se sebou. Akceptovat se takový jaký je. Je nutné si v dnešní uspěchané době plně stresu udělat čas na příjemné aktivity, které naši mysl rozptýlí a obohatí ji o jiný rozměr.

V neposlední řadě je potřeba obklopit se lidmi, které máme rádi a kteří mají rádi nás a přijímají nás se všemi našimi klady i zápory. Z tohoto důvodu jsem věnovala podkapitolu v praktické části pacientově rodině a blízkému okolí. Myslím si, že rodinné zázemí hraje podstatnou roli při léčbě sociální fobie.

Mým cílem bylo podat ucelený přehled o problematice úzkostně fobických poruch a tím přispět k odtabuizování tohoto tématu. Stále se totiž ještě setkáváme s lidmi, kteří odbornou pomoc psychiatra berou jako projev slaboštví a neschopnosti postiženého řešit své problémy sám. Snažila jsem se přiblížit princip práce sestry na oddělení, které se léčbou úzkostně fobických poruch zabývá.

Domnívám se, že cíl mé práce byl splněn a že práce dodává rámcový komplex informací o problematice sociální fobie a její léčbě.

## Seznam použité literatury

1. BECK, A. T.: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin Books, 1991. ISBN 9780140156898
2. CUNGI, CH.; LIMOUSIN, S.: *Relaxace v každodenním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-948-8
3. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 2001. ISBN 80-247-0242-8
4. FOUCAULT, M.: *Dějiny šílenství*. Praha: nakladatelství Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2
5. GREENBERGER, D.; PADESKY CH. E.: *Na emoce s rozumem*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-742-6
6. HARTL, P.: *Psychologický slovník*. Praha: nakladatelství Budka, 1993. ISBN 80-90 15 49-0-5
7. HERMAN, E.; PRAŠKO, J.; SEIFERTO VÁ, D.: *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-903708-9-0, Galén. ISBN 978-80-7262-498-0.
8. HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J.: *Psychiatrie*.1. vyd. Praha: Tigris, spol. s r. o., 2002. ISBN 80-900130-1-5
9. HONZÁK, R.; NOVOTNÁ, V.: *Jak se dobře cítit mezi lidmi*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-772-9
10. KLENER, P. et al.: *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-430-X, Karolinum. ISBN 80-246-152-6
11. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. ISBN 80-247-0179-0
12. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1284-9
13. MIKULAŠTÍK, M.: *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2003. ISBN 80-247-0650-4
14. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M.: *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1151-6

15. MARTÍNKOVÁ, J. a kolektiv.: *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1356-4
16. MASTILIAKOVÁ, D.: *Úvod do ošetrovatelství, Systémový přístup, 1. díl*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2004. ISBN 80-246-0429-9
17. NEJEDLÁ, M.: *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1150-8
18. NOVÁK, T.; CAPPONI, V.: *Asertivně do života. 2. vyd.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. ISBN 80-247-0989-9
19. PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 80-247-1211-3
20. PRAŠKO, J.: *Jak vybudovat a posílit sebedůvěru*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1352-6
21. PRAŠKO, J.: *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, s. r. o., 2005. ISBN 80-7178-997-6
22. PRAŠKO, J.; KOSOVÁ, J.: *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-85875-46-2
23. PRAŠKO, J.; KOSOVÁ, J.; PAŠKOVÁ, B.; SEIFERTOVÁ, D.: *Sociální fobie a její léčba. Příručka pro vedení terapie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998, Zprávy č. 147. ISBN 80-85121-90-5
24. PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H.: *Trápí vás nadměrný stud aneb jak překonat sociální fobii*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-733-8
25. SIKORA, J.; FIŠAR, Z.: *Neurobiologie duševních poruch*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-015-0
26. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. ISBN 80-7013-324-4
27. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kolektiv. *Velký lékařský slovník. 5. vyd.* Praha: MAXDORF, 2005. ISBN 80-7345-058-5
28. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (přeloženo z anglického originálu) Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-44-1



29. WILKINSON, J.; CANTER, S.: *Social skills training manual: assesement, programme design and management of training*. 1. edition. New Jersey: John Wiley and Sons Ltd., 1982. ISBN 0471100676

**Ostatní zdroje:**

1. Praško, J., Kosová J., Pašková, B., Klaschka, J., Seifertová, D., Šípek, J., Prašková, H.: *Farmakoterapie a/verzus KBT v léčbě sociální fobie – kontrolovaná studie s dvouletou katamnézou*. In: Česká a Slovenská psychiatrie, 1999, č. 1, s. 13 – 19. ISSN: 1211-7579
2. Pidrman, V., Bouček, J.: *Farmakoterapie sociální fobie*. In: Psychiatrie pro praxi, 2001, č. 2, s. 85. ISSN: 11213-0508
3. Malát, Z.: *Diagnóza: úzkost*. In: Sestra, 2004, č. 10. Příloha Tematický sešit, č. 141, s. 31 – 32. ISSN: 1210-0404
4. Zdražilová, V.: *Ošetrovatelský proces u pacienta s anxiózní poruchou*. In: Sestra, 2005, č. 12. Příloha Tematický sešit, č. 167, s. 41-42. ISSN: 1210-0404

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1	Užívané léky	s. 35
Tabulka č. 2	Účinky léků	s. 38
Tabulka č. 3	Biochemická a hematologická vyšetření	s. 41

## Seznam příloh

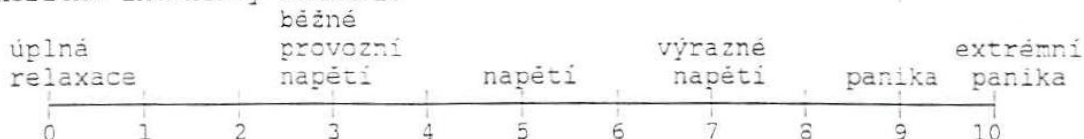
- Příloha č. 1 Seznam fobických situací
- Příloha č. 2 Bludný kruh I
- Příloha č. 3 Liebowitzova stupnice příznaků sociální fobie
- Příloha č. 4 Příjemné aktivity
- Příloha č. 5 Životní nastavení I
- Příloha č. 6 Zdroje sebevědomí
- Příloha č. 7 Zdroje nízkého sebevědomí
- Příloha č. 8 Denní záznam ANM
- Příloha č. 9 Testovací otázky
- Příloha č. 10 Dialog s negativními myšlenkami
- Příloha č. 11 Expozice v imaginaci
- Příloha č. 12 Relaxace



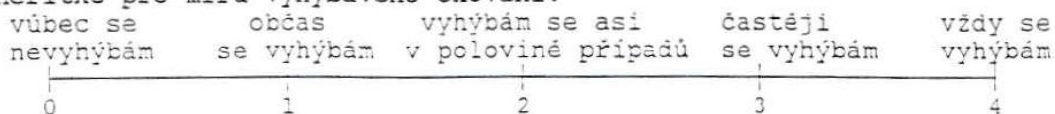
## SEZNAM FOBICKÝCH SITUACÍ

Vytvořte seznam situací, ve kterých pravidelně podléháte panice, strachu nebo silné úzkosti a/nebo kterým se pravidelně vyhýbáte:

Měřítko intenzity úzkosti:



Měřítko pro míru vyhýbavého chování:



SITUACE: popište konkrétně	Intenzita úzkosti při při expozici	Míra vyhýbavého chování
(1) <i>číst počítač na veřejnosti (v práci, venku), hlavně v práci Pit - to samo</i>	8	4
(2) <i>rodinný s autou (autou/autem v práci) např. <del>např.</del></i>	4	4
(3) <i>Přednášet něco před ostatními (ve škole v práci)</i>	9	4
(4) <i>Navštívit rodinný s rotovým kolem rovnou</i>	8	4
(5) <i>zavít se kavit s kolečkem a převít ji rovnou</i>	8-9	4
(6) <i>číst rotovou řu s ulem rovnou to si myslím něco jiného</i>	8-9	4
(7) <i>Když na mě někdo kouká; třeba když vstávám do místnosti (to to "by") jako poslední, až zkončí</i>	9	4
(8) <i>Koukat rovnou do očí /koušit s kolkem)</i>	9	4
(9) <i>zrovna rovnou ale určitě další!</i>		

**BLUDNÝ KRUH I**

Zkuste zmapovat Váš stav nepohody ( úzkosti, smutku, ...)

SPOUŠTĚČ	YH na oběd se spolupracovníky káma.
MYŠLENKY	Zhrnul jsem se tam, radši bych se si musím něco důležitějšího vyřídit / je to trapný - protože nemůžu, co si vyřídím). Jedli tam pizzy, všimnou si, že se mi klepou více, že nemůžu polknout sousto, pozvám se, budu na své konkat a říkat si, že jsem úplně neschopný, že určitě nemůžu!
EMOCE	úzkost vztek trapnost panika
FYZ. REAKCE	červeněl se bušela srdce tlak okolo žaludku, tres rukou
CHOVÁNÍ	vyhnu se tomu za každou cenu vynásil jsem si, že to je trapná vzhledem k tomu že nikam jdu a nemám hlad
POZITIVNÍ DŮSLEDKY	Když se mi podaří vymluvit se a vejít tam, je to ohromná úleva.
NEGATIVNÍ DŮSLEDKY	Připadám si mnohem neschopněji, smálem na sebe vztek. Přijde si většinou ještě víc. Co si počnu?

Příloha č. 3 Liebowitzova stupnice příznaků sociální fobie Materiál PCP

LIEBOWITZOVA STUPNICE PŘÍZNAKŮ SOCIÁLNÍ FOBIE

*Instrukce:* Všechny položky hodnotte podle toho, jak ste se cítil v průběhu posledního týdne, včetně dnešního dne. Pokud se některá ze situací v průběhu minulého týdne neobjevila, hodnotte podle svého přesvědčení, jak byste se zachoval v případě, že by jste se v dané situaci ocitl. Pro každou situaci hodnotte jak stupeň strachu, tak frekvenci s jakou se vyhýbáte dané situaci:

	1 žádný	2 mírný	3 střední	4 silný
S = strach nebo úzkost	I .....	I .....	I .....	I .....
	1 nikdy	2 příležitostně	3 často	4 obvykle
V = vyhýbavé chování	I .....	I .....	I .....	I .....

	S	V
1. Telefonování na veřejnosti	3	2
2. Účast v aktivitě malé skupiny	3	3
3. Jíst na veřejnosti	4	4
4. Pít na veřejnosti	4	4
5. Rozhovor s autoritou	4	4
6. Hrát, vystupovat nebo mluvit před publikem	4	4
7. Jít na večírek	3	2
8. Být pozorován při práci	3	1
9. Být pozorován při psaní	3	1
10. Telefonovat někomu, koho neznáte dobře	3	2
11. Setkat se s cizím člověkem	4	4
12. Močit na veřejném záchodě	3	2
13. Vstoupit do místnosti, když již ostatní sedí	4	4
14. Dostat se do centra pozornosti	4	4
15. Mluvit na schůzi bez předchozí přípravy	4	4
16. Podrobit se testu schopností, dovedností nebo znalostí	3	2
17. Vyjádřit nesouhlas nebo námitku člověku, kterého dobře neznáme	4	4
18. Dívat se přímo do očí někomu koho dobře neznáte	4	3
19. Přednést připravenou zprávu před skupinou	4	3
20. Dát si s někým schůzku za účelem navázání romantického nebo sexuálního vztahu	4	4
21. Vrátit zakoupenou věc v obchodě a žádat vrácení peněz	4	4
22. Pořádat večírek	2	2
23. Odolat nákupu prodejce, pojišťovacího agenta, dealera	2	1

<u>PŘÍJEMNÉ AKTIVITY</u>	
<p><b>Kultura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Číst - beletrii, filosofické, naučné spisy, Bibli, kroniky, poezii</li> <li>• Navštívit divadlo, kino, koncert, výstavu, ZOO</li> <li>• Jít na mši</li> <li>• Účastnit se vzdělávacích programů, jít na přednášku</li> <li>• Sledovat TV, video</li> <li>• Zahrát si společenskou hru (karty, v kostky, zábavné testy)</li> <li>• Napsat text, vymyslet báseň, povídku</li> <li>• Poslouchat hudbu nebo hrát na hudební nástroj</li> <li>• Věnovat se tanci</li> <li>• Účastnit se společenských akcí</li> </ul>	<p><b>Příroda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobyt na venkově, v přírodě</li> <li>• Plánovat výlety, prázdniny - jejich realizace</li> <li>• Pobývat na pláži, na koupališti</li> <li>• Chodit po horách, lézt po skalách</li> <li>• Stanovat</li> <li>• Hrát si na pisku</li> <li>• Dívat se na hvězdy, jak sněží, prší, na bouřku, mraky</li> <li>• Pozorovat oheň, udělat si táborák</li> <li>• Pozorovat přírodní scenérii</li> <li>• Pozorovat ptáky, zvířata</li> <li>• Starat se o zvířata</li> <li>• Práce na zahrádce</li> </ul>
<p><b>Vztahy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bavít druhé</li> <li>• Potkat, seznámit se s osobou stejného pohlaví</li> <li>• Setkat se starými přáteli</li> <li>• Udělat radost rodičům, rodině, příbuzným</li> <li>• Poobědvat s někým</li> <li>• Zpívat sám i ve skupině lidí</li> <li>• Začít rozhovor</li> <li>• Pomoci druhému</li> <li>• Potěšit se s dětmi, vnoučaty</li> <li>• Navštívit nemocné</li> <li>• Mít rande, dvořit se někomu</li> <li>• Psát dopisy a pohlednice, telefonovat</li> <li>• Pochválit někoho</li> <li>• Sex</li> </ul>	<p><b>Ostatní</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modlit se</li> <li>• Přestěhovat, vymalovat nebo vyzdobit svůj byt</li> <li>• Chodit nahý, bosý</li> <li>• Řídit auto, pracovat se strojem</li> <li>• Opravit poškozenou věc</li> <li>• Plánovat budoucnost</li> <li>• Řešit úlohy, křížovky, hádanky</li> <li>• Smát se</li> <li>• Kritizovat něco</li> <li>• Pečovat o zdraví (kontrola u zubaře, nové brýle, masáž, změnit dietu)</li> <li>• Pečovat o sebe (koupele, holení, péče o nehty, česání)</li> <li>• Ruční práce</li> <li>• Mluvit v cizí řeči</li> <li>• Zdřímnout si, relaxovat</li> <li>• Vařit, péct</li> <li>• Obléknout si nové šaty</li> <li>• Opalovat se</li> <li>• Organizovat něco</li> <li>• Zakouřit si</li> <li>• Poslouchat přirozené zvuky</li> <li>• Nakupovat</li> <li>• Fotografovat</li> <li>• Učit se něco nového</li> <li>• Plakat</li> <li>• Vzpomínat nad fotografiemi</li> <li>• Snít</li> </ul>
<p><b>Sport</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rozmlouvat o sportu</li> <li>• Chodit na sportovní utkání</li> <li>• Provozovat sport</li> <li>• Zúčastnit se sportovních soutěží</li> <li>• Navštívit sportovní centrum (posilovna, sauna ...)</li> <li>• Jízda na kole, na koni</li> <li>• Rybaření</li> <li>• Lov, střelba</li> <li>• Cvičení, jóga, běh</li> <li>• Hokej, pozemní hokej</li> <li>• Plavat, pádlovat, veslovat, windsurfing, vodní lyžování</li> <li>• Lyžování</li> <li>• Mičové hry (fotbal, volejbal, basketbal)</li> <li>• Tenis, badminton, minigolf</li> <li>• Hrát šachy</li> </ul>	



## ŽIVOTNÍ NASTAVENÍ I

*Nereálná přesvědčení podle Ellise a Becka:*

1. Je nutné, aby mě měli všichni rádi a oceňovali mě.
2. Má hodnota je určována především mými schopnostmi a úspěchy.
3. Když věci nejsou takové, jak si přeji, je to katastrofa.
4. Mé štěstí závisí na vnějších událostech, jež nemohu ovlivnit.
5. Nejlepším způsobem, jak zvládnout nepříjemnou událost, je stále na ni myslet.
6. Je lepší se životním nepříjemnostem a zodpovědnosti vyhnout, než se k nim postavit čelem.
7. a) Musím si udržet souhlas autorit, protože má existence je na nich závislá,  
b) nebo se musím opírat o někoho, kdo je silnější než já sám.
8. Mé současné chování je určeno převážně mojí minulostí.
9. Musím se zabývat problémy druhých lidí.
10. Každý problém má dokonalé řešení a to je potřeba vždy najít.
11. Musí se mi dařit vše, do čeho se pustím.
12. Nemohu žít bez blízkého partnera.
13. Musím si se vším poradit sám.
14. Musím být stále uvolněný a v pohodě.
15. Musím mít vše stále pod kontrolou, jinak se stane neštěstí.
16. Když mně lidé opravdu poznají, odmítnou mě.

### MÁ SOUČASNÁ OČEKÁVÁNÍ:

- a) Jaký musím být já – výkon, vztahy, moc:  
*mužej, usau'vapitel' se' d'přesnej' u'radu, vo' škole, po'jeannej, 'spravedlivej',  
zd'lavnej, ob'čijnej*
- b) Jací musí být ostatní:  
*uv'it', hodnej, p'č, j'innu, ob'čijnej, 'spravedliví'*
- c) Jaké musí být životní okolnosti:  
*po'zorně*

## ZDROJE SEBEVĚDOMÍ

O co mohu reálně opřít svoje sebevědomí?

Z čeho se může sebevědomí skládat:

### A / Schopnost být doopravdy tím , kdo jsem

- a) přímo a otevřeně vyjadřovat své pocity, potřeby a postoje
- b) přiznat si chyby a omyly bez nutkavých pocitů viny
- c) stát za svým názorem i proti názoru většiny
- d) změnit názor
- e) říkat „ne“ v situacích kdy to tak chci

### B / Důvěra v to, co dovedu (umím)

- a) dělat to, pro co se rozhodnu
- b) obstát ve svých povinnostech
- c) být s druhými, ale i sám se sebou
- d) obhájit si svá práva a svobody, aniž bych musel omezovat druhé
- e) postarat se o sebe, případně i o druhé lidi v základních životních situacích

### C / Schopnost prožívat

- a) mít rád sebe i druhé lidi
- b) prožívat a vnímat svůj život uspokojivě
- c) unášet nepříjemné situace (zklamání, frustrace, atd.)
- d) být pro sebe přijatelný, i když se mi nedaří
- e) umět prožívat příjemné situace (činnosti)
- f) respektovat všeobecně uznávané morální hodnoty

### D / Moje schopnosti:

dovednosti: *(ab jsem hodou aváťky)*  
*umím mluvit kurvata, posekat trávu, nastřpat dříví*

znalosti: *částečně angličtina, počítač, ekonomie a finanční a kapitálové  
 hry*

dobré vlastnosti: *hodový, citlivý, vyzkouším vsadit, malou vůli zvládat*

dobré zkušenosti z minulosti: *to si všimne nezapomenout*

můj zevnějšek (co se mi líbí): *nastřít trávu, dříví, oči,*

### **ZDROJE NÍZKÉHO SEBEVĚDOMÍ**

- A / perfekcionismus – nejsem takový, tak dokonalý, jak bych měl být
- B / pocit viny – přestoupil jsem to, či ono nařízení a nesu za to vinu
- C / stud a zahanbení – to či ono jsem udělal špatně a vyčítám si to
- D / pasivita – měl jsem to či ono udělat a neudělal jsem to
- E / zranění (psychické trauma) – jsem tím či oním ( vrozeným, zažitým,  
poznámenán
- F / nekompetence – jsem neschopen, neumím, nevím, neznám, nevím  
si rady, nedůvěra ve své možnosti a schopnosti
- G / odmítnutí – nepřijali mne mezi sebe, vyhostili mne, zbavili se mne
- H / pocit oběti – neprávem mne odsuzují, špiní, cítím se zneužit, je mi  
ukřivděno
- CH / selhání sebeovládání – nezvládl jsem svá pokušení, své vášně,  
touhy a snahy
- I / sociální izolace – jsem společensky mimo, ti či oni mě mezi sebe  
neberou
- J / porovnávání se – neustále se porovnávám s ostatními i s představou  
sebe sama



## Testovací otázky:

Otázky k testování pravdivosti ANM (chovám se jako vědecký pracovník a testuji hypotézu = ANM, zda platí či ne (popř. zda platí obecně, či jen někdy apod.)

1. Co svědčí pro a co proti ? (sepsat na arch papíru – na jednu polovinu **pro** a na druhou **proti**)
2. Je situace doopravdy tak vážná, jak si říkám ?
3. Nepřeháním ? Nepodceňuji se ? Nedělám z komára velblouda ?
4. Nejsou možná i jiná vysvětlení ? Jaká ? (vypsát další možnosti, jak situace může dopadnout)
5. Nestanovuji si nereálné a nedosažitelné cíle a normy ?
6. Proč si myslím, že právě toto hodnocení situace je nejpravdivější ?
7. Neškodím si zbytečně takovými myšlenkami ?
8. Jak tento závěr ovlivňuje moji náladu ? Pomáhá mi nebo škodí ?
9. Jak tento závěr ovlivňuje moje chování ? **Chci to tak ?**
10. Opírám svůj úsudek o to, co dělám nebo o to, jak se cítím ? („Strach má velké oči“)
11. Co by si v podobné situaci myslel někdo jiný ?
12. Co bych řekl někomu jinému, kdyby byl v podobné situaci ? (Jak bych to viděl/a u člověka, který by se mi přišel svěřit s podobným problémem, co bych mu poradila. Proč se to liší od toho, co říkám sobě ?)

Na všechny otázky si odpověď zapíšu, abych ji viděl/a před sebou a mohl/a posuzovat situaci objektivněji !!!

Neodchyluji se od původního tématu – stále se věnuji jen ANM, kterou jsem začal/a testovat !

Teprve na základě takto protestované ANM mohu vytvořit racionální odpověď = rozumnější verzi původního tvrzení

### Vytvoření racionální odpovědi

Náhradní myšlenka, která nevyvolává tak silné negativní emoce a pomáhá konstruktivnímu řešení, aktivitě (zabraňuje pasivitě), více se blíží skutečnosti – je pravdivější !!! Věřím jí, protože není falešná.

### Výsledek

Jak nyní věřím původní ANM ? (Na kolik % ? O kolik procent klesla důvěryhodnost původního tvrzení ?)

Jak se cítím (Jak se změnila emoce, vyvolané původní myšlenkou ? O kolik procent poklesly ?)

DIALOG S NEGATIVNÍMI MYŠLENKAMI (kognitivní rekonstrukce)	
Negativní myšlenka	Konstruktivní odpověď
Nedokážu se svého plánu držet. Nikdy jsem si žádné záznamy nevedl.	Dodržování plánu se mohu naučit. I když jsem to nikdy nedělal, neznamená to, že to nedokážu, když se budu snažit. Ostatně seznamy jsem si dělal už dřív - třeba při nákupech. Mohu začít tím, že si sepišu seznam svých problémů.
Myslím, že to teď nedokážu. Počkám, až se budu cítit líp.	Nemohu vědět, jestli to dokážu, dokud to nezkusím. Když budu čekat až se na to budu cítit, tak to neudělám nikdy. A když se do toho pustím, budu se hned cítit líp.
Nemohu se rozhodnout s čím začít.	Důležité je začít s něčím. Třeba podle abecedy. Jakmile začnu něco dělat, bude mi hned jasnější, co dělat dál.
Stejně to jenom zkazím. Nemá smysl se o to pokoušet.	To nemohu vědět, dokud jsem to nezkusil. Ostatně nikdo po mně nechce dokonalý výkon. I když to zkazím - svět se nezboží. A mohu se ze svých chyb poučit.
Nebude mě to bavit.	Jak to vím? Od kdy jsem jasnovidce? Zkusím to a uvidím.
Stejně nic nedělám.	Budu si zapisovat co dělám a uvidím. Třeba si jen myslím, že nic nedělám.
Nezasloužím si, abych měl z něčeho radost.	Když něco dokážu, budu se cítit líp. To je dobré samo o sobě. A také mi to pomůže líp zvládnout věci příště.
(Šla jsem nakupovat a nemohla jsem si vzpomenout, co jsem to chtěla.) "Na to je vidět, že mi to už vůbec nemyslí."	"No dobrá, tak jsem zapoměla, co jsem si chtěla koupit. Má přítelkyně Edita pořád zapomíná někde své věci. Ale jen se směje a dělá si z toho legraci."
"Můj život je jen samý neúspěch. Všechno jsem si pokazil a teď ještě všechno kazím druhým."	"Pořád se hrabat v minulosti mou depresi jen zhoršuje. Co bylo, bylo. Důležité je zaměřit se na to, co budu dělat TĚD!"
Musím se snažit, abych na lidi dělat stále dobrý dojem.	"Říkat si, že musím udělat vždy jen dobrý dojem není reálné. Jen se tím dostávám do napětí a je pro mne pak těžké se uvolnit a cítit se dobře."
Nemá to smysl, nic mi nepomůže. A stejně na nic nemám energii.	No, vím, že se cítím zle. A vím že se cítím tak, jako by to nešlo změnit. Ale nemohu vědět, zda mi to (procházka) nepomůže, dokud to nezkusím. Nebudu si říkat předem, že je to k ničemu, zkusím to a uvidím.

## EXPOZICE V IMAGINACI: podrobný popis situace

- (A) Popište charakter situace, které se nejvíce obáváte co nejpodrobněji (situace, kde, kdy, jak, s kým):

Učím na přednášce. Máme učit s celou prezentací, která na situaci má velký vliv. Je to ve velké místnosti, kde je plno lidí. Když začnu přednášet, všichni už tam jsou. Vědím, do jaké a jaké je moje kouzlo. Když tam jdu, začnu přednášet, všichni už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací.

- (B) Popište, co nejhoršího si v dané situaci můžete myslet vy a co ostatní přítomní lidé:

Přednáška už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací.

- (C) Popište, jaké nepříjemné tělesné příznaky se mohou dostavit:

Tras rukou, úzkost, zrudnutí, když se u mě cítí, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací.

- (D) Popište, jak se v této situaci můžete nejhůř chovat:

Začnu přednášet, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací.

- (E) Popište důsledky, které tato situace bude mít:

Učím se už, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací. Přednáška už je, ať už stojím s prezentací.

## Příloha č. 12 Relaxace

### Jacobsonova progresivní svalová relaxace

Tato relaxace slouží ke zmírnění úzkostných symptomů.

Pohodlně ležíme na zádech nebo sedíme v křesle s opřenou hlavou. Zavřeme oči a soustředíme se na plynulé dýchání nosem. Po chvíli soustředění na dýchání (kolem 10 vdechů a výdechů) můžeme začít střídat fáze napětí a uvolnění ve svalech. Každá svalová skupina je 5 sekund napjatá a následně 20 sekund relaxovaná. napínání a uvolňování svalů opakujeme několikrát.

Postup:

Ruce: Zatněte ruce v pěst... a uvolněte.

Paže: Napněte biceps ... uvolněte. Napněte triceps ... a uvolněte.

Ramena: Svaly napněte tak, že ramena vytáhnete k uším a stlačte zároveň dozadu ... uvolněte. Vysuňte je dopředu ... a uvolněte.

Krk: Otočte hlavu pomalu doprava ... a uvolněte. Poté to samé proved'te na druhou stranu ... uvolněte. Předkloňte hlavu a zkuste se dotknout hrudníku... uvolněte.

Ústa: Otevřete ústa co nejvíce umíte... uvolněte. Stiskněte pevně rty ... a uvolněte.

Jazyk: S otevřenými ústy vyplázněte jazyk ... a uvolněte. Zatáhněte ho dovnitř ... a uvolněte. Se zavřenými ústy tlačte jazykem proti hornímu patru... a uvolněte. Poté ho tlačte proti spodině... uvolněte.

Oči: otevřete je tak široko, jak můžete ... a uvolněte. Stiskněte víčka... uvolněte.

Břicho a hrudník: Zatněte břišní svaly a svaly hrudníku tak, že se nadýchnete do břicha a zároveň napněte svaly břicha a hrudníku, jako by vás chtěl někdo udeřit... s výdechem uvolněte.

Záda: ohněte záda dozadu ... uvolněte.

Hýždě: Sevřete hýždě k sobě a opatrně se prohněte v zádech ... uvolněte se.

Stehna: Natáhněte nohy a mírně je nadzvedněte ... uvolnit.



Lýtka: Špičky a nártý vzepřete vzhůru, patu prošlápněte, jako byste chtěli nohy nadzvednout mírně nad podložku. Zatněte svaly v lýtkách ... povolte.

Chodidla: Ohněte prsty u nohou dozadu, vydržte a uvolněte. Ohněte je dopředu ... a uvolněte.

Zaměřte se na pocit uvolnění v celém těle. Opět pozorujte své dýchání. Můžete pociťovat teplo, nebo mírné brnění v těle, lehkost nebo ztěžknutí... pocity mohou být různé. Patří k uvolnění. V tomto stavu můžete zůstat libovolně dlouho. Poté se protáhněte.