

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Psychosociální kontext panické poruchy
(komunikační bariéry s nejbližším okolím klienta)

The Psycho-social Context of Panic Disorder
(Barriers in Communication with the Client's Immediate Environment)

Praha 2010

Autorka: Marie Svitáková

Vedoucí práce: Mgr. Tereza Cimrmannová, PhD.

Podkování

Na tomto místě bych ráda podkovala vedoucí své práce Mgr. Tereze Cimrmannové za skvělé odborné vedení, cenné rady, trpělivost a celkovou podporu při realizaci této práce. Dále bych chtěla podkovat respondentkám za jejich ochotu, upřímnost a otevřenost. V neposlední řadě patří můj děk i členům mé rodiny, za jejich pomoc a velkou podporu.

Marie Svitáková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala samostatně s výhradním použitím uvedených pramenů a literatury. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 17.6. 2010

Marie Svitáková

Anotace

Diplomová práce *Psychosociální kontext panické poruchy – komunikační bariéry s nejbližším okolím klienta* se zabývá vlivem panické poruchy na sociální aspekty života klienta. Práce vymezuje pojem panická porucha, nabízí vybrané možnosti léby, charakterizuje panickou ataku a popisuje následky panické poruchy na chování a psychiku panického pacienta. Dále se práce zabývá komunikací nepsychiatrického zdravotnického personálu s panickým pacientem. Součástí práce je šest semistrukturovaných rozhovorů, které jsou jednak použity pro dokreslení odborného textu a jednak poskytují náhled do oblasti komunikačních bariér klienta.

Abstract

The thesis entitled *Psychosocial Context of the Panic Disorder; Barriers in Communication with the Client's Immediate Environment* traces the influence of panic disorder on the social aspects of the client's life.

The thesis attempts to define the term *panic disorder*, traces selected treatment possibilities, characterizes the panic attack and describes the impact of the panic disorder on the behaviour and mentality of the patient. Further, it focuses on the communication of non-psychiatric medical personnel with the panic patient. The thesis contains six semi-structured interviews, which not only illustrate the scientific text but also provide an insight into the patient's communication barriers.

Klí ová slova

panická porucha, panická ataka, chování, úzkost, strach, komunikace, obavy, respondentka, únik

Keywords

panic disorder, panic attack, behaviour, anxiety, fear, communication, worry, respondent, escape

OBSAH

ÚVOD	8
1. PANICKÁ PORUCHA-VYMEZENÍ POJMU	10
1.1 DIAGNÓZA	10
1.2 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA	10
1.3 KOMORBIDITA	11
1.4 EPIDEMIOLOGIE A PREVALENCE	11
1.5. PANICKÁ PORUCHA A AGORAFOBIE	12
2. FAKTORY ZVYŠUJÍCÍ RIZIKO VZNIKU PANICKÉ PORUCHY	13
3. PANICKÁ PORUCHA V LÉKAŘSKÉ PRAXI	16
3.1 KOMUNIKACE PERSONÁLU S PACIENTEM	16
3.2 NEJČASTĚJŠÍ DŮVODY NÁVŠTĚVY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PO PROŽITÍ PANICKÉ ATAKY	19
4. PANICKÁ ATAKA	21
4.1 FYZICKÉ PŮSOBNÉ PŘÍZNAKY	21
4.2 KATASTROFICKÉ PŘEDSTAVY A MYŠLENKY	23
4.3 TYPICKÉ EMOCE	25
4.4 SPOUŠTĚČE PANICKÉ ATAKY	26
4.5 DEPERSONALIZACE A DEREALIZACE	26
4.6 ÚNIKOVÉ CHOVÁNÍ	28
4.7 TYPICKÉ OBÁVANÉ SITUACE	29
5. NÁSLEDKY PANICKÉ ATAKY NA PSYCHIKU A CHOVÁNÍ LÉKAŘA	30
5.1 VYHÝBAVÉ CHOVÁNÍ	30
5.2 ZABEZPEČOVACÍ CHOVÁNÍ	31
5.3 PŘECITLIVĚLOST A NADMĚRNÉ OBAVY	33
5.4 ANTICIPAČNÍ ÚZKOST	34
5.5 KLESAJÍCÍ SEBEVĚDOMÍ	35
5.6 SPÁNKOVÉ POTÍŽE	35
6. MOŽNOSTI LÉČBY PANICKÉ PORUCHY	37
6.1 VYBRANÉ PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY	37
6.1.1 BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUP	37
6.1.2 KOGNITIVNÍ A KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUP	38
6.1.3 PŘÍSTUP PSYCHODYNAMICKÉ PSYCHOTERAPIE	38
6.2 VYBRANÉ MOŽNOSTI FARMAKOTERAPIE	39
6.2.1 BENZODIAZEPINY	39
6.2.2 ANTIDEPRESIVA	40
6.2.3 KOMBINACE PSYCHOFARMAK	40
7. DALŠÍ STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ PANICKÉ PORUCHY	42

7.1 EDUKACE	42
7.2 KONTROLA DECHU, NÁCVIK ZKLID UJÍCÍHO DÝCHÁNÍ	43
7.3 INTEROCEPTIVNÍ EXPOZICE	44
7.4 REÁLNÁ EXPOZICE	45
7.5 NÁCVIK RELAXACE	47
7.6 KOGNITIVNÍ RESTRUKTURALIZACE	47
<u>8. DOPADY PANICKÉ PORUCHY NA SOCIÁLNÍ ŽIVOT LOV KA</u>	<u>49</u>
8.1 VYSV TLOVÁNÍ DRUHÝM	49
8.2 D VODY ML ENÍ O PORUŠE A JEHO NÁSLEDKY NA SOCIÁLNÍ VZTAHY	50
8.3 VLIV PANICKÉ PORUCHY NA PARTNERSKÉ SOUŽITÍ	51
8.4 PANICKÁ PORUCHA JAKO P Í INA NEVYSV TLITELNÉHO CHOVÁNÍ	54
8.5 NED V RA OKOLÍ	57
8.7 P IJETÍ PANICKÉ PORUCHY JAKO VLASTNÍ SOU ÁSTI	58
8.8 UR ENÍ VLASTNÍCH HRANIC A MOŽNOSTÍ	59
<u>9. ŠET ENÍ VLIVU PANICKÉ PORUCHY NA SOCIÁLNÍ ASPEKTY ŽIVOTA KLIENTA</u>	<u>61</u>
9.1 VYMEZENÍ PROBLÉM ŠET ENÍ	61
9.2 CÍLE A ÚKOLY ŠET ENÍ	61
9.3 METODY ŠET ENÍ	61
9.4 METODIKA ŠET ENÍ	62
9.5 HYPOTÉZY	62
9.6 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	63
9.7 SHRUTÍ ŠET ENÍ	63
<u>ZÁV R</u>	<u>65</u>
<u>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</u>	<u>67</u>
<u>SHRUTÍ</u>	<u>73</u>
<u>SUMMARY</u>	<u>74</u>

Seznam zkratk

MKN10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
IMAO	Nespecifické ireverzibilní inhibitory monoaminoxydázy
SSRI	Selektivní inhibitory zp tného vychytávání serotoninu
SNRI	Selektivní inhibitory zp tného vychytávání serotoninu a noradrenalinu
TCA	Tricyklická antidepresiva

Úvod

Panická porucha závažně zasahuje do sociálního života člověka. Negativní ovlivňuje jeho vztahy s ostatními lidmi, především s vlastním partnerem a rodinou. Výrazně komplikuje všední úkony každodenního života, často člověku zcela znemožní dostát jeho sociálním rolím. Projevy panické poruchy vedou klientovy kroky velmi často do ordinací různých somatických odborníků. Zde se klienti často setkávají s nepřijatelným způsobem komunikace a nastává též velké úskalí špatné diagnózy. Pacient buď na psychologické vyšetření není odeslán vůbec, nebo pozdě. V důsledku toho se na pacientech trpících panickou poruchou plýtvá neúspěšnou zdravotní péčí a mnohými zbytečnými a nákladnými vyšetřeními. Lidé postižení panickou poruchou se mnohdy celé roky zbytečně trápí, než se dostanou k vhodné léčbě.

Z výše popsaných komplikací, které panická porucha přináší, je jasné patrné, že jde o chorobu závažně narušující a poškozující fungování sociální sítě kolem pacienta. Panická porucha neztlačuje život pouze člověku poruchou trpícímu, ale i mnoha lidem kolem něj. Pálala bych si, aby se tato práce mohla stát pomocným vodítkem člověku, který je zmatený ze situace, ve které se nachází, aby mohla pomoci pochopit vnitřní svět člověka poruchou zasaženého a mnohdy nejasné, či špatně interpretované pohnutky jeho chování.

Cílem mé diplomové práce je vymezit pojmy panická porucha a panická ataka, uvést možné příčiny panické poruchy, uvést následky panické ataky na psychiku a chování člověka, nastínit možnosti léčby a strategie zvládnutí panické poruchy. Vrcholem práce je pak pojednání o dopadech panické poruchy na sociální život pacienta. Této oblasti se dostupná odborná literatura vnuje pouze okrajově, a proto obsahuje má práce i šest semistrukturovaných rozhovorů s panickými pacienty na téma vlivu panické poruchy na vztahy klienta s blízkým okolím a možných komunikačních bariér. Pokusím se nalézt relevantní odborné informace, které popisují panickou ataku, a možné způsoby jejího překonání. Dále budu vycházet z teoretických poznatků, které se vnují možným následkům panické poruchy na chování a psychiku klienta. Cílem mé práce není poskytnout vyčerpávající popis panické poruchy ani obsáhnout všechny příčiny a způsoby léčby panické poruchy. Nevnují se popisu poruchy z neurologického hlediska, ale spíše z hlediska psychosociálního. Zmíněné oblasti budou popsány jen okrajově, v závislosti na hlavních cílech práce.

Práce je členěna do osmi kapitol. V první kapitole poskytnu stručné vymezení pojmu panická porucha, včetně etiologie, komorbidit a prevalence. První kapitola též obsahuje velmi stručný popis agorafobie, protože se jedná o nejčastější komorbidní poruchu. V druhé

kapitole nabízím popis možných příčin poruchy. Ve této kapitole se zabývám komunikací panického pacienta s nepsychiatrickým zdravotnickým personálem. Ve čtvrté kapitole se věnuji panické atace a jevům s ní spojeným. V páté kapitole popisuji následky panické ataky v psychice a chování člověka. V šesté kapitole nabízím vybrané léčebné přístupy, z možností farmakoterapie zmíním pouze stručně nejzákladnější. Sedmou kapitolu věnuji dalším strategiím zvládnutí panické poruchy. V osmé kapitole se věnuji následkům panické poruchy na vztahy klienta s blízkým okolím, způsobům komunikace a možným bariérám. Tato kapitola vychází z odpovědí respondentek.

Oblast vysvětlování specifických potíží lidem z blízkého okolí, se zdá být propleteným labyrintem s mnoha pastmi. Ani v literatuře v nově panické poruše se o této sféře příliš nedotýkáme. Proto jsem se rozhodla pokusit se „posvítit do temných chodeb“ komunikačních bariér tím, že jsem na toto téma provedla několik rozhovorů a odpovědi respondentek jsem se pokusila zasadit do rámce této práce.

Míru, do jaké panická porucha ovlivňuje život pacienta, popsala velmi výstižně jedna z respondentek: *„Ta porucha je jako velká temná skvrna, která se postupně vpíjí do celého života. Někdy už nenajdete místo, kam by se nedostala a nejste už schopna sama zažít s jeho ištěním.“*

1. Panická porucha-vymezení pojmu

Panická porucha je stresující a značně omezující duševní onemocnění. Jejím základním rysem jsou panické ataky, které nejsou omezeny na žádnou konkrétní situaci a nelze je předvídat. Ataky lze popsat jako náhlý a neekvaný záchvat masivní úzkosti, jež je doprovázenáadou typických tělesných příznaků, typických emocí a představ. Prožití několika takových záchvatů vede pacienta k nutkavé potřebě ze situace uniknout, v dlouhodobější perspektivě pak ke snaze se situací zcela vyhnout, či snaze se připravit na případ dalšího záchvatu a jak zabezpečit. Téměř vždy se objevuje sekundární strach ze smrti, ze ztráty kontroly nebo ze zesílení.

1.1 Diagnóza

Podle MKN10 jsou základním vodítkem pro diagnózu panické poruchy neboli epizodické záchvatové úzkosti opakující se záchvaty těžké úzkosti (panické ataky), které jsou náhlé, neekvané a nejsou omezeny na žádnou zvláštní situaci. Jsou tedy nepředvídatelné. Jednotlivé ataky musí trvat méně než 30 minut a dosahovat maxima během několika minut. V průběhu ataky se dostávají silné vegetativní příznaky, ty se u různých jedinců liší. Mezi ty nejobvyklejší patří bušení srdce, pocení, chvění, obtížné dýchání, pocity dušení, sucho v ústech, žaludeční nevolnost. K duševním příznakům patří nejčastěji derealizace, depersonalizace, strach ze smrti, strach ze ztráty kontroly.

Pro diagnózu panické poruchy je třeba určit alespoň tyto příznaky. Po odeznání panické ataky často přetrvává anticipační úzkost (obava ze znovuobjevení se dalšího záchvatu, neboli strach ze strachu). Dále je charakteristická přítomnost vyhýbavého chování. U diagnózy je třeba odlišit panické ataky jako sekundární projev deprese od panické poruchy. Záchvaty paniky by se měly objevovat v období příbližně jednoho měsíce. (KASPER, S., 2010).

1.2 Diferenciální diagnóza

Diagnóza panické poruchy bývá komplikována tím, že si pacienti stěžují na mnohé tělesné příznaky. Je tedy nutné vyloučit somatické nemoci, především srdeční infarkt a poruchy štítné žlázy, jako jejich příčinu. U panické poruchy je též velké riziko chybné diagnózy epilepsie. Proto je nutné důkladně prozkoumat okolnosti vzniku záchvatu a jeho průběh, případně

využít pro diferenciální diagnózu EEG monitoraci. Vedle somatických poruch je dále nutné vyloučit organickou duševní poruchu, intoxikaci a další duševní poruchy. (MKN10, 2004)

Jako nejdůležitější psychické poruchy v diferenciální diagnóze panické poruchy uvádí Praško (2005) tyto :

- poruchy nálady
- jiné úzkostné poruchy (sociální fobie, specifické fobie, generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha)
- závislost na návykových látkách (alkohol, psychostimulancia, kokain)
- psychotické poruchy schizofrenního okruhu

Jak upozorňuje Vymětal (2007), je při diferenciální diagnóze potřeba dále kladně zkoumat přítomnost vyhubého chování. V případě poruch nálad je přítomnost vyhubění se určitým situacím deprese, nikoli strach z panického záchvatu. U sociální fobie jde o strach z reakce okolí a při specifických fobiích se pacient pravděpodobně bude vyhýbat objektu své fobie. Jiné příznaky panické poruchy se objevují u schizofrenních poruch, kde je však charakteristická přítomnost psychotických projevů.

1.3 Komorbidita

Izolovaná diagnóza panické poruchy je spíše výjimkou. Nejčastějšími doprovodnými poruchami jsou agorafobie a deprese. Dalšími častými komorbidními poruchami jsou sociální fobie, specifické fobie a generalizovaná úzkostná porucha. Častou komplikací je druhotně rozvinutá závislost na alkoholu a návykových látkách. (PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKO, J., 2000). Soukupová (2001) určuje druhotně rozvinuté vyhubivé chování jako komorbidní poruchu osobnosti. Tuto informaci ovšem v téžina autor neuvádí.

1.4 Epidemiologie a prevalence

Kardi a Agoub (2010) ve svých studiích prokazují, že se s obecnými panickými záchvaty setká relativně vysoké procento populace. Konkrétní údaje se pohybují mezi 10% až 35%. Tento rozdíl v údajích je pravděpodobně dán mírou striktnosti v posuzování kritérií panického záchvatu. Celoživotní prevalence panické poruchy se pohybuje kolem 2,3 %. U žen se panická porucha objevuje zhruba dvakrát častěji než u mužů. Chval (2007) dodává, že lépe vyhledávají nejčastěji lidé ve věku dvacet devět let. U mužů trpících panickou poruchou se

výrazně méně často vyskytuje rozvinutá agorafobie než u žen. Větší procento trpících panickou poruchou najdeme u rozvedených lidí a vdov i vdovců.

1.5. Panická porucha a agorafobie

U pacientů s panickou poruchou se až v 80% vyskytuje souasně i agorafobie. Často je obtížné od sebe rozlišit jednotlivé příznaky, léčba obou poruch je velmi podobná. Proto v této kapitole uvádím pouze stručnou charakteristiku, jednotlivým termínům a problémům se budu více věnovat v dalších kapitolách.

Dříve byla agorafobie charakterizována jako úzkost z otevřených prostranství.¹ Moderní psychologie však vnímá tuto poruchu v širším pojetí. Vlivem trpícím agorafobií vyvolávají úzkostné situace. Opuštění domova, setkání mezi více lidmi, pobyt v uzavřených prostorách, cestování dopravními prostředky, apod. Obecně lze říct, že agorafobik se obává dvou hlavních principů. Tyto jsou nemožnost úniku a veřejné ponížení.

Vymetal (2004) charakterizuje dva hlavní principy vyskytující se u panické poruchy a agorafobie. Jsou jimi silně se rozvíjející vyhýbavé a zabezpečovací chování. Vyhýbavé chování a útek přináší sice úlevu v aktuální stresové situaci, ovšem dlouhodobě se stává jedním z hlavních udržujících faktorů agorafobie. Vlivem si totiž vytvoří mylnou představu, že se hrozícímu nebezpečí vyhnul jenom díky svému úniku. Nemůže se tedy už přesvědčit, že by k žádnému nebezpečí v reálu nedošlo a že by jeho úzkostně se poklesla. V rámci zabezpečovacího chování si vlivem trpící agorafobií neustále zajišťuje dostupnou pomoc, přítomnost někoho blízkého, snadnou mobilitu, apod. Vlivem se nemůže přesvědčit, že by situaci zvládl sám, a tím si narušuje sebevědomí a odhodlání úzkostně přemoci.²

Z hlediska prevalence uvádí Neville (1994) téměř dvakrát větší výskyt agorafobie u žen než u mužů, otázkou ovšem je, zda se muži pouze nezdráhají navštívit psychologa. Z hlediska epidemiologie uvádí dobu mezi osmnáctým a třicátým pátým rokem jako v období, kdy se agorafobie nejčastěji vyskytuje. Léčba začíná obvykle kolem třicátého druhého roku a bývá výsoce účinná. Jasně vymezení příčin nenalezneme u žádného z autorů. Nejčastěji se agorafobie popisuje kombinací dědičnosti a vlivem v dětství.

¹ Z eckého agora-tržiště, phobos-strach.

² Více o vyhýbavém a zabezpečovacím chování v kapitole 5

2. Faktory zvyšující riziko vzniku panické poruchy

Lidé trpící panickou poruchou zpravidla charakterizují svoje potíže jako „nic, co mě přišlo z ničeho, stejného nebo“. Nic je přitom edem nevarovalo a nejsou schopni dopátrat se jasněho přívodu obtíží. Praško (2006) ovšem ve své studii dospěl k tomu, že na vypuknutí panické poruchy se určité faktory podílejí a předcházejí jí také určité životní situace. Jednoznačné vymezení příčin vzniku panické poruchy však nenalezneme.

Možné faktory, které se na zvýšení rizika rozvoje úzkostných poruch v dospělosti podílí:

- **Vrozené:** O významnosti podílu vrozených faktorů při rozvoji panické poruchy nepadají mezi autory jasné shody. Kocourková (2000) například konstatuje, že z hlediska etiologie³ se klade větší důraz na genetické okolnosti, než na okolnosti psychosociální. Praško (2008) však upozorňuje, že se pravděpodobně neděje přímo panická porucha, ale spíše dispozice reagovat na určité situace úzkostně. Durecová (2007) zase poukazuje spíše na teorii učení a klasického podmíněování. Biologická vysvětlení se obecně od psychologicky a psychoterapeuticky zaměřených autorů zdají být jednostranná a redukující. Jiní autoři, například Barlow (1988) se pokouší vlivy biologické, výchovné, psychologické i osobnostní ve svém pojetí integrovat.
- **Biochemické:** Honzák (2005) shrnuje, že všem typům úzkostných stavů je společná porucha v přenosu serotoninu v mozku. Jasně potvrzení toho, zda je tato biologická porucha příčinou úzkostí, nebo pouze její součástí, v souasných studiích nenalezneme. Jak ovšem poukazuje Praško (2006), studie prokazují, že užívání antidepresiv postupně zvyšuje dostupnost serotoninu v mozku, a tím pomáhá normalizovat biologickou rovnováhu. To lze považovat za nepřímé potvrzení vlivu biochemických faktorů na rozvoj panické poruchy.
- **Podmínky vývoje v dětství a výchova:** Na tyto faktory se ve svém pojetí soustředí zejména psychoanalytické přístupy. Milrod (1997) spojuje panickou poruchu především s absencí pocitu základního bezpečí v dětství, ztrátou dležitě osoby v dětství, nebo předčasnou separací dítěte od matky. Považuje je za události významně zvyšující riziko vývoje úzkostných poruch v dospělosti. V pojetí kognitivně behaviorální terapie, jak uvádí Vavrda (2007), se do popředí dostává tendence dítěte přijímat a napodobovat modely chování rodičů. Předpokládá, že je-li jeden z rodičů nadměrně úzkostný, dítě od něj snadno nápodobou tento model reakcí převzeme.

³ Nauka o příčině a průběhu nemocí. (HARTL, P., 2004)

Kratochvíl (1970) též zmíní uje nadměrnou sebeobservaci⁴, která je typickým pr vodním jevem panické poruchy, a popisuje ji úzkostné výchov , sledující každý t lesný p íznak dít te. Mezi další výchovné vlivy, které mohou potenciáln souviset s rozvojem panické poruchy, adí i pedantskou, p íliš kritizující výchovu nebo naopak výchovu p ehnan pe ující, která v dít ti vzbuzuje pocit, že sv t je velmi nebezpe ný.

- o **Rysy osobnosti:** N které povahové vlastnosti jsou nápadné u v tšiny lidí trpících panickou poruchou. Praško (2008) jmenuje nap íklad tendence d lat si nadm rné starosti o b žné záležitosti, problémy s asertivním jednáním, neschopnost snášet kritiku a konstruktivn kritizovat jiné, p ehnané pozorování vlastního t lesného stavu a jeho katastrofická interpretace, p ehnaná závislost na hodnocení své osoby okolím. Vym tal (2007) uvádí jiný vý et povahových rys do souvislosti s hromad ním stresových situací a se schopností adaptivn tyto stresové situace ešit. (Hovo í nap íklad o pasivit , kdy lov k eká, že situaci vy eší n kdo jiný, nebo že se vy eší sama, což potom zp sobuje hromad ní stresu a podkopává d v ru ve vlastní schopnosti. Dále o nutkavosti, jako o tendenci opakovat innosti vedoucí sice ke krátkodobé úlev , ale ne ešící podstatu situace). Barlow (1988) dopl uje strach z neznámého jako další povahový rys zt žující adaptivn ešit obtížné situace. Nadm rná pot eba bezpe í nutí lov ka pohybovat se pouze v prost edí, které už zná, a vyhýbat se neznámému. To je samo o sob t žko splnitelné a vede to ke stálému nap tí. Jako další rysy uvádí Praško (1997) závislost na názorech druhých, perfekcionismus, nedostatek sebekázn , apod.
- o **Stres:** V tšina autor se shoduje, že stres je astou okolností, jež rozvoj panické poruchy odstartuje. Schaffner (1985) považuje období zvýšeného stresu, který v tšinou navazuje na problémy v práci, rodin i studiu, za dobu, ve které lidé s dispozicí k úzkostným poruchám asto zažijí první panický záchvat. Stres jako celek je vyvolán stresory. V tšinou jde spíše o trsy stresor než o jednu zjevnou událost. V literatu e nalezneme nej ast ji d lení stresor na vnit ní a vn jší, i na psychologické a t lesné. Jednotlivé vý ty se však asto liší. Schreiber (1985) nap íklad mezi vn jší stresory adí bolest, fyzikální a chemické podn ty. Mezi psychické zahrnuje podn ty individuální, sociální a plynoucí z nemoci. Praško (2006) zase u t lesného stresu uvádí únavu, p epracování, nadm rné užívání alkoholu i nedostatek spánku. K psychologickému stresu adí problémy v sexuální oblasti, asový tlak, ztrátu blízké osoby, ztrátu zam stnání a frustraci. Schreiber též

⁴ Pozorování sebe samého, vnit ních prožitk a proces probíhajících ve v domí. (HARTL, P., 2004).

upozoruje, že stresorem se může stát situace jakéhokoli druhu, tedy i událost pozitivní. Obecně je stresorem každá změna. Ilovkovi ovšem na jednotlivé stresory reaguje individuálně. Praško (2006) dodává, že existuje též řada každodenních situací, tzv. *microstressors*, které vyvolávají obavy, starosti a celkovou duševní nepohodu. Pokud se takové situace nahromadí a jsou velmi silně prožívány, mohou se stát spouštěčem úzkostné poruchy. Především se ale postarají o udržování poruchy již rozvinuté. Jde především o nadměrnou, i špatně zpracovanou kritiku, subjektivní pocit vlastní nedostatečnosti v porovnání s okolím, pocívaný nedostatek ocenění a uznání, pocit ztráty kontroly nad vývojem osobní situace, pocívaní křivdy a nespravedlnosti, subjektivně vnímané osobní selhání, nesoulad v partnerské a sexuální oblasti apod.

- **Životní události:** Rozvoji panické poruchy může též předcházet závažná událost, která vyvolá dlouhodobé změny v životě. V literatuře nejčastěji najdeme v této souvislosti zmínky o ztrátě partnera, ztrátě zaměstnání, odchodu do důchodu, nástupu na mateřskou dovolenou apod. Tyto stresory mohou vést k sociální izolaci nebo ke ztrátě sociální role. Praško (2008) dále upozoruje na to, že může odchod do důchodu i na mateřskou dovolenou vyvolat ztrátu přirozené aktivity a poškodit hodnocení vlastní dlouhodobosti. Pokud se panická porucha rozvine, pocívaná bolestná změna ještě prohloubí. Zvýší především sociální izolaci a ztrátu aktivit.
- **Tělesná onemocnění:** „Úzkostné poruchy mohou navazovat na ischemickou chorobu srdeční, vysoký krevní tlak, mozkovou příhodu, Parkinsonovu chorobu, cukrovku, revmatismus, sníženou i zvýšenou činnost štítné žlázy apod. Někdy navazují na dlouhodobé hormonální změny po porodu, nebo v klimakteriu.“ (Praško, J., Prašková, H., Vyskočilová, J., Adamcová, K., 2008, s. 35).
- **Léky, drogy, alkohol:** Užití toxických látek může zapříčinit rozvoj panické poruchy dvojím způsobem. Může jít o jednorázový špatný prožitek změnou vnímání pod vlivem toxické látky. Honzák (2005) například popisuje případy, kdy se panický záchvat dostavil bezprostředně po požití LSD. Nebo může užívání určitých drog postupně „probudit k životu“ úzkostnou osobnost v nás, o čemž se zmiňuje Kocourková (2007). Praško (2006) rovněž upozoruje na možný rozvoj úzkostných poruch v souvislosti s užíváním některých léků⁵.

⁵ nejčastěji antiastmatika, hormon predison a některé léky užívané k léčbě vysokého tlaku (PRAŠKO, J., 2006).

3. Panická porucha v lékařské praxi

Lidé trpící panickou poruchou se často stávají návštěvníky praktických lékařů nebo jiných somatických specialistů. Bývají velmi rozrušení, někdy se cítí samotnou situací poníženi, někdy sami váhají, zda lékařskou pomoc nezneužívají a zda lékař je neobtěžují. Některí jsou bezradní a mají strach o svůj zdravotní stav. Pro pacienta s těmito pocity je poměrně zásadní, jak s ním zdravotnický personál jedná. Jak vyplývá z rozhovorů, citlivý a neironický přístup lékaře není pravidlem. Někdy není pacient na možnou souvislost s psychickou poruchou upozorněn vůbec, někdy urážlivým způsobem. Otázkou také je, v kolika případech si jsou lékaři této možné souvislosti vůbec vědomi.

3.1 Komunikace personálu s pacientem

Způsob, jakým zdravotnický personál s lidmi trpícími panickou poruchou komunikuje a jak k nim přistupuje, je pro pacienta a pro efekt jeho zklidnění velmi důležitý. Potvrzení nalezneme u mnohých autorů. Linhartová (2007) například zdrazňuje nutnost v novat komunikaci s úzkostnými pacienty velkou pozornost. Honzák (1999) podotýká, že úzkostný pacient přichází k lékaři v roli dítěte jako za rodičem, vyžaduje od něj pomoc, ochranu a pochopení, a lékař by měl na tuto vyžadovanou roli přistoupit. Beran (2010) zase upozorňuje na případnou nedvěru lékaře k pacientovým potížím a popisuje ji jako faktor, který může komunikaci značně komplikovat. Dodává, že je nutné, aby v těchto případech lékař při hodnocení pacientova stavu odsunul stranou svoje vlastní zkušenosti a hodnotil situaci z hlediska pacienta. Jak vyplývá z rozhovorů, často se člověk, který trpí panickou poruchou, setkává s přístupem nevybíravým, necitlivým a ponižujícím.

Po analýze odborné literatury a rozhovorů, které jsem s respondenty vedla, nabízím určení tří skupin panických pacientů, kteří vyhledávají pomoc somatických specialistů:

- První skupinu tvoří lidé ve stavu akutní paniky, kteří se ze záchvatu potěbují dostat. Člověk nacházející se v bezprostředním panickém záchvatu potěbuje rychle a úmělně zklidnit. Jak popisuje jedna z respondentek, v tomto stavu člověk příliš nevnímá způsob, jakým s ním lékař komunikuje, spíše vyžaduje okamžitou pomoc. Zprvé potěbuje zklidnit organismus a zadruhé potěbuje být ujistěn, že se nejedná o životně i zdraví ohrožující stav. Respondentky se vesměs shodují, že lékařský personál bývá

v těchto případech vstřícný, nedává pacientům najevo, že by ho zbytečně obtěžovaly a zdržuje se poznámek o hypochondrech.

- Do druhé skupiny patří lidé, kteří dlouhodobě pozorují četné tělesné příznaky paniky, neumí si je vysvětlit a potěbují zjistit, zda nejde o příznaky nějaké závažné tělesné choroby. Často se také mohou sami cítit zahanbeni a sami mnohdy pochybují, zda je jejich návštěva u lékaře nezbytná. Praško (1997) uvádí, že po návštěvě praktického lékaře následuje zpravidla vyšetření neurologem, (případně monitorace EEG), kardiologem, endokrinologem, i imunologem. Respondenti se shodují, že se v těchto případech kontakt s nepsychiatrickým zdravotnickým personálem často stává velmi nepříjemným. Vypovídají, že byli často označeni za hypochondry, že byli nevybíravým způsobem upozorováni na nákladnost různých vyšetření a jejich naprostou zbytečnost a že s nimi bylo celkově jednáno velmi nevstřícně. Pouze v jednom případě byla pacientka bez ironie lékařem upozorněna na možnou souvislost s psychickou poruchou a byla jí doporučena návštěva psychiatra. V dalších případech byli sice pacienti na psychiatra odkázáni, ovšem způsobem, který vnímali jako ponižující, ironický a odsuzující.
- Tětu skupinu tvoří pacienti, kteří jsou o existenci závažné tělesné choroby přesvědčeni, často i přes opakované negativní nálezy a ujištění lékaře. S popisem tohoto postupu se setkáme v literatuře, respondentky podobné přesvědčení nepopisují. Linhartová (2007) nazývá tento typ pacientů úzkostnými pedanty. Uvádí, že někteří úzkostní pacienti mohou být pevně přesvědčeni o tom, že trpí závažným tělesným onemocněním, a o opaku je nepřesvědčí ani ujištění od různých lékařů ani negativní nálezy z vyšetření. Tito pacienti mohou být přesvědčeni, že před nimi lékař i tají pravou příčinu, nebo že vyšetření nevnucuje dostatečnou pozornost. Honzák (1999) dodává, že komunikace s tímto typem pacientů může být pro lékaře obtížná, a zdá se, že i vstřícné jednání lékaře, který má nejlepší vliv pomoci, je pacientem interpretováno jako nedostatečná péče. Upozornění na vhodnost návštěvy psychiatra je mnohdy vnímáno jako urážka.

Všechny naše respondentky navštívily kvůli příznakům panické poruchy praktického lékaře. Většina z nich popisuje komunikaci jako nepříjemnou a vysvětlení lékaře jako nedostatečné. Doporučení k návštěvě psychiatra nezaznamenaly buď vůbec, nebo ve zcela nepříjemné formě. Zajímavé je, že jednání lékaře na pohotovostních službách popisují respondentky naopak jako vstřícné, klidné a úctivé. Na které respondentky popisují, že

negativní nálezy z vyšetření si vysvětlovaly jako nedbalost lékaře, nebo nedostatečnou snahu zjistit pravou příčinu. Ve většině případů si pak respondenty samy sháněly informace o úzkostech jako možné příčiny tělesných prožitků.

„K doktorovi jsem nešla, až teprve když se k tomu záchvatu přidalo motání hlavy, napadlo mě, že mám asi nějaký tělesný problém. Praktická lékařka mi udělala nějaká vyšetření a poslala mě taky na neurologii. Nikde nic zvláštního nezjistili. Na jednu stranu jsem byla ráda, ale zároveň jsem nedostala žádné vysvětlení. Potom jsem si na jakou dobu myslela, že mi třeba v těle chybí nějaká živina, která toto způsobuje. Musím ale říct, že komunikace s doktorkou nebyla nijak příjemná. Tedy ze začátku se chovala normálně, ale pak, když se nikde nic nenašlo a já přesto pořád popisovala stejné potíže, začala mi říkat, že už neví, co by pro mě mohla udělat a že bych měla nechat prostor opravdu nemocným lidem. Nakonec už byla tak nepřijemná, že jsem se tam raději už neukázala. Že bych měla asi zajít za psychiatrem mi nevěkla v bec.“ (Lucie)

„Jasně že jsem k doktorce šla. Kdo by nešel k doktorovi, když se mu děje tak divný věci. Byla jsem tam několikrát, ona dělala různé vyšetření a poslala mě taky k jiným doktorům. A jednou to bylo tak silný, že jsem jela na pohotovost. Tam si se mnou nějaký doktor chvíli povídal a dejchal se mnou a tak mě celkem uklidnil. Řekl mi, že to je nejspíš od nervů. Ten byl milej. Ale doktorka teda milá nebyla. Ona se se mnou v bec moc nebavila. Řekla mi, že mi nic není, a pak mi dala docela jasné najevo, že už mě nechce vidět. Nejdříve jsem si myslela, že je jen líná pořád zjistit, co mi je. A tak jsem se s tím prala sama. A pak jsem se rozhodla, že je to asi psychický.“ (Anna)

„Hned při druhém záchvatu jsem odjela do nemocnice. Byla jsem totiž přesvědčená, že je to skutečně nějaký velký problém a že by se mi mohlo něco stát. Ujala se mě tam taková starší paní doktorka. Asi měla už svoje zkušenosti, takže brzy odhadlo, že se jedná o záchvat úzkosti. Dala mi papírový sáček, a do něj dýchám, a snažila se mě uklidnit. Posadila mě do židle, řekla, ať si dám hlavu mezi kolena, a ujiš ovalu mě, že to brzy přejde, ať se nebojím. Byla opravdu příjemná, i po tom, co jsem se úplně uklidnila. Na závěr mi řekla, že ale musím za svým doktorem, aby vyloučil jiné příčiny. A to už bylo tedy méně příjemné. Přišla jsem za ním a vysvětlila mu, co se stalo. On provedl různé vyšetření, poslal mě k jiným doktorům a na závěr mi řekl, že mi nic není a že jestli chci, mám jít, a to ho cítuji, že cvoká em. Řekl, že být

na mém míst , tak se tolik nepozoruje. Pak už jsem k n mu v souvislosti s úzkostí nešla. N jakou dobu jsem ho podezírala, že n co opomenul. Že mi n co skute n je, ale že na to nep išel. Potom jsem si o úzkostech za ala n co zjišovat a usoudila jsem, že to bude skute n pravá p í ina.“ (Dana)

Pouze v jednom p ípad hodnotí respondentka komunikaci s praktickým lékařem kladn . Po tom, co byly vylou eny jiné p í iny, byla šetrn upozorn na na možnou souvislost s úzkostí a byla jí doporu ena návště va psychiatra.

„Doktora jsem navštívila. Ne p ímo v záchvatu. Ale jak se záchvaty množily a já netušila, co se d je, chtě la jsem pochopiteln vylou it n jakou t lesnou p í inu. Byla jsem u svého doktora n kolikrát, pak ještě u dalších odborník . Po r zných vyšet eních, kde se nic nezjistilo, navrhnul doktor možnost, že mají potíže psychickou p í inu, a doporu il mi návště vu psychiatra. Dal mi na n j i kontakt. Ne íkal to nijak špatn , prost v cn konstatoval takovou možnost.“ (Tereza)

3.2 Nej ast jší d vody návště vy praktického léka e po prožití panické ataky

Panický záchvat je doprovázen celou adu t lesných projev ⁶. Odborná literatura i rozhovory potvrzují, že v tšina pacient tyto projevy p ípisuje t lesným onemocněním, a proto se po n kolika záchvatech naprostá v tšina objeví v ordinaci praktického léka e, nebo se p ímo uprost ed záchvatu dostaví na pohotovost. N kte í pacienti se též domnívají, že prožívaná úzkost je pouze d sledek t chto fyzických potíží. Respondentky jako hlavní d vody návště vy léka e uvádí motání hlavy, silné, pop ípad nepravidelné bušení srdce, problémy s dýcháním a bolesti v hlav . Honzák (2005) nabízí vý et nej ast jších t lesných potíží, které vedou panického pacienta: k návště v léka e

- Kardiovaskulární p íznaky
- Dýchací potíže
- Trávicí potíže
- Spánkové potíže
- Bolesti hlavy

⁶ Bližší popis fyzických p íznak panické ataky v kapitole 4.1

Léka by měl provést d kladnou diferenciální diagnózu a poté, co vylou í fyzické p í iny, pacientovi nabídnout relevantní vysv tlení a šetrn ěmu doporu it návšt ěvu psychiatra.

4. Panická ataka

Panickou ataku neboli záchvat paniky můžeme popsat jako zážitek velmi intenzivního strachu až hrůzy. Tyto záchvaty přicházejí náhle, bez varování a zdánlivě bez jakékoli příčiny. Právě fakt, že se objevují zcela nečekaně a nejsou omezeny na žádné konkrétní situace, vzbuzuje v pacientech pocity bezradnosti a bezmoci. Síla, se kterou se panický záchvat dostaví, vede pacienty k hrůzným představám, že zešílí, i nad sebou zcela ztratí kontrolu. (MKN10, 2004). Záchvaty trvají obvykle pět minut až půl hodiny, ojediněle se jejich trváním může prodloužit až na dobu jedné hodiny (Praško, 2006). Tyto záchvaty jsou doprovázeny řadou tělesných příznaků, které si zpočátku v těle pacient vykládá jako příznaky závažného tělesného onemocnění. Taková interpretace přivádí mnohé panické pacienty do ordinací somatických odborníků. Vedle tělesných příznaků se v průběhu záchvatu paniky objevuje i sada typických úzkostných emocí, myšlenek a představ. Dohromady se tyto tělesné příznaky a úzkostné emoce, představy a myšlenky podílí na vzniku bludného kruhu úzkosti. Barlow (1988) upozorňuje, že prožití jediného panického záchvatu nemusí nutně vést k diagnóze panické poruchy.

4.1 Fyzické příznaky

Panický záchvat je provázen mnoha tělesnými příznaky. Ty jsou zpravidla vnímány jako ohrožující a jsou katastroficky interpretovány. Jak shrnují Barlow a Cerný (2007), v těle to, čeho příznak způsobuje sympatický nervový systém, který spouští reakci „boj nebo útěk“. Ovšem v případě panického záchvatu nastane stresová reakce bez reálné hrozby i bez následné akce organismu. Ilov k prožívající tyto příznaky v průběhu panické ataky je tedy nedokáže zdůvodnit i vysvětlit a hledá jejich příčinu v závažném onemocnění.

Typické tělesné příznaky panického záchvatu popisuje Janíček (2008). Týkají se:

- **Dýchání:** *neschopnost popadnout dech, pocity dušení se, zrychlené dýchání.* Tyto dýchací potíže způsobí i uje hyperventilace. Organismus ve stresové reakci „boj nebo útěk“ přijímá více kyslíku. Ovšem v případě panického záchvatu je tato reakce falešná, žádná akce nenásleduje a přebytkové množství kyslíku není využito. Mozek tedy vydá povel k jeho sníženímu příjmu a tehdy ilov k za ne poci ovat nedostatek dechu, za ne mít pocit, že se dusí a není schopen se nadechnout. Úinnou pomocí je dýchání zklidnit, ehož ovšem pacient bez předešlého tréninku v tento moment není schopen. Krizová rada je dýchat do igelitového i papírového sáku.

- **Srdce:** *zrychlený tep, bušení srdce.* Aktivace sympatického nervového systému, který spouští reakci „boj nebo útěk“, vede ke zrychlení srdeční innosti a urychlení průtoku krve. Cílem je zásobit tkáň kyslíkem, aktivovat tak svaly a připravit je k boji. Pomocí je opět zklidnit dýchání a aktivně si uvdomovat vlastní tep.
- **Žaludku:** *pocity na zvracení, zvracení, zácpa, průjmy, tlaky v žaludku, křeče v břiše.* Tyto potíže zapovídají uje zvýšený krevní průtok. Vzhledem k tomu, že svaly potřebují na akci „boj nebo útěk“ větší přísun krve, přesouvá ji k nim organismus z míst, kde je jí potřeba méně. Tedy hlavně z oblasti žaludku. Nepříjemné pocity kolem žaludku jsou tedy důsledkem sníženého prokrvení.
- **Hlavy:** *bolesti hlavy, píchání v hlavě.* Nepříjemné pocity v hlavě mají stejný jako žaludeční potíže příčinu v odsunu krve a sníženého přísunu kyslíku.
- **Celkové:** *nadmírné pocení, závratě, mdloby, pocity na omdlení, návaly horkosti a chladu, silné chvění a třes, únava, malátnost.* Všechny tyto pocity způsobuje sympatický nervový systém, spouštící reakci „boj nebo útěk“.

Respondentky uvádí jako nejčastější fyzické příznaky bušení srdce, pocení, nevolnosti, motání hlavy, problémy s dýcháním:

„Najednou mi začalo být nějak divně. Celá jsem se potila, bušilo mi srdce, takže jsem se. Měla jsem pocit na zvracení a strašně se mi chtělo na záchod“ (Aneta)

„Začalo mi bejt špatně, hrozilo mi bilo srdce, celá jsem byla zpocená, měla jsem pocit že se nemůžu nadechnout. Jako by mi na hrudníku ležel nějaký balvan“ (Anna)

„Hrozilo mi začalo bušit srdce, takže se mi nohy, měla jsem úplně zpocené ruce. Bylo mi hrozně horko a pak za chvíli zase zima. Tak se mi začala točit hlava a bylo mi tak celkově slabě. A špatně se mi dýchalo, jako bych měla knedlík v krku“ (Vanda)

4.2 Katastrofické představy a myšlenky

lov k, který se nachází v panickém záchvatu, bývá zpravidla zaplaven úzkostnými myšlenkami a představami o hrozícím nebezpečí. Tyto představy se týkají zejména tělesných projevů a možných sociálních důsledků. Respondenti se shodují, že nejčastěji se objevuje představa, že omdlí, dostanou infarkt, udusí se, zblázní se nebo že nad sebou ztratí kontrolu. Tyto představy zhoršují průběh záchvatu, případně ho mohou samy o sobě vyvolat. Honzák (2005) uvádí typické úzkostné myšlenky a představy:

- **„Co se to jenom děje?“** V průběhu prvních panických záchvatů je hrozivost prožitku umocněna tím, že si ji pacient nedokáže vysvětlit. Setkává se s takovými prožitky poprvé a je jimi velmi zaskočen. Snaží se přijít na možné vysvětlení a často dochází k závěru, že jde o příznaky těžké fyzické nemoci, nebo o neznámý účinek použité látky či léku.
- **„Už je to zase tady!“** Častěji si mnoho pacientů na panické záchvaty zvykne a jejich první myšlenkou tedy už není „co se děje?“, ale „zase se to děje!“ Po vysvětlení celé situace často už nepátrají, pouze touží „to“ neprožívat. Prožívá-li pacient již několikrát panický záchvat, má tendenci na jeden tělesný příznak reagovat spuštěním celé stresové reakce. Pokud se mu například zamotá hlava ze špatného vzduchu v místnosti, nebo ze změny tlaku, okamžitě se začne obávat, že se dostaví všechny ostatní projevy, spustí systém úzkostných automatických myšlenek a panický záchvat se skutečně dostaví.
- **„Co když dostanu infarkt?“** Tato představa je nejčastějším příkladem katastrofické interpretace tělesných příznaků. Konkrétně bolesti na hrudi, zrychleného tepu a bušení srdce.
- **„Co když nad sebou ztratím kontrolu?“** Strach ze ztráty kontroly je jednou z nejčastějších obav. Vyplývá z vnímání situace jako něčeho cizího, co přichází zvenčí. Pacient má obavu, že už situaci nebude možno déle vydržet a on již nebude schopen korigovat své chování.
- **„Nikdo mi nepomůže!“** Pacienti se často obávají, že budou na své okolí působit jako opilí nebo jako blázní. Podlehnu-li například strachu, že omdlí, umocní tuto obavu ještě přesvědčením, že je přítomní lidé nechají ležet na zemi.
- **„Znemožním se!“** Tato obava souvisí se strachem ze ztráty sebekontroly. Nejsilněji bývá pocíťována v situacích, kdy má pacient vystoupit před nějakým

publikem. Uitel se například obává, že ho v průběhu přednášky zastihne panický záchvat a posluchačstvo bude celý průběh ataky sledovat.

- **„Uduším se, umu!“** Pacienti, kteří v průběhu záchvatu hyperventilují, zažívají pocity, že se nemohou nadechnout, a předpadne je obava, že se mohou udusit.
- **„Zblázním se“** člověk uprostřed panického záchvatu má obavu, že ztratí přetnost. Souvisí to se strachem ze ztráty kontroly, ovšem tato myšlenka vede člověka k přesvědčení, že už prožívané příznaky nikdy neodezní a on „zůstane v panickém záchvatu navždy“.
- **„To nemůžu přežít!“** člověk, který prožívá první ataky zatím neví, že míra úzkosti stoupá pouze do určité hranice. Představuje si, že prožívaná úzkost se bude neustále stupovat a nepůjde pak už vydržet.
- **„Musím rychle pryč!“** Typickou reakcí na panické záchvaty je únikové chování. Pacient je přesvědčen, že jím prožívaná úzkost souvisí s prostředím, ve kterém se nachází.
- **„Co když se pomůžu, pokálič?“**
- **„Všichni to na mě vidí!“**
- **„Omdlím!“**

Respondentky nejčastěji hovoří o obavách z reakce okolí, strachu z toho, že nad sebou ztratí kontrolu a nikdo jim nepomůže. Přemýšlí též o tom, čemu okolí jejich chování připíše:

„Fakt jsem vůbec nevěděla co se to probíhá. Myslela jsem, že jsem se zbláznila. Ale pak to nějak samo přešlo, a tak jsem o tom pak chvíli moc nepřemýšlela. Nejdříve jsem si myslela, že je tam v tom kinu prostě vedro a špatnej vzduch, a tak se mi udělalo zle. Když to pak přešlo znova a znova, tak mě napadlo, že mám třeba nějakou nemoc. A když mi pak později doktoři řekli, že nemám, tak to bylo prostě „TO“. „TO“ celý, čemu patří i tyhle pocity. Vždycky jsem se bála toho, jak mě vidí okolí. Že si třeba myslí, že jsem blázen, nebo zřetovaná. A že by mi kvůli tomu nikdo nepomohl. To je taková další nepřijemnost, nejen že je vám hrozná, ale ještě si říkají, co si o vás asi myslí lidi okolo“ (Anna)

„Myslela jsem si, že už jsem propukla nějakou velkou duševní poruchou. Tedy upřímně jsem si myslela, že jsem se zbláznila. Tímto lesným projevem jsem asi v nově menší pozornost, neanalyzovala jsem je tolik. Bála jsem se ale hrozně toho, že se nějak úplně znenárodním. Že omdlím, a třeba se pozvracím. A taky, že by mi pak nikdo nepomohl. Že budu někde ležet, lidi budou chodit kolem a říkat si no, další fe a ka“ (Vanda)

„Já jsem tehdy byla p esv d ená, že jsem musela nev dom požít n jakou drogu. Bylo to samoz ejm nesmyslné, ale dlouho mi to p ipadalo jako jediné možné vysv tlení. Bála jsem se hrozn toho, že se úpln p estanu kontrolovat. Že za nu šílet, vát, b ham dokola, bre et. Taky m ob as p epadala hr za, že až v bec nebudu v d t jak z toho ven, že už to bude úpln nesnesitelný, tak si prost n co ud lám“ (Lucie)

„Myslela jsem si, že to byla n jaká srde ní p íhoda. A že se ty pocity dostavily kv li tomu. Napadlo m , že je to t eba n jaká mrtvice, nebo infarkt. Taky m d silo to obtížný dýchání. M la jsem zkrátka strach, že se udusím“ (Dana)

4.3 Typické emoce

Obecn se v pr b hu panického záchvatu objevují negativní emoce. Konkrétní emoce jsou individuální, ale n které se vyskytují tém u všech lidí. Nejsiln ji prožívanou emocí je pochopiteln úzkost. Úzkost v jistém smyslu stojí již na po átku panického záchvatu, zap í i uje jeho intenzitu a zároveň se podílí na fungování celého bludného kruhu panické poruchy. Janík (2008) upozor uje na pocity bezmoci a bezradnosti, které prožívají tém všichni lidé v pr b hu nebo t sn po panické atace. Tyto pocity jsou výrazné zejména u prvních prožitých záchvat , protože se objevují náhle a jsou vnímány jako n co,co nemá žádnou p í inu. lov k, který se již v rámci terapie nau il pracovat s vlastním dechem a který zná p í inu t lesných prožitk , m že cítit bezmoc menší, ovšem fakt, že se m že panická ataka objevit v jakýkoli as a v jakékoli situaci, jistý pocit bezmoci stále udržuje. V souvislosti s panickým záchvatem se tém vždy dostavuje také strach. Ten m že být prožíván z více d vod . Nej ast ji je spojen s obavami o vlastní zdraví. Jak již bylo e eno d íve, má mnoho pacient tendenci katastroficky interpretovat t lesné prožitky spojené se záchvatem jako projevy závažných t lesných onemocnění. Praško (1997) konstatuje, že prožívaný strach m že být spojen s obavami z reakcí okolí. lov k m že mít strach z toho, že ho okolí bude vnímat jako toxikomana, nebo jako „blázna“. Zároveň se asto objevuje strach z toho, že okolí nijak nepom že. Strach m že pramenit i z p edstav o možném ponížení. Preiss a kol. (2006) dodávají, že v dlouhodob jší perspektiv , tedy nejen v situaci akutního záchvatu, vede panická porucha asto ke ztrát radostného prožívání, i ke ztrát chuti k innostem. To souvisí s vyhýbavým chováním a anticipa ní úzkostí. Fakt, že pacient prožívá neustálou úzkost z toho, že se kdykoli m že objevit další záchvat, mnohdy zap í iní depresivní nálady a ztrátu zájmu o d íve oblíbené innosti. lov k ztratí energii a motivaci

čistší se z radostných maličkostí. Tyto emoce potom mohou souviset i s celkovým pesimismem a klesajícím sebehodnocením. U některých lidí se může objevit i silný hněv, který zpravidla vychází z pocitu bezmoci a neschopnosti situaci sám řešit. Jako téma u všech druhů onemocnění a poruch se i u panické poruchy často objevuje lítost a sebelítost. Lítost nad ním samým stráveným v úzkosti, nad množstvím věcí, kterých byl kvůli k nucen se vzdát, a nad celkově prožívanou nepohodou.

4.4 Spouštěče panické ataky

Panickou ataku může vyvolat celá řada podnětů. Vymětal (2007) dává tyto podněty na první a druhé místo. Mezi první spouštěče patří v podstatě všechny obávané situace. Zejména se jedná o situace s nedostupnou pomocí, situace, které je nesnadné opustit, a situace zcela nové. Mezi druhé podněty patří úzkostné myšlenky, katastrofické představy a interpretace a silně vnímané tělesné pocity. Vzhledem k tomu, že jsou tyto podněty vyhodnoceny jako ohrožující, dochází ke vzniku celého procesu panické ataky. Pokud atace předchází období zvýšeného stresu, lze za spouštěč označit tělesné a psychické pocity. Pokud se jedná o náhlý záchvat, spouštěčem se stávají nenadálé události, které nesouvisí s dlouhodobým stresem. Praško (2008) dodává, že označení konkrétního spouštěče ataky bývá pro pacienty obtížné. Často nedokážou rozlišit tělesné pocity, které záchvat spouštějí, a následný záchvat paniky. Proto se ataka jeví jako bezpříčinná a nevysvětlitelná. Goetz (2010) upozorňuje, že pojmenování příznaků, které atace bezprostředně předcházejí je důležitým krokem v léčbě. Nápomocné jsou sebesozobovací tabulky, ve kterých pacient podrobně zaznamenává průběh záchvatu a jeho podrobný popis. Tedy popis situace, tělesných příznaků, emocí, myšlenek a míry pocíťované úzkosti.

4.5 Depersonalizace a derealizace

Zážitky epizod depersonalizace a derealizace potvrzuje mnoho pacientů s panickou poruchou. Raszka (2010) charakterizuje derealizaci jako pocity oddělení se od vlastních prožitků a vnímání vlastní osoby i tělesných a duševních procesů jako cizích, vzdálených a nereálných. Při depersonalizaci se toto vnímání týká vlastní osoby, při derealizaci se změna vnímání týká okolí, kdy se okolní svět jeví cizí a neskutečný. Tyto zážitky jsou zpravidla popisovány jako divné a hrůzné, na které pacienti se shodnou na tom, že jsou tyto zážitky tím nejhorším na celém panickém záchvatu.

Při prožívání depersonalizace „může mít pacient pocit, že nevytváří vlastní myšlení, představy nebo vzpomínky, že jeho pohyby a chování jako by nebyly jeho vlastní, že jeho tělo se zdá bez života, vzdálené, nebo jinak anomální. Subjekt cítí, že jeho vlastní pocity a/nebo zážitky jsou oddělené, vzdálené, nejsou jeho vlastní, jsou ztracené“ (MKN10, 2000. s.169).

V rámci derealizace si pacient stěžuje, že „okolnímu prostředí chybí barva a život a zdá se jako umělé nebo jako jeviště, na kterém lidé hrají vymyšlené role. V nich kterých případech může mít subjekt pocit, jako by na sebe pohlížel z povzdálí nebo jako by byl mrtvý. Mezi těmito různými fenomény je nejčastější stesk na ztrátu emocí.“ (MKN10, 2000. s.169-170).

Raszka (2010) dále uvádí, že se depersonalizační porucha může vyskytovat izolovaně, psychodné zážitky depersonalizace se mohou vyskytnout u život ohrožujících situací, nebo se přidružují k psychickým poruchám.⁷ Depersonalizace může být obranným mechanismem v reakci na úzkost, zároveň také samotným spouštěčem úzkosti. O tom, zda se depersonalizační porucha může vyskytovat izolovaně, ovšem nepadá jednoznačná shoda.

Jasně vymezení příčin vzniku depersonalizace a derealizace ani jejich potvrzenou účinnou farmakoterapii nenalezneme v žádné studii. Některí autoři⁸ naznačují, že náhlý začátek epizod depersonalizace a derealizace může souviset s intoxikací psychoaktivními látkami. Za hlavní potenciální spouštěče tohoto stavu označují kanabinoidy, extáze a halucinogeny, jako LSD a ketamin.

Některé respondentky popisují právě derealizaci a depersonalizaci jako nejnepříjemnější zážitky. Mluví o „uvěznění v bublině“, „jiné realitě“, „jiném světě“. Zdá se, že není ojedinělá obava pacientů, že se již z tohoto „jiného světa“ nevrátí zpátky.

„Pro mě byl nejhorší pocit, že je všechno kolem tak nějak jiné, divné a distivé. Derealizace se tomu říká. Přitom jsem třeba jiným způsobem slyšela hlasy lidí. A i barvy byly jiné. Neumím přesně popsat, v čem to je tak distivé. Připadala jsem si jako v bublině. Stěny té bubliny vždycky pomalu slábly s tím, jak odezníval záchvat. A měj nejvážnější strach byl, že už se jednou z té bubliny nedostanu. Že už v ní zůstanu napořád a to bude znamenat, že jsem se zbláznila.“
(Tereza)

⁷ Nejčastěji k poruše depresivní, posttraumatické stresové a poruše panické (RASZKA, M., 2010).

⁸ Například Kalina a kol. (2008), Smolík (1996)

„Nejhorší ale bylo, že mi všechno kolem začalo připadat nějak divné. Nepopsatelným způsobem divné a hrozivé. Jako bych do toho světa nezapadala. Jako bych byla v nějaké jiné, vlastní realitě. A ty dvě reality si nerozumí. A já vždycky zoufale chtěla do té normální. Začala jsem panikařit, protože jsem měla strach, že třeba už v té špatné realitě zstanu už navždycky.“ (Aneta)

„Nejhorší byly ty pocity. Začala jsem tak divně vidět a vnímat všechny věci okolo. Neumím to přesně popsat, v čem to bylo jiné, ale bylo to každopádně dost divné. Jako bych to ani neprožívala já sama. Jako bych se na celou tu scénu dívala odjinud. Taky měla sílu, když na mě v tu chvíli začal někdo mluvit. Mělo to připadat jako hlasy z hrozných dálek, který jsou úplně jiné než normální.“ (Anna)

4.6 Únikové chování

Únikové chování je vlastně výslednou reakcí na celý panický záchvat. Pokud situaci vyhodnotí jako ohrožující, není si v domě toho, že úzkost sama od sebe poklesne, a únik ze situace se zdá jako jediné možné řešení. Únik poskytne sice akutní úlevu a zdánlivé řešení, z dlouhodobějšího hlediska ovšem pomáhá panickou poruchu udržovat. Jak ve svých studiích potvrzuje Praško (1998), únikem si pacient potvrdí nebezpečnost situace a znemožní tak poznání přírodních příčin panické ataky. U pacientů, kteří již zákonitost poklesu paniky znají, se ovšem únikové chování vyskytuje také. Z rozhovorů vyplývá, že podlehnou-li aktuálnímu pocitu ohrožení a nepřespolně odhodlání raději utečou, často se pak pacienti na sebe zlobí a vyvíjejí si únikovou reakci jako vlastní slabost.

„Ze začátku to prostě neprošlo a mělo to ani nenapadlo. Prostě rychle utéct, rychle pryč. Pak jsem se postupně učila v těchto situacích vydržet, neutéct. Ale i potom jsem to někdy nezvládla a to mě pak štvalo. Nejdivněji jsem byla prostě ráda, jsem pryč. Pak mě to štvalo a cítila jsem se jako slaboch.“ (Vanda)

„Nejdivněji jsem vždycky koukala dostat se rychle pryč. To mě ani nenapadlo, pokoušet se to neprohávat. Pak už jsem se více a méně úspěšně snažila. Nejdivněji jsem pocívala prostě jenom úlevu. Žádné výčitky, nebo zlost. Byla jsem zkrátka ráda, že to nemusím absolvovat. Když jsem se pak už snažila úzkost přestat a ono se to nepovedlo, tak jsem si to vyvíjela.“ (Lucie)

„Bylo to příliš silné, abych se tomu postavila. Toužila jsem jenom po tom, dostat se co nejrychleji pryč. Později jsem se samozřejmě zařadila u útěků a úzkostně se snažila. Ale nebyl to snadný proces. Mnohokrát jsem selhala. To se pak dostavila úleva a později vyčerpání. Připadala jsem si nemožná. Že nedokážu udělat, co jsem si umínila, i když už jsem v dluhu, že mi žádný reálný nebezpečí nehrozí.“ (Dana)

4.7 Typické obávané situace

Z rozhovorů a odborné literatury vyplývá, že obecně existuje několik typů obávaných situací. Nejčastěji se jedná o situace, ze kterých nelze snadno uniknout, situace, ve kterých nad sebou pacient nemá plnou kontrolu, situace, ve kterých nese pacient určitou zodpovědnost a veškeré situace, které jsou pro pacienta nové a neznámé. Dále se setkáme s popisem obav ze situací, ve kterých by se nacházelo hodně lidí při náhlém záchvatu a kde by nebyla snadno dostupná lékařská pomoc. Mezi obávané situace se zároveň postupně řadí všechny ty, ve kterých pacient v minulosti prožil panický záchvat.

Praško (2006) nabízí tento výčet typických obávaných situací:

- Ve stejná místa, kde bývá hodně lidí (obchodní domy, restaurace)
- Otevřená místa s velkou plochou (stadiony, hřiště, náměstí)
- Uzavřená i omezená místa (výťahy, tunely, podchody)
- Sály (kina, divadla)
- Dopravní prostředky (metro, vlak, letadlo, autobus, tramvaj)
- Být sám doma
- Být daleko od pomoci
- Stisknutí ve frontě, davu

5. Následky panické ataky na psychiku a chování lovka

Po prožití prvních panických záchvatů dochází u mnoha lidí k rychlému uzavření takzvaného bludného kruhu úzkosti. Honzák (2005) popisuje princip fungování bludného kruhu a v něm dležitou roli hrající úzkostné myšlenky a představy. Pouhá představa obávané situace i myšlenka na ni může v lovku vzbudit takové tlesné prožitky a emoce, jako by byl této situaci skutečně vystaven. V důsledku těchto tlesných projevů a emocí se zvýší míra úzkosti, která opětovně zesílí tlesné projevy. Ty jsou potom katastroficky interpretovány, tedy vznikají další úzkostné myšlenky a představy. Úzkostné myšlenky a představy, úzkostné emoce, tlesné projevy a katastrofické interpretace se tedy v kruhu vzájemně zesilují a hladina úzkosti se postupně zvyšuje. To potom vyústí v chování, kterým je v naprosté většině únik. Únikové chování utvrdí lovka v mylné představě, že by míra úzkosti pořád stoupala, až by se situace stala neúnosnou, čímž podpoří fungování bludného kruhu. V dlouhodobější perspektivě se rozvine chování zabezpečovací a vyhýbavé, které toto fungování podporují.

Jako příklad fungování bludného kruhu může posloužit příběh respondentky, která zažila dva panické záchvaty v průběhu cestování hromadnou dopravou. Jak se blížila k metru a přemýšlela o tom, že ho bude muset použít, rozbušilo se jí srdce, začala se potit, sevřel se jí žaludek. To pochopitelně zvýšilo míru úzkosti a k bušení srdce se přidala neschopnost nadechnout se, tes ve svalech a motání hlavy. Pacientka se na tyto tlesné prožitky začala soustřeďovat a začala se obávat, že omdlí, že se udusí, že dostane infarkt. V tomto kruhu se dále zesilovaly tlesné projevy a zvyšovala se úzkost, až respondentka z metra utekla. Do budoucna se pak snažila metru raději vyhnout, nebo cestu absolvovat s někým blízkým. Tím bludný kruh uzavřela.

5.1 Vyhýbavé chování

Vyhýbavé chování poskytuje krátkodobý pozitivní důsledek ve formě aktuální úlevy. Ovšem dlouhodobý důsledek je negativní a stává se jedním z faktorů, které panickou poruchu udržují. Pokud se totiž lovka obávané situaci začne systematicky vyhýbat, nemůže si v praxi ověřit, že jeho katastrofické interpretace jsou mylné. Vyhýbavé chování tedy lovku brání ve zjištění, že příznaky panické ataky, především tlesné projevy nejsou samy o sobě nebezpečné.

Durecová (2007) upozorňuje, že vyhýbavé chování není pouze tím, co panickou poruchu udržuje, ale může vést až k sociální izolaci pacienta. Může též zapříčinit potíže v zamyšlení

i studiu, potažmo potíže finanční. Zda se tak stane, závisí na typu a počtu obávaných situací. V nejčastějších případech se nahromadí počet situací takovým způsobem, že již není možné vykonávat běžné každodenní aktivity jako cestování, pobyt v práci, nakupování či pobyt doma o samotě. Vyhyčivé chování se nemusí rozvinout pouze v souvislosti se situacemi, kde k panickému záchvatu již v minulosti došlo. Může jít o situace, ve kterých se záchvat sice neobjevil, ale v případě jeho výskytu jsou předpokládány nepříjemné sociální důsledky.⁹ Zároveň se může jednat o situace, v kterých není dostupná pomoc.

5.2 Zabezpečovací chování

Lidé trpící panickou poruchou se snaží různými způsoby zabezpečit proti vzniku panického záchvatu, nebo spíše zabezpečit pomoc pro případ záchvatu. Zabezpečovací techniky jsou individuální a závisí na typu obávané situace.

V literatuře a rozhovorech se vyskytují nejčastěji:

- **Mít u sebe funkční mobilní telefon.** Telefon poskytuje možnost povolání pomoci, ovšem i pouhý telefonický kontakt s někým blízkým má uklidňující efekt. Komunikace člověka uklidní a zároveň ho rozptýlí, takže se příliš nesoustředí na tělesné projevy a omezí vznik úzkostných myšlenek a představ i jejich katastrofických interpretací.

„To jsem měla vždycky jako takovou nutnost. Mít sebou nabitý mobil. Jednak mi to dodávalo pocit jistoty. A taky mě vlastně samotný telefonování s někým uklidňovalo. Když jsem cítila, že na mě jde úzkost, tak jsem někomu zavolala a jen tak si povídala. Ono mě to zaměnilo a já tolik nemyslela na ty pocity kolem úzkosti“ (Tereza)

- **Mít u sebe uklidňující lék.** Některé lidé léky, které u sebe mají, skutečně užívají ke zklidnění v případě záchvatu, pro jiné představují určitý amulet. Už jenom v domě, že lék je po ruce a dal by se v případě neúnosnosti situace použít, je zklidní a často zamezí rozvoji záchvatu. Tyto léky jsou v případě probíhající léčby předepsané psychiatrem, mají ověřený zklidňující účinek a kontrolovaný způsob užívání. Mnohdy si ovšem pacienti naordinují léky sami a to sebou nese mnoho rizik. Jsou i takové případy, kdy s sebou pacient nosí lék, který nikdy ve skutečnosti neužil. Není

⁹ Především jde o obavu, že si okolí panický záchvat vysvětlí jako intoxikaci, nebo jako nebezpečnou duševní poruchu (DURECOVÁ, K., 2007).

p edepsaný psychiatrem a pacient se pouze domnívá, že by mu v nejhorším p ípad mohl pomoci. V t chto situacích dochází k paradoxu, že pacient tento „amuletový“ lék u sebe pot ebuje, zároveň by se ho kv li strachu z vedlejších p íznak bál užít.

„Nosila jsem s sebou vždycky diazepam. Dala mi ho kamarádka, dostala ho p edepsaný a že ji zklid uje. Ale nikdy jsem si ho nevzala. Jenže když jsem pak zjistila, že jsem si ho zapomn la, tak bylo zle. Dostala jsem úzkost vlastn jen z toho, že ho nemám. Bylo to vlastn dost sm šný“ (Aneta)

- **Zajistit si dostupnou léka skou pomoc.** Dostupnou léka skou pomoc si pacienti asto zajiš ují v p ípad cestování na delší vzdálenosti nebo dlouhodob jším pobytu v cizím prost edí. Tento bod zna n souvisí s vyhýbavým chováním, protože aktivitám odehrávajícím se na místech bez dostupné léka ské pomoci se pacienti rad ji vyhnou. Jako u p edchozího bodu jsou lidé, kte í skute n léka e v p ípad masivního záchvatu navštíví, ale u mnohých jde pouze uklid ující v domí.

„Já bych t eba nejela nikam, kde se nedá dostat k doktorovi. N jaká chalupa n kde na samot , tak to neexistovalo. Když už jsem n kam skute n plánovala jet, tak jsem zjiš ovala, jak blízko je tam n jaká nemocnice. A taky pro m bylo nutný, aby tam byl n kdo s autem a mohl m tam p ípadn odvézt. Ale nikdy jsem skute n k doktorovi neodjela, šlo o ten pocit jistoty“ (Anna)

- **Zajistit si p ítomnost blízké osoby.** P ítomnost blízké osoby nebo snadná možnost jejího zajiš ní je astým prvkem zabezpe ovacího chování v mnoha situacích. Je vyhledávaná v p ípad , že se pacient obává být sám doma, nebo v p ípadech kdy pot ebuje doprovod. S blízkou osobou jsou pacienti schopni zvládat situace, které jsou pro n jinak tém nep edstavitelné.

„N kdy jsem zvládla i velký v ci, když se mnou byl n kdo známej. A t eba se sestrou, nebo dalšíma blízkějma lidma jsem zvládala hodn v cí.“ (Vanda)

„Obecn jsem se cítila lépe s kýmkoli známým, ale pak bylo pár lidí, jejichž p ítomnost m opravdu uklid ovala. To jsem potom zvládla i nep edstavitelný v ci.“ (Tereza)

Zajímavé je, že žádná z respondentek tyto osoby „o jejich funkci“ neinformovala. Zdá se, že není lehké svítit se s naléhavostí, s jakou přítomnost těchto osob pacienti potebují.

„To je složitější. Nkte í pak už v d li, že mám ur íté psychické potíže, ale myslím, že netušili, že je takto „využívám“. Nebo možná n kte í ano, ale nev d li, jak moc jsem na jejich p ítomnosti závislá. Pro jsem jim to ne ekla? Nevím, to by totiž museli o mých problémech v d t všechno, a to nev d li. Je to t žký takhle to n komu vykládat. Jednou, dvakrát se setkáte se špatnou reakcí a pak už to radši nezkoušíte “¹⁰ (Dana)

„Když už v d li, že mám ur íté potíže, nev d li jak moc je potebuji, abych n co zvládla. Asi netušili, že bych bez nich t eba nedojela do školy. Ne ekla jsem jim to asi ze studu. Ono je to hodn divný íct: hele, když nepojedeš tím vlakem se mnou, tak já nepojedu v bec. Sama to nezvládnou, s tebou jo.“ (Lucie)

- **Zajistit si možnost snadné mobility.** Možnost kdykoli ze situace odjet je d ležitá p edevším p í pobytu na neznámém míst . Pokud se jedná o aktivity odehrávající se daleko mimo domov, a už jde o dovolenou nebo služební cestu, je pro mnoho lidí d ležitá mít možnost nezávisle na jiných místo opustit. V p ípad , že se pacient bojí sám ídit auto, kombinuje se zabezpe ení s nutností p ítomnosti blízké osoby.

Praško (2005) také varuje p ed dlouhodobými negativními d sledky zabezpe ovacího chování. Toto chování udržuje bludný kruh úzkosti, protože si lov k nem že ov ít, že by obávané situace zvládl í sám, bez r zných „amulet “. Vedle toho se m že zna n podílet na zhoršení vztah s blízkým okolím. Pacient si m že vytvo ít jistou závislost na svých blízkých, které tím v n kterých p ípadech svazuje a omezuje. Už samotný fakt, že se pro lov ka trpícího panickou poruchou stávají jeho blízcí p edm tem zabezpe ení, tedy ur ítým prost edkem k dosažení jistoty, narušuje dynamiku vztah , p edevším t ch partnerských.

5.3 P ecitliv lost a nadm rné obavy

Nep ím enými starostmi a obavami o b žné záležitosti trpí lidé s úzkostnými poruchami obecn . U panické poruchy se tyto obavy týkají zejména možného výskytu panického záchvatu. Z rozhovor vyplývá, že lidé trpící panickou poruchou se neustále zabývají

¹⁰ O d vodech ml ení a problémech se sv ováním se ostatním lidem pojednávám více v kapitole 8.

myšlenkami, zda se v očekávané situaci nevyskytne záchvat, a často analyzují možné dopady různých situací na svůj duševní stav. Zvláště pokud je očekávaná situace ním novým. Pacienti často s obavami přemýšlí o očekávané situaci, aniž by dříve v souvislosti s ní záchvat zažili. Jakoby již byli naučeni o všech druzích situací přemýšlet v souvislosti s možným záchvatem. Vyhodnotí-li člověk situaci jako nebezpečnou nebo nikoli, je, zdá se, nezávislé na racionálním uvažování.

„Já jsem vždycky dopředu o všem dumala, jestli z toho nebudu mít záchvat. Analyzovala jsem to ze všech stran, vymýšlela jsem, jak na mě to a to bude působit. Pochopitelně, hlavně když šlo o něco, co jsem neznala, co jsem dělala poprvé. Snažila jsem se vždycky sama sebe představit v té situaci co nejreálněji a představit si svoje pocity. Tak samozřejmě že to celé v mě jen uškodilo. Málokdy si takhle vyanalyzujete, že to bude dobrý. Už to, že o tom tak moc přemýšlíte je nemocný.“ (Tereza)

Praško a kol (2008) dodává, že se přecitlivlost týká především tělesných projevů. Pokud se člověk na své tělesné projevy¹¹ soustředí ve zvýšené míře, začne si uvědomovat i ty nejjemnější změny. Na tyto sledované změny je již naučený reagovat strachem a úzkostí. Stav neustálé přecitlivlosti způsobuje vyšší emoční napětí a svým způsobem tak panickou poruchu udržuje.

5.4 Anticipační úzkost

Anticipační úzkost je v podstatě strach ze strachu. Člověk, který již dopředu předpokládá úzkost nebo vznik záchvatu, se dostává do stavu napětí a potom pouhé pomyšlení na obávanou situaci i na možné důsledky záchvatu vyvolává samo o sobě vznik úzkosti. Takový člověk se vlastně již neobává konkrétní situace, ale obává se předpokládané úzkosti. Proto se pacienti mnohdy rozhodnou vyhnout se určitým situacím, činnostem, aktivitám, ve kterých panický záchvat nikdy nezažili. Janíček (2008) popisuje, že se může jednat i o situace, ve kterých se pacient nikdy ani neocitl. Tím, že se člověk dopředu zabývá myšlenkami na to, zda v nějaké situaci může dojít ke vzniku úzkosti už, v sobě podporuje její očekávání. Očekávání ohrožení a ostražitá snaha se mu vyhnout se potom zapojí do celého bludného kruhu úzkosti a stanou se součástí toho, co panickou poruchu pomáhá udržovat.

¹¹ Tep, dech, pocity v hlavě a na hrudi (PRAŠKO, J. a kol., 2008).

5.5 Klesající sebev domí

V odborné literatu e o panické poruše se často hovo í o klesajícím sebev domí panického pacienta. Praško (2006) píše o negativním sebeobrazu, vycházejícím z příliš vysokých nárok , které na sebe pacient v souvislosti s panickou poruchou klade. Janík (2008) vidí možnou příčinu klesajícího sebev domí pacienta v obecné stigmatizaci psychiatrických pacient . Ozna ení za sou asného i bývalého psychiatrického pacienta m že mít podle Janí ka vliv na pacientovo sebehodnocení. Honzák (2005) popisuje v jedné z kazuistik pacientku, která si sama sebe v souvislosti s panickou poruchou p estávala vážit. Zajímavé je, že žádná z respondentek tento p edpoklad nepotvrdila. N které hovo ily o pocitech selhání, ovšem výhradn ve fázi lé by a pouze v p ípadech, kdy se jim nepoda ilo dokon it naplánovanou expozici.¹²

„Sice jsem si ob as p ípadala jako slaboch, když jsem n co cht la zvládnout a nezvládla, ale to se týkalo jen t ch v cí spojených se záchvatama. V d la jsem, že to je zap í in ý tímhle, takže celkov bych ekla že moje sebev domí to neovlivnilo.“ (Anna)

„Já jsem dob e v d la, pro se všechno d je a že za to nem žu. Samoz ejm že jsem poci ovala ur itá selhání, když jsem nebyla úsp šná s p ekonáváním úzkosti, ale že bych si celkov p ípadala nemožná, to ne.“ (Vanda)

„Když to p eženu, p ípadala jsem si vlastn docela silná. Že se potýkám s takovýma v cma a ješt nejsem v blázinci.“ (Aneta)

5.6 Spánkové potíže

Se spánkem, p esn ji s usínáním mívá problémy ada panických pacient . Tyto problémy jsou zap í in ny výskytem panických záchvat b hem noci. Borzová (2009) uvádí, že zhruba t etina pacient se probouzí uprost ed panického záchvatu¹³. Specifickým vysv tlením výskyt panických záchvat v pr b hu noci se v tšina autor nezabývá¹⁴. U Honzáka (2005) se však setkáme s možným vysv tlením spánkových potíží panických pacient jako d sledek stresové reakce „boj nebo út k.“ Honzák p edpokládá, že neustálá p ipravenost k jedné

¹² Podrobn jší charakteristiku jednotlivých respondentek uvádím na stran 63.

¹³ Panické záchvaty se objevují v tšinou v non-REM spánku. (BORZOVÁ, C., 2009).

¹⁴ Pravd podobný je p edpoklad stejných p í in jako u panických záchvat ve dne.

z těchto reakcí značně komplikuje klidný spánek. Z jiného úhlu pohledu se o spánkových potížích zmíní Janíček (2008), který klade výživný a pravidelný spánek jako jednu z podmínek pro úspěšný boj s úzkostnými poruchami. Strollo (1998) též upozorní na nutnost dle kladné diferenciální diagnózy. Spánkové potíže jako následek panické poruchy je třeba odlišit od celé řady jiných spánkových poruch.

Respondentky často odpovídají, že ve fázi rozvinuté neléčené poruchy pociťovaly z usínání a celé noci strach. Jedním popisovaným důvodem tohoto strachu byly zážitky panických záchvatů v průběhu noci. Druhým potom celková obava ze situací, kdy nad sebou pacient nemá plnou kontrolu.

„Nemohla jsem často usnout. Já jsem se totiž někdy probudila s takovou úzkostí, že jsem se pak vlastně bála usínat. Teď jsem už ležela v posteli, byla jsem hodně unavená a najednou jsem se začala bát. Začala jsem se bát, že se zase probudím s úzkostí, a tak jsem se někdy i snažila neusnout.“ (Dana)

„Občas jsem se probudila uprostřed noci s velkou úzkostí a potom jsem neměla noci ráda. Vlastně jsem chodila spát nerada a občas, i když jsem byla unavená, tak jsem oddalovala ten moment usínání. Ale když už jsem usnula, tak jsem žádné potíže neměla.“ (Tereza)

„Často jsem nemohla usnout a dnes si myslím, že to bylo proto, že jsem se nocí a spánku v podstatě bála. Je to vlastně moment, kdy nad sebou ztrácíte kontrolu, a toho jsem se bála obecně hodně. Navíc se mi několikrát stalo, že jsem se probudila uprostřed noci s úzkostí. A to se zvládá hlavně, když jste rozespalá a zmatená.“ (Lucie)

„Často jsem se v noci budila a nebylo mi příjemně. Myslím, že bych spala úplně normálně, ale měla jsem z noci vlastně strach.“ (Anna)

6. Možnosti léby panické poruchy

Panická porucha patří mezi dobře léčitelné úzkostné poruchy. Možnosti léby jsou v zásadě dvě. Léby psychofarmaky a psychoterapie. Psychoterapeutických přístupů existuje několik, v této práci se více věnuji přístupu behaviorálnímu, kognitivnímu a kognitivně behaviorálnímu, a přístupu psychodynamické teorie. Vymětal (2007) uvádí jako další možné přístupy rogerovský přístup, přístup logoterapie a systematické terapie. Honzák (2005) se více věnuje transakční analýze. Autoři se vesměs shodují, že aplikace metod kognitivně behaviorální teorie patří při léčbě panické poruchy mezi nejúčinnější. Z možností farmakoterapie se věnují zejména léčbě antidepresivy a benzodiazepiny. Honzák (2005), Janíček (2008) i Švestka (1995) uvádí tyto dvě možnosti, případně jejich kombinaci jako nejúčinnější. Praško (2005) uvádí další účinná psychofarmaka, zejména IMAO, betablokátory a antiokluziva.

6.1 Vybrané psychoterapeutické přístupy

Psychoterapie je důležitou součástí léčby panické poruchy. Jejím obecným úkolem je pomoci hlouběji porozumět pacientovské situaci, pomoci mu identifikovat konkrétní životní události, které s rozvojem úzkosti souvisí, a trénovat dovednosti, které by bránily výskytu dalších panických záchvatů.

6.1.1 Behaviorální přístup

Behaviorální teorie pokládá úzkost za naučenou reakci. Durecová (2007) popisuje dva nejčastější způsoby, jak se člověk této reakci naučí. Buď se jedná o nápodobu rodičovského vzoru, nebo jde o proces klasického podmínění. Při klasickém podmínění si člověk spojí neutrální podnět, tedy konkrétní situaci s podnětem nežádoucím, tedy stoupající úzkostí nebo samotným panickým záchvatem. Vytvoří tak rovnítko mezi situací, ve které ho úzkost přepadla, a úzkostí samotnou. Na tomto mylně vytvořeném rovnítku potom stojí únikové a vyhýbavé chování a je důležitým krokem v terapii tuto představu vyvrátit. Při léčbě panické poruchy se behaviorální terapeuti zaměřují především na spouštěcí okolnosti záchvatu, prožívaný strach a faktory, které úzkost udržují.

Nutno podotknout, že behaviorální teorie se zabývá výsvětlením rozvoje agorafobie a bludného kruhu úzkosti, ovšem výsvětlení vzniku první panické ataky neposkytuje.

Atkinson (2002) shrnuje hlavní metody používané zastánci behaviorální terapie:

- **Expozice**, kterou behaviorální přístup popisuje jako proces protipodmiňování, tedy jako nahrazení původní nefunkční reakce reakcí neohrožující.¹⁵
- **Selektivní zpevnění** funguje na principu operantního podmiňování, to znamená posílení specifických druhů cíleného chování systémem odměn.
- **Modelování** stojí na principu pozorování a napodobování druhých. Pacientovi může pomoci sledování mnoha ostatních lidí, kteří v dané obávané situaci nepovažují za ohrožující.
- **Sebe řízení** spočívá v pozorování, zaznamenávání a vyhodnocování vlastního chování.
- **Hraní rolí** se používá jako příprava na reálnou expozici

6.1.2 Kognitivní a kognitivně behaviorální přístup

Kognitivní přístup se zaměřuje na způsob, jakým člověk interpretuje tělesné projevy, které zažívá během záchvatu. Člověk, který trpí panickou poruchou má tendenci tyto projevy interpretovat katastroficky. Jak vysvětluje Možný (1999), pocitu, které člověk během záchvatu prožívá, si může vysvětlovat jako důsledek vážné tělesné choroby, nebo si automaticky představuje nejhorší možné scénáře. V důsledku těchto katastrofických interpretací se člověk na tělesné projevy soustředí ještě více, čím opět zvýší hladinu úzkosti a dojde ke spuštění falešné poplachové reakce „boj nebo útěk“. Pozornost zaměřená na tělesné projevy, jejich katastrofické interpretace a zvyšující se hladina úzkosti se točí v kruhu, navzájem se zesilují a vrcholí panickým záchvatem. Panickou ataku tedy kognitivně behaviorální přístup považuje za naučenou neurovegetativní reakci. Durecová (2007) dodává, že se kognitivně behaviorální terapeuti v léčbě zaměřují zejména na odstranění nefunkčních a škodlivých návyků, na práci s pacientovou motivací k léčbě a na zpochybňování automatických myšlenek.

6.1.3 Přístup psychodynamické psychoterapie

Milrod (2006) charakterizuje psychodynamickou psychoterapii tím, že se narodila od předšlých přístupů nezaměřuje primárně na primární snižování úzkosti, jejím hlavním cílem není naučit pacienta co dělat v případě návalu úzkosti. Hlavním cílem je vybudovat osobnost, která bude v úzkosti odolná. Psychodynamický psychoterapeut se zaměřuje na

¹⁵ Principem a fungováním expozice se zabývám podrobně v kapitole 7.

porozumění minulým zkušenostem a nevdomým podkladem, protože předpokládá, že jsou asné pacientovy problémy nemohou být bez tohoto porozumění vyřešeny. Terapeut se snaží najít a zkoumat životní události, které prvnímu panickému záchvatu předcházely. Pozornost věnuje především pacientovým zážitkům z dětství, historii separační úzkosti, dále jeho schopnosti převzít zodpovědnost a zpusobu, jakým nakládá s agresivními emocemi. Pracuje se strachem z opuštění a jsou asně se strachem z připoutanosti k druhé osobě a na závdomní nevdomých konfliktů a jejich úspěšném řešení.

6.2 Vybrané možnosti farmakoterapie

Praško (2005) ve svých studiích dokazuje účinnost farmakoterapie u panické poruchy v mnoha klinických experimentech. Jak ovšem upozorňuje Janíček (2008), je nutné počítat s tím, že některé panické pacienti považují psychofarmaka za nebezpečná nebo se jejich užívání z různých důvodů brání. Nejčastěji se bojí jejich nežádoucích účinků nebo vytvoření závislosti. Dalšími důvody mohou být rozšířené pověry o nebezpečí užívání psychofarmak. Zejména užívání antidepresiv je opředené mnoha mýty. Z těchto důvodů se lidé mohou obávat, že se z nich při užívání těchto léků stanou vlastní toxikomani, že budou vypadat nepřírodně, že nebudou schopni vykonávat běžné každodenní činnosti a že nebudou schopni vést plnohodnotný život. Často se také mohou pacienti obávat jisté sociální stigmatizace. Mohou mít obavy, že se na ostatní lidé budou dívat jako na „bláznů“, že selhali ve snaze vyřešit své problémy sami, bez léků a že je to zahanbující. S těmito předstupy a předsudky je nutné počítat a lékař by měl s pacientem jeho obavy důkladně probrat.

6.2.1 Benzodiazepiny

Pro většinu benzodiazepinů je typický rychlý nástup účinku, a to především protiúzkostného, tlumícího, navozujícího spánek a uvolňujícího svalové napětí. Tyto léky jsou určeny především pro akutní panické záchvaty, protože tělesné projevy úzkosti odstraní v řádu minut. Další výhodou je minimum pozorovatelných vedlejších účinků. Jejich největší nevýhodou spočívá v riziku vzniku závislosti a deprese. Jako u všech jiných léků, je užívání benzodiazepinů problematické, pokud jsou užívány mimo dohled psychiatra. Vzhledem k okamžité úlevě, kterou poskytují, se poměrně často stávají těmi léky, které si člověk naordinuje sám. Při dlouhodobém užívání (v řádu měsíců až roku) způsobují narušenou schopnost koncentrace, zvýšenou únavu, sníženou sexuální vzrušivost a malátnost. Často

nastává problém v době vysazování benzodiazepinů. U mnoha lidí se objevuje zptná úzkost a abstinenční příznaky. Je proto důležité dávky postupně snižovat pod dohledem psychiatra. (Švestka, J., a kol., 1995). Janíček (2008) dodává, že mnoho pacientů léky ze skupiny benzodiazepinů ne užívá trvale, ale stávají se pro ně jakýmsi amuletem, případnou první pomocí. V domě, že u sebe mají pilulku, která při případném panickém záchvatu zmírní a pomůže, že ho překoná, je pro ně velmi uklidňující.

6.2.2 Antidepresiva

Antidepresiva se používají při léčbě celé škály úzkostných poruch. Při léčbě panické poruchy se využívají především selektivní inhibitory zpřímého vychytávání serotoninu (SSRI), které udržují v organismu stálou hladinu serotoninu. Právě nedostatek serotoninu způsobuje mimo jiné zvýšenou úzkostnost. SSRI významně snižují četnost panických záchvatů, v nich kterých případně je zcela odstraní. Mezi výhody těchto léků patří dobrá účinnost, minimální vedlejší účinky a minimální riziko návyku. Na rozdíl od benzodiazepinů se při jejich užívání nedostavuje malátnost ani snížená schopnost soustředění. Na zátku léky se sice mohou dostavit trávicí obtíže a nevolnost, ovšem tyto vedlejší účinky se zdají ve srovnání s panickým záchvatem nevýznamné a v tšinou rychle vymizí. Účinek SSRI je antipanický, antifobický a protiúzkostný. (ŠVESTKA, J., a kol., 1995).

Další skupinou antidepresiv užívaných při léčbě panické poruchy jsou selektivní inhibitory zpřímého vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI). Účinnost a těchto léků je velmi podobná SSRI.

Te nejčastěji užívanou skupinou jsou tricyklická antidepresiva (TCA). Mezi jejich hlavní výhody patří vysoká účinnost, minimální riziko vzniku závislostí a antipanický i antidepresivní účinek. Na rozdíl od ostatních skupin antidepresiv ovšem TCA způsobují četné nežádoucí účinky. Především sucho v ústech, rozmazané vidění, závratě a trávicí obtíže. Jejich nástup účinku je poměrně delší (6-12 týdnů) a prokazují nízkou účinnost u nich kterých komorbidních poruch. Z těchto důvodů nejsou TCA považovány za léky první volby. (PRAŠKO, J., 2005).

6.2.3 Kombinace psychofarmak

Jako nejčastější kombinaci v ambulantní praxi udává Švestka (1995) kombinaci antidepresiv s benzodiazepinů. Benzodiazepiny pomáhají zejména na zátku léky tím, že

snižují aktuální úzkost a snižují četnost panických záchvatů. Následně, po 3-6 týdnech, nastoupí účinek antidepresiv a postupně se začnou vysazovat benzodiazepiny, aby se zamezilo vzniku závislosti. Udržovací léčba antidepresivy by pak měla pokračovat alespoň 18 měsíců, protože dlouhodobé užívání antidepresiv významně snižuje procento zhoršení. U některých pacientů je užívání antidepresiv nutné v průběhu několika let, někdy i po celý život. Užívá-li pacient antidepresiva, je nutné, aby tuto informaci nahlásil u jiných specialistů. Kombinace některých léků a antidepresiv může totiž vyvolat nežádoucí účinky.

7. Další strategie zvládání panické poruchy

Kognitivně behaviorální terapie se zaměřuje hlavně na přímé odstranění panických záchvatů a přerušení bludného kruhu úzkosti. Pracuje tedy na odstranění vyhubavého chování, únikového chování, anticipační úzkosti i katastrofických interpretací. Jak ovšem upozorňuje Vymetal (2007), úskalím tohoto přístupu se může stát neschopnost pacienta přenést dovednosti naučené během sezení s terapeutem do domácího prostředí. Dovednosti nacvičené s terapeutem v prostředí bezpečí a zajištění může být pro ně, které pacienty obtížné uplatnit i v reálných situacích plných stresu a úzkosti.

7.1 Edukace

lov k, který zažije první panické záchvaty, je pochopitelně vyděšený a o právně prožitých situacích si vytváří různé, zpravidla mylné domněnky a teorie. Už samotné pojmenování problému a obeznámení se s informacemi o nedávných prožitcích přinese pacientovi velkou úlevu. Důležitá a uklidňující je také zjištění, že to, co lov k prožívá, je známá, popsána, a úspěšně léčitelná porucha a především, že není sám, kdo touto poruchou trpí.

Podle Goetze a Hrdličky (2010) je tedy cílem edukace, aby se pacient naučil porozumět projevu poruchy, důvodům jejího vzniku a možnostem její léčby. Tzn. pochopit, jak a proč příznaky vznikly, jak spolu souvisejí a jaké mají důsledky. Nejprve je třeba, aby byl pacient poučen o tom, co je to stresová reakce a jaké příznaky se objevují, když se lov k do této stresové reakce dostane. Je potřeba aby pacient pochopil, že při panickém záchvatu se organismus chová jako v reakci "boj nebo útěk" s tím rozdílem, že osoba není ve skutečnosti ohrožena. Jako ohrožující vnímá tělesný příznak. Ten však není nebezpečný, pouze je katastroficky interpretovaný. Na základě toho si bude pacient schopný vysvětlit fyzické příznaky jako bušení srdce, zrychlené dýchání, mravenění kůže, závratě a další. Velmi uklidňující je informace, že tělo vždy automaticky zreguluje současný stav a panický záchvat vždy skončí. V rámci edukace je velmi důležité, aby pacient pochopil, že samotné tělesné příznaky panické ataky nejsou nebezpečné a neměly by lov ku ublížit. Goetz též zdrazuje, že musí být edukace vždy „ušita na míru“ konkrétnímu lov ku. Tedy přiměřena jeho věku, inteligenci a vzdělání.

7.2 Kontrola dechu, nácvik zklidujícího dýchání

Lum (2010) ve svém článku upozorňuje, že hyperventilace (neboli nadměrné, příliš rychlé, i příliš hluboké dýchání) bývá klíčovým problémem až u šedesáti procent pacientů s panickou poruchou. Hyperventilace hraje v procesu panického záchvatu dvojí roli. Jednak svými následky pacienta vyděsí, a může tedy sama o sobě panickou ataku zapíchnout. Z druhého konce potom může být hyperventilace následkem panické ataky vyvolané impulsem jiným. Barlow a Craske (2007) vysvětlují proces hyperventilace následovně. V rámci stresové reakce „boj nebo útěk“ vydá mozek povel k zvýšenému příjmu kyslíku a pokouší se zrychleně dýchat. V případě panické ataky ovšem žádná akce (ani boj ani útěk) nenásleduje, a zvýšené množství kyslíku proto není využito. V tomto momentu je tedy v krvi přítomna zvýšená hladina kyslíku na úkor hladiny oxidu uhličitého. A právě na tuto nerovnováhu tělo reaguje velmi citlivě. V obránci mozek vydá povel ke sníženému příjmu kyslíku a pokouší se pocítovat nedostatek dechu, má rozmazané vidění, je zmatený, prožívá derealizaci a další. Pokouší se vyděsí, že se automatické dýchání zastavilo, a začne lapat po dechu v hrůze, že se udusí. Osvědčenou radou v této krizové situaci je dýchat do papírového sáčku.

Důležitým krokem v překonávání panické ataky je tedy nacvičení kontroly dechu, aby v zážitku ataky nenastala hyperventilace, ale dýchání pomalé a s přestávkami. Pro osvojení si kontroly dechu je nezbytný nácvik zklidujícího dýchacího cvičení, které bude pacient následně schopen provádět i sám, a především pak ho uplatnit při vzniku panického záchvatu. „Cílem je, aby byl pacient schopen přejít ke zklidujícímu dýchání tak jako automaticky, jakmile se objeví první známky hrozícího panického záchvatu.“ (PRAŠKO, J., 2005, s. 213).

Konkrétní návod, jak se naučit kontrolovat vlastní dech, uvádí Praško (1998) následovně :

1. Začínáme krátkým zadržením dechu na dobu, než v duchu napočítáme do osmi.
2. Provedeme dlouhý výdech trvající stejnou dobu, jakou jsme zadržovali dech.
3. Následuje krátká pauza před nádechem (na 4 doby).
4. Provedeme dlouhý nádech opět na 8 dob.
5. Opět zadržíme dech, tentokrát v plném nádechu. Napneme svaly na ramenou a pažích a zároveň celou silou vytlačíme břišní stěnu jako míč dopředu. V maximálním napětí držíme na 8 dob.
6. Následuje dlouhý výdech. Vzduch necháme z plic vycházet bez úsilí, spíše se snažíme výdech zpomalit než zrychlit. Během výdechu povolíme svaly ramen,

paží a bicha, celé tělo necháme „zvadnout“, aby se uvolnilo. Tento výdech trvá opatřeno 8 dob, ale může být i daleko delší

7. Opakujeme od bodu 3 do bodu 6 – vesměs stačí 10 opakování na odstranění vřetiny vegetativních příznaků .

7.3 Interoceptivní expozice

Expozice neboli vystavení se obávaným podnětům je jeden z nejdůležitějších kroků odstranění panické poruchy. Při interoceptivní expozici se pacient vystavuje podnětům vnitřním, tedy těm, které vyvolávají stejné příznaky, jaké se objevují při záchvatu paniky. Prakticky si tedy pacient pod vedením terapeuta úmyslně vyvolá všechny doprovodné tělesné příznaky panického záchvatu, které spustí celý proces prožívání ataky. Marks (2001) uvádí jako nejúčinnější prostředky k dosažení tohoto řízeného záchvatu řízenou hyperventilaci, tělesné cvičení, rotaci na místě a dýchání přes brko. Tělesné cvičení (například dřepy, běh na místě, běh do schodů) vyvolá rychlé a silné bušení srdce jako při panickém záchvatu, rotace vyvolá závratě a motání hlavy, dýchání přes brko vyvolá pocity dušení.

Praško (2006) upozorňuje, že poprvé je třeba provádět interoceptivní expozici pod dohledem terapeuta, protože může mít velmi dramatický průběh. Nicméně aplikováním kontroly dechu a následně relaxace všechny nepříjemně prožívané pocity do 5 minut odezní. Pacient se v průběhu expozice učí setrvat v situacích, kterých se obává, odstranit hrůzu z tělesných příznaků a zároveň se učí používat zklidňující dechu ve stresové situaci záchvatu. Učí se tedy na obávané podněty reagovat jinak než vznikem panické ataky. Je nápomocné, aby se pacient před samotnou simulací ataky pokusil odhadnout, co bude následovat a v jaké míře pocítí strach a katastrofické myšlenky. A posléze onen odhad porovnal s reálným prožitkem. Pacient pod vedením terapeuta provádí cvičení opakovaně a postupně se je snaží provádět samostatně a později i v závažných situacích.

Manévry pro interoceptivní expozici popisuje Možný (1999):

Manévr začíná řízenou hyperventilací. Je potřeba dýchat otevřenými ústy, hluboce, v rychlém tempu a hlasitě. Pak následuje rotace, buď na místě, nebo na otočné židli. Dále dýchá pacient v rychlém tempu dřepy, dokud se mu nerozbuší srdce. Následuje krátký energický sprint na místě. Po něm prudká změna polohy, kdy si pacient v sedu dá hlavu mezi nohy tak, aby byla pod úroveň srdce a po pár minutách se prudce zvedne. Poté skloní pacient hlavu a tělesně se ní do stran se zavěnyma oči. Pak ji zvedne, otevře oči a podívá se před sebe. Dále si pacient vyvolá tělesné například tak, že sevěpe, napne paže, chodidla, hrudník a celé tělo a

zhluboka dýchá. Potom se pacient zhluboka nadechne a zadrží dech. Pak si pacient ucpe nos a vdechuje přes brko. Dále se upřeně dívá na jedno místo na prázdné zdi a zkouší nepohybovat oima. Pocitu „knedlíku v krku“ pak pacient docílí velmi rychlým polknutím šestkrát za sebou. Pak se pokusí odolávat teplu tak, že se postaví na vyhřáté místo velmi teple oblečen. Nakonec se dívá pacient do zrcadla bez toho, aby pohyboval oima.

Cvičení	as expozice
Hyperventilace	2-5 minut
Rotace	1-2 minuty
Dechy	2-3 minuty
Břeh na místě	2-5 minut
Změna polohy	2-3 minuty
Těs hlavy	1-2 minuty
Těsné napětí	2-3 minuty
Zadržení dechu	30 vteřin
Dýchání přes brko	2-3 minuty
Upřený pohled	2-3 minuty
Knedlík v krku	
Odolávání teplu	15-20 minut
Pohled do zrcadla	2-3 minuty

7.4 Reálná expozice

Reálná expozice je hlavní metodou v boji proti úzkostem a vyhýbání se obávaným situacím. Reálná expozice vystavuje pacienta vnějším podnětům vyvolávajícím úzkost a učí ho, jak čelit obávané situaci. Pacient trpící panickou poruchou a potažmo agorafobií si musí postupným tréninkem ověřit fakt, že každá panická ataka má svůj průběh, že narůstá úzkosti se v jistý moment zastaví a po jisté době sama od sebe zase klesá. A především, že se nezrealizuje žádná z katastrofických představ. Tedy že: „jednou to skončí“, „horší než te už to nemůže být“ a „neomdlím a neumřu tady“. Následně zjistí, ke kterému musí pacient dojít, je, že při opakovaném vystavování se obávaným situacím bude narůst úzkosti vždy menší, bude trvat kratší dobu a míra úzkosti bude klesat rychleji. V ideálním případě po opakované expozici vymizí úzkost úplně. Tento trénink by měl postupovat od situací méně obávaných k těm nejděsivějším. Ze začátku je vhodný doprovod, ale aby se předešlo chování

zabezpečovacímu, je nutné, aby po se zvládal pacient opakovaně expozičně sám. Terapeuti radí, aby se pacient po každé dokončené expozici odměnil. (AKINSON, R. L., 2002).

Drastičtější modifikaci reálné expozice nabízí Praško (1998). Je jí tzv. zaplavení, tedy vystavení se té nejobávanější situaci na velmi dlouhou dobu, dokud nedojde k absolutnímu snížení úzkosti a nepohody. (Například lov k, který má hrůzu z cestování dopravními prostředky, bude šest hodin jezdit metrem.) Tato verze je velmi nepříjemná, ale dokáže již po jedné expozici zbavit plně strachu z dané situace

Léčbu expozicí je nutno pečlivě naplánovat, aby se předešlo jejímu předčasnému ukončení. Expozice musí být pravidelné a systematické. Praško (2008) uvádí 4 kroky k naplánování smysluplné expoziční léčby:

- Stanovení problému .
Vytvoření seznamu aktuálních situací, kterým se pacient vyhýbá a potěbuje je v běžném životě zvládat. Ke každé situaci se přiřadí míra strachu při expozici (Procentuální stupnice od 0 do 100, která znamená úplnou relaxaci, pokračuje přes běžné napětí, napětí, výrazné napětí až k extrémní panice) a míra vyhýbavého chování (stupnice od 0 do 4, 0-nehýbání se, 1-občasné vyhýbání se, 2-vyhýbání se až v polovině případů, 3-častější vyhýbání se, 4-neustálé vyhýbání se)
- Stanovení cíle a vytvoření dílčích kroků .
Přiznání požadovaných cílů a k nim vedoucích kroků ke každé situaci ze seznamu. Cíle by měly být co nejreálnější a nejkonkrétnější.
- Praktikování expozic.
Optimální četnost expozic jsou tři denně, minimální hranice je jednou týdně. (bude-li pacient provádět méně než jednu expozici týdně, léčba nebude mít efekt). Pacient musí být obeznámen s faktem, že v některých obávaných situacích se bude muset vystavit mnohokrát za sebou, aby došlo k požadovanému efektu. Zároveň by měl dopředu počítat s tím, že v některých situacích zpočátku neúspěšně, z obávané situace uteče a expozici nedokončí. Je potřeba v lea odhodlání, aby pacient v této fázi léčby nerezignoval. Pacient k sobě však zároveň nesmí být příliš kritický a neúspěšnou expozici si nesmí příliš vyčítat.
- Hodnocení a odměny.

7.5 Návčik relaxace

Návčik relaxace je etn používaný a mezi pacienty oblíbený lé ebný postup. Cílem návčiku je nau it pacienta rozpoznávat a následn uvol ovat t lesné nap tí. Asi nejrozší en jším postupem v návčiku relaxace je autogenní trénink J. H. Schultze. Strnadová (2002) vysv tluje, že v základním stupni pracuje tento trénink s navozováním šesti pocit , a to tíhy, tepla, zklidn ného tepu, zklidn ného dechu, proh ívání b ichta a chladného ela. Navozením každého z pocit dochází k uvoln ní ur ité ásti t la. Navozením pocitu tíhy se uvol uje kosterní svalstvo, pocitu tepla uvol uje periferní cévy, proh áté svalstvo uvol uje cévy a svaly v útrokách, chladivý pocit na ele zklid uje a tonizuje cévy na hlav , uv domováním si vlastního dechu a tepu dochází k jejich zklid ování. Vyšší stupe tréninku je založen na imaginacích a mentální vizualizaci žádoucích cíl .

Jiné možné cvi ení nabízí Poppen (1998). Jedná se o progresivní svalové uvoln ní E. Jacobsona. Základem tohoto cvi ení je kontrast mezi zám rn vyvolaným nap tím a následným uvoln ním svalových skupin po celém t le, který si má pacient aktivn uv domovat. Jednotlivé svalové skupiny se aktivují na deset vte in, po uvoln ní následuje dvacetivte inový odpo inek. Trénink je zam en na snížení etnosti záchvat paniky, zvýšení koncentrace, zvýšení sebeúcty.

7.6 Kognitivní restrukturalizace

O ekávání ur ité obávané situace spouští u pacient s panickým syndromem automatické myšlenky a p edstavy. Jde v podstat o katastrofické hodnocení, které bývá iracionální, ukvapené a siln úzkostné. R zným katastrofickým p edstavám podlehe ob as každý lov k. Pacient s panickou poruchou má však takové myšlenky a p edstavy pokaždé, když se ocitne v obávané situaci, nedokáže je p emoci a pln jim podléhá. Možný (1999) vysv tluje, že tyto myšlenky spoluudržují bludný kruh panické poruchy, vedou k nár stu úzkosti a následn k vyhýbavému chování. Je tedy pot eba je nahradit myšlenkami zklid ujícími i povzbuzujícími. Náhradu škodlivých automatických myšlenek za rozumné odpov di lze ozna it jako kognitivní restrukturalizace.

Praško (1997) popisuje ty i hlavní kroky, ze kterých tento úkol sestává. Je třeba tyto myšlenky identifikovat, uvdomit si, jak ovlivují naše chování a emoce, zpochybnit je a následně vytvořit rozumné odpovědi.

- **rozeznání katastrofických automatických myšlenek a představ**

Některí pacienti jsou si svých myšlenek v domě a tento krok jim nečiní žádné potíže. U jiných však myšlenka, která se týká ohrožující situace, vede k úzkosti tak silně, že se jí okamžitě snaží potlačit bu tím, že za ni nemyslet na nic jiného, nebo raději z celé situace rychle uniknou. V důsledku toho je obtížnější negativní automatickou myšlenku identifikovat. Snazšímu rozeznání automatických myšlenek napomáhá analýza posledního úzkostného prožitku. Tedy pojmenování toho, co nejhoršího si člověk představuje, že by se při záchvatu mohlo stát. Popřetrhání pátrání po změně nálad a její příčiny

- **uvdomění si vlivu katastrofických automatických myšlenek a představ na emoce a chování**

V tomto bodě je nutné jasně si uvdomit schéma od spouště k chování. Tedy určit konkrétní spouštěč, který vyvolal úzkostné myšlenky i představy, jež pak následně způsobily úzkostné emoce a tělesné prožitky a vyústily až v úzkostné chování. Nápomocné může být, když si toto schéma pacient zapíše.

- **zpochybnění katastrofických automatických myšlenek a představ**

Ke zpochybnění automatických myšlenek a představ nejlépe vede, když si je pacient zapíše a následně je testuje. Jde v podstatě o logické zpochybnění jejich platnosti a pravdivosti. Jako příklad poslouží, že v situaci, kdy se člověku motá hlava, zpochybní automatickou myšlenku, že ten musí omdlít.

- **vytváření rozumných odpovědí**

V této fázi už jde pouze o vytvoření náhradní odpovědi na předchozím krokem zpochybněnou myšlenku. V mnou uvedeném příkladě by tedy šlo o variantu odpovědi „hlava se mi motala už mnohokrát a ještě jsem nikdy neomdlel. Když si na chvíli sednu, odezní to jako vždy“. I u tohoto kroku pomáhá zápis konkrétní situace, automatické myšlenky, emoce, tělesné reakce, navržené rozumné odpovědi a výsledné akce.¹⁶

¹⁶ Typickými katastrofickými myšlenkami se zabývám podrobně v kapitole 4.

8. Dopady panické poruchy na sociální život lov ka

Panická porucha ovlivňuje nejen chování a psychiku pacienta, ale působí také na kvalitu jeho sociálního života. Pacient se často chová tak, že je to pro jeho okolí nepochopitelné, a on je pak nucen své chování vysvětlit. Právě vysvětlování druhým je velmi obtížné. Pacienti často nejsou schopni o svých potížích vůbec přemýšlet, natož o nich hovořit s někým druhým. Navíc se mnohdy setkají s nedvěrou a nepochopením, což je od dalších pokusů objasnit své chování odradí. A tak mnoho pacientů své poruše mlčí a problémy ve vztazích se zvyšují.

lovka trpící panickou poruchou klade svým způsobem na své okolí, zejména na svého partnera, vysoké nároky. Vyžaduje od nich trpělivost, pochopení a zájem. Toho se mu často nedostává, a vzniká tím ve vztahu nesoulad a nepochopení.

8.1 Vysvětlování druhým

Skutečnost, že lovka trpí panickou poruchou a typickými potížemi s poruchou spjatými, nelze před okolím zcela utajit. Nutnost vysvětlit nějakým způsobem svému okolí situaci může nastat ze tří důvodů. Zaprvé se jedná o momenty, kdy pacient prožije panický záchvat v přítomnosti někoho známého. Jak bylo popsáno v předchozích kapitolách, lovka zažívající panický záchvat se chová viditelně nestandardně a je téměř nemožné, aby okolí zmanu v jeho chování nezaregistrovalo. Zadruhé se panický pacient často rozhoduje zcela iracionálně a pro své okolí naprosto nepochopitelně. Je totiž veden snahou vyhnout se dalším možným panickým záchvatům a tomuto cíli mnohdy podléhá svůj každodenní program. Toto jednání je pro nepoučené okolí zcela nepochopitelné a právě tehdy je nucen pacient volit mezi otevřenou snahou vysvětlit a různými výmluvami. Třetím důvodem pak může být potřeba sdílet se s vlastními potížemi s komu blízkému. Většina respondentek uvádí, že ve fázi rozvinuté ale neléčené panické poruchy není pacient schopen o vlastních potížích otevřeně hovořit a vysvětlit druhým svou situaci. Zajímavé je, že většina respondentek hovoří o zkušenosti, že zájem blízkého okolí výrazně klesl, když byly ujištěny o tělesném zdraví.

Respondentky popisují, zda o jejich potížích věděla jejich rodina a přátelé, jakým způsobem se snažily své potíže vysvětlit a jak na toto sdělení reagovalo okolí.

„To je tedy složitější. Že se něco se mnou děje, to věděli rodiče určitě. Už proto, že mě pár záchvatů zastihlo v jejich přítomnosti. Věděli potom i o různých vyšetření u lékaře, ale jakmile byli ujištěni, že nejsem tělesně nemocná, přestali tomu nějak věnovat pozornost. Že

chodím k psychologovi, to nev d li v bec. ekle bych, že moji rodi e na psychické potíže moc „nev í“. Nikdo z naší rodiny ani jejich blízkých bu žádná potíže nemá, nebo oni o tom nev dí. Musím íct že jinak jsou moji rodi e velmi starostliví, ale z ejm usoudili, že ob as je „na nic“ každému, a musí si s tím poradit sám. Z p átel to ze za átku nev d l nikdo, pozd ji to pár nejbližších p átel v d lo, ostatní ne. A t ch pár p átel, kte í o tom v d li, se k tomu stav li r zn . N kte í podobn jako moji rodi e, jiní projevíli zájem a podporovali m pozd ji v terapii. Ono vysv tlovat tyhle potíže není snadný. “ (Lucie)

„Z rodiny to v d la sestra. Ta mi hodn pomáhala. Nekoukala na m divn a v íla mi, že si nevymýšlím ani nedramatizuji. Od za átku jsem v d la, že jí m žu íct o svých problémech všechno. Nastolila takovou atmosféru. Nikdo jiný to nev d l. Dodnes jsem to vlastn s nikým jiným ne ešila. M la jsem už sv j život a rodi e m li svoje starosti, už jsem necítla pot ebu to s nimi ešit. Tyhle v ci se asi dají po ádn vysv tlovat jenom t m lidem, kte í projeví skute ný zájem a jakoby volný prostor. Bez komentá , bez ned v ry. Pár nejbližších p átel to taky v d lo. N kte í mi docela pomohli. Asi tím, že jsem se pozd ji mohla trochu rozprávět. A taky tím, že se mi nevysmívali. Pak bylo pár kamarád , kte í se o tom asi baví necht í. Nebo jim p ípadalo, že si trochu vymýšlím nebo že to prost p eháním. T m jsem nem la nejmenší chu ani sílu n co vysv tlovat.“ (Vanda)

8.2 D vody ml ení o poruše a jeho následky na sociální vztahy

Respondentky shodn uvádí, že ve fázi rozvinuté, nelé ené poruchy je už samotné p emýšlení o panických záchvatech dostávalo do silné úzkosti. A to práv bývá nej ast jším d vodem, pro ení pacient o svých potížích schopen otev en hovo it. Jako další d vod ml ení uvedly n které respondentky stud za vlastní chování a prožitky. Shodují se v tom, že je t žké snažit se n komu vysv tlit pravou p í inu nepochopitelného chování, pokud ji sám pacient považuje za sm šnou a ponižující. Dále hovo ily pacientky o strachu z reakce okolí, který se asto potvrdil špatnou zkušeností.

„Ze za átku jsem se o tom s nikým baví nedokázala. Samotné to téma m vlastn d silo. Už jen, když jsem o tom za ala p emýšlet, dostávala jsem se do úzkosti. Pokud jsem n komu za ala vypráv t, co t eba prožívám, okamžit se dostavovala úzkost, prost to nešlo. Pozd ji jsem se dostala do fáze, kdy jsem o tom naopak pot ebovala mluvit hodn . To bylo pochopiteln v dob , kdy jsem na tom už byla lépe.“ (Dana)

„Asi jsem se zkrátka styděla. Samotné mi to přišlo hloupé, tak se o tom pak trochu mluvilo. Navíc se mi taky stalo, že jsem se o tom pokoušela mluvit a kamarádka se na mě dívala dost nedvěřlivě. Tak už to pak nechcete riskovat. Ale ten hlavní důvod je stejný, že jak začnete o těchto věcech přemýšlet, dostanete zase pomalu ty úzkosti. Kdybych to někomu popovídala, asi by nastal velký záchvat.“ (Aneta)

„Radši jsem o tom nemluvila. To samotné popisování mě děsí. Je těžké vykládat o něm, co vám způsobuje hrůzu. Když o tom jenom přemýšlíte, tak se zase dostavuje úzkost. No a pak jsem se taky za to vlastně styděla. Je to docela hloupý říkat všechny tyto věci, kterýžto jsem šla a hloupá.“ (Anna)

8.3 Vliv panické poruchy na partnerské soužití

Z podstaty věci jasně plyne, že pokud jeden z partnerů trpí panickou poruchou, ovlivňuje to značně celou dynamiku partnerského soužití. Jeden z párů se vždy dostává do znevýhodněné pozice. Většina respondentek hovoří o znevýhodněné pozici pacienta, jedna respondentka naopak označuje partnera za toho, který se v znevýhodněné pozici ocitnul. Zdá se, že nejvíce ránu soužití zasadí vyhýbavé a únikové chování v kombinaci s komunikačními bariérami. Jak již bylo zmíněno mnohokrát, panický pacient odmítá vykonávat celou řadu aktivit výhradně z důvodů obav spojených s panickými záchvaty. Zároveň není (alespoň v určitých fázích) schopen o svých potížích otevřeně hovořit a poskytnout upřímná vysvětlení. A to se nutně musí podepsat na kvalitě partnerského soužití. Většina respondentek popisuje, že dříve či později se dostává netrpělivost partnera. Některí jsou schopni ze zátku tolerovat určitá omezení, ale většinou se časem dostává apel na větší snahu problémy překonávat, podrážděnost při odvolávání se pacienta na specifické obavy nebo celková nedvěřivost v oprávněnost pacientových pohnutek. Další problém, který respondentky popisují, je, že se musely potýkat s představou partnera, že vyhýbavé chování není důsledkem poruchy, ale povahový rys člověka. Na partnera panického pacienta jsou kladeny velké nároky ve smyslu důvěry a netrpělivosti. O tom, že je život s člověkem s neléčenou panickou poruchou náročnější, jasně vypovídá fakt, že všechny respondentky uvedly jako důvod ukončení vztahu právě panickou poruchu a její důsledky.

„M j partner o t ch v cech v d l, ale ne úpln . V d l o tom, protože m n kolikrát zažil v záchvatu a taky m už nebavilo vymýšlet si po ádn jaké výmluvy ohledn všech t ch zrušených a odmítnutých v cech, tak jsem se to snažila vysv tlit, jak to je. Nev d l ale podle m o mí e mých strach . Taky jsem o tom vlastn s ním nikdy nemluvila zcela otev en . Nepopisovala jsem mu do detailu všechny pocity. D vod byl stejný jako u všech ostatních. Pozd ji jsem se ale za ala snažit. ásto jsem se na ty problémy odvolávala, když jsem se mu snažila vysv tlit, pro tolik v cí ned lám. A to byl možná taky kámen úrazu. N kdy se zlobil, pro jsem to a to neud lala, pro spolu nikam nejezdíme, a jen co jsem za ala mluvit o úzkostech, reagoval výbušn . Byl na to téma asi potom trošku alergický. Otázka je, do jaké míry mi v il. Pravd podobn byl p esv d ený, že se na to ob as vymlouvám. Že to celé dramatizuju a možná i že toho zneužívám. V tom byl asi nejv tší problém. V tší, než to, že jsme spolu nikam nejezdili a nic moc ned lali. Ten vztah to samoz ejm ovlivnilo hodn . Vždy pokaždé, když má jeden z páru v tší problémy, tak to ten vztah ovlivní. O to víc, když se o nich po ádn nemluví. A on ob as reagoval tak, že mi to ubližovalo.“ (Aneta)

„No tak, samoz ejm , že jsem to p ed partnerem nemohla úpln utajit. N kdy jsme byli spolu, když jsem dostala záchvat, a to si pak nemohl nevšimnout. Prost v d l, že n co se mnou je. Ale komunikace o tom byla složitá. Nebyla jsem schopná mu v cí po ádn vysv tlit. Za n co jsem se taky styd la, n co jsem neum la vysv tlit. On se ale docela zajímal. Hlavní myslím bylo, že v d l, že mi n co stojí v cest , že to nejsou moje rozmary. Jenže stejn to bylo t žký, i když se snažil. Ona jeho trp livost taky n kdy p etekla a potom se t eba na m utrhнул, že jsem akorát v tuhle konkrétní chvíli líná a odvolávám se na úzkosti. On lov k musí sám p e liv hledat tu hranici, co sám sob dovolit a v em se nutit. A to není jednoduchý ani pro vás samotnou, natož pro partnera. Náš vztah to samoz ejm ovlivnilo. Vy pot ebujete, aby m l ten lov k s vámi trp livost. Teda na za átku musí všechno po ádn v d t, což se u nás tak úpln nestalo. A pak tu trp livost logicky nemá. A hlavn vždycky, když jeden v tom vztahu má n jakej v tší problém, tak ho to ovlivní. Ob as mi íkal, že ví, že se n eho bojím, ale že prost musím jít a p ekonat to. Asi tak úpln nepochopil, že to není tak jednoduchý. Ale co je hlavní, myslím že to nikdy nevnímal tak, že bych mu n co d lala naschvál.“ (Lucie)

„M j p ítel o mých problémech vlastn v d t necht l. Tedy necht l se tím n jak víc zabývat. M l hodn práce a byl to takový neempatický typ. Samoz ejm , že jsme se hádali kv li tomu, jak jsem po ádn všechno odvolávala, nebo rovnou odmítala. Já jsem mu to zazlívala a on se na m taky zlobil. Když jsem se mu pokoušela vysv tlit právě d vody, tak jsem narazila. ásto mi

vy ítal, že jsem neaktivní a po ád ustrašená. On cht l zažívat spoustu v cí a se mnou to tehdy nešlo. I když musím íct, že když m n kdy p epadnul záchvat a on byl se mnou, tak se m snažil uklidnit a nic mi nevy ítal. Ale nikdy to necht l se mnou po ádn probrat. A ty d sledky v mém chování si s tím možná v bec nespojoval. Já jsem to ásto musela úpln p ejít, protože jsem s ním pot ebovala být zadob e. Pot ebovala jsem abychom se nehádali nebo aby na m nebyl naštvaný, když se n kam jelo. Pot ebovala jsem alespo zdánliv cítit jeho podporu. A tak jsme byli v nerovném postavení. Jeho to obt žovalo a já jsem byla zoufalá. Trošku si myslím, že to všechno vnímal jako moje povahové rysy, že si v bec neuv domoval, že to jsou d sledky psychických potíží. A proto náš vztah taky ukon il. P estože si myslím, že nebýt mých problém , tak bychom m li hezký vztah. Ale on zkrátka nedokázal žít s n kým s tolika omezeními. A myslím, že ho tehdy nenapadlo, že by se to dalo vy ešit. Myslím odstranit ty d sledky poruchy, jako to v né vyhýbání se. Já jsem to tenkrát asi ale taky nev d la.“ (Tereza)

„Celá ta porucha náš vztah s partnerem ovlivnila hodn . Myslím, že kv li ní jsme se taky rozešli. Nebo spíš kv li jejím projev m. Já jsem se ásto chovala tak, že on to v bec nedokázal pochopit. A já jsem mu to nedokázala vysv tlít. Taky vysv tlujte n komu, s kým se nebavíte o d sledcích panické poruchy, že jste mnohokrát nedojeli v domluvený as na domluvené místo, protože jste to prost nedokázali. Že nebudete nikam jezdit, nijak aktivn trávit as, protože toho nejste jednoduše schopni. A tím nikam jezdit myslím i to, že ásto nejste schopni dojet ani do školy nebo do práce. Vysv tlujte mu, že utíkáte uprost ed filmu z kina, že rušíte na poslední chvíli domluvené výlety a že sama doma p es noc být nedokážete. Nevím p esn , co si o tom partner vlastn myslel, asi že jsem domácí ustrašená pecka. Nebo mu k ivdím a p emýšlel o tom víc, nebo jinak, ale tím, že jsem mu po ádn nic nevysv tlila, nem l vlastn možnost nic chápat.“ (Dana)

„Víte, já abych byla up ímná, tak mám pocit, že jsem svého p ítele trochu až terorizovala. Když se zp tn podívám na náš vztah, byl založený na chudákovi a litujícím. Já jsem obecn v jistou dobu neum la odhadnout tu míru, kam až si lov k m že dovolit n kterým v cem podlehnout a kde už se musí za ít snažit p ekonávat. A tak se celá ta porucha stala ástou výmluvou a argumentem. Te nemyslím konkrétn to, že jsem n co t eba ned lala. Ale spíš jsem se na ty problémy odvolávala pokaždé, když byl v našem vztahu n jaký problém. I když to nebylo tak úpln na míst . On byl m j p ítel obecn hodn submisivní a staravý. A já jsem na to p istoupila.“ (Vanda)

8.4 Panická porucha jako p í ina nevysv tlitelného chování

lov k trpící panickou poruchou je v celé ad rozhodnutí motivován výhradn obavami z možného výskytu dalšího panického záchvatu. Mnohých aktivit, které pacient d íve vykonával, se kv li t mto obavám odmítá zú astnit nebo kv li nim z mnohých situací utíká. O možnosti vyvolání panického záchvatu p emýšlí pacienti u nep eberného množství situací. P í popisování t chto situací se v tšina respondentek zmínila, že jim dnes samotným p ípadají sm šné. Zdá se, že i po ukon ení zdárné lé by není jednoduché o t chto specifických situacích hovo it. Ohledn vysv tlování p í in tohoto iracionálního a nepochopitelného chování, uvádí respondentky shodn , že nebyly schopny pravdiv vysv tlit své pohnutky t m nikomu. V tšinou si vymyslely zástupný d vod a debat o pravých p í inách se vyhnuly. Lze usoudit, že je k tomu vedl stud, i nechou poušt t se do obsáhlejších debat. Zajímavé je, že se asto v odpovídách objevovalo téma léka ských zákrok jako vysoce obávaných situací . P í osobním kontaktu s respondentkami bylo znát, že je toto téma velmi citlivé a dodnes siln emotivn zabarvené.

„Samoz ejm , že jsem odmítala d lat spoustu v cí jenom kv li úzkostem. A velmi asto. Odmítala jsem jezdit na výlety, na dovolené, ú astnit se n jakých sportovních aktivit. asto to byly úpln drobné provozní v ci, kde jsem bu rovnou odmítla, nebo to na poslední chvíli zrušila. Jít do kina, na procházku, nakupovat a r zné další v ci. Nap íklad jsem v té dob taky úpln p estala pít alkohol. To souviselo s tím, jak m d síly situace, kde bych nad sebou nem la plnou kontrolu. Nebo t eba jsem se dost bála vzít si n jaké prášky. Vždycky jsem p emýšlela, jestli by to mohlo n jak ovlivnit moji psychiku, a v tšinou jsem si je radši nevzala. Já jsem p l hodiny studovala p íbalový leták k Paralenu a nakonec jsem si ho nevzala. Dnes mi to p ípadá legra ní. A taky jsem se po ád bála, že mi n kde n kdo podstr í n jakou drogu. V tomhle ohledu jsem byla celkem posedlá. Nikdy bych nevypila nic, na co m n kdo cht l pozvat. Nebo na návště v jsem t eba nejedla žádné jídlo. Taky z n kterých zákrok u doktor jsem m la tuhle hr zu. Že mi t eba umrtvovací injekce zp sobí záchvat. Teda vážn mi spoustu v cí p ípadá zp tn hodn sm šných. Jist že to bylo úpln iracionální. A taky nepochopitelné. Pokud se m na to n kdo ptal, ze zásady jsem si vymýšlela. Vždycky jsem p íšla s n jakou pohádkou, pro to a to neud lám, nebo ud lám.“ (Lucie)

„Jist , že se moje chování asto zdálo lidem úpln nepochopitelné. Ono taky nem lo žádné racionální zd vodn ní. A já se to ani popravd zd vodnit nesnažila. To by stejn nikdo nedokázal pochopit nebo si to správn vysv tlit, když nezná tu p í inu. No a tak jsem si hodn vymýšlela. Vymlouvala jsem se r zn na to, že mi není dob e nebo že mám n co na práci. Konkrétní p íklady nevysv tlitelnýho chování? Tak t eba jsem odmítla jet na výlet. Nebo se n co dohodlo s kamarádama a já to zrušila. T eba jít na koncert, nebo do kina, nebo jet sportovat. Nebo t eba jet na dovolenou do zahrani í. To neexistovalo. Ale já t eba m la pocit, že to zvládnu, tak jsem potvrdila ú ast. Ale jak se to pak blížilo a já jsem po ád p emýšlela, jestli to bude dobrý a jestli to zvládnu, tak jsem se tolik vystresovala, že to pak nešlo. V tšinou jsem to zrušila až na poslední chvíli. A stávalo se to velmi asto, spíš byla výjimka, když jsem n kam opravdu dojela. Ono je to až sm šný, jak iracionáln jsem se chovala. T eba jsem jednou sn dla n co zkaženého a bylo mi pak špatn . A já jsem se celou dobu jen hrozn bála, že by to mohlo n jak spustit úzkost. Nebo t eba bylinkové áje jsem odmítala pít.“ (Tereza)

„Takový až kuriózní v ci jsem d lala, nebo tedy spíš ned lala. T eba jsem se hrozn bála, když bylo n co u doktor , n co nestandardního. Já se t eba strašn bála jít na o kování. Po ád jsem si p edstavovala, co by mi takový v ci mohli zp sobit, jako co do úzkosti. Nebo t eba jednou se m lo jít s kamarádama do sauny. A já se t sn p ed tím vylekala, že mi to zp sobí ty stavy. No a pak bylo na denním po ádku rušení nebo odmítání r znejch v cí. Jet n kam slavit na chalupu, jet na dovolenou, jít na koncert. To bych povídala dlouho. Vysv tlit jsem se to ani nesnažila. U v tšiny lidí jsem si n co prost vymyslela. A pak t eba p ítelovi nebo bratrovi jsem se to snažila vysv tlit popravd . V tšinou to ale stejn z stalo ne zcela pochopeno.“ (Dana)

„Odmítala a rušila jsem po ád všechno. To p eháním, ale bylo to na denním programu. Kamarádi jeli na Silvestra na chalupu, to pro m neexistovalo. P ítel cht l jet n kam na dovolenou, to jsem taky odmítala. Pak už jsem rušila i b žné v ci. Nedošla jsem do školy, do práce, nedošla na ve írek. N kdy jsem si ekla, že to zvládnu a že p jdu, ale pak jsem o tom po ád uvažovala a p edstavovala si, jak to bude probíhat, až jsem to nakonec odvolala. N kdy už jsem t eba byla i na cest , ale zase jsem se oto ila a jela dom . Vysv tlovat tyhle v ci lidem okolo snad ani nejde. To by lov k natvrdo sám sob musel p iznat: ano, chovám se jako blázen, je to nepochopitelný, je to sm šný, jsem paranoidní.“ (Vanda)

„Vysv tlovala jsem tohle svoje chování spíš neup ímn . Tak n jak jsem se snažila vymyslet d vody. Víte, já jsem nemohla zavolat kamarádce a íct jí: ahoj, nep ijdu do toho kina, protože z toho mám velkou hr zu. Už jsem cht la jít, ale ud lalo se mi tak strašn , že jsem se zase p evlíkla a z stanu radši doma. Tak radši eknete, že vás rozbolel žaludek. A takhle je to se všema v cma, který d láte, a sám dob e víte, že jsou nepochopitelný. Nemáte taky ani moc chu sed t proti n komu, íkat mu všechny tyhle v ci a dob e cítit, že se na vás kouká jako na blázna“ (Anna)

8.5 Ned v ra okolí

Z rozhovor vyplývá, že se lidé s panickou poruchou často setkávají s nedvými reakcemi okolí. Obecně se zdá, že je často pro blízké okolí pacienta těžké pochopit, jak dalece je jejich celý život panickou poruchou ovlivněn. To pochopitelně souvisí s tím, že pacient není dlouho o svých obtížích schopen otevřeně hovořit a okolí tedy nezná celý rámec situace. Zejména při snaze vysvětlit příčiny iracionálního chování se pacienti setkávají s podezřívavým přístupem. Z výpovědí respondentek jasně plyne, že takové reakce jsou zraující a znatelně žijí snahu další o další otevřenou komunikaci. Zdá se, že pokud má člověk s panickou poruchou ve svém okolí někoho, kdo vyjádří pochopení a důvěru, napomůže to celému procesu léčení. Zajímavé je, že většina respondentek uvádí problematickou komunikaci s rodiči. Jako blízkého, podporujícího člověka, který byl diskuzím o specifických problémech života s panickou poruchou otevřen, uvedla polovina respondentek svého sourozence. Na které respondentky hovoří o určité agresi, kterou pociťovaly, když se s nedvými reakcemi setkaly. Ve svém vyprávění také více než polovina z respondentek hovoří o tom, že je tyto reakce okolí urážely. Zdá se, že panický pacient obzvláště těžce nese, pokud je nějakým způsobem jeho utrpení devalvováno a úzkost přirovnávána k obyčejnému všednímu strachu.

„Ano, bylo pár situací, kdy jsem se snažila upřímně a popravdě vysvětlit, co mi je a proč se chová často divně, a narazila jsem na nepochopení. To jsem nesla pochopitelně těžce. Bylo pár lidí, s kterými bych o tom byla ráda mluvila, ale nejak to nešlo. Ale vůbec nejsem nesla takové ty zlehovavé reakce. V ta „já se občas taky bojím“ mě doslova urážela. Měla jsem silnou potřebu těm lidem sdělit, jak velkou hrůzu zažívám. Že mě někdy nákup vyčerpá tak, že si to neumím představit. Dnes už to nijak moc neprožívám. Víím, že každý má nějaký svůj vnitřní boj, a nemám už potřebu v tomto ohledu nikomu nic dokazovat.“ (Lucie)

„No jo, na který lidi mi prostě nevěřili. Mysleli si, že si trochu vymyslím, že trochu přeháním. Teda nevím, co přesně si mysleli, ale tohle dávali najevo. Samozřejmě mě to mrzelo. Na kdy mě to vlastně uráželo. Když už jsem sebrala odvalu a pověděla to komu o tom všem a on reagoval tak, že přece o nic moc nejde. Jeden kamarád se mě ptal, proč hraju celý to divadlo, proč prostě nesedu do vlaku a nejedu na výlet. Na to se těžko odpovídá a zraňuje to. Bere to taky chuť a odvalu komu se svěřit. Je vyčerpávající dokazovat lidem, že si nic nevymyslíte, že je pro vás občas skutečně velký problém v běžném vyjít na ulici.“ (Vanda)

„Spousta lidí si zkrátka nedokázala představit, co všechno v mém životě je touthle poruchou ovlivněno. Pravda je, že byly doby, kdy jsem se vlastně hodně litovala. Tedy že jsem nesla, že mě nikdo nechápe a ani se o to nepokouší. Navíc jsem měla pocit, že nikdo mi to tak trochu nevěří. Ale našťastí je tohle všechno za mnou. Opravdu nerada bych si v životě s sebou táhla takové pocity.“ (Aneta)

„Vydělal to můj bratr. S tím jsem si o tom mnohokrát povídala a taky to byl vlastně on, kdo mě podruhé donutil vyhledat psychologa. Hodně mě podržel, hlavně tím, že mi prostě řekl. Řekl mi, že si nevymýšlím, že to nepřeháním, že je to vážně velkej úšáček celého mého života. S rodičema to bylo složitější. Po úšáčku jsem se o tom nebavili nikdy. Já v jednu chvíli jsem chtěla, ale nejak to nešlo. Taky jsem to špatně nesla. Ale dost možná, že mi to nakonec vlastně pomohlo. Mám na mysli to, že nejste za obecního chudáka, kterého všichni pardonují. Nakonec v té holé podstatě se s vlastníma dvěma problémy musí stejně každý vyrovnat sám.“ (Dana)

8.7 Přijetí panické poruchy jako vlastní součásti

Je signifikantní, že naprostá většina respondentek hovoří i po zdárném ukončení léčby o panické poruše jako o něčem cizím, ošklivém, co přišlo do jejich života zvenčí, jako o něčem, co k nim nepatří. Velmi dobře tento postoj vystihuje, že všechny respondentky panickou poruchu nazývají zkrátka „TO“. Obraty „když TO zase přišlo“, „všechno souviselo s TÍM“, „od TOHO se odvíjel celý můj život“, „přišlo TO a kazilo mi to život“ se vinou všemi rozhovory jako červená nit. Zdá se, že kompletně přijmout celou poruchu jako součást vlastní psychiky, je i po letech velmi obtížné. Na které respondentky ovšem byly schopny zhodnotit pozitivní přínosy překonání poruchy, což je zajisté jedním z kroků procesu akceptace nemoci. V těchto odpovědích se jako nejvýše ceněný přínos objevuje schopnost vážit si duševního klidu. Další moment, o kterém se na které respondentky rozhovory a který napovídá o započetí procesu akceptace poruchy, je překonání potřeby dokazovat svému okolí naléhavost situace.

„Celá ta nemoc toho paradoxně přinesla hodně pozitivního, ale pochopitelně až když byla zvládnutá. Naučila mě radovat se ze chvílí, kdy mi není úzko. Naučila mě, že duševní klid je cennost. Naučila mě taky myslím určitěmu pochopení. V tom smyslu, že si dovedu představit,

že mají r zní lidé r zné potíže, o kterých my nemáme ani potuchu. A hlavn , že jakkoli se m žou zdát banální nebo legra ní, m žou zp sobovat hodn trápení. Co nejhoršího p inesla? Asi ty chvíle nep í etné hr zy, na kterých je nejhorší to, že v bec netušíte, odkud a kdy ude í. lov k se vlastn bojí p estat být na chvílku ve st ehu.“ (Lucie)

„Ono vás to všechno i obohatí. Samoz ejm až tehdy, kdy dostanete svoje strachy pod kontrolu. Nau íte se vážit si duševní rovnováhy. Nepovažovat ji za samoz ejmost, ale vážit si jí. Taky si uv domíte, že n kdo jiný má t eba jiné potíže, které nejsou vid t a vy je nechápete. Ale jemu m žou zp sobovat muka. To je obecn velký problém duševních poruch. Že nejsou vid t. Musíte je tedy stále dokola n komu dokazovat, stále se n jak obhajovat. Což by se asi taky dalo po ítat mezi ta pozitiva. Že už necítím tuhle pot ebu. eknu ti, mám ty a ty potíže. A když mi nev íš, tak je mi to jedno, není to m j problém. Nejhorší je asi ten neustálý strach. Ze všeho, i z p emýšlení o v cech. Všechno, co d láte, budete d lat, ned láte, máte d lat, všechno posuzujete jen a jen v souvislosti s panickými záchvaty. Váš život se vlastn zúží jen na n . Je to to hlavní, tomu pod ídíte veškerý život a ob tujete kv li tomu i vám drahé v ci.“ (Tereza)

8.8 Ur ení vlastních hranic a možností

V tšina respondentek popisuje, že v ur ité fázi lé by panické poruchy cítily odhodlání kompletn p ekonat úzkost ve všech možných situacích a odstranit strach ze všech aktivit. Shodn uvádí, že se po jisté dob p esv d ily o nadnesenosti t chto nárok a praktické nemožnosti jejich spln ní. Lze usoudit, že dovolit sám sob mít z n eho úzkost a v n kterých p ípadech ji nep ekonávat, je krok ke zdárnému vyrovnání se s panickou poruchou. O pot eb vystihnout hranici mezi tím, kdy je nutn t eba úzkostem vzdorovat a snažit se je postupn p ekonávat, a tím, kdy je možné za adit aktivity mezi ty, které lov k vykonávat nebude, hovo í respondentky ásto v pr b hu celých rozhovor . Zdá se, že ur it si vlastní limity a hranice možností je pro vnit ní klid a vyrovnanost pacienta pom rn d ležitá. Z rozhovor lze též usoudit, sou asn s ur ením t chto limit jde i o rezignaci na neustálou pot ebu svému okolí dokazovat závažnost vlastních pohnutek.

„Po ád cítím v ur itých situacích úzkost, ale myslím, že už je to v takové mí e, jakou znají i lidé bez t chto psychických problém . Myslím, že bát se n kterých v cí, t eba i hodn , je prost normální. D ležitá je, že se to omezí na pár konkrétních situací. A jestli se jim

vyhýbám? Myslím, že je dležitě pojmenovat si, kdo jsem schopen a kdo ne. To se týká každého, bez ohledu na jaké poruchy. Některé v cí prost nedělám, nebo velmi nerada, a netrestám se za to. Pěstala jsem se snažit jít za určitě hranice. Možná je dležitě, aby tohle člověk sám sob dovolil. Pochopitelně je ale stejně dležitě nebýt na sebe moc měkký. Určit si tu hranici, po kterou to prost zvládnout musím, a za ni pak sám sob dovolit nic nezvládat. Je to podle mého princip společný všem lidem, nehledě na poruchy. Akorát já na sebe musím být tvrdší. Musím se pokoušet v mnohem větší potu situacích než člověk, který neví, co panická porucha je.“ (Lucie)

„Jistě že pořád existují situace, ve kterých cítím úzkost. Nedokážete naprosto všechno odstranit. Musíte se akorát naučit, jak s tou úzkostí zacházet a jak se nestat její totalní obětí. Pěstuji ji, což dlelat, když úzkost přijde, a taky, což dlelat, abyste jí všechno nepodřizovala. Nebát se dopředu, ale jednat až v ten moment. Ale zároveň je nutné pojmenovat ty situace, které prost nezvládáte. To mi třeba trvalo dlouho. V době, kdy už jsem zvládala všechny ty provozní, nutné věci, jsem si myslela, že se naučím nebát se ničeho. Ale myslím, že se člověk zkrátka musí smířit s tím, že určitá omezení má. A pokud to jsou věci, bez kterých se dá snadno žít, tak je akceptovat. Já mám například dodnes hrůzu z adrenalinových zážitků. Ty chci samozřejmě bojím hodně lidí i bez panické poruchy, ale já mám tu specifickou hrůzu, že by u mě vyvolaly panický záchvat. A tak se tímto aktivitám prost vyhýbám. A když na to přijde, věnuju, že se bojím konkrétně z těch a těch důvodů, a nemám z toho výčitky.“ (Dana)

„Pořád jsou věci, které dlelat nedokážu. Ale už je to v takové míře, že se s tím dá v pohodě žít. To už je asi normální u každého člověka. Ale už je jich málo a nekomplikují mi život. A vyhýbám se jim úplně klidně. Nemusím zvládat všechno.“ (Anna)

9. Šet ení vlivu panické poruchy na sociální aspekty života klienta

V následujících šet eních se v nuji oblastem, kterými se dosavadní literatura zabývá pouze okrajov . Jedná se zejména o zp sob, jakým panická porucha ovliv uje sociální život pacienta, p edevším jeho rodinné a partnerské vztahy. Dostate n zpracovanou oblastí není ani schopnost panických pacient ů svých potížích se svým blízkým okolím hovo it, ani zp sob, jak p ípadné komunika ní bariéry tyto vztahy ovliv ují. Tém ěnic se nedoteme ani o specifických, zpravidla iracionálních a zcela nepodložených p edstavách panických pacient ů vedlejších ú incích ur itých situací a látek na psychiku. Dále se zabývám tím, zda a jak panická porucha se všemi svými d sledky ovliv uje sebev domí pacienta. Zárove tímto šet ením dokresluji text p edložený v p edchozích kapitolách.

9.1 Vymezení problému šet ení

Jakým zp sobem m ěže panická porucha ovliv ovat partnerské soužití?

Jaké zkušenosti mají dotazovaní s pokusy o svých potížích otev en ě hovo it?

Jaké postoje zaujímají dotazovaní k reakcím okolí?

Jakými specifickými obavami pacienti trpí?

Jak ovliv uje panická porucha sebev domí lov ka?

Jaké zkušenosti mají pacienti s návšt vou praktických léka ů a pohotovostí?

9.2 Cíle a úkoly šet ení

Cílem šet ení je zjistit míru vlivu panické poruchy na blízké vztahy šesti dotazovaných. Cílem je zjistit, zda a jakým zp sobem pacienti o svých potížích se svým blízkým okolím hovo í a jakým zp sobem okolí na tyto informace reaguje. V šet ení si kladu za cíl zjistit, jakých konkrétních v cí se pacienti obávají kv ěli možným vedlejším ú ink m na psychiku a jak panická porucha ovliv uje jejich sebev domí.

9.3 Metody šet ení

Metodou sb ru informací jsou semistrukturované rozhovory. Rozhovory obsahují 38 až 44 otev ených otázek. Jedna ást otázek byla zformulována k dokreslení textu první ásti práce, druhá ást byla zformulována za ú elem zjiš ování informací o mí e vlivu panické

poruchy na blízké vztahy pacienta. Toto šetření je svou povahou kvalitativního charakteru a nekladu si za cíl vyhodnocovat zjištěná data v deskými metodami.

9.4 Metodika šetření

Toto šetření bylo realizováno v letech 2009-2010. Sběr dat probíhal od prosince 2009 do května 2010 v Praze. Na které rozhovory probíhaly osobně, na které písemně. Všichni respondenti byli ujištěni o tom, že se rozhovory nebudou využívat pro jiné účely než pro účely této práce a že zůstanou v anonymitě. Respondenti jsou pacienti s panickou poruchou, kteří ukončili léčbu. Vzhledem k délce rozhovoru je krátký v souladu s cíly práce. Zpracování dat probíhalo od března 2010 do června 2010.

9.5 Hypotézy

Hypotéza .1:

Všichni respondenti uvedou, že pro ně bylo problematické otevřeně hovořit o svých potížích s blízkým okolím.

Hypotéza .2:

Nikdo z respondentů neuvede, že by jejich partner/ka o jejich potížích neprojevil žádný zájem.

Hypotéza .3:

Většina respondentů uvede, že je reakce jejich okolí zklamala.

Hypotéza .4:

Více než polovina respondentů uvede, že se obávala užívat některé léky nebo podstupovat lékařské zákroky v souvislosti s možným vznikem úzkosti.

Hypotéza .5:

Většina respondentů uvede, že panická porucha negativně ovlivnila jejich sebevědomí.

9.6 Charakteristika zkoumaného vzorku

Rozhovory poskytl 6 žen ve věku 26 až 35 let. 4 Respondentky dosáhly vysokoškolského vzdělání, jedna stredoškolského a jedna je vyučena. Všechny respondentky žijí v Praze. Respondentky jsou ženy z okruhu mých přátel.

Rozhovory poskytly:

Lucie (27 let, vysokoškolské vzdělání, svobodná, terapie ukončena před čtyřmi lety, žije v Praze).

Anna (35 let, vyučena, rozvedená, terapie ukončena před čtyřmi lety, žije v Praze).

Dana (29 let, vysokoškolské vzdělání, svobodná, terapie ukončena před třemi lety, žije v Praze).

Aneta (33 let, vysokoškolské vzdělání, vdaná, terapie ukončena před dvěma lety, žije v Praze).

Tereza (26 let, vysokoškolské vzdělání, svobodná, terapie ukončena před dvěma lety, žije v Praze).

Vanda (31 let, stredoškolské vzdělání, vdaná, terapie ukončena před pěti lety, žije v Praze).

9.7 Shrnutí zjištění

Doslovné úryvky z rozhovorů uvádím přímo v textu práce. Na tomto místě uvádím shrnutí hlavních zjištění a námětů k diskusi.

Z zjištění vyplynulo, že všechny ženy, které trpěly panickou poruchou, měly značné problémy s vysvětlováním svých specifických potíží svému blízkému okolí. Největší potíže jim činilo vysvětlování iracionálních a těžko pochopitelných pohnutek k vyhýbavému a únikovému chování. Za hlavní příležitost v komunikaci označily stud za vlastní chování, strach z reakcí okolí a zkušenost se zraujícími reakcemi na koho blízkého. Všechny respondentky též označily panickou poruchu za příčinu neshod a nepochopení v partnerském soužití. Za hlavní důsledky panické poruchy považovaly nerovnocenné postavení partnera.

Všechny respondentky se setkaly s nedvěrou okolí. Fakt, že někteří lidé z blízkého okolí považovali jejich chování za přehnané a neopodstatněné, označily za nejvíce zraující zkušenost. Z zjištění také vyplynulo, že ke skutečnému překonání celé poruchy je nutné určit si vlastní hranice a možnosti.

Dalším závěrem šetření je, že se většina respondentek setkala s nepřijemným a neprofesionálním přístupem s nepsychiatrickým lékařským personálem. Oblast komunikace panických pacientů s praktickými lékaři, by zasluhovala další podrobnější šetření.

Po rekapitulaci a zhodnocení výsledků šetření zůstává jeho závěry porovnat se stanovenými hypotézami:

Hypotéza .1:

Všichni respondenti uvedou, že pro ně bylo problematické otevřeně hovořit o svých potížích s blízkým okolím. Tato hypotéza se potvrdila. Téměř všechny respondentky se o problémech otevřené komunikace rozhovořily zevrubně.

Hypotéza .2:

Nikdo z respondentů neuvědě, že by jejich partner/ka o jejich potížích neprojevil žádný zájem. Tato hypotéza se nepotvrdila. O nezájmu partnera hovořily dvě respondentky.

Hypotéza .3:

Většina respondentů uvede, že je reakce jejich okolí zklamala. Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza .4:

Více než polovina respondentů uvede, že se obávali užívat některé léky nebo podstupovat lékařské zákroky v souvislosti s možným vznikem úzkosti. I tato hypotéza se potvrdila. O odmítnutí užívání léků hovořily tři respondentky.

Hypotéza .5:

Většina respondentů uvede, že panická porucha negativně ovlivnila jejich sebevědomí. Tato hypotéza se nepotvrdila. Klesající sebevědomí nepotvrdila žádná z respondentek.

Závěr

Cílem této práce bylo stručně charakterizovat příznaky, příčiny a dopady panické poruchy, nastínit možnosti léčby, popsat panickou ataku a její následky na chování člověka. Tímto cílem práce pak bylo popsat vliv panické poruchy na sociální život pacienta pomocí semistrukturovaných rozhovorů. Tyto cíle se podařilo naplnit.

Na základě poznatků odborné literatury a výsledků šetření jsem dospěla k závěru, že panická porucha značně ovlivňuje psychiku i chování člověka a že silně zasahuje i do sféry vztahů s blízkým okolím. Z šetření vyplynulo, že panická porucha ovlivňuje zejména vztahy se členy rodiny, s partnerem a s blízkými přáteli. Na kvalitě těchto vztahů se podepisuje zejména vyhýbavé a únikové chování, které je nedílnou součástí poruchy. Šetření potvrdilo, že dalším důležitým faktorem tohoto vlivu je neschopnost panického pacienta otevřeně o svých specifických potížích hovořit. Nejzávažnějším důvodem mlčení o poruše je fakt, že se v nelehké fázi poruchy pacienti bojí o jednotlivých potížích hovořit, protože jim pouhé myšlenky na tyto projevy způsobují návaly úzkosti. Jako další často udávané důvody se v odpovědích respondentek objevuje stud, špatná zkušenost a strach z reakce okolí.

Šetření potvrdilo teoretický předpoklad, že panická porucha bývá často příčinou nevysvětlitelného chování pacienta. Panický pacient je totiž veden snahou vyhnout se dalším možným panickým záchvatům a tomuto cíli mnohdy podléhá svůj každodenní program. Toto jednání je pro nepoučené okolí zcela nepochopitelné. Kombinace nevysvětlitelného chování a neschopnosti o vlastních potížích hovořit stojí za častými komunikačními bariérami mezi panickým pacientem a jeho okolím.

Předpoklad, že životní partner pacienta bude dlouhodobě projevovat o potíže spojené s panickou poruchou zájem se potvrdil pouze zčásti. Mnohé respondenty hovořilo o neempati partnera a jejich netrpělivosti s doprovodnými jevy poruchy. Naprostá většina respondentek též popisuje nedvěru jako častou reakci na snahu potíže vysvětlit. Šetření také ukázalo, že pokud se pacient o vysvětlení svých potíží pokusí, bývá často z reakcí okolí zklamán. Ukázalo se, že jako nejvíce zraňující vnímají pacienti nedvěru okolí v závažných situacích a bagatelizování úzkosti. Validita zjištěných poznatků je ale jistě ovlivněna nízkým počtem dotazovaných, z mého šetření nelze vyvozovat obecně platné závěry.

Práce dále potvrdila, že se panictví pacienti kvůli své poruše téměř vždy dostávají do ordinace praktických lékařů. Většina respondentek v tomto bodě potvrdila i špatnou zkušenost se způsobem komunikace praktických lékařů. Respondentky však ohodnotily jako vstřícné, neironické a nápomocné jednání lékařů na pohotovostech.

Šetření dále potvrdilo teoretický předpoklad, že se panictví pacienti často bojí užívat některé léky nebo podstupovat lékařské zákroky v souvislosti s možným vznikem úzkosti.

Na rozdíl od toho, co nalezneme v odborné literatuře, nepotvrdilo šetření této práce předpoklad, že budou panictví pacienti pociťovat pokles sebevědomí v souvislosti s panickou poruchou. Respondentky popisovaly pocity vlastního selhání výhradně v souvislosti s nečekanou plánovanou expozicí v rámci léčby.

Jeden z mála optimistických závěrů celého šetření je obsáhlé hodnocení pozitivních prognóz vyléčené nemoci. Některé respondentky hovoří o nabyté schopnosti vážít si duševní rovnováhy, jiné popisují zvýšenou citlivost k problémům ostatních lidí, téměř všechny se shodnou na pozitivním ohodnocení schopnosti radovat se z každodenních maličkostí.

Seznam použité literatury

ATKINSON, R. L. a kol. *Psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003.

ISBN 80-7178-640-3.

BAKKER, F. C., WIERINGEN, P. C. W. Anxiety Induced by Ego and Physical Threat. In *Stress and Anxiety, vol. 9*. Spielberger, CH. D., Sarason, I. G., Defares, P.B.(ed.). Washington: Hemisphere Publishing Corporation, 1985. s. 141-146.

ISBN 0-89116-310-7.

BARLOW, D. H., CERNY, J. A. *Psychological treatment of Panic*. New York: Guilford Press, 1988.

ISBN 0-89862-507-6.

BARLOW, D. H., CRASKE, M. G. *Mastery of Your Anxiety and Panic*. Vyd. 4. New York: Oxford University Press, 2007.

ISBN 0-19-531140-X.

BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2010.

ISBN 978-80-247-1125-6.

BORZOVÁ, C. a kol. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009.

ISBN 978-80-247-2978-7.

DURECOVÁ, K. Behaviorální p ístupy. In *Speciální psychoterapie*. Vym tal, J. a kol. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, s. 105-148. ISBN 80-86123-15-4.

GOETZ, M., HRDLI KA, M. Panická porucha u d tí a adolescent -inspirace k mezioborové spolupráci [online]. c2005, [cit. 3.6. 2010].

Dostupné z: < <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2005/03/02.pdf>>.

HARTL, P. *Stru ný psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004.

ISBN 80-7178-803-1.

HONZÁK, R. a kol. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005.

ISBN 80-7626-367-2.

HONZÁK, R. *Komunikace s pacientem v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Vyd. 2. dopl. Praha: Galén, 1999.

ISBN 80-7262-032-0.

CHVAL, J., CHVALOVÁ, V. Panická porucha v ambulanci internisty [online]. c2007, [cit. 16.6. 2010].

Dostupné z: <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2007/07/09.pdf>>.

CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kol. *Somatizace a funkční poruchy*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005.

ISBN 80-247-1473-6.

JANÍEK, J. *Když úzkost bolí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008.

ISBN 978-80-7367-366-6.

KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008.

ISBN 978-80-247-1411-0.

KARDI, N., AGOUB, M. Prevalence of Anxiety Disorders: a Population-based Epidemiological Study [online]. c2007 [cit. 24. 5. 2010].

Dostupné z: <<http://www.annals-general-psychiatry.com/content/6/1/6>>.

KASPER, S. Diagnostika a farmakoterapie panické poruch [online]. c 2010, [cit. 25. 5. 2010].

Dostupné z: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH499/06kas.htm>>.

KOCOURKOVÁ, J. Úzkostné poruchy v klinické praxi. In *Speciální psychoterapie*. Vymetal, J. a kol. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, s. 78-103. ISBN 80-86123-15-4.

KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie: směry, metody, výzkum*. Vyd. 3. přeprac. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1987.

KUKUMBERG, P., VINA , O. *Panická porucha v lekárskej praxi*. Martin: Osveta, 1997.
ISBN 80-88824-72-9.

LÄNGE, S., SULZ, M.(ed.). *Žít svůj vlastní život*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007.
ISBN 978-80-7367-220-1.

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007.
ISBN 978-80-247-1784-5.

LUM, L.C. Hyperventilation and Anxiety State [online]. c1981 [cit. 13. 5. 2010].
Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1438331/>>.

MILROD, B. L., BUSCH, F., COOPER, A., SHAPIRO, T. *Psychodynamická psychoterapia panické poruchy*. Vyd.1. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2006.
ISBN 80-88952-33-6.

MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do teorie a praxe*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1999.
ISBN 80-7254-038-6.

NEVILLE, J. K. Physiological Assessment. In *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Ollendick, T. H., King, J. N., Youle, W.(ed.). New York: Plenum Press, 1994, s.365-380.
ISBN 0-306-44759-2.

POHLER, G. *Relaxace a zvládání stresu: praktický úvod do relaxačních metod*. Praha: Ivo Železný,1995.
ISBN 80-237-2401-0.

POPPEN, R. *Behavioral Relaxation Training and Assessment*. Vyd. 2. London: Sage, 1998.
ISBN 0-7619-1201-0.

PREISS, M., KU EROVÁ, H. a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1.

Praha: Grada Publishing, 2006.

ISBN 80-247-0843-4.

PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J. *Kognitivn -behaviorální terapie úzkostných stav a depresí*.

Vyd.1. Praha: Triton, 1998.

ISBN 80-85875-46-2.

PRAŠKO, J., ONDRÁ KOVÁ, I., ŠÍPEK, J. *Panická porucha a její lé ba*. Vyd. 1.

Praha: Psychiatrické centrum, 1997.

ISBN 80-85121-77-8.

PRAŠKO, J., ESPA- ERVENÁ, K., ZÁV ŠICKÁ, L. *Nespavost*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004.

ISBN 80-7178-919-4.

PRAŠKO, J., VYSKO ILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006.

ISBN 80-7367-079-8.

PRAŠKO, J., VYSKO ILOVÁ, J., ADAMCOVÁ, K., PRAŠKOVÁ, H. *Agorafobie a panická porucha*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008.

ISBN 978-80-7367-336-9.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Jak zvládat paniku a strach cestovat*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1998.

ISBN 80-7169-664-1.

PRAŠKO, J., ONDRÁ KOVÁ, I., ŠÍPEK, J. *Panická porucha a jak ji postupn p ekonávat*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum, 1997.

ISBN 80-85121-65-4.

PRAŠKO, J. *Úzkostné poruchy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005.

ISBN 80-7178-997-6.

PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKO, J. *Úzkostné a fobické poruchy*. Vyd. 1. Praha: Galen, 2000.
ISBN 80-7262-039-8.

RABKIN, R. *Strategic Psychotherapy: Brief and Symptomatic Treatment*. New York: basic Books, 1977.
ISBN 0-465-08217-3.

RASZKA, M., PRAŠKO, J., TINT RA, J., HORÁ EK, J. Depersonaliza nía derealiza ní syndrom u pacientky s úzkostn depresivní poruchou v obraze [online]. c2009 [cit. 12. 5. 2010].
Dostupné z: <http://195.250.138.169/PSYCHIAT/documents/08_mozek.pdf>.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Vyd. 2. rev. Praha: Maxdorf, 2002.
ISBN 80-85912-18-X.

SOUKUPOVÁ, N. a kol. Komorbidita agorafobie, panické poruchy a paranoidní poruchy chování [online]. c2001 [cit. 15. 6. 2010].
Dostupné z :
< http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1211&magazine_id=2>.

STRNADOVÁ, V. Schultz v autogenní tréníng [online]. c2002 [cit. 2. 6. 2010].
Dostupné z: < http://unas.svkhk.cz/pdf_archiv/0042.pdf>.

STROLLO, P, J. Sleep Disorders in Primary Care. In *Sleep Disorders-Diagnostic and Treatment*. Poceta, J. S., Mitler, M. M.(ed.). New Jersey: Humana Press Inc., 1998,
s. 1-20.

ŠVESTKA, J. a kol. *Psychofarmaka v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1995.
ISBN 80-7169-169-0.

VAVRDA, V. Ontogeneze úzkosti a strachu. In *Speciální psychoterapie*. Vym tal, J. a kol. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, s. 44-75. ISBN 80-86123-15-4.

VYM TAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. Vyd. 2. P eprac. Dopln. Praha: Grada Publishing, 2007.

ISBN 978-80-247-1315-1.

VYM TAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie (úzkost a strach)*. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2000.

ISBN 80-86123-15-4.

VYM TAL, J. *Obecná psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1997.

ISBN 80-86123-02-2.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických p íznak a diagnostická vodítka. Vyd. 2. Praha: Psychiatrické centrum, 2000.

ISBN 80-85121-44-1.

Shrnutí

Ve své diplomové práci jsem zkoumala panickou poruchu, její vliv na sociální aspekty života klienta a způsob komunikace klienta s jeho blízkým okolím.

Prvním úkolem bylo definovat panickou poruchu, nastínit možnosti její léčby a možné příčiny jejího vzniku. Panická porucha je stresující a značně omezující duševní onemocnění. Jejími základními rysy jsou panické ataky, které nejsou omezeny na žádnou konkrétní situaci a nelze je předvídat. Z možností léčby se tato práce věnuje kognitivním a kognitivně behaviorálním přístupům, které se zaměřují především na způsob interpretace tělesných projevů a odstranění nefunkčních a škodlivých návyků, a přístupu psychodynamické psychotherapie, která se zaměřuje na porozumění minulým zkušenostem a nevdomým podkladům. Z možností farmakoterapie pouze stručně popisují nejčastěji užívanou léčbu antidepresivy a benzodiazepiny. S jednoznačným vymezením příčin vzniku panické poruchy se nesetkáme, tato práce nabízí výčet možných faktorů, které se na zvýšení rizika rozvoje úzkostných poruch v dospělosti podílí.

Druhým úkolem této práce bylo popsat panické ataky, vysvětlit procesy, jak tyto ataky ovlivňují psychiku a chování člověka, a poskytnout výčet možných praktických kroků vedoucích k překonání a pokud možno úplnému odstranění těchto atak. Panickou ataku lze popsat jako náhlý a neekvaný záchvat masivní úzkosti, jež je doprovázenáadou typických tělesných příznaků, typických emocí a představ. Prožití několika takových záchvatů vede pacienta k nutkové potřebě ze situace uniknout, v dlouhodobější perspektivě pak ke snaze se situací zcela vyhnout, či snaze se připravit na další záchvat a jak zabezpečit. Panický pacient se postupně stane zajatcem úzkostí a jejich předpokládání a jeho chování i prožívání se zúží na snahu vyhnout se panickým záchvatům. Mezi nejdůležitější praktické kroky k překonání těchto záchvatů patří práce s dechem a vnitřní i reálná expozice.

Třetím úkolem této práce bylo popsat vliv panické poruchy na vztahy klienta s jeho blízkým okolím a možné vznikající komunikační bariéry. Vzhledem k tomu, že se tomuto tématu související odborná literatura věnuje pouze okrajově, podklady pro tuto část poskytly odpovědi ze šesti semistrukturovaných rozhovorů s panickými pacienty, kteří zdárně ukončili léčbu. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že panická porucha ovlivňuje vztahy klienta s jeho blízkým okolím značně. Téměř všechny respondentky se shodly, že se musely vyrovnat s častým nezájmem okolí, s mnoha nedvěřivými reakcemi a s obtížnou komunikací v rámci partnerského soužití. Za hlavní příčinu komunikačních bariér lze označit strach pacienta o svých potížích hovořit v kombinaci s nedvěřivými a bagatelizujícími reakcemi okolí.

Summary

Psychosociální kontext panické poruchy (komunikační bariéry s nejbližším okolím klienta)

The Psycho-social Context of Panic Disorder (Barriers in Communication with the Client's Immediate Environment)

Marie Svitáková

In my thesis I studied panic disorder, its influence on social aspects of life of the client and on the way the client communicates with his close ones.

The first step was to define panic attack, its treatment and possible causes. Panic attack is a stressful and very limiting mental illness. The disease demonstrates itself through panic attacks, which are not restricted to any particular situation and are impossible to predict. As for possible treatment this thesis deals with cognitive and cognitive behavioural methods, which focus on the interpretation of physical symptoms and on eliminating dysfunctional and harmful habits, as well as with psychodynamic psychotherapy, which aims at understanding past experience and unconscious bases. As for pharmacotherapy I just briefly mention the most frequently used treatment with antidepressants and benzodiazepines. It is impossible to determine the exact causes of panic attack; this thesis offers a scale of factors, which heighten the risk of developing anxiety disorders in adulthood.

The next aim of this thesis was to describe panic attacks, explain how they influence mental state and behaviour and offer a list of practical steps how to overcome and if possible eliminate them. A panic attack can be described as a sudden and unexpected attack of massive anxiety, accompanied by a number of typical physical symptoms, emotions and images. A patient that has experienced several such attacks has the compulsive need to escape from the situation; from a long-term perspective he tries to avoid such situations completely or to safeguard oneself in case of another attack. Such patient gradually becomes a prisoner of his own anxiety and its anticipation, his behaviour and life are restricted to the effort to avoid panic attacks. One of the most important steps to overcome such attacks is breathing and internal as well as real exposure.

Lastly, this thesis attempted to explain the influence of panic attack on the relations of the patient with his close ones and possible communication barriers. Because this topic is not developed in current literature, this part of the thesis was based on six semi-structured

interviews with panic patients, who successfully underwent treatment. Their answers suggest that panic attacks influence the relationships of the patient to a large extent. Almost all the respondents admit that they had to deal with the lack of interest from their close ones, with distrustful reactions and difficulties in communication with life partners. It can be said that the main cause of such communication barriers is the combination of the patient's fear to speak about his problems and distrustful and belittling of others.