

# ViaFit

**Informační brožurka pro pacienta se specifickou fobií**

**Strach z krve a zranění**

*Robert Chytka*

# Obsah

1. Úvod
2. Některé příklady fobií – sociální fobie
  - agorafobie
  - jiné fobie
3. Co je to specifická fobie?
  - Význam, psychické příznaky, tělesné příznaky
4. Diagnóza a příčiny specifických fobií – jak to poznám a jak to pozná terapeut?
5. Jaký je výskyt specifické fobie?
6. Specifická fobie – Strach z krve a zranění konkrétně
  - KBT model vzniku specifické fobie
7. Léčba pomocí KBT
  - krok za krokem, hierarchie, cíle léčby
  - Bludný kruh pacienta se specifickou fobií
  - KBT léčba specifických fobií (expozice „in vivo“, expozice v imaginaci)
8. Problémy a obavy, které mohou nastat v průběhu léčby specifických fobií
9. Závěr
10. Použitá a doporučená literatura pro získání dalších informací

# 1. Úvod

Vážený kliente,

tato příručka slouží ke všeobecné informovanosti o potížích souvisejících s tzv. specifickou fobií, konkrétně se budeme zabývat problémem strachu z krve a zranění. Je třeba dopředu upozornit, že všechny fobie, tedy i fobie z krve a zranění jsou léčitelné poruchy. O příčinách, metodách a možnostech léčby tohoto problému informuje tato příručka. V úvodní části informuje především o tom co to je fobie a jaké druhy známe. Uvádí příklady různých fobií a kritéria pro rozpoznání příznaků z hlediska pacienta i terapeuta. Teoretický úvod plynule navazuje na konkrétní fobii a to strach z krve a zranění. V závěrečné části jsou popsány možnosti léčby a konkrétně možnost řešení těchto potíží prostřednictvím kognitivně-behaviorální terapie včetně uvedení různých kroků léčby. V závěru příručky je také doporučená literatura pro získání dalších informací. Pro kompletní léčbu je však nutné vyhledat vhodného odborníka.

**Fobie** je úzkostná porucha charakterizovaná chorobným, bezdůvodným strachem z věcí nebo situací. Postižený si nesmyslný strach plně uvědomuje, ale není schopen ho vlastní vůlí potlačit. Fobie má svůj objekt, na který je vázána a podle kterého je také pojmenována. Existuje mnoho různých druhů fobií.

## Význam

Úzkost a strach prožil každý z nás. Mají ochranný význam. Úzkost a strach se liší: strach je určitou odpovědí na konkrétní nebezpečí. Úzkost naopak je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu není možné definovat. Strach trvá pouze po dobu hrozícího nebezpečí. Intenzita strachu je různá, od lehkého neklidu až po stav masivního prožitku strachu. Výsledkem je typické vyhýbání se situacím, které působí nebo jejich velmi obtížné překonávání. Strach je přítomen nejen při vystavení se této situaci či předmětu/ům, ale i při očekávání (anticipaci) či pomyšlení na takovou situaci. Tomu říkáme úzkost z očekávání, tedy anticipační úzkost. Pro člověka trpícího fobií je obtížné kontrolovat úzkost a vyhýbavé chování, ačkoliv to může výrazně ovlivnit jeho fungování v běžném životě i fyzické zdraví (hlavně v případě aichmofobie). Počátek fobie bývá v dětství (v dospělosti obvykle spontánně odezní). Příčinou může být vrozená úzkostnost (30-40% případů) nebo traumatický zážitek. Fobie jsou způsobeny zpravidla psychickou poruchou.

Fobie je tedy trvalý, okolím neopodstatněný strach z „něčeho“ např. uzavřené prostory, neznámé lidi, pavouci či cokoliv jiného. Důležité je, že strach pocítujeme VŽDY, když hrozí setkání s příčinou našeho strachu tedy např. setkání s lidmi, s pavoukem nebo cesta ve výtahu. Tento strach není odůvodněný, lidé, výtah či pavouk nás nikdy neohrozili. Tento strach je nepřekonatelný a extrémně velký, intenzivní, zahlcující, spojený s nepříjemnými tělesnými pocity. K nejčastěji se vyskytujícím fobiím patří agorafobie a sociální fobie potažmo specifická fobie.

## **Psychické příznaky**

- pocit, že okolí nebo on/a sám/a je změněn/a
- obava ze ztráty kontroly, zešílení
- obava ze ztráty vědomí
- obava ze smrti

## **Tělesné příznaky**

- bušení srdce, zrychlený puls
- chvění se či třes
- suchost úst
- obtížné dýchání
- bolesti na hrudníku
- neklid, víření v břiše
- závrať
- točení hlavy
- návaly horka nebo chladu
- pocity znecitlivění nebo mravenčení

## **Diagnostická kritéria**

Podmínkou pro diagnózu specifické fobie jsou následující příznaky:

- nepřiměřený strach z určitého objektu nebo situace a vyhýbání se tomuto objektu nebo situaci. Přitom nesmí jít o objekt nebo situaci které jsou zahrnuté do agorafobie nebo sociální fobie
- musí se vyskytnout alespoň 2 příznaky úzkosti (alespoň jeden z nich musí být z oblasti vegetativní - bušení srdce, pocení, chvění, sucho v ústech)
- pacient si uvědomuje že úzkost a vyhýbavé chování jsou přehnané nebo nesmyslné
- úzkost se neprojevuje pokud osoba není v kontaktu s předmětem nebo situací (nebo kontakt neočekává)
- úzkost a vyhýbavé chování nejsou následkem bludů nebo halucinací, poruch nálady, obsedantně kompulzivní poruchy atd.

## Míra rozšíření

- celoživotní prevalence 10% (jde o velmi rozšířenou úzkostnou poruchu)
- u mužů 4%
- u žen 6-7%

## Typy

Typy fobií podle DSM-IV:

- fobie ze zvířat (např. arachnofobie - strach z pavouků)
- fobie týkající se přírodního prostředí (např. akrofobie - strach z výšek, keraunofobie - strach z bouřek, blesků)
- fobie situačního typu (např. klaustrofobie - strach z uzavřeného prostoru, agyrofobie - strach z přecházení silnice)
- fobie z krve/injekce/zranění (např. aichmofobie - strach z jehel a špičatých předmětů)
- ostatní

## 2. Některé konkrétní příklady fobií:

### Sociální fobie

Strach z různých sociálních situací: z návštěv, večírků... Člověk trpící sociální fobií se bojí jít k někomu na návštěvu či ji přijmout ve svém bytě, telefonovat, mluvit ve společnosti druhých atd. Je přesvědčen, že: „vypadá hrozně“, „určitě se bude červenat, bude koktat“, všichni se mu budou smát“. Je tak sevřený strachem, že při setkání s návštěvou se jeho očekávání naplní, skutečně začne koktat (i když obvykle nemá s mluvením problémy) a je přesvědčen, že měl pravdu, že je „mezi lidmi nemožný“ a vyhýbá se jim o to více.

Sociální fobie je porucha charakterizovaná strachem ze zkoumavých pohledů, který později vede ke strachu ze styku s jinými lidmi. Vyskytuje se přibližně stejně často u mužů i u žen. Začátek je nejčastěji v období puberty. Jedinci se sociální fobií mají nepřiměřený strach z běžných sociálních situací, jako např. mluvení na veřejnosti, telefonování, přijímání návštěv, představování, jídlo na veřejnosti apod. V obávané situaci dochází ke zrudnutí, třesu, strachu ze zvracení a proto se postižení těmito situacím vyhýbají. Mívají potíže s nízkým sebevědomím a sebehodnocením. Sociální fobie se od běžné trémy liší tím, že výrazně narušuje výkonnost postiženého a jeho sociální adaptaci. Mírná forma nebrání jedincům v normálním pracovním zařazení. Při těžších formách postižení často mění zaměstnání, aby se vyhnuli obávaným situacím. Porucha, pokud není léčena, obvykle trvá celý život, ale s přibývajícím věkem se může zmírňovat.

## Agorafobie

Strach z otevřených prostranství, také ze situací, z nichž nelze uniknout. Člověk trpící agorafobií se tak může bát: pobytu ve veřejné dopravě, v přeplněné místnosti, obchodě, ve výtahu, v kině a podobně.

Agorafobie vzniká většinou nepříjemným zážitkem spojeným s úzkostí prožitým v dané situaci. Jedete v horkém letním dni v narvaném autobuse. Začne se vám špatně dýchat, máte pocit, že omdlíte, je vám špatně. „Co když omdlím? Co když mi nikdo nepomůže?“ běží vám hlavou. Při příští jízdě autobusem začnete mít strach z opakování podobné situace. Začnete se vyhýbat jízdě v autobusu, později svůj strach rozšíříte i na vlak a časem třeba na jakýkoliv prostor, kde je více lidí. Jste přesvědčeni, že kdybyste tak učinili, stalo by se něco hrozného. Podstatou agorafobie ovšem není strach z pobytu v daném prostředí, ale strach z nepříjemných tělesných pocitů, z úzkosti.

Lidé trpící agorafobií se většinou nejlépe cítí doma a nechtějí vycházet. Pokud ano, tak většinou v doprovodu blízké osoby.

## Jiné fobie

K těm nejznámějším patří:

- arachnofobie – strach z pavouků
- xenofobie - strach z cizinců
- klaustrofobie – strach z uzavřených prostor

K těm nejzajímavější zase:

- gamofobie - strach z manželství
- fobofobie – strach ze strachu
- ergofobie – strach z práce
- hedofobie – strach z radosti
- lyssofobie – strach ze zešílení
- pantofobie – strach ze všeho

## 3. Co je to specifická fobie?

### Specifické fobie – obecně, příčiny

Jako specifickou fobii označujeme silný a nepřiměřený strach z určité konkrétní situace nebo objektu. Tento strach je ohraničen pouze na danou situaci a mimo ni není klient zvýšeně úzkostný tj. klient netrpí příznaky úzkosti, pokud se nesetká nebo neobává setkání s předmětem fobie. Specifické nebo jinak řečeno také izolované fobie jsou tedy omezeny na vysoce specifické situace např. blízkost určitých zvířat, výšku, bouřku, tmu, letadlo, uzavřené prostory, močení nebo defekaci na veřejných toaletách, požívání určitých jídel, návštěvu zubaře, pohled na krev nebo zranění, strach z určitých nemocí a další. Obvyklými modernějšími objekty fobií z nemoci jsou nemoc ze záření a pohlavní nemoci, v poslední době AIDS. I když je spouštěcí reakce nenápadná, může její přítomnost vyvolat paniku jaku u agorafobie nebo sociální fobie. Tzv. fobickou úzkost nelze subjektivně, fyziologicky ani v chování rozlišit do jiných typů úzkosti a může se co do závanosti pohybovat od mírného pocitu nepohody až k děsu. Váš zájem se tedy může soustředit na jednotlivé symptomy, např. palpitace nebo pocity na omdlení, a často se přidružuje strach ze smrti, ze ztráty sebekontroly nebo ze „zbláznění se“ Úzkost se většinou nezmírní i v okamžiku, kdy si pomyslíte, že ostatní danou situaci nepovažují za nebezpečnou nebo hroznou, pouhé pomýšlení, že

se dostanete do kontaktu s předmětem fobie, vyvolá většinou anticipační úzkost, tj. úzkost do předu. Historicky byly fobie klasifikovány podle označení objektu fobie, takže vznikla velmi exotická neomenklatura, např. Nyktofobie (strach ze tmy), entomofobie (strach z hmyzu), zoofobie (strach ze zvířat) gefyrofobie (strach z mostů) a další.

Specifických fobií bylo tedy popsáno mnoho desítek, ale lze je rozdělit do 3 základních skupin:

situacní fobie (strach z výšek, z létání, z uzavřených prostor aj.);  
fobie ze zvířat (strach z pavouků, myši aj.) a  
fobie z krve a poranění (strach ze zubaře, z injekce, z pohledu na krev)

Při kontaktu s fobickým podnětem prožívá postižená osoba silnou úzkost, doprovázenou tělesnými příznaky úzkosti, jako je bušení srdce, zrychlené dýchání, třes, pocení, sucho v ústech aj. Postižený jedinec prožívá tyto pocity příznaky i při očekávání, že bude muset obávané situaci čelit, a pokud může, tak se této situaci vyhýbá.

Jedná se o nejběžnější úzkostnou poruchu, která postihuje častěji ženy (asi ve 25%) než muže (asi ve 12,5%) (Frederikson a kol., 1996).

Většina specifických fobií vzniká už v dětství, ale během dospívání obvykle spontánně odezní. Pokud ne, může přetrvávat po celý život.

## **4. Diagnóza specifických fobií – jak to poznám a jak to poznám terapeut?**

Specifická fobie se projevuje strachem z ohraničených objektů, situací nebo aktivit. Obvykle nejde o přímý strach z objektů, situací nebo aktivit, ale strach z přímých důsledků, které se podle pacienta objeví po kontaktu s takovým objektem, situací nebo aktivitou a o tom je pacient zcela přesvědčen. Tyto strachy jsou přehnané, nerealistické a natolik pevné, že ubezpečení, že se není čeho bát, strach není schopno zmírnit, přestože postižený uznává, že jeho obava je přehnaná.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro specifické fobie (izolované) 1996:

A. musí být přítomen jeden z následujících znaků:

- 1) výrazný strach ze specifických věcí nebo situací, které nejsou zahrnuty v agorafobii nebo v sociální fobii.
- 2) Zřetelné vyhýbání se specifickým věcem nebo situacím, které nejsou zahrnuty v agorafobii nebo sociální fobii.

Mezi nečastější věci a situace patří zvířata, ptáci, hmyz, výšky, hrom, létání, malé uzavřené prostory, pohled na krev nebo zranění, injekce, návštěva zubního lékaře a nemocnice.

B. Příznaky úzkosti v obávaných situacích, jak jsou definovány pod F40.0, kritérium B., se musí od počátku poruchy občas projevit.

C. Závažná emoční úzkost je vyvolávána příznaky nebo vyhýbáním se těmto příznakům a jedinec si je vědom, že tyto jsou přehnané a nesmyslné.

D. Příznaky se omezují na obávanou situaci nebo na její očekávání.

Pokud je to žádoucí mohou být specifické fobie dále rozděleny na:

-fobie ze zvířat

- fobie z přírodních živlů

- fobie z krve, injekce a zranění
- fobie z určitých míst
- jiné typy fobií.

## 5. Jaký je výskyt specifické fobie?

Jedná se o nejčastější úzkostnou poruchu vůbec. Během života postihuje kolem 11,2% populace. Je častější u žen než u mužů 15,5 vs.7,8%. Většina postižených však nevyhledá léčbu, protože intenzita jejich potíží neovlivňuje významněji jejich život. Specifická fobie vzniká obvykle v dětství nebo rané dospělosti, a pokud se neléčí může přetrvávat desítky let. Průměrný věk počátku je 15 let. Věk počátku však může být velmi odlišný u jednotlivých subtypů specifické fobie. Relativně málo lidí trpících specifickou fobií vyhledá léčbu. To proto, že řada lidí vnímá svoji fobii jako samozřejmou „normální“ součást své osobnosti. Navíc, řadě fobických situací se lze v každodenním životě vyhnout, např. vyhledáním cesty kde nepotkám psa. Bez konfrontace s fobickým předmětem jsou lidé trpící specifickou fobií zcela bez příznaků. Ovšem při vážnějším průběhu může specifická fobie výrazně omezit život.

## 6. Specifická fobie – strach z krve a zranění konkrétně

Zvláštním případem specifické fobie je fobie z krve, při níž dochází k poklesu krevního tlaku a k ortostatickému kolapsu, podobně jaku u jiných fobií je hlavní strategií expozice in vivo tj. vystavení se vlivu příčiny fobie. Proto před vlastním programem expoziční léčby musí pacient nacivčovat a naučit se udržet dostatečný krevní tlak pomocí cíleného napínání svalů. Ovšem, zdá se že kognitivní komponenta u této fobie může zrychlit léčbu a prohloubit výsledky. Léčba této fobie může být komplikována omdlěváním, počáteční expozice proto provádíme vsedě nebo vleže.

Proti omdlěvání byly vyvinuty dvě strategie:

1. aplikované napětí, které učí pacienta opakovaně napínat různé svalové skupiny během expozice, což vede ke zvýšení krevního tlaku.
2. Druhou strategií je během expozice vyvolat hněv, emoci, která je inkompatibilní s omdlěváním. Pacient je instruován, aby si během expozice rozpoměl na 4 osobní situace, které ho velmi štěvou.

## Kognitivně behaviorální model vzniku specifické fobie

Na vzniku specifických fobií se podílí jak genetické faktory - podíl dědičnosti se uvádí 30-40% (Kendler a kol., 1992), tak konkrétní zážitky během dětství. Podle Kendlera a kol. vznikají specifické fobie v důsledku středně silné dědičné dispozice a určitých specifických zážitků během dětství procesem klasického podmiňování. Vzniklá fobická reakce je pak udržována v důsledku vyhýbavého chování a kognitivních zkreslení postiženého jedince v obávané situaci, který přečnuje ohrožení, jemuž je vystaven, zaměřuje pozornost jen na negativní aspekty situace a podceňuje svou schopnost situaci zvládnout.

Kognitivně behaviorální model specifických fobií příkládá význam jak kognitivním tak behaviorálním faktorům. Předpokládá, že časné vývojové zkušenosti mohou vést ke vzniku specifických postojových schémat – přesvědčení o zranitelnosti určitým objektem nebo situací. Z těchto postojů pak vyplývá selektivní zaměření pozornosti na určité situace, jejich přehnané hodnocení a zkreslení vzpomínek včetně pocitu bezmoci si s podobnou situací poradit. Proto osobní význam určitých specifických situací je pro postiženého posunut – znamená vždy ohrožení. Většina postižených specifickou fobií má řadu negativních automatických myšlenek týkajících se jejich obávané situace nebo podnětu. Typické je nadhodnocování pravděpodobnosti ohrožení:

„všude mohou být pavouci!“, přeceňování nebezpečí:“Ten pavouk na mě skočí a kousne mě!“ a jeho důsledků:“Zblázním se z toho!“ Dostanu infarkt!, podceňování vlastní možnosti situaci zvládnout:“Nebudu se schopna bránit!“ i pomoci zvenčí:“Manžel mi nepomůže, ještě se mi bude smát! Ránu nedokáže nikdo ošetřit“.

## 7. Léčba pomocí KBT

Léčba specifických fobií přímo navazuje na behaviorální analýzu. Během vyšetření terapeut hodnotí obsah specifického strachu, spolu s pacientem vytváří hierarchii strachových podnětů podle obtížnosti, vyhodnocuje vyhýbavé a zabezpečovací chování a zjišťuje vliv fobie na celkové fungování v práci, v rodině, ve volném čase. Základem vlastní léčby jsou tzv. expozice obávaným předmětům, které následují krok po kroku podle hierarchie strachových podnětů.

V léčbě se zaměřujeme na konkrétní potíže, a ne na obecné problémy. Při vyšetření pacienta se kromě obvyklé anamnézy ptáme i na situace a objekty, které u něj vyvolávají strach nebo kterým se vyhýbá, jak u něj strachová reakce probíhá, čemu se pacient vyhýbá, co strach zhoršuje či snižuje, co pacientovi pomáhá a jak se naučil situaci řešit, v čem pacienta fobie nebo strach omezuje v životě a snažíme se získat detailní popis katastrofických myšlenek a představ, které jsou se strachem spojeny.

Základním cílem léčby je zmírnění nebo odstranění vyhýbavého chování natolik, aby pacientovi přestalo omezovat život. Dalším důležitým cílem je udržet dosažené zlepšení a předejít relapsu, či recidivě poruchy při dlouhodobém vedení pacienta. Pokud vyhýbavé chování vedlo k problému v partnerském, rodinném nebo pracovním životě, je v terapii na místě zabývat se i těmito oblastmi. Po vyšetření je dalším krokem stanovení problému. Ty se týkají jednak fobie jako takové, jednak se mohou týkat problémů v životě. Až po definování problému je vhodná doba stanovit společně s pacientem cíle, ke kterým by chtěl dojít. Každý cíl je přesně definován, tak aby nám posléze bylo zcela jasné zda pacient cíle dosáhl.

Jak už jsme zmínili k základnímu vyšetření patří vytvoření hierarchie strachů a vyhýbavého chování. (vyhýbavé chování je takové, které pacientovi umožňuje vyhnout se kontaktu s podnětem vyvolávající u něj strach či úzkost, např. přejítím na protější chodník nebo nezúčastnění se některých aktivit s cílem předejít strachu a nepříjemným pocitům).

Terapeut s pacientem vytvářejí stupnici, na které pacient hodnotí zvláště strach a míru vyhýbavého chování (většinou v % nebo na stupnici od 0-10). důležité je probrat i faktory, které strach modifikují, např. blízkost druhého člověka, intenzita světla, zatínání svalů, odvádění pozornosti a jiné zabezpečovací manévry). Spolu s terapeutem pacient plánuje řadu malých konkrétních kroků o vzrůstající obtížnosti, které vyvrcholí dosažením stanoveného cíle.

Vyslechnutí pacienta s pochopením, bez znevažování, se zhodnocením pacientovi situace a jeho omezení, je základním krokem léčby. Pacient se často za svoji fobii stydí, protože se obává, že to znamená jeho slabošství nebo přecitlivělost. Někdy je přesvědčen, že svůj strach nikdy nepřekoná, když ho nedokázal překonat tolik let. Nutné je proto, před vlastním vyšetřením pacienta poučit a řádně vysvětlit co to specifická fobie je a jaký bude postup léčby.

## **Bludný kruh pacienta s fobií ze zranění:**

### ***Spouštěč:***

Pobyt v lese, na zahradě, půdě

### ***Myšlenky:***

Určitě na mě spadne strom, strop,  
spadne na mě budova, nikdo mi  
nepomůže, umřu, musím pryč!!!!

### ***Chování:***

Přestal jsem chodit na místa, která nejsou dostatečně zkontrolována, na zahradu, půdu, do lesa, na chatu. Vždy musí být předem někdo jiný a zkontrolovat zda je vše v pořádku, jinak tam nejdu. Musím si ověřit, že nehrozí bezprostřední nebezpečí.

### ***Tělesné reakce:***

Třes, zrychlený dech, tep, pocení a  
sevření žaludku, ztuhlost svalů,  
neschopnost pohybu

### ***Emoce:***

Strach, úzkost, panika, bezmoc

## **Kognitivně behaviorální léčba specifických fobií**

Léčebnou metodou první volby u specifických fobií je expozice in vivo (v terénu) . V některých zvláště těžkých a chronických případech může být prvním krokem expozice v imaginaci(představě) nebo u silně úzkostných klientů systematická desenzibilizace(vystavení podnětu v představě určitou technikou).

Expozici in vivo lze u specifických fobií provádět buď odstupňovaně nebo formou tzv. „zaplavení“. I když je „zaplavení“ u většiny klientů vysoce účinné během krátké doby, míra úzkosti, které je klient při této metodě vystaven, je tak vysoká, že je vhodná jen pro vysoce motivované klienty. Kromě toho při této metodě hrozí nebezpečí, že klient ze situace unikne dříve, než u něj dojde k poklesu úzkosti, a jeho úzkost spojená s fobickou situací se tím ještě upevní.

Proto provádíme léčbu specifických fobií nejčastěji metodou postupné expozice in vivo. Nejdříve klientovi vysvětlíme příčinu jeho potíží a smysl jednotlivých terapeutických kroků. Poté spolu s ním vytvoříme hierarchii situací, kterých se klient obává ve spojitosti s daným fobickým podnětem.

V rámci sezení můžeme v některých případech provádět expozici in vivo, buď přímo v ordinaci (např. u fobie z hmyzu) nebo v přirozeném prostředí, např. v parku s klientkou, která má fobii ze psů. Je důležité, aby se klient exponoval fobické situaci tak dlouho, dokud míra jeho úzkosti nezačne spontánně klesat. Přitom je třeba zabránit tomu, aby se klient uchýlil k nějaké formě „zabezpečujícího“ chování, zjevného nebo skrytého (např. aby si nezačal představovat, že je někde jinde). Za domácí úkol pak klient provádí expozici pravidelně, nejméně jednou denně, přičemž si zaznamenává jak silnou úzkost pociťoval a jak dlouho trvalo, než úzkost začala spontánně klesat. Jakmile určitá situace přestane již v klientovi budit silnou úzkost může se klient začít exponovat další obtížnější situaci ve své hierarchii.

### ***Expozice v imaginaci***

Expozici v imaginaci používáme buď jako přípravu na expozici in vivo u silně úzkostných klientů nebo jako samostatnou metodu u fobií, u nichž nelze expozici in vivo systematicky procvičovat - např. u fobie z bouřky, fobie z létání apod.

Princip je stejný, jako u expozice in vivo, tedy sestavení hierarchie obávaných situací a postupná expozice jednotlivým situacím od nejsnadnějších po nejobtížnější opakovaně po dobu tak dlouhou, až dojde ke spontánnímu zmírnění úzkosti. Klient si ovšem jednotlivé situace pouze představuje a svou představu nahlas popisuje, včetně míry prožívané úzkosti. Terapeut mu může pomáhat vhodnými sugescemi.

Za domácí úkol provádí klient expozici v imaginaci v domácím prostředí samostatně. Zvláštním případem specifické fobie, pokud jde o léčbu, je fobie z krve, při níž dochází k poklesu krevního tlaku a k ortostatickému kolapsu. Proto se před vlastním programem expozice klient učí udržet dostatečný krevní tlak pomocí tzv. „aplikované tenze“ tj. cíleným napínáním svalů. Počáteční expozice je také třeba provádět vsedě nebo vleže.

Úspěšnost léčby specifických fobií pomocí expozice je vysoká - uvádí se, že 80-90% klientů se své fobie zbaví během 5 až 10 sezení.

Úspěšnost léčby je ovšem podmíněna tím, že fobie není vázána na jiné problémy, fobický podnět je správně určen a že je klient dostatečně motivován se fobie zbavit a je ochoten snést krátkodobě i silnou úzkost.

## 8. Problémy, které mohou nastat v léčbě specifických fobií

I když léčba specifických fobií bývá poměrně jednoduchá a přímočará, občas se objeví problémy, zejména s expoziční léčbou.

Pro některé pacienty bývá problém vytvořit hierarchii strachu. Uvědomují si pouze extrémní situaci, nemají představu o mezistupních. Terapeut jim může pomoci pomocí otázek nebo pomocí indukce situace v imaginaci.

Nejčastější je obava, že expozice ještě situaci zhorší a strach bude pak ještě větší. Pacienti se zpravidla odvolávají na svoji zkušenost – opakovaně se pokusili vystavit obávanému podnětu a výsledkem je ještě větší strach. Mohou mít pravdu pokud při expozici člověk unikne ze situace v době, kdy je strach největší, dochází k senzibilizaci. Příště je pak strach ještě větší. Pro habituaci je nutné, aby expozice trvala tak dlouho, než strach pomine.

Další častá obava je, že během léčby-expozice, strach naroste tak výrazně, že se exponovaný pacient z toho zblázní hrůzou. Další variantou je, že během úzkosti dostane infarkt nebo mrtvičku. Tyto obavy jsou založeny na představě, že strach a úzkost rostou stále přímou úměrou k délce expozice. Terapeut může vysvětlit tzv. habituační křivku, která může pomoci tento strach překonat. Je možno však také udělat expozici jako experiment, který ukáže, že úzkost během času expozice klesá.

U některých pacientů se objeví problém s plněním domácích úkolů a cvičení. S terapeutem, příbuznými nebo spolupacienty jsou schopni se expozicím podrobit, sami však na to nemají odvahu. Pokud si to pacient sám otevřeně přizná bývá řešení jednoduché – zkusit se exponovat nejdříve jednosušší situaci. Někdy mají pacienti tendenci svoje vyhubavé chování racionalizovat, vymlouvat se, tvrdit, že toto není léčba pro ně atp. V tomto případě je vhodné zvou probrání situace pacienta a jeho motivace k léčbě.

Nedůvěřiví lidé mají strach, že je terapeut náhle překvapí – uvede do extrémně těžké expozice ve chvíli, kdy to budou nejméně čekat. Zdůrazňování spolupráce a korektní plánování každé expozice vytvoří však dostatečnou důvěru pro zánik těchto obav.

Jiné problémy se objevují s nadměrně sebekritickými pacienty. Většinou svoji fobii pokládají za známku osobní slabosti a kvůli ní se podceňují a stydí před druhými lidmi. Při úspěchu jednotlivých expozic mají tendenci vlastní úspěch shazovat, což otupuje vlastní motivaci. Tito pacienti potřebují od začátku více povzbuzování a práci na vlastním sebevědomí a sebedůvěře.

## 9. Závěr

Specifické fobie patří mezi nejčastější psychické poruchy vůbec. Zpravidla však důsledky pro život nejsou tak závažné, že by postiženého přivedly k léčbě. V situacích, kdy specifická fobie přináší závažný stres nebo významně omezuje fungování v práci, rodině či trávení volného času, je na místě léčba. Léčbou první volby je léčba odstupňovanou expozicí „in vivo“ nebo systematická desenzibilizace v rámci kognitivně-behaviorální terapie. Současné znalosti dostatečně nepodporují užití léků při léčbě specifických fobií. Díky prokázané účinnosti behaviorální terapie u specifických fobií by však jakýkoliv jiný psychoterapeutický přístup v léčbě těchto fobií měl zahrnovat specifické behaviorální techniky.

## **10. Použitá a doporučená literatura pro získání dalších informací**

Praško, Možný; Úvod do teorie a praxe kognitivně behaviorální terapie, KBT manuál 2007

Praško, Možný, Šlepecký et al.; Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch, TRITON 2007