

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Problematické oblasti života lidí trpících úzkostnou poruchou

Kateřina Karásková

Katedra: Sociální pedagogiky

Vedoucí práce: PhDr. Vladimír Mašát

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „*Problematické oblasti života lidí trpících úzkostnou poruchou*“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 8. 6. 2012

.....

Bibliografická citace

Problematické oblasti života lidí trpících úzkostnou poruchou: bakalářská práce/ Kateřina Karásková; vedoucí práce: PhDr. Vladimír Mašát. Praha, 2012. 91 s.

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na problematické oblasti života lidí s úzkostnou poruchou. Cílem práce je zjistit a popsat problematické životní oblasti lidí trpících úzkostnou poruchou se zaměřením na výkonové, prožitkové a vztahové problémy. Teoretická část je věnována přiblížení jednotlivých úzkostných poruch se zaměřením na psychosociální projevy a doplněná o vlastní kazuistiku. Dále nastiňuji pojem kvality života a popisuji oblasti, ve kterých o sobě úzkost dává nejvíce znát. V praktické části jsem stanovila hypotézy a provedla jsem dotazníkové šetření kvality života lidí, kteří úzkostnou poruchou trpí. Výsledek mé práce může být přínosem jak pro laickou veřejnost a pro rodiny lidí trpících úzkostnou poruchou, tak pro pracovníky v pomáhajících profesích. Ráda bych zjistila, jak lidé trpící úzkostí vnímají nebo nevnímají úskalí a dopady této nemoci na svůj život, a tím bych ráda pomohla lidem, kteří mají o toto téma zájem, přiblížit se více jejich pocitům, problémům a obavám. Na základě výsledků by se dalo např. zvážit, v jaké oblasti by bylo nejvhodnější a nejžádanější posílit podporu, která by mohla vést ke zkvalitnění života.

Klíčová slova

Úzkost, obavy o zdraví, neurotické poruchy, vztahové problémy, výkonové problémy, prožitkové problémy, kvalita života.

Summary

This Bachelor's Work is oriented to problematic sphere of life of people suffering from anxiety disorder. The aim of this Work is to ascertain and describe problematic life sphere of people suffering from anxiety disorder with the orientation to problems of performance, enjoyment and relationships. The theoretical part pays attention to the explanation of individual anxiety disorders with the orientation to psycho-social symptoms and completion of the relevant casuistry. This Work also outlines the term of quality of the life and describes spheres in which anxiety is manifested the most. The practical part sets hypotheses and I've done questionnaire/survey of the quality of life of people with anxiety disorder. The return of my Work might be a contribution for laic public and for families of people with anxiety disorder as well as for workers in helping profession. My endeavor was to ascertain how the people suffering from anxiety perceive or don't perceive the obstacles and impacts of this disease upon their lives and by this way to help people who are interested in this topic, to elucidate their feelings, problems and concerns. On the bases of the returns it could be for example possible to consider in which sphere in would be the most suitable and demanding to enforce support leading to improving live.

Keywords

Anxiety, fear of health, neurotic disorders, problems of relationship, problems of performance, problems of enjoyment, quality of life.

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu bakalářské práce PhDr. Vladimíru Mašátovi za trpělivé vedení a motivaci. Poděkování patří i mým nejbližším za podporu při studiu.

Obsah

Úvod.....	8
1. Úvod do problematiky.....	10
1.1 Kdy už je třeba úzkost řešit	10
1.2 Klasifikace úzkostných stavů podle MKN-10 (1992)	11
1.3 Příčiny vzniku úzkostných poruch.....	12
1.3.1 Biologické faktory.....	12
1.3.2 Psychosociální faktory	13
1.3.3 Každodenní stresory a vliv životních událostí	14
1.4 Teorie vzniku úzkostných poruch.....	15
1.4.1 Psychoanalytické a nepsychoanalytické koncepty úzkosti.....	15
1.4.2 Kognitivně-behaviorální pohled na úzkost a strach u úzkostných poruch	16
2. Úzkostné poruchy.....	18
2.1 F40 Fobické úzkostné poruchy	18
2.1.1 F40.0 Agorafobie	19
2.1.2 F40.1 Sociální fobie	20
2.1.3 F40.2 Izolované (specifické) fobie	22
2.2 F41 Jiné úzkostné poruchy	23
2.2.1 F41.0 Panická porucha.....	23
2.2.1.1 Kazuistika č. 1.	25
2.2.2 F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha	30
2.3 F 42 Obsedantně kompulzivní porucha.....	32
2.3.1 Kazuistika č. 2.	34
3. Psychosociální dopady úzkostných poruch na život nemocného.....	39
3.1 Problémové oblasti života člověka s úzkostnou poruchou.....	39
3.1.1 Vztahové problémy	40
3.1.2 Výkonové problémy	42

3.1.3 Prožitkové problémy.....	43
3.2 Abúzus alkoholu a sebevražedné chování.....	46
3.3 Mýty, nálepky a stigmata	47
4. Léčba.....	48
4.1 Farmakoterapie	48
4.2 Psychoterapie	48
5. Kvalita života	50
5.1 Měření kvality života.....	53
6. Praktická část.....	56
6.1 Cíl práce.....	56
6.2 Metodika sběru dat a jejich zpracování	57
6.3 Výsledky dotazníkového šetření	59
6.4 Shrnutí dotazníkového šetření, diskuze	85
7. Závěr	88
8. Seznam literatury a použitých zdrojů.....	90
9. Přílohy	92

Úvod

Za téma své práce jsem si zvolila problematiku oblasti života lidí trpících úzkostnou poruchou. O projevy a psycho-sociální dopady úzkosti se již nějakou dobu zajímám. Každý z nás někdy úzkost a strach zažil, ale málokdo dokáže chování a prožívání člověka s úzkostí pochopit a pracovat s ním. Ráda bych se tedy touto formou více přiblížila prožívání lidí s úzkostí a pronikla blíže do problematiku oblastí života, kde o sobě úzkost dává nejvíce znát.

Myslím si, že toto téma je čím dál tím víc aktuální, protože v dnešní, na výkon zaměřené době, je na jedince vyvíjen tlak z mnoha stran. Je vystavován stresu a nepříjemným situacím, má nedostatek relaxace a času na řešení svých problémů. Musí být perfektní, ale každý z nás se někdy může dostat do úzkých.

Úzkost, ač může být velice silná, skličující, intenzivní, plná pocitů a prožitků, je pro člověka často naprosto neuchopitelná. Emoce, které chybí konkrétní zacílení, může člověku doslova brát dech. Může ji pociťovat každý z nás, ale u někoho se může usídlit na dlouhé časy, někdy i na celý život. Zahrnuje strach, obavy a nepříjemné napětí. Často je doprovázena somatickými projevy, jako je bušení srdce, bolest na hrudi, pocit nedostatku kyslíku a mnoho dalších.

Cílem mojí práce je zjistit a popsat problematiku životní oblasti lidí trpících úzkostnou poruchou se zaměřením na výkonové, prožitkové a vztahové problémy. Pomocí dotazníkového šetření se pokusím zjistit, zda lidé s úzkostnou poruchou pociťují psycho-sociální dopady této nemoci na svůj život. V případě, že ano, tak jaké, jak se projevují a jak ovlivňují kvalitu jejich života.

V teoretické části se budu věnovat přiblížení jednotlivých úzkostných poruch se zaměřením na psycho-sociální projevy a doplním o vlastní kazuistiky. Dále se zaměřím na dopady úzkosti na kvalitu života a na to, jak může úzkost člověka ovlivňovat při společenském uplatnění, v profesním životě a vztazích.

V praktické části stanovím hypotézy a provedu dotazníkové šetření kvality života lidí, kteří úzkostnou poruchou trpí., zaměřené na vztahové, výkonové a prožitkové oblasti života.

Výsledek mé práce může být přínosem jak pro laickou veřejnost a pro rodiny lidí trpících úzkostnou poruchou, tak pro pracovníky v pomáhajících profesích. Ráda bych zjistila, jak lidé trpící úzkostí vnímají nebo nevnímají úskalí a dopady této nemoci na svůj život, a tím bych ráda pomohla lidem, kteří mají o toto téma zájem, přiblížit se více jejich pocitům, problémům a obavám.

1. Úvod do problematiky

V každodenním životě funguje úzkost jako varovný signál potencionálního, nejasného nebezpečí. Pomáhá člověku být připravený na budoucí nebezpečí a aktivizuje ho přesto, že nebezpečí zatím není určité. Vyvolává přiměřené fyzické a psychické změny, které zlepšují připravenost reagovat bez ohledu na to, zda je pocit oprávněný či nikoliv, stačí jen představa takového ohrožení (Vágnerová, 2008). Úzkost může volně plynout bez omezení na zvláštní okolnosti, nebo se projeví náhle jako spontánní záchvat paniky (Praško, 2005).

1.1 Kdy už je třeba úzkost řešit

S úzkostným stavem se za život setká každý z nás, problém nastane až tehdy, kdy tyto nepříjemné pocity začne jedinec vnímat čím dál častěji a s větší intenzitou. Důležité je i to, jak dlouho tyto stavy přetrvávají a co k nim vedlo. Problém nastává, když se úzkosti spojí s nějakou činností, místem, věcí nebo osobou a při kontaktu s ní se pravidelně objevují. Pro většinu jedinců se úzkost stane nesnesitelnou ve chvíli, kdy jim dlouhodobě zamezuje v běžném způsobu života nebo jinak omezí jejich chování, styk s lidmi, profesní nebo soukromý život. V takovém případě může přijít obava, tzv. anticipační úzkost, kdy jedinec pocítuje strach a úzkost z toho, že může prožít úzkost. Takový jedinec často pocítuje somatické změny, ale zprvu si nepřipouští nebo ani neuvědomuje, že by tyto pocity mohly být způsobeny psychicky. Většinou začínají pocítovat strach o své zdraví a vyhledají pomoc lékaře (Praško, 2005).

„Diagnostika a léčba těchto poruch je sice doménou psychiatrie, ale pacient často z obavy před „značkou“ psychiatrického pacienta na psychiatrii vůbec nedojde. Jiní přicházejí k psychiatrovi jako k poslední instanci, „když už nic nepomohlo“ nebo „se nic jiného nenašlo“ a lékaři jim řekli, že je „to od nervů“.“ (Praško, 2005, str. 9)

Tento dlouhý proces, kterým jedinec musí projít, než se „konečně“ dozví, co s ním vlastně je, je velice vysilující a frustrující. Musí čelit bagatelizaci svých pocitů od některých lékařů a někdy i rodiny. Prohlubuje se jeho úzkost a beznaděj s každým negativním výsledkem vyšetření, kdy ví, že musí dále „zkoumat“ na „svou pěst“, co se děje s jeho tělem. Propadá pocitu, že mu není pomoci, potýká se s nepochopením a někdy dokonce i odmítáním. V tomto období je velice důležité, aby profesionálové, ať už lékaři, zdravotní sestry nebo sociální pracovníci, přistupovali ke klientovi ohleduplně a s pochopením i přes to, že zjevné příčiny jeho pocitů nenacházejí. V některých případech může při diagnostice úzkostné poruchy přijít alespoň částečná úleva, že pocity nebyly smyšlené, že není „hypochondr“ nebo „lenoch“. K takové diagnóze může mít jedinec ambivalentní postoj, na jednu stranu se bojí, jak bude jeho diagnóza přijata okolím, a na druhou stranu je rád, že před druhými nebude vypadat tak hloupě, když mu „opět“ nebude dobře.

1.2 Klasifikace úzkostných stavů podle MKN-10 (1992)

Všechny úzkostné poruchy byly v klasifikaci spojeny a zahrnuty pod pojem neurózy. Důvodem byli jasné souvislosti, které mají s psychologickými příčinami (Praško, 2005).

Neurotické poruchy

„F 40 Fobické úzkostné poruchy:

- F 40.0 Agorafobie,
- F 40.1 Sociální fobie,
- F 40.2 Specifické (izolované) fobie,
- F 40.8 Jiné fobické úzkostné poruchy,
- F 40.9 Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná.

F 41 Jiné úzkostné poruchy:

- F 41.0 Panická porucha,
- F 41.1 Generalizovaná úzkostná porucha,
- F 41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha,
- F 41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy,
- F41.8 Jiné specifikované úzkostné poruchy,
- F41.9 Úzkostná porucha nespecifikovaná.

F 42 Obsedantně kompulzivní porucha.“ (Praško, 2005, str. 61)

1.3 Příčiny vzniku úzkostných poruch

Úzkostné poruchy jsou podmíněny multifaktoriálně, ale přesná příčina není známa. Faktory jsou ve vzájemné interakci a ovlivňují průběh a léčbu nemoci (Vágnerová, 2008).

1.3.1 Biologické faktory

- Dědičnost- Nadměrná pohotovost reagovat úzkostnými projevy, dráždivost, labilita, psychická zranitelnost a vegetativní potíže mohou být geneticky podmíněny (Vágnerová, 2008).

- Změna mozkových funkcí- Změny nemusí být pouze geneticky podmíněné, ale způsobené různými organickými poruchami CNS, např. mozkovým nádorem (Vágnerová, 2008).

- Porucha regulace různých neurotransmiterových systémů- Z tohoto hlediska má určitý význam noradrenergní, serotoninergní a GABAergní systém. GABA systém má tlumivé schopnosti, což se při jeho poruše může projevit ve vztahu k úzkostnému prožívání. Dále se může jednat o narušení benzodiazepinových receptorů. Pokud nefungují, zvyšuje se hladina noradrenalinu a tím sklon k úzkostnému jednání nebo může jít o narušení regulace serotoninového systému. Serotonin redukuje pohotovost reagovat úzkostně. Nadměrné zvýšení úzkosti je také spojeno s poruchou hormonálních funkcí (Vágnerová, 2008).

1.3.2 Psychosociální faktory

- Působící zátěže v kontextu zkušeností a socio-kulturního prostředí. Způsob vyrovnávání se s úzkostí je ovlivněn učením. Nepříjemný zážitek se tak může stát třeba zdrojem fobie (Vágnerová, 2008).

- Vliv výchovy a dětství- Svou roli zde mohou hrát nejisté, neúplné nebo nebezpečné vztahy v rodině. Dítě si nespojí rodinu a domov s bezpečím, svět okolo ho ještě více ohrožuje a děsí. Opakem ale může být rozmazlování, ulevování, strašení nebezpečím nebo úzkostný přístup k dítěti (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

- Povahové vlastnosti. Častěji to bývají lidé s nízkým sebevědomím, s pesimistickým smýšlením o sobě a budoucnosti. Lidé s problémy v asertivním jednání. Mají potíže se snášením kritiky od ostatních, sami kritizovat neumí, a když se o to pokoušejí, může to být přehnané. Cítí nadměrnou potřebu pochvaly a vyžadují posílení od druhých (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

1.3.3 Každodenní stresory a vliv životních událostí

- Stres jako spouštěč- Lidé žijící v silně stresujícím prostředí (př. domácí násilí) jsou náchylní k rozvoji úzkosti a deprese. Patří sem kritika, potlačování stresu, podceňování, porovnávání se s druhými, chybování, náhlé změny situace nebo nedostatek lásky (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

- Důležitou roli hrají chronické stresory, kam patří vztahové stresory (rozvod, smrt blízké osoby, narození dítěte), pracovní stresory (nezaměstnanost, změna zaměstnání, vysoké požadavky), stresory související s životním stylem (málo sociálních kontaktů, izolovanost, nevyhovující bydlení, nedostatek zájmů), nemoci, závislosti (závislost jak vlastní, tak i partnera) a handicap (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

- Nepravidelný životní rytmus, nedostatek spánku a odpočinku oproti výkonu výrazně snižuje odolnost ke stresorům a snižuje prožívání stresu. (Praško, Ondráčková, Šípek, 1997).

1.4 Teorie vzniku úzkostných poruch

1.4.1 Psychoanalytické a neopsychoanalytické koncepty úzkosti

Další koncepty vývoje a vzniku úzkosti vyvinula psychoanalýza a souvisejí s vývojem osobnosti. Někteří autoři se domnívají, že úzkostné poruchy vznikají u lidí, kteří mají dispozici v neurotické struktuře osobnosti, v důsledku které nejsou schopni zvládat vnitřní konflikty (Praško, 2005).

Sigmund Freud v roce 1895 poprvé použil termín úzkostná neuróza. Zprvu chápal úzkost jako fyziologický následek nahromaděného sexuálního napětí, později ji dává do souvislostí se separací od matky a nakonec ji vnímá jako reakci ega na vysoké pudové nebo emoční napětí, které pramení z vnitřního konfliktu mezi nepřijatelnými impulzy a požadavky reality. Neurotická porucha vzniká z psychických traumat, která vedla k silným afektům, jejichž projev byl vinou vnitřního konfliktu zadržen (Praško, 2005).

Dle Karen Horneyové je úzkostné chování podmíněno poruchami v lidských vztazích v dětství a sociokulturními faktory. Horneyová se tedy oddělila od psychoanalytiků a položila důraz na naučené chování. Důležitými faktory jsou pocit bezpečí a dané vzorce chování, které se dítě naučilo v rodině. Může se objevit bazální úzkost a bazální hostilita. Vyvolává to v dítěti úzkost, bezmoc, agresivitu a pocity viny a strachu ze ztráty rodičů. Projev strachu a hněvu se jeví jako slabost a přináší potrestání, ztrátu lásky a bezpečí (Praško, 2005).

Úzkostní lidé se snaží zvládnout tuto bazální anxiету a hostilitu různými strategiemi. Často se u nich rozvine idealizovaný sebeobraz. Jde o nevědomý obraz sebe jako nositele neohraničených sil a superiorních kvalit. Když se nedaří takový idealizovaný sebeobraz naplnit, objevuje se sebenenávisť a ta zvyšuje tlak na dosažení idejí, vyvolává řadu přehnaných požadavků, které pak jedinec není schopen zvládnout, a to vede k frustraci a úzkosti (Praško, 2005).

Sullivan se přiklání k tomu, že úzkost se na dítě přenáší, pokud se sama matka projevuje úzkostně, a to jak verbálně, tak i mimoverbálně. Dítě se pokouší vyhnout všemu, co by úzkost mohlo provokovat. Může unikat do spánku, přizpůsobovat se přáním a požadavkům rodičů, nebo se snaží zbavit úzkosti selektivní nepozorností. Taková selektivní nepozornost může být do jisté míry užitečná, ale pokud se člověk naučí vytěšňovat i věci, na kterých záleží, může to vést ke ztrátě schopnosti učit se ze zkušenosti. To dále vede k úzkosti a neschopnosti porozumět jí (Praško, 2005).

1.4.2 Kognitivně-behaviorální pohled na úzkost a strach u úzkostných poruch

Klasický behaviorální pohled vnímá úzkostné poruchy jako důsledek maladaptivního učení, ale modernější pohledy připouštějí vliv genetických, vývojových, kognitivních a interpersonálních vztahů (Praško, 2005). Watson v roce 1917 vytvořil základní model, kde „neutrální“ podnět (např. hračka) se páruje s „negativním“ podnětem (např. silným hlukem), který vyvolává reakci úzkosti. Po nějaké době začne původně neutrální podnět rovněž vyvolávat reakci úzkosti (Praško, Kosová, 1998).

Pokud se člověk pravidelně setkává s podnětem nebo situací, která mu úzkost způsobuje, je vystaven takové situaci a zvládne ji, úzkost začne pomalu slábnout. V opačném případě se úzkost zvyšuje a nemocný se snaží za každou cenu těmto situacím vyhnout. Vyhybavé chování vede k rychlému snížení úzkosti, ale následně k většímu strachu z dané situace. Jde o vlastní obranný mechanismus, který pomalu prohlubuje bludný kruh (Praško, Kosová, 1998).

Kognitivní pohled předpokládá, že úzkostné poruchy vznikají na základě maladaptivních kognitivních procesů a mohou být zmírněny na základě změny těchto chybných procesů. Pro vznik úzkosti jsou podstatné kognitivní obsahy myšlení, procesy zpracovávání reality a struktury mozku, které souvisí s ohrožením. Úzkostní lidé si nevědomě, selektivně vybírají ty podněty, které pro ně symbolizují ohrožení, a dochází u nich snadno k aktivaci schémat určených ke zvládnání ohrožení (Praško, 2005).

Pokud není kognitivní schéma, někdy získané již v dětství, aktivováno určitou událostí v životě člověka, může být celá léta skryté. Například schéma: „Nepříjemný tělesný symptom znamená ohrožení života.“ Toto schéma zůstane latentní až do doby, než se objeví silné bušení srdce ve stresu například v kontextu partnerských problémů. Postupně se začínají objevovat automatické myšlenky typu: „buší mi silně srdce – co když je to infarkt?“ (Praško, Kosová, 1998).

2. Úzkostné poruchy

Charakteristická je pro ně chronická nepřiměřená úzkost, která se může projevat vyhrocenými akutními atakami nebo iracionálním strachem. Nemocní nejsou schopni své pocity a z nich vyplývající jednání ovládat, nedovedou se svou úzkostí vyrovnat, přijmout ji nebo správně interpretovat. Reakce na prožívané pocity jsou neadekvátní a vedou k dalšímu fixování a zhoršování potíží. Nemocný trpí a obranné mechanismy, které využívá, paradoxně přispívají k dalšímu omezení jeho života (Vágnerová, 2008).

2.1 F40 Fobické úzkostné poruchy

U tohoto typu poruch se objevuje iracionální, nepřiměřený strach z něčeho, co z objektivního hlediska není nebezpečné. Takový člověk mívá na svou situaci náhled, uvědomuje si, že jeho jednání je nepřiměřené a pro většinu lidí tento podnět neznamená nebezpečí. Silný pocit strachu a úzkosti nevyvolává pouze podnět jako takový, ale i myšlenka na něj, jeho pouhá představa (Vágnerová, 2008).

Tyto reakce jsou pravděpodobně naučené a udržují se vyhýbavým chováním. Očekávání takové nepříjemné situace vede k úzkosti, strachu, vegetativním příznakům a dokonce ke strachu ze ztráty kontroly. Stejně tak je tomu u snahy překonávat tyto situace, proto se jeví jako snazší vyhýbat se všemu, co by mohlo úzkost vyvolat (Svoboda, 2006).

Patří sem agorafobie, sociální fobie, izolované (specifické fobie).

2.1.1 F40.0 Agorafobie

„Agorafobie je strachem z otevřených prostranství, přeplněných prostor, z opuštění domova. Úzkost je vyvolána jak přítomností fobického podnětu, tak vzdálením se z místa bezpečí.“ (Svoboda, 2006. str. 227)

Název vznikl ze starořeckého *fobos* = strach a *agora* = tržiště. Velice často se s ní setkáme ve spojení s panickou poruchou, která ji obvykle předchází. Prožívaný strach je mimo běžnou kontrolu a vede nemocného k vyhýbáním se nebezpečným situacím (Praško, 2005). Podstata strachu je očekávání panického záchvatu, který taková situace vyvolá ve chvíli, kdy není na blízku pomoc ani možnost úniku bez toho, aby si toho někdo všiml. Následuje strach z toho, co by na to řekli druzí, kdyby takový záchvat viděli (Praško, Prašková, 1998).

Klienti trpící agorafobií se většinou cítí nejlépe doma, ale nemusí tomu tak být, například v případě, že jsou zde sami. Většinou potřebují být „jištěni“ nějakou blízkou osobou, které věří, nebo se doslova něčeho přidržují. Automaticky předpokládají, že se jim stane něco hrozného, mají katastrofické představy, pokud by se jim nepodařilo z takové situace uniknout. Pociťují strach z toho, že by mohli omdlít, dostanou infarkt, nedokážou se ovládnout a hlavně, že se velice ztrapní. Počet nebezpečných situací se časem zvyšuje a oni postupně nejsou schopni vycházet z domova (Praško, Kosová, 1998).

„Typické fobické situace u agorafobie:

- dopravní prostředky (metro, vlak, autobus, tramvaj, výtah, letadlo, pohyblivé schody a chodníky, lodě),
- nakupování (zejména obchodní domy, samoobsluhy),
- volná prostranství (náměstí, parkoviště, hřiště),
- široké ulice,
- sály (kina, restaurace, výstavy, koncertní sály, divadla, skladiště, stadiony),
- tunely, podchody, mosty, viadukty,
- pobývání mimo domov, vzdálit se od domova,
- zůstat sám/sama doma,
- čekání v řadě, davu, frontě, na zastávce,
- dopravní zácpa,
- les, přehrada, neznámá či osamělá místa, být bez telefonu.“

(Praško, 2005, str. 256)

Agorafobie podle stupně závažnosti velice ovlivňuje člověka v každodenním životě. Mezi časté psychosociální důsledky patří ztráta zaměstnání, manželské problémy, finanční potíže nebo sexuální nesoulad. Zdravotní riziko je také v rozvoji deprese, závislosti na návykových látkách a zvýšené riziko suicidia (Praško, 2005).

2.1.2 F40.1 Sociální fobie

„Sociální fobie se projevuje strachem ze situací, v nichž může být člověk pozorován a posuzován druhými, a vyhýbáním se takovým situacím.“ (Svoboda, 2006, str. 227)

Úzkostné napětí se zvyšuje obzvláště v situacích, kdy by měl člověk podat nějaký výkon, stává se středem pozornosti a má strach z toho, že se ztrapní, poníží a okolí to pozná a on bude muset čelit výsměchu nebo kritice. Má pocity, že ho stále někdo sleduje i přes to, že si uvědomuje, že k tomu nemá reálný důvod (Vágnerová, 2008). Vyhýbání se takovým situacím, kterých může být celá řada, snižuje úzkost, ale za cenu ochuzení života. Jde o potenciálně invalidizující psychickou poruchu (Praško, 2005).

Jen málo lidí se sociální fobií vyhledá odborníka, protože se stydí a domnívají se, že tato úzkost je osobnostní rys. Nevěří, že by se to dalo léčit. Důležitou součástí jsou fantazie a představy, které obsahují negativní hodnocení. Tyto problémy mohou vést až k sociální izolaci. Zatím se těžko hledá hranice mezi „normálním“ strachem ze sociálních situací a studem a vlastní fobií (Praško, Kosová, 1998).

Mezi nejběžnější příznaky sociální fobie patří:

Strach z pohledů jiných lidí, strach z jedení před druhými lidmi, telefonování, mluvení na veřejnosti, psaní na veřejnosti, strach říci ne, strach sdělit svá přání a názory, strach navázat komunikaci a udržet ji, strach při mluvení před druhými nebo autoritou, strach ze znemožnění a nepřirozeného chování (Praško, 2005).

Behaviorální příznaky:

„Typickými jsou nemluvnost, uhýbání pohledem, tichý hlas, monotónní projev, hrbení ramen, dívání se do země, zadržávání, rychlé tempo řeči s drmoláním, ošívání se, drbání, okusování nehtů, škrábání se, poposedávání, nervózní změny polohy těla apod.“ (Praško, Kosová, 1998, str. 160)

Vyhýbavé chování a úzkosti v sociálních situacích mají dopad úroveň vzdělání a následnou ekonomickou situaci. Většina z nemocných patří mezi skupinu lidí s nižšími příjmy nebo jsou finančně závislí na invalidním důchodu nebo jiném typu sociálních dávek (Praško, 2005). Dále má nemoc veliký vliv na soužití s druhými, je to patrné na tom, že tito postižení žijí daleko častěji bez partnera než zdravý člověk (Praško, Kosová, 1998).

2.1.3 F40.2 Izolované (specifické) fobie

Potíže spojené s izolovanými fobiemi jsou zaměřené pouze na určitou situaci, proto zatěžují život nemocného méně než ostatní typy úzkostných poruch (Vágnerová, 2008).

Mohou se pohybovat od pocitu nepohody až k děsu. Dále se přidružuje strach ze smrti, ztráty sebekontroly nebo pocitu „zbláznění se“. Tuto úzkost nezmírní ani fakt, že ostatní nepokládají danou situaci za nebezpečnou nebo nebezpečnosti nepřikládají takový význam. Některé typy fobií mají nějaký vztah s reálným nebezpečím (cestování lodí, bouřka) a u některých nebezpečí neexistuje (tma, kočky), ale pouhé pomyšlení na podnět nebo situaci vyvolá anticipační úzkost. Komplikací je, pokud takový člověk reaguje na více fobických podnětů nebo jde o podnět, se kterým bez svého přičinění přijde poměrně často do styku, například u fobie z nemoci (Praško, 2005).

„Ať už je zdroj strachu jakýkoliv, tento stav se skládá ze tří složek: typických tělesných příznaků úzkosti, anticipačních obavných myšlenek a vyhýbání se podnětu, který vyvolá strach.“ (Praško, 2005, str. 342)

Moderní pojetí rozděluje specifické fobie:

- „přírodní (např. bouřka, voda, výšky),
- ze zvířat (např. bodavý hmyz, psi),
- z injekcí, krve, zranění,
- z určitých míst (např. být v leteadle, autě, výtahu, na mostě, uzavřeném prostoru),
- jiné (např. ze zvracení, zakuckání se, z nemoci, hlasitých zvuků).“ (Praško, 2005, str. 342)

2.2 F41 Jiné úzkostné poruchy

2.2.1 F41.0 Panická porucha

Hlavním rysem jsou opakované masivní záchvaty úzkosti (paniky), které nejsou omezeny na konkrétní situaci, trvají několik minut, jsou spojeny s intenzivními tělesnými příznaky a nemocný je nedokáže plně předpovídat (Svoboda, 2006). Člověk se postupně začíná vyhýbat místům, ve kterých k záchvatu došlo, jako například v autobuse, obchodě, davu nebo doma o samotě, a rozvíjí se strach z vystavení se těmto situacím – agorafobie (Praško, Ondráčková, Šípek, 1997). Nemocní mají často sklon k iracionálnímu způsobu interpretace svých potíží, protože jejich rozumové hodnocení je v dané chvíli silně omezeno (Vágnerová, 2008).

„Náhlý začátek a vysoká intenzita tělesných symptomů vyděsí nositele natolik, že je často přesvědčen, že musí mít velmi vážnou tělesnou nebo duševní chorobu (např. selhává mu srdce, má infarkt, zešilel apod.), Prožitek je plný děsu a hrůzy, postižený má pocit, že s tím nemůže nic dělat. Cítí se proti záchvatu bezmocný.“ (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006, str. 36)

Nemocný většinou vyhledá lékařské ošetření, ale nejsou zjistitelné žádné významné projevy choroby. To nemocného ještě více zúzkostňuje, protože ještě před chvílí měl pocit, že umírá. Zůstává nejistý a většinou se mu záchvat objeví znovu. Začíná se projevovat anticipační úzkost (strach ze strachu) a tak se vyhýbá potencionálně rizikovým místům. Většinou se ještě mnohokrát pokusí vyhledat lékařskou pomoc, absolvuje různá vyšetření, ale nezjistí se žádná choroba. Nakonec rezignuje na lékařskou pomoc a dostane se do izolace. Svě nejblížíší okolí proti sobě popuzuje zvyšujícími se nároky a nespolehlivostí, protože úzkost mu zabraňuje vykonávat běžné povinnosti (Honzák, 2005).

„Somatické projevy:

- příznaky vegetativního podráždění (bušení srdce, pocení, chvění nebo třes, sucho v ústech, které není způsobeno léky ani dehydratací),
- příznaky týkající se hrudníku nebo břicha (obtížné dýchání, pocity zalykání se, bolesti nebo nepříjemné pocity na hrudníku, nauzea nebo břišní nevolnost),
- příznaky týkající se duševního stavu (pocity závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy, pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo – není zde reálně (derealizace), strach ze ztráty kontroly (zešílení), ztráty vědomí, strach ze smrti“ (Honzák, 2005, str. 103).

2.2.1.1 Kazuistika č. 1.

Uveřejňuji s laskavým poučeným souhlasem dotyčného, jako příklad prožívání a zvládání panické poruchy. Pracovala jsem s dokumentací a kazuistiku jsem doplnila o informace získané rozhovorem. Veškeré osobní informace jsou pozměněny.

Osobní data:

Jméno: Josef XY

Datum narození: dd. mm. 1978

Rodné číslo: xxxxxxxx

Bydliště: ulice XX, Praha

Vzdělání: střední průmyslová škola stavební

Stav: svobodný

Diagnóza: F 41.0 Panická porucha

Pan Josef se narodil v roce 1978 v Praze, kde žije celý svůj dosavadní život. Studoval střední průmyslovou školu, kterou úspěšně zakončil maturitní zkouškou. Jeho zdravotní stav je dobrý, jako dítě prodělal běžné dětské nemoci, ale nikdy neměl žádné závažné onemocnění ani neutrpěl vážný úraz. Ve svých dvaceti letech prodělal poprvé záchvat panické ataky, který se v několika následujících letech opakoval, jeho psychický stav se zhoršil, až mu byla v roce 2009 diagnostikována panická porucha (F 41.0).

Rodinná anamnéza:

Matka: XX narozena 1956 v Praze. Vyučila se jako prodavačka textilu a v tomto oboru také pracuje. Její zdravotní stav je dobrý.

V těhotenství trpěla na úzkosti a deprese ze strachu ze ztráty dítěte. Pan Josef na ni byl v dětství dosti fixován a v její nepřítomnosti se uzavíral do sebe a byl plačtivý.

Otec: XY narozen 1955 v Praze. Vyučil se jako kuchař. Pracuje jako noční hlídač objektů. Jeho zdravotní stav je dobrý.

Rodiče pana Josefa jsou od roku 2008 rozvedeni, důvodem byly dlouhodobé neshody, ale nadále žijí ve společné domácnosti z ekonomických důvodů.

Sourozenci: Bratr, narozen 1987. Vyučen jako automechanik. Pracuje v autobazaru. Žije ve společné domácnosti s rodiči. S panem Josefem má dobrý vztah, často ho navštěvuje a tráví s ním čas. Podle slov pana Josefa mu je velikou oporou.

Osobní anamnéza:

První těhotenství matky pana Josefa nebylo plánované. Od 5. měsíce byla na rizikovém těhotenství z důvodu krvácení. V průběhu trpěla na úzkosti a deprese ze strachu ze ztráty dítěte. Porod byl bez obtíží. Podle pana Josefa měl spokojené dětství a rád na něj vzpomíná. Prodělal běžné dětské nemoci, ale jinak byl zdravé dítě. Docházel do mateřské školy a do školy nastoupil v šesti letech. Neměl problémy s prospěchem ani s chováním. Jako dítě byl velice snaživý. Rodiče ho podle jeho slov vedli dosti pevně a dbali na jeho dobrý prospěch. Byl pečlivým a vzorným žákem, jak se od něj očekávalo. Po dokončení základní školy nastoupil na střední průmyslovou školu. V období puberty si našel partu přátel, se kterou chodil často ven, a začal zanedbávat školní docházku.

Úspěšně odmaturoval a chtěl jít pracovat, ale rodiče trvali na tom, aby šel na vyšší odbornou průmyslovou školu. Přijali ho, ale on měl už jiné zájmy než školu. Dále se scházel se svou partou, chodil s nimi na párty, kde pil alkohol a několikrát kouřil marihuanu. Podle jeho slov pil alkohol hlavně z toho důvodu, že byl stydlivý a pití mu pomáhalo při seznamování se s dívkami. V té době mu začaly první problémy. Když se opil, začal se cítit zvláště. Měl pocity depersonalizace, cítil se jako za sklem, špatně slyšel a viděl, začal se pozorovat a zjistil, že si hůře zapamatovává věci. Pomalu začínal mít pocit, že se nedokáže ovládat a připadal si stále jako pod vlivem alkoholu. Nedokázal se soustředit.

Myslel si, že se zbláznil. Stavby pro něj byly neúnosné a přidaly se k nim nepříjemné tělesné projevy. Pocení, bušení srdce, sucho v ústech. Báł se, že se neovládne, že někdo pozná, že je blázen, že se znemožní. V tomto období prodělal první panickou ataku, kdy si myslel, že se bude muset nechat hospitalizovat v psychiatrické léčebně. Pan Josef přestal zvládat školu a pociťoval nepříjemný tlak. Rodiče mu naznačovali, že se chová zvláště. Odešel ze školy a odstěhoval se od rodičů ke kamarádovi. Pak jeho problémy na nějakou dobu ustaly. Vše mu zase přišlo v pořádku. Myslel si, že jeho problémy způsoboval tlak, který na něj vyvíjela škola a rodiče.

Problémy se znovu objevily až o několik let později, když ho na dovolené kousl hmyz a jemu se kolem toho místa udělal červený kroužek. Nevěnoval tomu pozornost až do doby, co mu jeho kamarád řekl, že by si měl dojít k lékaři, aby neměl encefalitu nebo lymfskou boreliózu. Kontaktoval lékaře, ale ten mu řekl, že na testy je moc brzy, že ať počká ještě 3 týdny a přijde. Začal se cítit zesláblý, jako nemocný. Po čase ho začala bolet hlava, měl sucho v ústech, pociťoval dušnost a bolest zad. Pojal silné podezření, že je nemocný, že jeho nemoc bude zanedbána.

Přečetl si o těchto nemocech mnoho informací na internetu a jednou v noci měl panickou ataku. Nemohl dýchat, bolelo ho na hrudi, necítil ruce, silně mu bušilo srdce a napadaly ho myšlenky, že umírá. Nakonec usnul vyčerpáním. Druhý den se bál, že se bude stav opakovat. Pozoroval své pocity a tělesné projevy. Večer přišla další panická ataka. Cítil po celém těle pálení, když si snažil nahmatat pulz, tak se mu to nepodařilo, nemohl dýchat. Šel na pohotovost a řekl, že má asi nějakou nemoc ze štípnutí hmyzem. Dostal nějaké léky na uklidnění a bylo mu doporučeno, aby druhý den zavolal svému lékaři. Lékař měl v té době dovolenou, a tak svou návštěvu musel odložit. Celé dny prožíval ve strachu, že zemře. Od té doby mu problémy už nikdy zcela nevymizely.

Krevní testy neprokázaly žádné onemocnění, ale on se cítil bezmocný a stále hledal důvody svého špatného zdravotního stavu. Absolvoval mnoho různých vyšetření, která ale neprokázala žádné vážné onemocnění. Jeho stavy se nelepšily. Cítil strach ze smrti čím dál tím častěji a intenzivněji, propadával depresím ze zoufalství, že mu nikdo nemůže pomoci. O víkendu, kdy nemohl k lékaři, mu bylo ještě hůře. Na pohotovost chodil i pětkrát za čtvrt roku. V práci si stále bral volno, až do ní přestal úplně chodit a dostal výpověď. Cítil se naštvaný na to, že mu lékaři ani rodina nevěří, že je nemocný. Cítil se na obtíž svému okolí. Připadal si bez životní energie. Nechodil ven a většinu času trávil doma v „bezpečí“.

Přes internet si našel přítelkyni. Jeho obtíže se na nějakou dobu utlumily a on se opět cítil šťastný a spokojený. Byl stále nezaměstnaný, hlášený na úřadu práce. Asi po roce se mu začaly problémy vracet. Byla zima a on onemocněl. Měl strach, aby se mu nevrátily jeho zdravotní problémy. Začala se stupňovat intenzita nepříjemných pocitů. Uvádí, že přes celý den nedokázal myslet na nic jiného než na to, že je nemocný.

Měl silný strach ze smrti a panické ataky přicházely každý den. Téměř neopouštěl byt, protože několikrát měl ataku úzkosti v autobuse a v obchodě. Báł se, že mu nikdo nepomůže, a když zkolabuje, lidé ho jen překročí nebo si ho budou prohlížet. Začal mít deprese a mnohokrát uvažoval o sebevraždě. Partnerka ho zprvu podporovala v různých vyšetřeních a postupem času se začala přizpůsobovat jeho chování. Zůstávala s ním doma a starala se o něj. Cítil v ní velikou podporu do doby, než ji začalo podle jeho slov obtěžovat jeho věčné „fňukání“ a výmluvy, proč nemůže pracovat. Tvrdila, že potřebuje psychiatra a řekla, že pokud k němu nezajde, rozejde se s ním. Nejdříve se na ni zlobil a odmítal, že by jeho problémy byly psychické, ale nakonec si přes známého našel lékaře, který mu po čase diagnostikoval panickou úzkostnou poruchu. Podle jeho slov se mu z veliké části ulevilo pro to, že už věděl, co mu je, a že tím dokázal i ostatním, že si své pocity pouze nevymýšlel.

Současný stav:

Nyní se pan Josef léčí antidepresivy, které mu doporučil lékař, ale plánuje jejich postupné vysazování. Je v relativně stabilizovaném psychickém stavu. Chtěl by se opět věnovat běžným činnostem, najít si práci, mít volnočasové aktivity a radovat se ze života. Navštěvuje centrum denních aktivit, aby si opět navykl na denní režim, a rád by vyzkoušel podpůrnou skupinovou terapii. Se svou přítelkyní plánuje do budoucna rodinu a společný život. Do dnešní doby mu přetrvávají některé z obtíží. Občas, když je nemocný, má strach, aby se mu nepříjemné stavy nevrátily. Když musí cestovat daleko od domova, pociťuje úzkost stejně jako při jedení na veřejnosti. Občas se v důsledku braní antidepresiv cítí emocionálně otupělý a unavený. Zlobí se na svou rodinu za to, že mu nepomohla, když se cítil špatně a chovala se k němu odtažitě.

2.2.2 F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha

„Typickým projevem této poruchy je nadměrné zaobírání se starostmi a stresujícími myšlenkami. Starosti a obavy se obvykle týkají každodenního života, rodiny, práce, vlastního zdraví nebo zdraví blízkých. Vede to k úzkosti, únavě a nepříjemným tělesným pocitům.“ (Praško, 2009, str. 7)

Jde často o běžné každodenní starosti. Jejich intenzita se zvyšuje nenápadně a pozvolna, takže si změny v chování dlouhou dobu nemusí všimnout ani nejbližší. Takový člověk je zprvu jen více starostlivý, ale postupem času je starostmi doslova zavalen a nedokáže přemýšlet o ničem jiném.

Největším problémem je, že obavy nelze zastavit a nemocný má pocit, že se nedají kontrolovat. Napadají ho katastrofické scénáře a nutkavě a intenzivně se vracejí. Mohou se soustřeďovat na jednotlivé úkoly nebo obecnější témata. Stálá úzkost a napětí vyvolávají podrážděnosti a i nepatrné podněty mohou vést k hněvu nebo pláči. Lidé trpící touto poruchou se však snaží nadměrně ovládat, protože se bojí odmítnutí svého okolí (Praško, 2009).

Rozumová argumentace nevede k odstranění obav, pro nemocného je to přijatelné racionálně, ale nikoliv emočně, jeho myšlení je emocionálně deformováno (Vágnerová, 2008).

Behaviorální projevy:

Proti úzkosti se lidé brání braním uklidňujících léků, pitím alkoholu nebo nadměrným pitím vody. Po nějakou dobu toto chování přináší úlevu, ale dlouhodobě pouze pomáhá starosti udržovat. Pokouší se vyhnout situacím nebo věcem, ze kterých mají strach. Odkládají nepříjemné činnosti, které se hromadí, a zvyšuje se strach. Vyhledávají pomoc a ujištění od své rodiny, blízkých a lékařů. Pokud jim okolí neposkytne ocenění a ujištění, snadno začínají obviňovat a důvody své nejistoty pak vidí v druhých. Mají sklony k perfekcionismu už od dětství a špatně snášejí kritiku. Rychle se vyčerpají, protože si na sebe kladou vysoké nároky a nadměrně se obávají selhání. Mají selektivní výběr faktů (Praško, 2009).

Uváděné projevy, jako je sklon k perfekcionismu, mohou mít kladné ohlasy. Například pokud jde o klienta, který studuje. Takové chování okolí přispívá k potvrzení myšlenek a zvýšenému sebeovládání, které člověka trpící touto poruchou velice vyčerpává a nedovolí mu být přirozený.

Typické projevy generalizované úzkostné poruchy:

- nepřetržité děláni si starostí, negativní sebeobraz,
 - obavy z budoucího neštěstí, problémy se spánkem
 - napětí, neklid, nervozita, podrážděnost,
 - třes, svalové napětí, bolest nebo pálení,
 - rychlá unavitelnost, malátnost, závratě,
 - sucho v ústech, lapání po dechu, zrychlený dech,
 - pocity na zvracení, říhání, potíže s polykáním jídla,
 - návaly horka nebo chladu, pocení, červenání, časté močení,
 - zhoršené soustředění, pocity stísněnosti, lekavost, bojácnost
- (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

Typické předpoklady lidí s generalizovanou úzkostnou poruchou z knihy Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí (Praško, Kosová, 1998, str. 169): Přijetí druhými:

„Musím druhým udělat radost.“ „Nejsem k ničemu, když mě nikdo nemiluje.“

Osobní schopnosti:

„Všechno musím udělat dokonale.“ „Pokud se dopustím chyby, selhal jsem.“

Odpovědnost:

„Záleží jen na mně, jaké budou mé děti.“ „Jsem odpovědný za to, jak se cítí druzí v mé přítomnosti.“

Kontrola:

„Musím se vždy ovládat.“ „Jedině já si mohu vyřešit své problémy.“

Úzkost:

„Musím být stále klidný.“ „Mít nepříjemné tělesné pocity znamená vážnou nemoc.“

2.3 F 42 Obsedantně kompulzivní porucha

Na první pohled se tato porucha od úzkostných poruch vymyká, ale je to jen na první pohled (Honzák, 2005). V popředí obsedantně kompulzivní poruchy jsou vtíravé, vůlí nepotlačitelné myšlenky (obsese) a opakované, stereotypní, nesmyslné a neúčelné chování (kompulze). Snaha čelit jim je doprovázena vystupňováním úzkosti i přes to, že symptomy nemocný pociťuje jako iracionální. Toto chronické onemocnění má veliký dopad na sociální fungování (Svoboda, 2006).

„Obsedantní myšlenky, představy nebo popudy mívají často obsah, týkající se oblastí pro pacienta osobně nepříjemných. Proto hluboce věřící člověk mívá jako obsese rouhavé myšlenky, milující matka myšlenku, že bodne nožem své dítě, úzkostně čistotný člověk myšlenky o zašpinění apod.“ (Praško, Kosová, 1998, str. 188)

Neutralizace obsesí může probíhat jak v chování, tak pouze v myšlenkách. Kromě úzkosti, kterou vyvolávají, ruší pacientovo sociální nebo individuální konání většinou zabíráním času. Někdy se u nemocných rozvíjí klasický podmíněný reflex, kdy se už nemusí objevit obsedantní myšlenky, jen se objeví kompulze nebo se objevují nezávisle na sobě. Myšlenky vyvolávají silnou tenzi, kterou úzkostný člověk nedokáže snést, a musí něco udělat, nějak uvolnit napětí, což může vyvolat stud a zvýšení tenze (Praško, Kosová, 1998).

Často se s obsesemi pojí tendence k „magickému“ myšlení, že člověku můžou pomoci jen specifické úkony. Někdy jsou obsese interpretovány jako vytěsněná přání, zakázané myšlenky, se kterými se nemocný nedokázal vyrovnat. Rituály bývají značně bizarní, složité a zdoluhavé. (Vágnerová, 2008).

Příklady obsahu obsesí a následných kompulzí, čerpáno z knih Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí (Praško, Kosová, 1998, str. 188) a Úzkost a obavy (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006, str. 37):

Agresivní chování:

„Co když bodnu dítě nožem?“ – Schovává před sebou všechny ostré a špičaté předměty.

Kontaminace a štítění se:

„Co když dostanu infekci, ušpiním se?“ – Mytí rukou, dokud nevymydlí mýdlo.

Strach, že něco nebylo uděláno, zkontrolováno:

„Co když mě vykradou?“ – Zkontroluje 70x uzavření dveří.

Nepohody způsobené asymetrií a nepořádkem:

„Co když zahodím papírek, kde to mám napsáno?“ – Kontroluje všechny papírky, zaplní jimi byt, nic nevyhodí.

Myšlenky nepřijatelné povahy:

„Zapálil jsem dům.“ – Píše 150x, že nezapálil a ptá se rodičů, zda to nebylo ve zprávách.

„Někomu jsem ublížil.“ – Zopakuje si 7x, že nikomu neublížil.

2.3.1 Kazuistika č. 2.

Uveřejňuji s laskavým poučeným souhlasem dotyčného, jako příklad prožívání a zvládání obsedantně kompulzivní poruchy. Pracovala jsem s dokumentací a kazuistiku jsem doplnila o informace získané rozhovorem. Veškeré osobní informace jsou změněny.

Osobní data:

Jméno: Zuzana X

Datum narození: dd. mm. 1983

Rodné číslo: xxxxxxxx

Bydliště: ulice XX, Praha

Vzdělání: střední odborná škola ekonomická

Stav: svobodná

Diagnóza: F 42 Obsedantně kompulzivní porucha

Slečna Zuzana se narodila v roce 1983 v Praze, kde doposud žije. Vystudovala střední odbornou školu ekonomickou. Její zdravotní stav je dobrý. V dětství trpěla na časté bronchitidy. Po smrti matky se u ní projevovala dětská neuróza – nechutenství, časté zvracení, bolesti hlavy. Z těchto obtíží nebyla léčena léky, docházela k dětskému psychologovi. Ve svých 26 letech už nezvládla své obtíže a na doporučení prarodičů dochází ke svému psychiatrovi. Byla jí diagnostikována obsedantně kompulzivní porucha (F 42).

Rodinná anamnéza:

Matka: XX narozena 1961 v Praze. Vystudovala střední odbornou školu sociální, obor ošetřovatel. Žila s dcerou u prarodičů. Otce dítěte neuvedla. Léčila se z depresí antidepresivy. V deseti letech slečny Zuzany spáchala sebevraždu.

Prarodiče: Žijí v Praze. Po smrti matky byla slečna Zuzana dána prarodičům do péče. Má s nimi pěkný vztah. Momentálně na tom nejsou oba dva dobře se zdravím, takže už s nimi nemohla dále bydlet. Navštěvuje je jen o víkendech, ale jsou rádi, že se slečna Zuzana snaží osamostatnit a že není na jejich péči tolik závislá. Byli by rádi, kdyby se dokázala úplně osamostatnit, aby jí jednou mohli přenechat byt.

Osobní anamnéza:

Těžký porod, trval několik hodin, nakonec byl zvolen císařský řez. Slečna Zuzana bývala v dětství často nemocná. Trpěla na časté bronchitidy, jinak prodělala běžné dětské nemoci. S matkou žila v jedné domácnosti společně s prarodiči, kde také po smrti matky dále zůstala v jejich péči. Matka spáchala sebevraždu, když bylo slečně Zuzaně deset let. Ta její smrt nesla velice špatně. Začala se u ní projevovat dětská neuróza. Často zvracela a trpěla na bolesti žaludku a hlavy, v noci se budila a nemohla spát, měla výkyvy nálad a po nějakou dobu byla uzavřená do sebe a nechtěla komunikovat s okolím. Pravidelně začala docházet k dětskému psychologovi. Problémy postupně odezněly, ale i nadále měla slečna Zuzana pocity méněcennosti, strach, že ji ostatní nemají rádi a na komunikaci ohledně matky reagovala úzkostně. Slečna Zuzana vystudovala střední ekonomickou školu, a jak uvádí, neměla se studiem veliké problémy.

Po maturitě se zdravotní stav její babičky výrazně zhoršil a ona se rozhodla, že už nepůjde dál studovat, ale začne se finančně osamostatňovat a přispěje s pomocí o domácnost. Našla si prozatímní práci na recepci v jedné firmě. V práci se jí líbilo, ale cítila tlak ze zodpovědnosti, kterou zde měla. Dále jí dělala starost babiččín zdravotní stav. Cítila se často unavená a ve stresu. Její psychický stav se začal zhoršovat. Bála se, že jednou zapomene zamknout a někdo je vykrade nebo ublíží prarodičům. Několikrát se vždy vrátila, aby se ujistila, že nezapomněla zamknout. Čas, který touto činností trávila, se postupně prodlužoval. Hlavně ráno, když měla odejít do práce. Cítila silnou úzkost z toho, že už nestíhá do práce dojít včas, ale úzkost z toho, že by něco opomenula, byla silnější.

Pokud byly její kompulze přerušeny nebo je nemohla vykonat, byla zmatená až dezorientovaná, nebyla schopna plně komunikovat, pociťovala ztuhlost celého těla a silné bušení srdce. Cítila se bezradná a velice ji sužoval strach z toho, že se něco zlého přihodí. Od svého okolí vyžadovala neustálé ujištění, že se nic nestane a že nic neudělala špatně. Často plakala a měla nenávistné myšlenky vůči vlastní osobě.

Prarodiče slečny Zuzany si jejího chování všimli a měli strach, aby si neublížila nějak podobně jako její matka. Okamžitě chtěli tuto situaci řešit a chtěli nechat slečnu Zuzanu hospitalizovat v psychiatrické léčebně, ale ona nechtěla a tvrdila, že nemá žádné problémy, které by měli řešit. Začala mít strach, že se chová nepříjemně a nepatřičně, že ji kvůli jejímu chování nemají lidé rádi a chtějí ji dát do léčebny. Cítila stud za své chování. Opakovaně se chtěla ujistovat, že ji prarodiče nechtějí dát hospitalizovat, že neřekla nebo neudělala něco špatně a pak se cítila nešťastná a uzavírala se do sebe. Pravidelně před odchodem z bytu strávila přes hodinu ujišťováním, že nezapomněla zamknout dveře.

Vrátila se třeba 20x, než odešla do práce. Za tyto pozdní příchody dostala výpověď. Odchody z domova jí zabíraly většinu času, takže se snažila je co nejvíce eliminovat. Věděla, že její chování není běžné, ale nemohla si pomoci, pociťovala silnou úzkost, která jí paralyzovala. Pokud s někým mluvila a získala pocit, že něco řekla nebo udělala špatně, několikrát si pro sebe musela zopakovat, že to tak není a většinou se ještě ujistit, že si o ní daná osoba nemyslí něco špatného. Často se podvolila požadavkům okolí, protože nedokázala odmítnout něčí žádost a pak se za to na sebe zlobila. Některá místa, jako například obchody, ji znejišťovala, nedokázala se v nich orientovat.

Cítila úzkost a nepříjemné tělesné pocity jako pocení, zrychlený tep, pocit na zvracení, třes rukou. Rituály a ujišťování jí už zabíraly celý den a ona neměla čas na nic jiného, rozrušovalo ji to a ona se cítila velice nešťastná. Prarodiče našli slečně Zuzaně lékaře a požádali ji, aby k němu zašla. Nebylo to pro ni lehké a po nějaký čas to odmítala, ale problémy, které měla, ji silně omezovaly a ona doufala, že jí lékař pomůže. Byla jí diagnostikována obsedantně kompulzivní porucha.

Současný stav:

V dnešní době se slečna Zuzana léčí antidepresivy, ale její obtíže ještě zcela neustoupily. Kompulze jí nezabírají tolik času z běžného dne a dokáže se už více zaměřovat na své okolí. Při odchodu z domu ještě kontroluje, zda zamkla, ale už ne tolikrát. Pokrok pociťuje v oblasti nakupování, už je schopna zajít sama do obchodu, který zná a ve kterém se částečně orientuje. Dochází na kurz asertivity, aby posílila své sebevědomí a necítila vinu, když s někým nesouhlasí nebo říká ne. Snaží se osamostatnit, nastoupila na chráněnou pracovní pozici, ale do budoucna, až si opět navykne na pracovní režim, by si ráda našla nějaké zaměstnání odpovídající jejímu vzdělání. Ve volném čase chodí do knihovny, čte knihy nebo poslouchá hudbu. Také ráda pracuje na PC. Je velice motivovaná a ráda by se osamostatnila, aby mohla pomáhat prarodičům. Jsou znát pokroky a ona je za ně na sebe pyšná. Její vlastní sebehodnocení se zlepšuje. Někdy může trvat i pár let, než lékaři přijdou na to, jaké léky jsou pro konkrétního jedince nejlepší. S pomocí různých sociálních nácviků se slečna Zuzana učí zvládat věci, kterým se předtím vyhýbala, jako například nakupování.

3. Psychosociální dopady úzkostných poruch na život nemocného

Psychosociální důsledky úzkostných poruch často bývají ztráta zaměstnání, manželské problémy, finanční potíže a sexuální nesoulad. Mají závažný dopad na kvalitu života nemocného. Mohou vést k invaliditě, závislosti na druhých, izolaci, závislosti na alkoholu. Nejzávažnější komplikací je suicidium (Praško, 2005).

Všechny úzkostné poruchy mají negativní sociální následky. Nemocného trvale zatěžují, omezují jeho výkon, sociální kontakty a dotýkají se všech oblastí jeho života. Veliký vliv mají na profesní uplatnění i soukromý život. Nemocný se postupně může stát závislým na své rodině, resp. prostředí bytu, který v některých těžkých případech vůbec neopouští a není schopen běžných sociálních aktivit (Vágnerová, 2008).

Často se tito nemocní vyhýbají četným sociálním situacím, nemají tak dobrou schopnost prosadit se a to vede k celkově horší adaptaci, která se na ekonomické úrovni značně podepíše. V neposlední řadě se také úzkostné poruchy v mnoha případech pojí s jinou psychickou poruchou, jako je např. depresivní porucha (Praško, Kosová, 1998).

3.1 Problémové oblasti života člověka s úzkostnou poruchou

„Úzkostní lidé nemívají vždycky více zatěžujících životních zkušeností, ale zaujímají k nim jiný postoj.“ (Vágnerová, 2008)

Tito lidé jsou obecně inteligentní, cílevědomí, starostliví a vášniví – stejně jako jiní lidé bez úzkostné poruchy. Nejspíše by na nich nikdo na první pohled ani nepoznal, že mají nějaké obtíže, přestože uvnitř doslova zuří boj. Jejich stav se může změnit téměř z okamžiku na okamžik. V takové chvíli se mohou stát zmatenými, sebestřednými, lhostejnými, popudlivými a mohou působit jako hypochondři. Tato situace může být pro druhé velice špatně pochopitelná, nepříjemná nebo postupem času zatěžující, ale pro trpící samotné může být zase nepochopitelné, proč nejsou pochopeni (anxietycenter.com, 29. 5. 2012).

3.1.1 Vztahové problémy

Nejtypičtější problémy jsou problémy se vztahy k lidem. Na první pohled mohou být tyto problémy skryté, ale ve vztazích úzkostných lidí nacházíme nejčastěji:

- zármutek po ztrátě blízké osoby (rozchod, rozvod),
- problémy ve vztazích (hádky, neshody),
- změnu důležité životní role (mateřství po porodu),
- nedostatek vztahů (osamělost). (Praško, Prašková, 1998).

Soužití s úzkostným nemocným má dvě základní rizika

Riziko nepochopení choroby a z toho plynoucí vysoké požadavky na chování nemocného, neakceptování a bagatelizace jeho obav. Snaží se nemocného přimět, aby se ovládal (Vágnerová, 2008).

Riziko přetížení problému. Tímto způsobem se může zcela zdeformovat život celé rodiny, když se plně podřídí potřebám nemocného a snaží se ulehčit mu tím, že nebudou vytvářet situace, které by ho zúzkostňovaly. Postupně může dojít k přetížení neadekvátními nároky nemocného a to může vést k narušení vztahů a prohloubení úzkosti u nemocného (Vágnerová, 2008).

Role nemocného. Může se stát, že člověk postupně přizpůsobí celý svůj život nemoci, vzdá se veškerých aktivit a zájmů, aby se nedostal do situace, která by pro něj mohla být „ohrožující“, a může se stát, že bude takové chování očekávat i od svého okolí. Přestane se stýkat s druhými lidmi, uzavře se doma a většinu svého volného času věnuje sebesledování, návštěvě lékařů nebo nářkům před blízkými (Praško, Prašková, Pašková, Záleský, 2004).

Hledání ujištění. Úzkostný člověk stále hledá ujištění od svého okolí, nejčastěji partnera nebo lékaře o tom, že mu nic zlého nehrozí, že je neopustí, že se nechová špatně atd. Taková podpora může být krátkodobě účinná, ale nemocný se na ní může časem stát závislý. Nakonec může celé okolí nemocného být takovými otázkami vyčerpáno. Doma může neustálé ujišťování vést k hádkám (Praško, Prašková, Pašková, Záleský, 2004).

Problémy v sexuálním životě. Obavy se mohou objevit v důsledku fyzické námahy při milování a jejích projevu, jako je bušení srdce, zrychlený tep atd. To zejména u lidí s panickou poruchou může vyvolat takový strach, že se raději sexuální aktivitě vyhnou. Dále se obava může týkat přenosu různých infekcí nebo znečištění tělesnými produkty. Někdy například může postižený požadovat před stykem extrémní čistotu nebo omezit sexuální aktivity pouze na jedno určené místo (Praško, Prašková, Pašková, Záleský, 2004).

3.1.2 Výkonové problémy

Snížený výkon v práci, potíže se zvládnutím domácnosti, problémy se studiem zahrnují:

- potíže s organizací činností a s plánováním aktivit,
- vysoké požadavky na sebe samého,
- odkládání aktivit,
- vyhýbání se nepříjemným činnostem,
- řešení problémů metodou typu pokus-omyl,
- neschopnost říci NE,
- nedostatek volnočasových aktivit a odpočinku,
- potíže s určením priorit (Praško, Prašková, 1998).

Trávení času ujišťováním údajů o nemoci. Někteří nemocní tráví mnoho času zjišťováním informací o nemoci a tím větší z ní mají zpravidla hrůzu. Obavy o zdraví se pak mohou stát takovým náhradním programem za jiné aktivity, které dříve nemocný rád provozoval (Praško, Prašková, Pašková, Záleský, 2004).

Vyhýbání se silným emocím. Úzkostní lidé se vyhýbají silným emočním reakcím. Odcházejí od televize, když hraje hlasitě dramatická hudba, nemohou poslouchat trápení druhých nebo selektivně vybírají z prostředí všechny „ohrožující“ informace a ignorují informace, které signalizují nebezpečí, aby se vyhnuli rozrušení a „nepříjemným“ emocím (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

Problémy se spánkem. Dalším problémem je spánek, někteří lidé spí nadměrně, jiní zase nemohou spát celou noc bez přerušení nebo mají pocit, že je spánek dostatečně neosvěžil. To dále vede k únavě během dne, snížené schopnosti zvládat stres, prohlubuje se úzkost, zvýšení bolestivosti a snížení radosti ze života (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

Vzdělání a zaměstnání. Hendikepy způsobené vyhýbavým chováním, úzkostí a zdravotními potížemi, mají dopad na ekonomickou situaci postižených. V některých případech mají nemocní problémy již při přípravě na budoucí profesi a tak často dosahují nižší úrovně vzdělání, než na jaké mají inteligenci (Praško, 2005). Kromě kvalitního pracovního zázemí musí mít nemocný sílu čelit nálepkě „duševně nemocný“ a odvahu hájit a uhájit sám sebe. I v sebelepším pracovním prostředí se může vyskytnout člověk, který dokáže v nejméně vhodné chvíli připomenout tuto diagnózu a přičítat jí pracovní nezdary. Společnost silně orientovaná na výkon může nemocného jednoduše zařadit na okraj do kategorie nespolehlivých a zastavit kariérní růst i v situaci, kdy už je člověk bez obtíží (Janíček, 2008).

3.1.3 Prožitkové problémy

Typicky jde o některou z následujících příčin:

- schází dovednost nebo čas relaxovat a věnovat se prožitku,
- dotyčný na příjemné prožitky zapomene v důsledku svých problémů,
- očekává větší intenzitu „příjemnosti“, kterou nelze naplnit

(Praško, Prašková, 1998).

Vymizení radosti. Člověk s nadměrnými obavami a starostmi nedokáže věci prožívat příjemně. Snaha ho rozveselit může skončit podrážděním nebo i pláčem. Radost mu může připadat jako znevažování jeho stavu. Podobně může ztratit radost z kulturních zážitků, ze svých koníčků. Tato neschopnost prožívat radost je nazývána anhedonie a pravděpodobně souvisí s nedostatkem energie a soustředěnosti. Neustálé starosti, obavy a úzkost brání nemocnému vnořit se do prožitku (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

Podrážděnost. Je důsledkem stálé úzkosti a napětí. Často se pak může stát, že takový člověk vybuchne hněvem nebo lítostí a stačí mu k tomu minimální podněty, které by dříve, kdy problémy neměl, nechal bez povšimnutí (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

Úzkostní lidé často citlivě vnímají určité podněty jako například slovo „rakovina“, které mají spojené s úzkostí a strachem o život. Neúzkostní lidé tyto podněty běžně nevnímají jako nebezpečné a nevyvolávají v nich nepříjemné pocity, ale úzkostní jedinci jsou jimi přitahováni, selektivně je vnímají. Například u panické úzkostné poruchy může sledování dokumentu o různých onemocněních nebo čtení článku v novinách vyvolat nepříjemné tělesné pocity, které zvyšují obavu, že takovým onemocněním trpí. V některých případech může vyvolat kontakt s takovým podnětem panickou ataku.

Somatické projevy jsou velmi reálné, protože se dějí v důsledku biochemických změn. Tyto změny mají vliv na mozek, nervový a endokrinní systém, což má za následek i ovlivnění myšlenek a emocí. Symptomů úzkosti existuje více než 100 a projevují se individuálně. Jedna osoba může mít jeden mírnější příznak úzkosti, zatímco jiná všechny příznaky ve velice silné podobě (anxietycentre.com, 30. 5. 2012).

Strach o život a zdraví patří k jednomu z nepříjemných projevů úzkostných poruch. Nemůžeme předem tušit, do jaké somatické podoby se může úzkost promítnout. Může putovat doslova po celém těle a zaměstnávat obavami nemocného po dlouhou dobu. I v případech, že nemocný má na projevy své nemoci již určitý náhled, stále tu existuje ten „červ“, který mu vrtá v hlavě. Co kdyby to tentokrát vážně už nebylo od těch „nervů“, ale teď jsem skutečně onemocněl nějakým závažným onemocněním? Projev může být jiný než ten, na který už jsou připraveni, nebo k němu dojde v situaci, ve které nebýval. Spustí se tedy většinou opět bludný kruh sebepozorování, obav.

Důležité je myslet na to, že když je jedinec diagnostikován jako úzkostný, neznamená to, že na každé jeho „bolístko“ bude použita náplast „úzkost“. Nemocný by se opět mohl cítit ponížený, pokud by při jeho dalších potížích bylo vše svalováno na tuto nemoc. Žádný z nepříjemných pocitů člověka, ať už úzkostného nebo ne, nemůže být považován za nepodstatný a měla by mu být věnována přiměřená pozornost. Jedinec je v takové chvíli velice citlivý a vnímavý na reakce okolí, obzvláště pokud jde o pomáhajícího, ať už jakéhokoliv oboru, od kterého čeká pochopení a pomoc. Dalším důležitým bodem je správné pochopení situace. Je dobré se ptát, pokud nerozumím interpretaci.

Poznámky, že každý má dnes nějaké problémy a strachy, které jsou i daleko horší a fráze jako: „Vzchopte se!“ a „Ovládněte to!“ jsou jediné přitěžující. Důležitý je individuální a empatický přístup. Dále pak může nemocnému pomoci pocit, že se aktivně podílí na řešení svého problému, ne jen pasivně přihlíží tomu, co se s ním děje, pomáhá mu to navracet ztracenou moc a sílu (Janíček, 2008).

Ať už jde o jakoukoliv z výše zmíněných poruch, zabírají klientovi samotné projevy, vyhubavé chování, rituály a nutkavé myšlenky mnoho času a životní energie. Úzkost ho neustále připravuje na boj nebo útěk, tudíž na běžné denní aktivity, radosti nebo třeba sex, většinou není čas ani pomyšlení.

3.2 Abúzus alkoholu a sebevražedné chování

Lidé trpící obavami a úzkostí mohou častěji užívat alkohol, aby se zbavili nepříjemných pocitů a napětí. To však přináší vážná nebezpečí, protože po snížení napětí dochází opět k jeho nárůstu, prohlubuje se depresivní nálada, pocity bezmoci. V kombinaci s léky má alkohol nepředvídatelné účinky a alkohol sám o sobě zvyšuje agresivitu k druhým, ale i k sobě samotnému (Praško, Prašková, Pašková, Záleský, 2004).

Při nadměrných obavách a negativních myšlenkách je člověku smutno ze všeho, co ztrácí důsledkem vyhubání se a zabezpečování. Přichází o svobodu volně si užívat život, pociťuje omezení v práci, v rodině, v prožívání volného času, a pokud se tento smutek časem prohloubí, vede k pocitům bezmoci, zoufalství. Nemocného přepadá lítost pro léta ztracená v úzkostech a bezmocných perspektivách (Praško, Vyskočilová, Prašková, 2006).

Sebevražedné myšlenky nebo pokusy, jsou takovým paradoxem úzkostných poruch. Smrti a nemoci se tolik obávají, ale přitom může nastat okamžik, kdy se smrt stává viditelným východiskem z labyrintu zoufalství a strachu (Janíček, 2008).

3.3 Mýty, nálepky a stigmata

Psychiatrický pacient je bohužel stále obávanou kategorií, do které nikdo nechce patřit. Jsou to ti, co sebou trhají, slintají, jsou řízení z vesmíru, považují se za Ježíše, jsou špinaví, agresivní, asociální a často ve svěřáci kazajce a s těmi nechce mít nikdo nic společného. Kořeny takového názoru lze vystopovat už v historii, kdy byli duševně nemocní obviňováni z posedlosti ďáblem, pálení na hranicích nebo vystavování pro ostatní. Jde o kolektivní fantazie o „bláznovi“, který je společnosti nebezpečný a měl by být ukryt někde v izolaci. Tyto názory nelze jen tak vymazat, jsou i dnes podporovány nejrůznějšími filmy, kde vraždí právě ti, kdo mají psychické potíže, jsou psychopaty nebo se léčili na psychiatrii (Janíček, 2008).

Pokud u úzkostné poruchy převládají somatické projevy nemoci, je častěji lépe přijímána a tolerována, jde lépe popsat a vyvolává spíše soucit a potřebu chránit než odmítnutí. Pokud převažují spíše obavy a starosti, je často nemoc považována za něco deviantního, nepochopitelného nebo jako povahový rys než duševní onemocnění. Starosti se zdají neadekvátní, příčiny malicherné a ve většině případů jsou výrazně značkovány. Fobie jako by nebyla ani brána jako psychická porucha, spíše nedostatek odvahy, stud, slabost nebo charakterová vlastnost. Rodina i on sám zprvu raději vyčkává, zda nemoc sama neodezní, zkoušejí relaxaci, dovolenou, a pokud to nepomůže, obvykle dále vyčkávají a pak nemoci přizpůsobí svůj život. Stigmatizována může být v populaci i léčba, jako nástroj na „vymývání“ mozku. Okolí má pocit, že by stačilo se vzchopit, mít dobrou stravu, dostatek pohybu a sexu (Praško, 2005).

4. Léčba

Někteří odborníci dávají přednost léčbě pomocí psychofarmak, jiní preferují různé formy psychoterapie, terapeutické práce s rodinou a socioterapie. V praxi jsem se běžně setkávala s tím, že léčba byla kombinována a doplňována, aby se dosáhlo požadovaného, dlouhodobého snížení úzkosti a zlepšení kvality života nemocného.

4.1 Farmakoterapie

Nejčastěji užívaná léčba farmaky je pomocí benzodiazepinů nebo antidepresiv. U benzodiazepinů je výhodou rychlý nástup účinku. Nevýhodou je vysoké riziko vzniku tolerance a možný vznik tělesné i psychické závislosti. Dále pak ovlivňují pozornost a zhoršují krátkodobou paměť (Praško, 2009).

Podávání antidepresiv řeší biologickou příčinu úzkosti, ale požadovaného efektu zle dosáhnout až za 3-6 týdnů. K nežádoucím účinkům může na počátku užívání patřit nevolnost, pocity na zvracení, zvýšení napětí, lehký třes, nespavost a nechutenství (Praško, 2009).

4.2 Psychoterapie

Může být individuální, která probíhá v interakci terapeut – nemocný nebo skupinová, kde jde o interakci terapeut – skupina pacientů, přičemž spolupacienti se aktivně podílejí na léčebném působení (Honzák, 2005).

Některé formy psychoterapie nejsou zaměřeny na přímé snížení úzkosti, ale spíše na postupné přetvoření osobnosti tak, aby se dotyčný naučil úzkost snášet, jako je např. psychoanalýza (Praško, 2009). Cílem je tedy i odhalení a pochopení vnitřních dějů, které způsobují obtíže a změnu citového prožívání (Janiček, 2008).

Jiná forma, např. kognitivně-behaviorální terapie, se soustřeďuje na řešení konkrétních, vědomých, pozorovatelných problémů klienta. Usiluje o změnu pozorovaného chování a vychází z předpokladu, že většina chování je naučená. Součástí je odnaučení nepřiměřených reakcí a pěstování žádoucího chování (Praško, Kosová, 1998).

5. Kvalita života

Velice často jsme zvyklí mluvit o kvantitě života, o jeho délce, ale co rozumíme pod pojmem kvality života? Touto otázkou se lidé zabývají odedávna. Můžeme si třeba odpovědět, že jde o určitou „jakost“, hodnotu, charakter toho, co prožíváme, ale co všechno tento pojem obsahuje? I přesto, že každý jedinec vidí v různých situacích životní štěstí a velice záleží na okolnostech (zdraví, nemoc, věk, společnost), můžeme se pokusit tento pojem uchopit (Křivohlavý, 2002).

Poznatků o kvalitě života přibýlo nejvíce v posledních dvaceti letech. WHO (World Health Organization – Světová zdravotnická organizace) předložila první pracovní definici kvality života v roce 1993. Uvedla ji ve vztahu ke zdraví z pohledu vnímání jedinců a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí. Dále je tento pohled ovlivněn jejich vlastními cíli, starostmi, očekáváními, zvyklostmi, zájmy a životním stylem (Kebza, 2005).

Důvodem a cílem studia kvality života je podporovat a rozvíjet takové prostředí a podmínky, které lidem umožňují žít smysluplný život, který uznají, že je pro ně konkrétně nejlepší. Výsledky pomáhají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí pro člověka, pochopení lidské existence nebo jako pomoc v přístupu k péči a podpoře jedinců (Payne, 2005).

Engel a Bergsma (1988) vydělují problematiku kvality života ve třech sférách:

- V makro-rovině: otázky života velkých společenských celků (kontinent, země). Tato problematika je součástí politické strategie, jako je např. boj s chudobou, genocidou, terorismem. Dále se sem řadí investice do infrastruktur, zvláště do zdravotnictví nebo školství.
- V mezo-rovině: otázky života malých sociálních skupin (škola, nemocnice, podnik). Jde zde o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, uspokojování základních potřeb jedinců a sdílených hodnot.
- V osobní rovině: jde o osobní, subjektivní hodnocení zdravotního stavu, spokojenosti, bolesti atp. Každý z nás sám hodnotí kvalitu svého života (Křivohlavý, 2002).

Kvalita je určitý druh subjektivního soudu, který je výsledkem rozhodování mezi hodnotami, jejich zvažování a srovnávání. Pokud budeme mluvit o kvalitě života, tak do popředí na první pohled vstupuje fyzická existence jako rovina, ve které se dá na toto téma mluvit. Je to něco, co se mezi sebou dá dobře porovnávat (např. jak kdo chodí po operaci nohy), ale přesto to postrádá něco, co je pro pojetí kvality života podstatné (Křivohlavý, 2002).

V literatuře nalezneme mnoho různých definic kvality života, ale ani jedna není všeobecně akceptovaná. Velice často se můžeme setkat i s dalšími pojmy, které jsou považovány za obdobné nebo se doplňují, jako jsou např. sociální pohoda (social well-being), sociální blahobyt (social welfare) nebo lidský rozvoj (human development) (Payne, 2005).

Dle Payne lze na nejobecnější úrovni shrnout kvalitu života jako důsledek interakce mnoha různých faktorů, jako jsou sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které ovlivňují lidský rozvoj (Payne, 2005). Koncept má v základě dvě dimenze:

- Subjektivní se týká lidské emocionality a spokojenosti s vlastním životem.
- Objektivní znamená splnění požadavků sociálních a materiálních podmínek života, fyzického zdraví a sociálního statusu (Payne, 2005).

Důležitou roli hraje to, aby se jedinec cítil naplněn v rozhodujících životních oblastech. Pomocí výzkumů se postupně stanovily ty oblasti, které většinová populace uvádí za podstatné, a tedy bezesporu spjaté s kvalitou jejich života. Patří sem:

- Bytí – fyzické (zdraví, výživa, pohyb, vzhled), psychologické (psychické zdraví, kognice, cítění, sebeúcta, sebekontrola) a spirituální (hodnoty, přesvědčení, víra).
- Přílnutí – fyzické (k domovu, pracovišti, škole, komunitě), sociální (k rodině, přátelům, sousedům) a k širšímu prostředí – komunitě (prostřednictvím práce, finančních příjmů, vzdělávání, rekreačním možnostem).
- Realizace – dosahování osobních cílů a nadějí. Uskutečňování růstu, placená práce, relaxace, adaptace na změny, kompetence nebo např. autonomie (Payne, 2005).

V sociologickém pojetí jsou dále zdůrazňovány atributy úspěšnosti, jako je majetek, vybavení domácnosti, sociální status, vzdělání nebo rodinný stav (Payne, 2005).

Lékařský přístup se zaměřuje především na objektivní fyzické projevy, jako je např. zvládání sebe-obsluhy, chůze do schodů, tělesná teplota nebo vymizení příznaků choroby. Psychologické pojetí se vztahuje na prožívanou životní pohodu, spokojenost, partnerské vztahy, pocit užitečnosti, typ emocí či prožívanou míru úzkosti nebo napětí. V minulosti se často tyto složky při měření kvality života oddělovaly, ale dnes se k tomuto pojmu přistupuje celistvě. Hledá se mnohorozměrnost této problematiky. Většinou jde o výzkum dotazníkového typu (Payne, 2005).

5.1 Měření kvality života

Metod, kterými se měří kvalita života, je mnoho, ale základně je lze rozdělit do dvou skupin:

1. Kvalitu života hodnotí druhá osoba. Většinou jde o nástin z fyziologického nebo lékařského hlediska. Kvalita se usuzuje dle toho, jak se kvantitativně odlišuje stav daného jedince od normálního stavu. Výsledek je vyjádřen číslem. Př. APACHE II. (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System) – metoda zvaná Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu. Dále pak metoda, která se již více zaměřuje na celkový stav nežli na výčet zdravotních problémů, je Karnofskyho index. Zaměření je zde např. i na zvládání sebe-obsluhy nebo komunikace s druhými lidmi. Nejčastěji používaný systém zaznamenávání kvality života v této kategorii je hodnocení dle W. O. Spitzera, kde je již zahrnuta i pracovní schopnost pacienta, trávení volného času, finanční situace, nálada, vztah se sociální skupinou apod. (Křivohlavý, 2002).

2. Hodnotitelem je sama daná osoba. Do popředí v těchto metodách vstoupili Patrick a Erickson, kteří položili základ pro tzv. analýzu subjektivního posuzování. Objevuje se pojetí, že kvalita života se odvíjí od spokojenosti, které člověk dosáhne poté, co dosáhne svých cílů, a toto dosažení probíhá tou rychlostí, jakou očekával. Žije tedy v pohodě (wellbeing), jeho život se blíží ideálu. Patří sem např. metoda Stupnice spokojenosti se životem – SWLS (The Satisfaction with Life Scale) (Křivohlavý, 2006).

Repertory Grid - síť životních cílů

Výchozím bodem této metody, která vychází z Kellyho pojetí osobních konstruktů, je domněnka, že myšlenky a činy jsou důsledkem našich osobních představ, které máme o lidech, věcech, hodnotách, cílech a ideách. Jsou hierarchicky uspořádány, a abychom mohli člověku pomoci, je třeba tomuto jeho konstruktů porozumět. Jde o metodu sítě životních cílů a pojetí. Ukázalo se, že je velice citlivá na vnímání nejmenších změn v duševním stavu nemocného. Jedinci uvádějí deset pro ně nejvíce důležitých životních cílů a naznačují, jak k nim dojít. Této metody bylo využito k navrhování dnes nejrozšířenější metody zkoumání kvality života, tzv. SEIQoL (Křivohlavý, 2006).

Metoda SEIQoL

Zkratkou se rozumí Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (Systém individuálního hodnocení kvality života). Vychází z osobní představy jedince, co považuje za důležité. Každý si volí své priority, které se mohou v průběhu života měnit s ohledem na věk nebo momentální situaci. Metoda se využívá např. při změně nějakých podmínek, které na jedince působí (změna medikace, sociální role, zdravotního stavu, pracovních a jiných podmínek). Jde o nejčastěji uváděné podněty dle knihy Psychologie nemoci, Křivohlavý, 2002.

- Sociální činnost
- Zdraví
- Rodina
- Životní podmínky
- Náboženství
- Finance
- Vztahy
- Nezávislost
- Práce
- Štěstí

6. Praktická část

6.1 Cíl práce

Jak jsem již zmínila v úvodu, hlavním cílem mé práce je zjistit a popsat problematické životní oblasti lidí trpících úzkostnou poruchou se zaměřením na výkonové, prožitkové a vztahové problémy. Pomocí dotazníkového šetření se pokusím zjistit, zda jedinci s úzkostnou poruchou pociťují psychosociální dopady této nemoci na svůj život. V případě, že ano, budu se ptát, jaké to jsou dopady, jak se projevují a jak ovlivňují kvalitu jejich života.

Nálezy z posledních dvaceti let poukazují na to, že silné úzkostné projevy se objevují u značné části populace, a tak se tyto poruchy řadí mezi jedny z nejčastějších vůbec (Praško, 2005). Je tedy velice pravděpodobné, že se s takovým jedincem v průběhu své praxe nebo v osobním životě setkáme. Je důležité se zamýšlet nad tím, jak takovému člověku pomoci, jak s ním spolupracovat, o čem se informovat nebo na co se zaměřit, ať už jsem v pozici pomáhajícího profesionála nebo rodinného příslušníka. Dalším důvodem by mohl být podklad pro rozvíjející se projekt zaměřený na zlepšování kvality života jedinců s úzkostnou poruchou.

Každý jedinec má své individuální potřeby významné pro prožívání plnohodnotného života. Otázkou tedy je, zda jedinci podrobení výzkumu pociťují, že by některé z jejich potřeb nebyly naplňovány v důsledku úzkosti nebo byly nějakým způsobem omezeny. Které z oblastí života považují za problematické a v jaké míře?

Mé hypotézy jsou:

1. Lidé s úzkostnou poruchou vnímají negativní dopady úzkosti na svůj rodinný stav.
2. Lidé s úzkostnou poruchou vnímají negativní dopady úzkosti na své trávení volného času, tzn. společenský život, relaxace, sociální kontakty.
3. Úzkostné poruchy negativně ovlivňují kvalitu života.

6.2 Metodika sběru dat a jejich zpracování

Výzkum probíhal od 3. února 2012 do 3. března 2012 na internetových stránkách www.vyplnto.cz. Využila jsem tyto stránky a vložila na ně vlastní dotazník. Počet respondentů, kteří dotazník vyplnili, byl 54, návratnost byla 47 %. Z tohoto počtu bylo celkem 35 žen a 19 mužů. Dotazník byl vytvořen pro účel tohoto výzkumu a obsahoval 19 otázek. Z tohoto počtu bylo 15 otázek uzavřených, 2 otázky polozavřené, 1 otázka k doplnění a v 1 z otázek měli respondenti určit jedinečné pořadí. Úvodní otázky byly zaměřeny za základní identifikační údaje, jako je věk, pohlaví, vzdělání a rodinný stav. Další z otázek se zaměřovaly postupně na určité oblasti života, u nichž se předpokládá, že by zde jedinci mohli pociťovat negativní dopady úzkosti. Průměrná doba vyplňování byla 7 minut a 28 sekund.

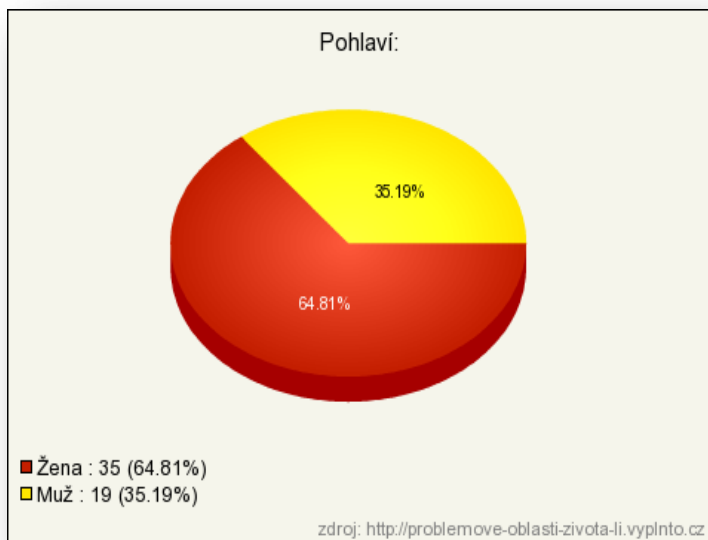
Tento způsob sběru dat jsem zvolila záměrně po dosavadní zkušenosti z praxe. V minulosti jsem mapovala možnost pracovat na takovém dotazníku na praxi v jisté organizaci pro lidi s duševním onemocněním. Tato organizace má za cíl pomoci těmto lidem v opětovném začlenění do společnosti, a tím zlepšit kvalitu jejich života.

Během práce s uživateli jsem se velice často setkávala s obavami spojenými s podáváním údajů o své osobě, a to i po opakovaném ujištění, že získaná data budou anonymní, nebudou nijak spojována s osobou dotyčného a budou využita čistě pro psaní bakalářské práce. Mnoho uživatelů mi tedy po krátkodobé spolupráci odmítlo dotazník vyplnit. Důvodem nebyla neochota pomoci mi v mé práci, ale úzkost a obava, kterou jsem respektovala. Dnes v tomto zařízení pracuji a vím, že by nebyl žádný problém s návratností dotazníků, protože má osoba je zde dobře známá, ale pouze toto množství respondentů se mi nezdálo dostatečné. Z důvodu nemožnosti dlouhodobého kontaktu s jinými potencionálními respondenty jsem zvolila možnost vložit dotazník na internet s tím, že výsledky nebyly veřejné a respondenti se sami mohli volně rozhodnout, zda ho vyplní, bez obavy, že mě jejich odmítnutí zklame.

Výhodou zadávání dotazníku pomocí internetu bylo i jednodušší zpracovávání dat, které až na výjimky proběhlo automaticky, pomocí výšečových grafů a výsledných čísel uvedených v procentech. Sama jsem si pomocí Microsoft Excel a Microsoft Office Excel přepracovala některé grafy a provedla podrobnější rozbor výsledků. Nevýhodou této formy dotazování je omezená věková skupina respondentů, která je průměrně v rozmezí mezi 20 a 30 lety věku života. V dnešní době využívá většina populace služeb internetu, ale stále existují jedinci, kteří internet nevyužívají, nemají přístup na tyto stránky nebo užívají internet pouze pro studijní nebo pracovní účely. Pro lepší návratnost dotazníků jsem rozmístila odkaz na stránky, kde je dle mého názoru větší možnost, že si výzkumu všimne požadovaná cílová skupina respondentů. Jednalo se o stránky, které se zabývají poradenstvím v oblasti zdraví (40.1 % respondentů), dále dvě stránky laické svépomocné komunity (24.7 % a 15.9 % respondentů). Z nezjistitelného zdroje přišlo 13.7 % respondentů.

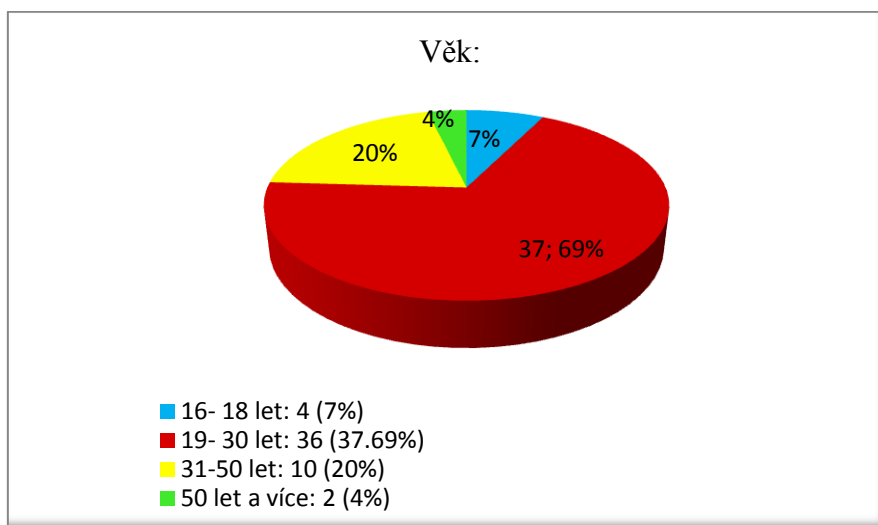
6.3 Výsledky dotazníkového šetření

Graf č. 1. Pohlaví:



Z celkového počtu 54 respondentů vyplnilo dotazník 35 žen (64.81 %) a 19 mužů (35.19 %). Větší procento žen by zde mohl být čistě náhodný jev, nebo tento výsledek poukazuje na to, že ženy mají častěji sklony k tomu být úzkostné a „ustarané“. Svým obavám přikládají větší důraz, více nebo déle se jimi zabývají a jinak než muži je řeší. Např. spíše se o ně podělí s druhými, čemuž by opět nasvědčovalo to, že se dotazník rozhodlo vyplnit více žen.

Graf č. 2. Věk:

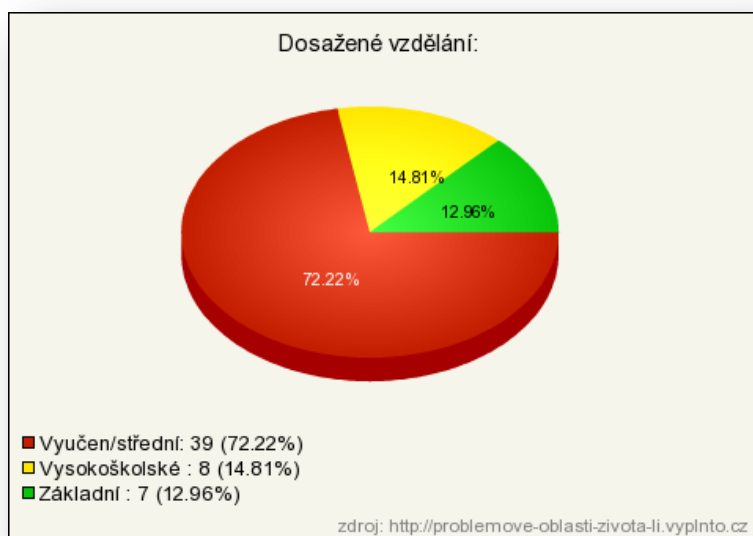


zdroj: <http://:problemove-oblasti-zivota-li.vyplnto.cz>

Zde respondent napsal číselnou odpověď. Jak jsem již uvedla v metodice sběru dat, nejvíce respondentů bylo průměrně mezi 20 a 30 lety věku života. Pod hranicí 18 let byli 4 respondenti (7 %), 36 (37.69 %) bylo ve věku mezi 19 a 30 lety, 10 (20 %) ve věku 31 až 50 let a 2 respondenti ve věku 50 let a více (4 %).

Zde by bylo vhodné zmínit, že zvýšená úzkost by se také dala spojovat s věkem respondentů. Úzkost se může silněji projevovat hlavně v období adolescence, což je bouřlivé období plné změn, které s sebou úzkost přirozeně nese. Vzhledem k použitým statistickým postupům nebyl podrobnější rozbor možný.

Graf č. 3. Dosažené vzdělání:



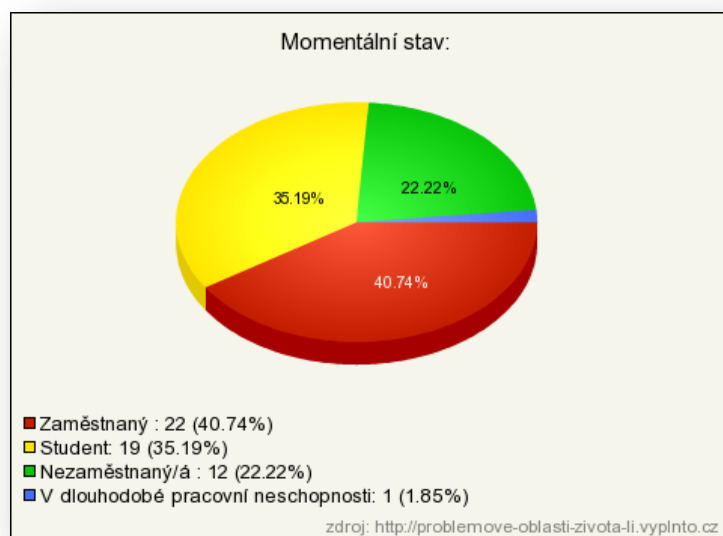
V daném souboru mělo 7 respondentů (12.96 %) základní vzdělání, 39 mělo středoškolské vzdělání nebo vyučnický obor (72.22 %) a 8 respondentů mělo vysokoškolské vzdělání (14.81 %).

Z 39 respondentů, kteří odpověděli vyučnický/střední, bylo 12 respondentů dále studujících.

Ze 7 respondentů, kteří uvedli základní vzdělání, bylo dále studujících 5 respondentů. 4 respondenti byli ve věku 16 až 20 let. 1 respondent byl nezaměstnaný a jeden zaměstnaný.

Z 8 respondentů, kteří zvolili vysokoškolské vzdělání, byli 2 dále studující, 4 zaměstnaní a 1 nezaměstnaný.

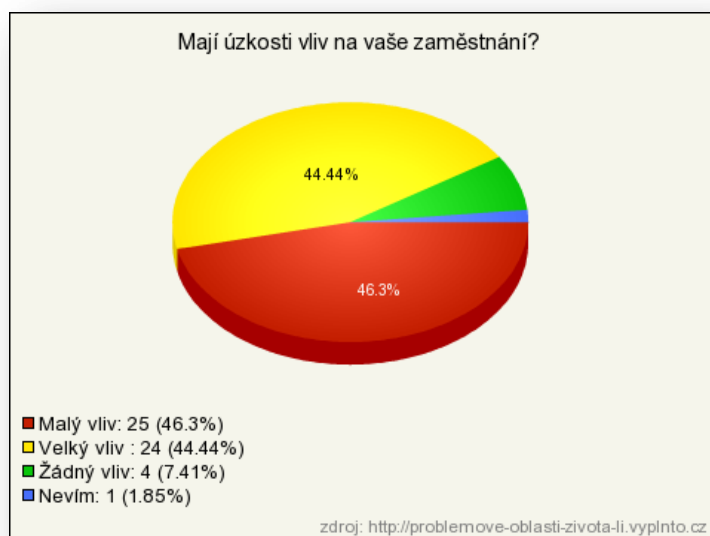
Graf č. 4. Momentální stav:



Zaměstnaných bylo 22 respondentů (40.74 %), studentů 19 (35.19 %), nezaměstnaných bylo v tomto souboru 12 (22.22 %) a v dlouhodobé neschopnosti byl 1 respondent (1.85 %).

Z celkového počtu respondentů, kteří odpověděli, že byli nezaměstnaní (22, 40.74 %), bylo 8 respondentů, kteří v grafu č. 3 (Dosažené vzdělání), udali odpověď středoškolské/vyučen. 3 nezaměstnaní byli vysokoškolsky vzdělaní a 1 respondent byl se základním vzděláním.

Graf č. 5. Mají úzkosti vliv na vaše zaměstnání?



Z celkového počtu respondentů odpovědělo 25 (46.3 %), že úzkost má malý vliv na jejich zaměstnání, 24 (44.44 %) uvedl velký vliv, 4 (7.41 %) žádný vliv a 1 respondent (1.85 %) uvedl: nevím.

Rozdíl v počtu odpovědí mezi „malý vliv“ a „velký vliv“ byl 1 respondent. Výsledek dle mého názoru tedy potvrzuje, že většina respondentů konstatuje, že úzkost je v tomto směru více či méně omezující. To, že má jedinec zaměstnání, vždy nepoukazuje na to, že by v práci necítil v důsledku úzkosti komplikace.

7 respondentů, kteří uvedli v grafu č. 4 (Momentální stav), že byli zaměstnaní, uvedli, že úzkost má velký vliv na jejich zaměstnání. 12 respondentů, kteří byli zaměstnaní, uvedli: malý vliv. 2 zaměstnaní respondenti odpověděli: žádný vliv.

Z 54 respondentů je 19 studentů (3 jsou mladší 18 let), odpověď nevím zvolil pouze jeden respondent, proto předpokládám, že zbylí studenti měli již pracovní zkušenost např. formou brigády, práce při studiu nebo se po zaměstnání opět vrátili do školy.

Z 19 studentů uvedlo u této otázky: 7 malý vliv, 1 student uvedl žádný vliv a 1 uvedl nevím. 10 ze studentů odpovědělo, že úzkosti mají na zaměstnání velký vliv. Tento jev může mít mnoho důvodů, nedá se plně říci, zda se jedná o předpokládané obavy z budoucího povolání nebo již zažité obavy ze zkušenosti se zaměstnáním.

Graf č. 6. Mají úzkosti vliv na vaši ekonomickou situaci?

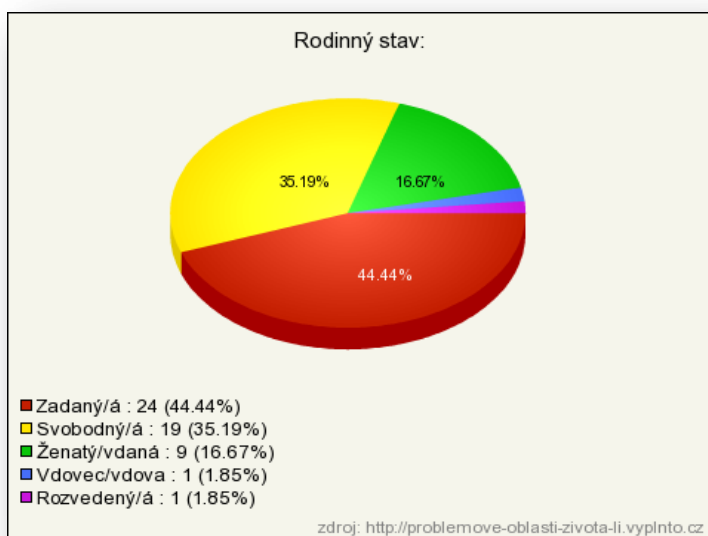


Polovina respondentů, 25 (46.3 %), uvedla malý vliv, 15 (27.78 %) velký vliv, 10 (18.52 %) žádný vliv a 4 (7.41 %) nevím.

Opět uvádím, že 19 respondentů bylo studujících. 4 respondenti, kteří uvedli v grafu č. 4 (Momentální stav): student, zde uvedli nevím. 6 studentů uvedlo žádný vliv, 5 studentů uvedlo malý vliv a 4 studenti odpověděli: velký vliv.

4 zaměstnaní respondenti uvedli, že úzkost má velký vliv na jejich ekonomickou situaci. 14 zaměstnaných respondentů uvedlo malý vliv a 3 zaměstnaní respondenti uvedli žádný vliv. 6 nezaměstnaných respondentů zde uvedlo malý vliv, 6 nezaměstnaných uvedlo velký vliv, 1 nezaměstnaný respondent uvedl žádný vliv. 1 respondent v dlouhodobé pracovní neschopnosti uvedl velký vliv. Myslím si, že tato otázka nijak nepotvrdila, že by úzkost zjevně působila na ekonomickou situaci respondentů.

Graf č. 7. Rodinný stav:

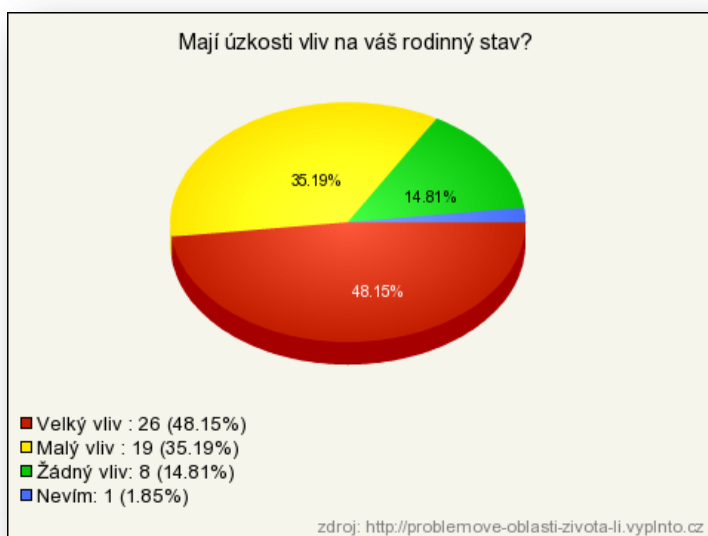


Z 54 respondentů bylo 24 (44.44 %) zadaných, 19 (35.19 %) svobodných, 9 (16.67 %) v manželském svazku, 1 (1.85 %) respondent byl vdovec a 1 (1.85 %) rozvedený.

Záměrně jsem uvedla status zadaný/á. Víím, že v našich podmínkách spadají tito respondenti oficiálně mezi svobodné nebo v případě společné domácnosti a financí jde o druha a družku, ale myslím si, že v dnešní době je běžné, že lidé společně žijí „nesezdáni“. Odpovídá tomu také procento respondentů, kteří tuto možnost zvolili. 33 respondentů tedy bylo zadaných nebo v manželském svazku.

Na stav ženatý/vdaná může mít vliv také věkové rozmezí zkoumaného souboru. Věková hranice, kdy lidé zakládají rodinu nebo vstupují do svazku manželského, je vyšší než dříve. Pod hranicí 18 let byli 4 respondenti (7 %) z celkového počtu 54. Dále je možné, že respondenti, kteří byli po rozvodu v novém nesezdaném vztahu, upřednostnili odpověď zadaný/á.

Graf č. 8. Mají úzkosti vliv na váš rodinný stav?



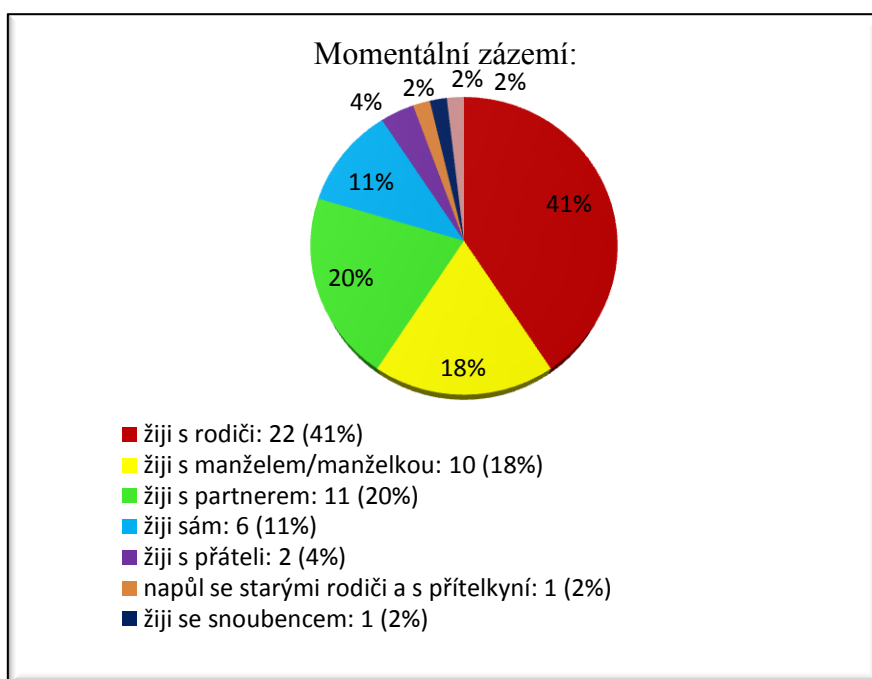
Úzkosti měly veliký vliv na rodinný stav u 26 respondentů (48.15 %), 19 (35.19 %) uvedlo malý vliv, 8 (14.81 %) žádný a 1 (1.85 %) nevím.

Z 26 respondentů, kteří odpověděli, že úzkost měla velký vliv na jejich rodinný stav, uvedlo 15 respondentů v grafu č. 7 (Rodinný stav), že byli svobodní. Velký vliv uvedlo také 7 zadaných respondentů, 1 rozvedený respondent a 3 se statusem ženatý/vdaná.

15 respondentů tedy udává, že na to, že jsou svobodní, má velký vliv právě úzkost. Negativním způsobem ovlivňuje buď jejich seznámení s potenciálními partnery, nebo přímo fungování ve vztahu, důsledkem čehož jsou nezadaní. Také celkem 10 respondentů, kteří mají vztah, vnímá velký vliv úzkosti. V předchozí otázce se ukázalo, že většina respondentů z tohoto zkoumaného souboru má vztah, ale není to ukazatelem toho, že by je v této oblasti úzkost neovlivňovala.

13 zadaných respondentů, 4 respondenti v manželském svazku a 2 svobodní respondenti odpověděli na tuto otázku: malý vliv. Žádný vliv nepocíťovali 4 respondenti, kteří byli zadaní, 2 svobodní, 1 ženatý/vdaná a 1 vdovec/vdova. Odpověď nevím uvedl 1 respondent v manželském svazku.

Graf č. 9. Momentální zázemí:



zdroj: <http://problemove-oblasti-zivota-li.vyplnto.cz>

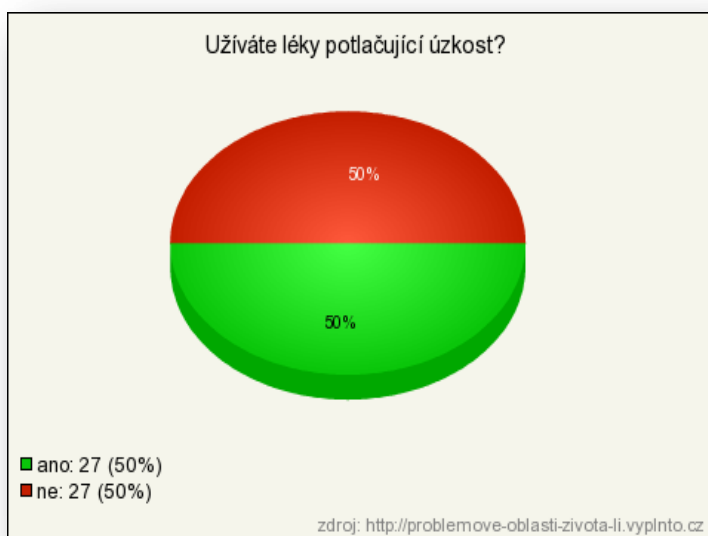
Respondent zvolil jednu z nabízených odpovědí nebo napsal odpověď vlastními slovy. 22 respondentů (41 %) uvedlo: žiji s rodiči. Žiji s manželem/manželkou zvolilo 10 respondentů (18 %), s partnerem 11 (20 % respondentů). Odpověď žiji sám zvolilo 6 respondentů (11 %), 2 respondenti (4 %) odpověděli: žiji s přáteli. Další respondenti uvedli odpověď vlastními slovy.

V dnešní době zůstává mnoho mladých lidí po ukončení studia dále ve společné domácnosti s rodiči. Vzhledem k použitým statistickým postupům nebyl další rozbor tohoto jevu možný.

Z respondentů, kteří žili s rodiči, bylo 6, kteří odpověděli v otázce č. 4 (Momentální stav): nezaměstnaný, 6 respondentů bylo zaměstnaných a 10 studentů. 16 respondentů, kteří uvedli, že žijí s rodiči, uvedli v grafu č. 7 (Rodinný stav): svobodný. 13 z těchto respondentů odpovědělo v grafu č. 8 (Mají úzkosti vliv na váš rodinný stav?), že úzkost měla velký vliv na jejich rodinný stav.

7 respondentů, kteří žili s rodiči, uvedlo malý vliv a 1 respondent uvedl žádný vliv. 4 respondenti, kteří žili s manželem/manželkou, uvedli, že úzkost měla na jejich rodinný stav malý vliv. 3 uvedli velký vliv, 2 žádný vliv a 1 respondent uvedl nevím. 4 respondenti, kteří žili s partnerem, uvedli, že úzkosti měly velký vliv na jejich rodinný stav. 7 respondentů uvedlo malý vliv a 3 žádný vliv.

Graf č. 10. Užíváte léky potlačující úzkost?



V celkovém zkoumaném souboru o 54 respondentech bylo 27 (50 %), kteří užívali léky potlačující úzkost, a 27 (50 %), kteří tyto léky neužívali. Tato skutečnost by bezpochyby vyžadovala další rozbor, např. závislost na věku apod., vzhledem k použitým statistickým postupům to však není dost dobře možné. Lze pouze volně predikovat (viz níže).

Graf č. 11. Přetrvávají u vás pocity úzkosti?



27 respondentů (50 %) uvedlo: ano, 24 (44.44 %): někdy a 3 (5.56 %): ne. 2 respondenti, kteří uvedli v grafu č. 10 (Užíváte léky potlačující úzkost?): ne, uvedli, že u nich nepřetrvávaly pocity úzkosti. 1 respondent, který neužívá léky potlačující úzkost, uvedl, že u něj tyto pocity přetrvávaly.

12 respondentů, kteří užívali léky potlačující úzkost, uvedli, že u nich někdy přetrvávaly pocity úzkosti. Stejný počet respondentů, kteří uvedli, že u nich pocity úzkosti někdy přetrvávaly, nebral léky potlačující úzkost.

Pocity úzkosti přetrvávaly u 14 respondentů, kteří uvedli, že léky potlačující úzkost berou. 13 respondentů, kteří neužívali léky potlačující úzkost, pociťovalo přetrvávání úzkosti.

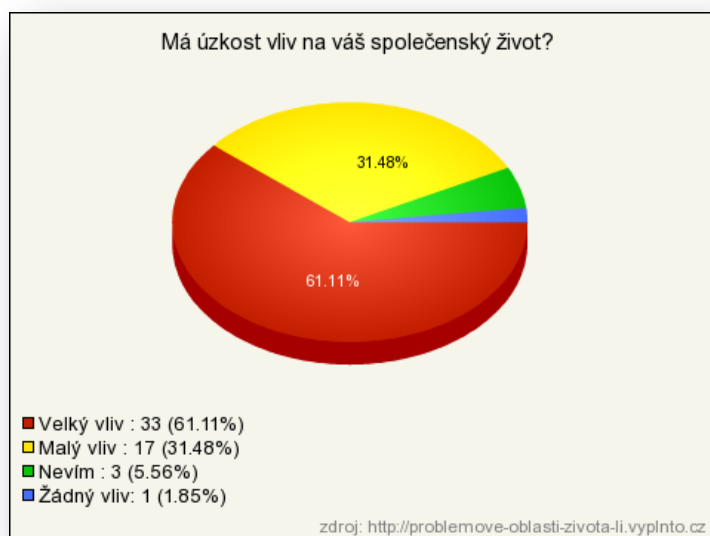
Možnost odpovědi: nevím si nezvolil žádný respondent.

Ač se na první pohled může zdát, že úzkost pociťovala, dle předešlého grafu, přesně ta polovina respondentů, kteří neužívali léky potlačující úzkost, není tomu tak. Podle podrobnějšího rozboru výsledků přetrvávaly pocity úzkosti skoro 50 % na 50 % jak u respondentů, kteří léky užívali, tak u těch, kteří je neužívali. Myslím si, že je to dobrý podnět k diskuzi, kterou vedou odborníci na téma psychofarmaka versus psychoterapie. Jaká je tedy účinnost léků na prožívání úzkosti?

Je zde ale stále možnost, že respondenti, kteří léky užívali, ale přetrvávaly u nich pocity úzkosti, jsou prozatím špatně „medikováni“, což není neobvyklé, když se hledá vhodná medikace. Je také možné, že léky užívají krátkou dobu na to, aby mohly mít účinek na jejich stav (např. u antidepressiv).

Dále je zde také fakt, že možnost vyplnit dotazník byla volně přístupná pro všechny bez ohledu na to, zda by respondent musel potvrdit, zda má úzkostnou poruchu oficiálně diagnostikovanou. V praxi jsem se shledala s tím, že sdílet problém nemusí být tak těžké jako dát mu jméno nebo diagnózu. Chtěla jsem se vyhnout slovům, která by respondenta mohla zúzkostňovat, a tomu, aby respondent měl pocit, že někde „potvrdil, že má diagnózu“. Měl tedy pouze sdílet, jaké problémy pociťuje, volně a bez nutnosti potvrzovat, zda mu psychiatr nebo jiný odborník plně sdělil: „Ano, máte tu a tu poruchu...“.

Graf č. 12. Má úzkost vliv na váš společenský život?



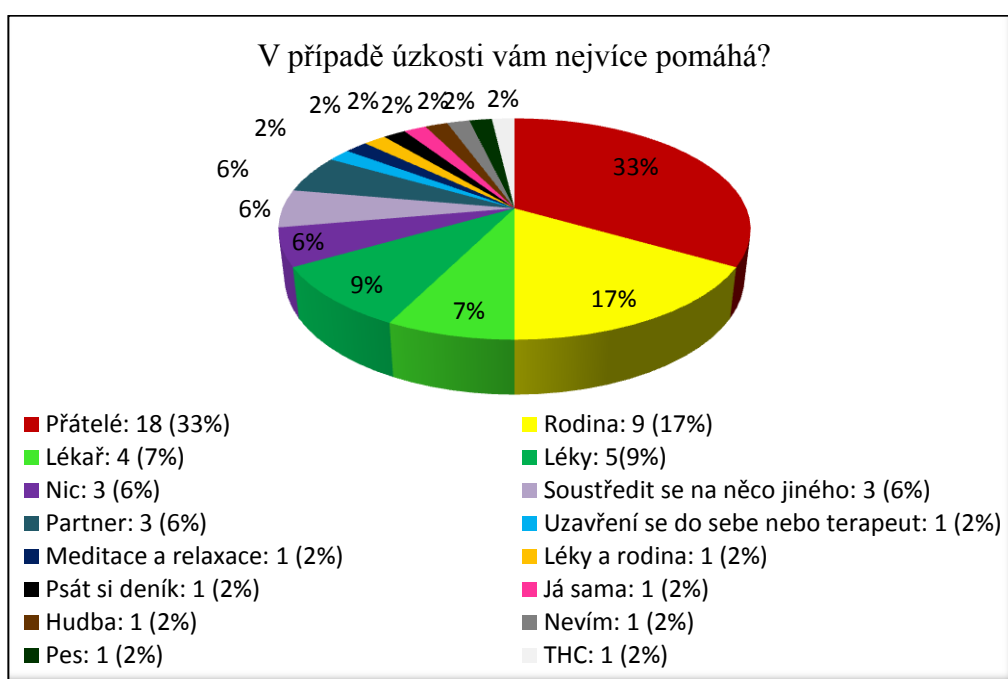
Z celkového množství respondentů 33 (61.11 %) odpovědělo, že úzkost měla velký vliv na jejich společenský život, 17 (31.48 %) uvedlo malý vliv, 1 (1.85 %) žádný vliv a 3 respondenti (5.56 %) uvedli nevím.

Formulaci společenský život jsem uvedla záměrně. Každý respondent si pod tímto pojmem představí pro sebe související soubor činností a aktivit, který poukazuje na jeho fungování ve společnosti. Např. sociální kontakty, trávení času s přáteli, kulturní vyžití apod.

To, že by úzkost neměla žádný vliv nebo to respondent nedokáže posoudit, uvedli 4 respondenti z 54. Ostatní se téměř většinově shodli na tom, že je úzkost nějakým způsobem více či méně ovlivňuje v jejich společenském životě. Zde by bylo asi vhodné uvést, zda tento vliv je pozitivní nebo negativní, ale předpokládám, že jde o negativní vliv.

V následujícím grafu č. 13 (V případě úzkosti vám nejvíce pomáhá?) 13 z respondentů, kteří uvedli, že úzkost má velký vliv na jejich společenský život, odpověděli: přátelé. Ve své praxi jsem se shledala s lidmi, kteří trpěli úzkostnými stavy a uváděli právě tento problém: Bylo pro ně velice náročné udržovat pravidelný kontakt se svými přáteli i přesto, že se v jejich přítomnosti cítili lépe. Byli tím vyčerpaní.

Graf č. 13. V případě úzkosti vám nejvíce pomáhá?



zdroj: <http://problemove-oblasti-zivota-li.vyplnto.cz>

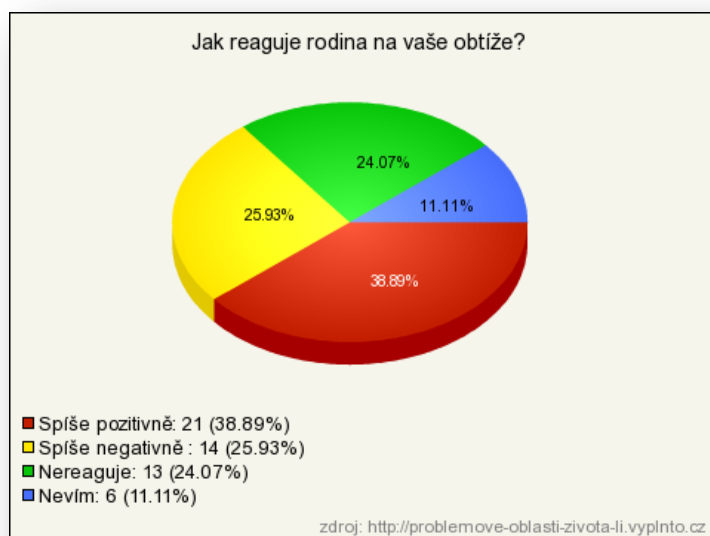
Respondent zvolil jednu z nabízených odpovědí nebo napsal odpověď vlastními slovy. 18 respondentů (33 %) uvedlo přátele, 9 respondentů (17 %) odpovědělo: rodina, 4 respondenti (7 %): lékař. Další respondenti uvedli odpověď vlastními slovy.

Překvapilo mě, že pouhých 9 respondentů (17 %) z 54 uvedlo, že jim nejvíce pomáhá rodina i přesto, že v grafu č. 9. (Momentální zázemí) odpovědělo 22 respondentů (41 %), že žijí s rodiči, a 10 respondentů (18 %) uvedlo, že žijí s manželem/manželkou.

17 z 18 respondentů, kteří uvedli, že jim v případě úzkosti nejvíce pomáhají přátelé, žijí s rodinou. Graf tedy ukazuje, že nadpoloviční většina respondentů, žijících s rodinou, má jiné podpůrné aspekty, které jim pomáhají zvládat úzkost, než je právě jejich rodina.

Dalším překvapením pro mě bylo, že jeden z respondentů uvedl, že mu nejvíce pomáhá THC. Tetrahydrocannabinol je složkou marihuany. Patří mezi psychoaktivní látky. Tento respondent uvedl odpověď velký vliv u otázek: Mají úzkosti vliv na vaše zaměstnání? Mají úzkosti vliv na vaši ekonomickou situaci? Mají úzkosti vliv na váš rodinný stav? Má úzkost vliv na váš společenský život? Mají úzkosti vliv na vaše trávení volného času? A celkově se necítil být spokojen se svým životem.

Graf č. 14. Jak reaguje rodina na vaše obtíže?

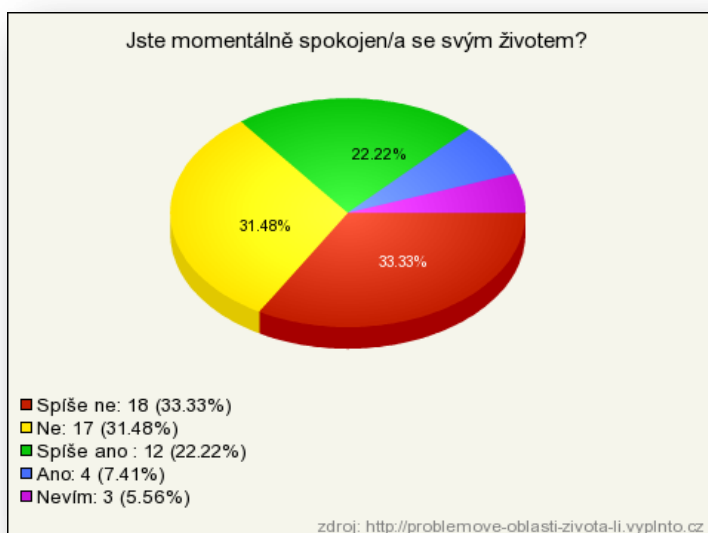


Na tuto otázku odpovědělo 21 respondentů (38.89 %): spíše pozitivně, 14 (25.93 %) uvedlo: spíše negativně, 13 (24.07 %) uvedlo: nereaguje a odpověď: nevím zvolilo 6 respondentů (11.11 %).

8 ze 14 respondentů, kteří uvedli, že jejich rodina reagovala na jejich obtíže spíše negativně, uvedli v grafu č. 9 (Momentální zázemí), že žijí s rodiči. 4 respondenti, kteří uvedli, že jejich rodina reaguje spíše negativně, uvedli, že žijí s manželem/manželkou. A zbývající 2 respondenti, kteří uvedli, že jejich rodina reaguje spíše negativně, uvedli, že žijí s partnerem. Dle výsledků žili všichni respondenti, kteří uvedli, že rodina reaguje na jejich obtíže spíše negativně, v jedné domácnosti s rodiči, partnerem nebo manželem/manželkou. Negativní pocity ze strany rodiny tedy vnímají pouze respondenti, kteří s rodinou žijí, což by mohlo vysvětlovat, proč v grafu č. 13 (V případě úzkosti vám nejvíce pomáhá?) zvolili tyto respondenti odpověď: přátelé.

4 respondenti, kteří žili s rodiči, uvedli, že jejich rodina reaguje spíše pozitivně. 7 uvedlo, že rodina na jejich obtíže nereagovala. 5 respondentů, kteří žili s manželem/manželkou uvedlo, že jejich rodina reaguje spíše pozitivně. 7 respondentů žilo s partnerem. Odpověď nereaguje, není nijak hodnotově zabarvená, může tedy znamenat např. projev lhostejnosti nebo naopak pro respondenta žádoucí stav, kdy nereagování je to, co respondent od rodiny vyžaduje nebo to, co značí, že úzkost na jeho rodinu nemá takový vliv, aby na ni musela nějak reagovat.

Graf č. 15. Jste momentálně spokojen/á se svým životem?



Odpověď ne zvolilo 17 respondentů (31.48 %), spíše ne odpovědělo 18 respondentů (33.33 %), 4 respondenti (7.41 %) odpověděli: ano. Spíše ano uvedlo 12 (22.22 %) a nevím 3 (5.56 %) z celkového počtu 54 respondentů.

11 ze 17 respondentů, kteří odpověděli: ne, byli svobodní. 11 žilo s rodiči. 9 neužívalo léky potlačující úzkost a 8 léky užívalo. 12 uvedlo, že má úzkost velký vliv na jejich společenský život a rodinný stav. 7 respondentů bylo studentů, 7 zaměstnaných a 3 byli nezaměstnaní.

11 respondentů z 18 respondentů, kteří uvedli: spíše ne, bylo zadaných. 9 žilo s rodiči. 7 bylo nezaměstnaných. 9 užívalo léky potlačující úzkost a 9 léky potlačující úzkost neužívalo.

6 z 12 respondentů, kteří uvedli: spíše ano, užívalo léky potlačující úzkost, 7 léky neužívalo. 2 respondenti byli svobodní. 7 bylo zaměstnaných a 4 studenti.

2 ze 4 respondentů, kteří odpověděli: ano, užívalo léky, 2 respondenti léky neužívali. Všichni 4 respondenti byli zadaní a žili s partnerem. Zaměstnaní byli 2 respondenti, jeden student a jeden nezaměstnaný. Podrobnější rozbor tohoto grafu poukazuje na to, že vliv na to, jak respondenti hodnotili svůj život, neovlivňovaly užívané léky ani zaměstnání, ale převážně rodinný stav, momentální zázemí nebo trávení volného času (viz Graf č. 16).

Graf č. 16. Mají úzkosti vliv na vaše trávení volného času?



Z celkového počtu respondentů odpovědělo 31 (57.41 %), že úzkost má velký vliv na jejich trávení volného času, 18 (33.33 %) uvedlo malý vliv, 4 (7.41 %) žádný vliv a 1 respondent (1.85 %) uvedl: nevím.

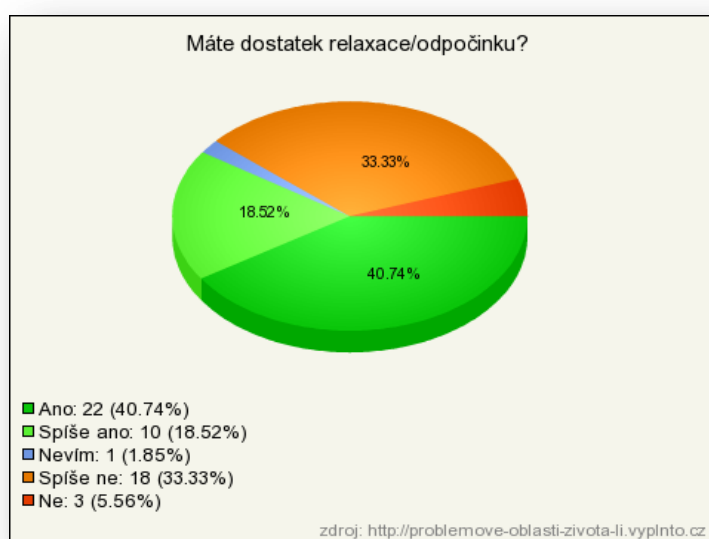
20 z 31 respondentů, kteří uvedli, že úzkost má velký vliv na jejich trávení volného času, odpovědělo v grafu č. 15 (Jste momentálně spokojen/á se svým životem?), že nejsou spokojeni se svým životem nebo spíše nejsou spokojeni. Z těchto respondentů pociťuje 17, že u nich přetrvávají pocity úzkosti, 12 uvedlo: někdy a 2 uvedli: ne. 18 užívá léky potlačující úzkost a 13 léky neužívá.

Přibližně stejný počet respondentů, kteří odpověděli, že úzkost má vliv na jejich volný čas, bylo zaměstnaných/nezaměstnaných.

11 z 18 respondentů, kteří uvedli, že úzkost má malý vliv na jejich trávení volného času, uvedlo, že nejsou nebo spíše nejsou spokojeni se svým životem. 8 respondentů bylo spokojeno nebo spíše spokojeno se svým životem. 8 respondentů uvedlo, že stále měli pocity úzkosti a 10 jen někdy.

Většina respondentů pociťuje, že úzkost má vliv na jejich trávení volného času. Opět se zde ukázalo, že léky zde nemají vliv, ale rozhodující je subjektivně prožívaná úzkost, která u těchto respondentů přetrvává, a spokojenost se životem.

Graf č. 17. Máte dostatek relaxace/odpočinku?



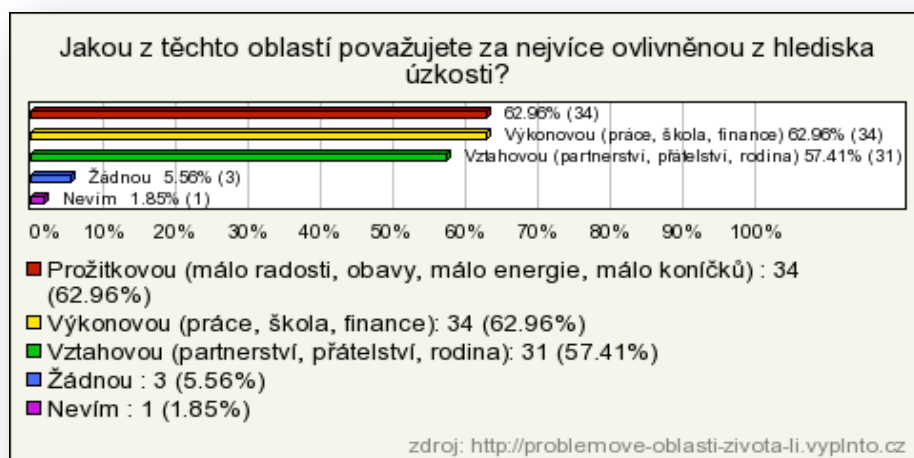
Ano uvedlo 22 respondentů (40.74 %), spíše ano: 10 (18.52 %), nevím odpověděl 1 respondent (1.85 %), 18 (33.33 %) uvedlo: spíše ne a 3 respondenti (5.56 %) odpověděli: ne.

10 z 22 respondentů, kteří odpověděli, že mají dostatek odpočinku/relaxace, odpovědělo v grafu č. 16 (Mají úzkosti vliv na vaše trávení volného času?), že úzkost měla velký vliv na jejich trávení volného času. 7 odpovědělo: malý vliv. V grafu č. 12 (Má úzkost vliv na váš společenský život?) uvedlo 8 z respondentů, že úzkosti mají malý vliv, a 10 uvedlo velký vliv.

5 respondentů, kteří uvedli: spíše ano, udali, že úzkost měla velký vliv na jejich trávení volného času. 5 uvedlo, že malý vliv. 7 uvedlo, že úzkost měla velký vliv na jejich společenský život a 2 uvedli malý vliv. 5 respondentů, kteří odpověděli: spíše ne, pocítovali, že úzkost má malý vliv na jejich trávení volného času. 13 uvedlo, že velký vliv. 11 uvedlo, že úzkost má velký vliv na jejich společenský život, a 6 udalo malý vliv. 2 z 3 respondentů, kteří uvedli: ne, odpověděli, že úzkost má velký vliv na jejich trávení volného času. 1 respondent uvedl malý vliv. Ale všichni 3 uvedli, že úzkost má velký vliv na jejich společenský život.

Tento graf nepotvrdil, ale ani nevyvrátil spojitost trávení volného času se společenským životem. Většina respondentů vnímá svůj odpočinek/relaxaci jako dostatečnou.

Graf č. 18. Jakou z těchto oblastí považujete za nejvíce ovlivněnou z hlediska úzkosti?



Respondent zvolil minimálně 1 a maximálně 3 varianty z nabízených odpovědí. Výsledky tohoto grafu jsou téměř vyrovnané, jelikož respondenti mohli zvolit více než jednu odpověď. Respondenti hodnotili jednotlivé oblasti jako celky. Pokud se ale podíváme na předchozí výsledky, je znát, že některé tyto oblasti byly pro respondenty (z jejich subjektivního pohledu) více ovlivněny než jiné, ale zde ve shrnutí se to neprojevilo.

Respondenti, kteří uvedli: žádnou, uváděli v průběhu celého výzkumu, že je úzkost nijak neovlivňuje, také neužívají léky potlačující úzkost. Je tedy možné, že pokud někdy zažili nějakou úzkostnou ataku nebo situaci, která je na delší dobu zúzkostňovala, považují se za úzkostné, ale žádnou z uvedených úzkostných poruch netrpí.

- 11 respondentů uvedlo kombinaci: výkonovou/prožitkovou.
- 10 respondentů zvolilo všechny oblasti.
- 9 respondentů uvedlo kombinaci: prožitkovou/vztahovou.

- 8 respondentů uvedlo kombinaci: výkonovou/vztahovou.
- 4 respondenti uvedli pouze oblast výkonovou.
- 4 respondenti uvedli pouze oblast prožitkovou.
- 4 respondenti zvolili pouze oblast vztahovou.

Tabulka č. 1. Seřad'te podle toho, jak moc problematické pro vás tyto oblasti v důsledku úzkosti jsou.

Odpověď	Hodnota	Průměrné pořadí
Somatické projevy úzkosti	4.352	1
Přátelé a sociální kontakty	4.352	1
Práce	4.611	2
Odpočinek a uvolnění	4.815	3
Příjemné prožitky a zážitky	4.889	4
Partnerské vztahy	4.944	5
Volnočasové aktivity	5.241	6
Rodina	5.704	7
Finanční situace	6.093	8

zdroj: <http://problemove-oblasti-zivota-li.vyplnto.cz>

Respondent u každé z nabízených odpovědí určil jedinečné pořadí (Nejvíce problematické 1 x nejméně problematické 9). Jak jsem již uváděla v teoretické části této práce, somatické projevy patří mezi nejvíce nepříjemné komplikace úzkosti, které jsou většinou i hybnou silou k vyhledání odborníka. Tyto projevy jsou spjaty s pocity úzkosti. V grafu č. 11 (Přetrvávají u vás pocity úzkosti?) zvolilo 27 respondentů (50 %) odpověď: ano a 24 (44.44 %): někdy.

Přátelé a sociální kontakty jsou na prvním místě společně se somatickými projevy úzkosti i přesto, že v grafu č. 13 (V případě úzkosti vám nejvíce pomáhá?), zvolilo odpověď přátelé 18 respondentů (33 %). Zajímavé je, že respondenti na druhé místo společně umístili práci, ale ekonomickou situaci dali až na poslední místo. Myslím si, že pro ně tedy nebylo obtížné si najít odpovídající zaměstnání, aby to ovlivnilo i jejich ekonomickou situaci, ale obtíže cítí spíše při fungování ve své profesi, zvládání každodenní zátěže při pracovním nasazení, ve vztazích na pracovišti atp.

Na třetím místě je odpočinek a uvolnění. V grafu č. 17 (Máte dostatek relaxace/odpočinku?), uvedlo ano 22 respondentů (40.74 %), spíše ano 10 (18.52 %), nevím odpověděl 1 respondent (1.85 %), 18 (33.33 %) uvedlo spíše ne a 3 respondenti (5.56 %) odpověděli ne. Proto si myslím, že je respondenty odpočinek vnímán jako dostatek volného času, který netráví žádnou aktivitou, což ale neznamená uvolnění, tedy to nemusí vždy přinášet obnovení sil a nemusí to být spojeno s příjemným prožitkem. V důsledku úzkosti mohou nemocní trávit dlouhé časy pouze zkoumáním vlastních projevů nemoci nebo pasivním odpočinkem, který jim ovšem nepřináší uvolnění, ale pouze prohlubuje jejich nepříjemné pocity, protože pozornost není odvedena na nějakou příjemnou nebo smysluplnou činnost.

Na předposledním místě je uvedena rodina. V grafu č. 8 (Mají úzkosti vliv na váš rodinný stav?), uvedlo 26 respondentů (48.15 %) velký vliv, 19 (35.19 %) uvedlo malý vliv, 8 (14.81 %) žádný vliv a 1 (1.85 %) nevím. Téměř polovina respondentů pocítuje, že úzkost negativně ovlivňuje jejich rodinný stav, ať jsou zadaní nebo jsou svobodní. Myslím si, že toto pořadí bylo rodině dáno hlavně z důvodu, že respondenti vnímají vliv úzkosti na svůj rodinný stav, ale pokud se o této oblasti hovoří obecně, pokládají za běžné, že lidé mají v této oblasti problémy a vnímají rodinu trochu automaticky, tedy nepřikládají jí takový důraz jako např. sociálním kontaktům nebo zaměstnání. Rodina je kompenzována v partnerských vztazích původní rodinou nebo naopak, ale zaměstnání je každodenní nutností pro většinu populace a sociální kontakty, uvolnění nebo volnočasové aktivity jsou to, co obecně vnímáme jako potřebné k tomu, aby byl člověk šťastný a spokojený, obzvláště v dnešní době, kdy je kladen takový důraz na individuální blaho.

6.4 Shrnutí dotazníkového šetření, diskuze

Tento dotazník jsem vytvořila záměrně přímo pro tuto práci, abych doplnila, potvrdila nebo třeba i vyvrátila, jaké oblasti vnímají lidé s úzkostnými poruchami jako problematické. Respondentů, kteří byli ochotni mi dotazník bezkontaktně vyplnit, bylo 54, proto nelze z výsledků usuzovat žádné obecně platné závěry, ale pomohlo mi to alespoň částečně si utřídit informace, které jsem získala kompilací odborných zdrojů a zkušenostmi z praxe.

Zhodnocení hypotéz:

1. Lidé s úzkostnou poruchou vnímají negativní dopady úzkosti na svůj rodinný stav. Ano, tato hypotéza se potvrdila. Touto oblastí jsem se přímo zabývala u grafu č. 8, grafu č. 14 a tabulky č. 1. Nepřímo jsem se jí dotkla také u grafu č. 9, grafu č. 13 a grafu č. 7. Jelikož více než polovina respondentů uvedla stav zadaný/zadaná nebo vdaná/ženatý, negativní dopady nejspíše pocítují až ve vztahu spíše než při navazování vztahu. Otázkou rodinných vztahů jsem se dále zabývala také v závěru práce.

2. Lidé s úzkostnou poruchou vnímají negativní dopady úzkosti na své trávení volného času, tzn. volnočasové aktivity, společenský život, relaxace, sociální kontakty. Ano, tato hypotéza se potvrdila. Na tuto otázku respondenti přímo odpovídali v grafu č. 16. Shrnula jsem pod pojem trávení volného času pro tyto účely i to, co je možné ve volném čase dělat - a to, na co se vztahoval dotazník. Patří sem graf č. 12 a také tabulka č. 1, kde tyto oblasti podrobněji popisují.

3. Úzkostné poruchy negativně ovlivňují kvalitu života. Zohlednila jsem dostupné informace, které poukazují na to, že v oblasti zdraví (somatické obtíže), rodiny, vztahů, práce a volnočasových aktivit respondenti pocítují, že je úzkost negativně ovlivňuje. Každý vnímá a hodnotí subjektivně kvalitu svého života – dle svých vlastních hodnot, cílů a zvyklostí. Pokud bychom objektivně chtěli zhodnotit kvalitu života dle různých uznávaných faktorů, jako jsou sociální, zdravotní, ekonomické nebo materiální podmínky, došli bychom k závěru, že dle výsledků se potvrdila hypotéza, že úzkostná porucha má negativní dopad na kvalitu života.

Nejvíce mě překvapilo, že vliv na to, jak respondenti hodnotili spokojenost se svým životem, neovlivňovaly tolik užívané léky ani zaměstnání, ale převážně rodinný stav, momentální zázemí a trávení volného času.

Nejpodstatnějším zjištěním, ke kterému jsem v důsledku dotazování dospěla, bylo, že většina respondentů, která žila s rodiči nebo s manželem/manželkou, neuváděla rodinu jako zdroj svých sil, který jim pomáhá zvládat úzkost. Respondenti ve větší míře poukazují na to, že úzkostné poruchy velice silně zasahují jejich partnerské a rodinné vztahy. Dle výsledků žili všichni respondenti, kteří uvedli, že rodina reaguje na jejich obtíže spíše negativně, v jedné domácnosti s rodiči, partnerem nebo manželem/manželkou.

Další dle respondentů silně ovlivněnou oblastí z hlediska úzkosti byl volný čas. Tuto oblast jsem již více rozvedla u tabulky č. 1. Dotazník nepotvrdil, že by respondenti pocíťovali, že by úzkost měla zásadní vliv na jejich ekonomickou situaci, ale vliv na zaměstnání nebyl zanedbatelný. Proto si myslím, že bylo potvrzeno, že úzkostné poruchy vedou ke snížení pracovní schopnosti, komplikují zaměstnání, ale ne do takové míry, aby respondenti zaměstnání opouštěli.

Velký podnět k diskuzi bych viděla v grafu, který jsem již zmiňovala. Jde o otázku medikace, která je dle mého názoru stále nejvíce využívaným způsobem řešení úzkostných stavů. Zde tato diskuze vyvstala v podstatě mimoděk, sama jsem předtím nad touto otázkou více neuvažovala, ale po tomto výzkumu si myslím, že by bylo dobré na toto téma dále rozvíjet komunikaci: problematika snížení úzkostných stavů v důsledku medikace nebo psychoterapie. V této práci se vyvrátilo, že by respondenti, kteří užívají medikaci, hodnotili méně negativně dopady úzkosti na svůj život.

7. Závěr

Závěrem bych ráda zhodnotila a shrnula svou práci. Hlavním cílem mé práce bylo zjistit a popsat problematické životní oblasti lidí s úzkostnou poruchou se zaměřením na výkonové, prožitkové a vztahové problémy. Snažila jsem se tyto problematické oblasti nastínit již v počátečních kapitolách, kde jsem se zabývala jednotlivými typy poruch a jejich projevy. Jelikož by popisování psychosociálních dopadů na kvalitu života jedince s úzkostnou poruchou vyšlo na jednu takovou další práci, popsala jsem ve 3. kapitole alespoň ty oblasti, které jsou z mého pohledu pro život člověka s úzkostí nejzásadnější z hlediska ovlivnění kvality života.

Mým dalším cílem bylo pokusit se pomocí dotazníků zjistit, jak lidé s úzkostnou poruchou vnímají nebo nevnímají úskalí a dopady této nemoci na svůj život, v jakých oblastech a zda je dokážou reflektovat. Výsledky dotazníků nepovažuji za obecně platné, ale myslím, že mi pomohly více nahlédnout do problematiky. Na základě výsledků by se dalo např. zvážit, v jaké oblasti by bylo nejvhodnější a nejžádanější posílit podporu, která by mohla vést ke zkvalitnění života.

Po informacích získaných v tomto dotazování bych zaměřila pozornost více i na práci s rodinou nemocného. Lidé s úzkostnou poruchou bývají pro soužití, ať už jako partneři nebo rodinní příslušníci, nároční. Rodina pro ně může být velikým „pohonem“, ale dlouhodobé zvládání úzkosti může být pro obě strany tak náročné, že to vede ke konfliktům, špatné komunikaci, vzájemnému nepochopení nebo odcizení. Proto si myslím, že by bylo vhodné v této oblasti nabídnout více pomoci, aby se rodina zvládla lépe vyrovnávat se zátěží.

Někdy by mohla pomoci jen lepší informovanost nebo podpora při sestavení určité strategie zvládnání, kterou by členové mohli společně přijmout za vlastní. Rodina by tak mohla u těchto lidí na sebe vzít podobu vhodné podpory, která by ale zároveň neztěžovala situaci a nezbavovala nemocného jeho vlastních sil. Nevím, do jaké míry funguje poradenství pro rodinu v běžné péči o lidi trpící úzkostnou poruchou, ale vnímám tuto oblast jako silně ovlivněnou v důsledku úzkosti a zároveň zásadní pro plnohodnotný život, proto by jí měla být věnována dostatečná péče.

Myslím si, že se mi podařilo splnit cíle, které jsem si předsevzala. Slabou stránku bych viděla ve stručnosti kapitoly, která se zabývá léčbou. Tato oblast je rozsáhlá a dle mého názoru podstatná, ale cíl mé práce ji nezahrnoval a také nepatří do oblastí, ve kterých bych se dobře orientovala. K tématům, která by dle mého názoru bylo ještě dobré doplnit, patří určitá síť nabízených sociálních služeb a forem pomoci a podpory. Dále bych přidala informace o ostatních úzkostných poruchách, které jsem z důvodu rozsahu nezařadila. V práci jsem uvedla pouze ty poruchy, se kterými se lze v praxi často setkat a o kterých jsem našla ucelené informace v odborné literatuře.

Při psaní této práce jsem si uvědomila například to, že pokud respondent odpoví, že je zaměstnán, není to ukazatel toho, že oblast zaměstnání není v důsledku úzkosti ovlivněna. Taktéž je to v případě, že odpoví, že je zadaný. Je tedy důležité plně naslouchat tomu, co nám druhý říká, doptávat se, číst mezi řádky a dávat zpětnou vazbu, abychom si situaci mohli správně interpretovat. Další zkušeností, kterou jsem při kontaktu s lidmi s úzkostnou poruchou získala, je, že se cítí zranitelní, pokud mají mluvit o svých obtížích. Při rozhovorech a tvorbě kazuistik jsem musela postupovat po malých krůčcích. Rozhodnutí klientů, kteří si nepřáli, abych jejich životní příběh zpracovala, respektuji.

8. Seznam literatury a použitých zdrojů

1. HONZÁK, R. et al., *Úzkostný pacient*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 180 s.
ISBN 80-7262-367-2.
2. JANÍČEK, J., *Když úzkost bolí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 208 s.
ISBN 978-80-7367-366-6.
3. KEBZA, V., *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5
4. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
5. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. 1.vyd..Praha: Grada Publishing, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5
6. PAYNE, J. et al., *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton 2005. 630 s.
ISBN 80-7254-657-0
7. PRAŠKO, J., *Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. 84 s. ISBN 978-80-7262-631-1
8. PRAŠKO, J., KOSOVÁ, J., *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a deprese*. 1.vyd. Praha: Triton, 1998. 234 s. ISBN 80-85875-46-2.
9. PRAŠKO, J., ONDRÁČKOVÁ, I., ŠÍPEK, J., *Panická porucha a jak ji postupně překonávat: příručka pro trpící záchvaty úzkosti*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997. 134 s. ISBN 80-85121-65-4.

10. PRAŠKO, J., PAŠKOVÁ, B., PRAŠKOVÁ, J., ZÁLESKÝ, R., *Nadměrné obavy o zdraví: rady pro klienta a jeho rodinu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-881-3.
11. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., *Jak zvládat paniku a strach cestovat*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 216 s. ISBN 80-7169-664-1.
12. PRAŠKO, J., *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 416 s. ISBN 80-7178-997-6.
13. PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J., *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 232 s. ISBN 80-7367-410-6.
14. SVOBODA, M., ČECHOVÁ, E., KUČEROVÁ, H., *Psychopatologie a psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
15. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Elektronické zdroje

16. Anxietycentre: *Anxiety, panic, anxiety disorders, stress, depression, phobias and sleep disorders: For Family and Friends* [online]. [cit. 29. 5. 2012]. Dostupné z: <http://www.anxietycentre.com/family-and-friends.shtml>
17. Anxietycentre: *Anxiety Symptoms, Anxiety Attack Symptoms (Panic Attack Symptoms), Symptoms of Anxiet*. [online]. [cit. 30. 5. 2012]. Dostupné z: <http://www.anxietycentre.com/anxiety-symptoms.shtml>

9. Přílohy

Příloha č. 1:

Dotazník:

Dobrý den, prosím Vás o vyplnění dotazníku zaměřeného na problémové oblasti života lidí s úzkostnou poruchou, fobickými poruchami a obsedantně- kompulzivní poruchou. Víím, že některé informace, které žádám, jsou osobní, ale dotazník je anonymní a jeho vyplněním mi velice pomůžete k vypracování bakalářské práce na VŠ ETF UK. Mým cílem je zjistit v jaké oblasti Vašeho života nejvíce pociťujete dopady úzkosti. Dotazník je hromadný pro více respondentů a bude zpracován pouze na data, která nebudou spojována s Vaší osobou. Děkuji za Váš čas a pomoc
Kateřina Karásková.

- 1) Pohlaví- muž žena
- 2) Věk-
- 3) Dosažené vzdělání-
 - a) základní
 - b) vyučen/střední
 - c) vysokoškolské
- 4) Momentální stav-
 - a) student
 - b) nezaměstnaný/á
 - c) v dlouhodobé pracovní neschopnosti
 - d) zaměstnaný

- 5) Mají úzkosti vliv na vaše zaměstnání?
- a) žádný vliv
 - b) malý vliv
 - c) velký vliv
 - d) nevím
- 6) Mají úzkosti vliv na vaši ekonomickou situaci?
- a) žádný vliv
 - b) malý vliv
 - c) velký vliv
 - d) nevím
- 7) Rodinný stav-
- a) svobodný/á
 - b) zadaný/á
 - c) ženatý/vdaná
 - d) rozvedený/á
 - e) vdovec/vdova
- 8) Mají úzkosti vliv na váš rodinný stav?
- a) žádný vliv
 - b) malý vliv
 - c) velký vliv
 - d) nevím
- 9) Momentální zázemí-
- a) žijí s rodiči
 - b) žijí s manželem/manželkou
 - c) žijí s partnerem
 - d) žijí sám
 - e) žijí s přáteli

f) jiné

10) Užíváte léky potlačující úzkost? Ano Ne

11) Přetrvávají u vás pocity úzkosti?

a) ano

b) někdy

c) ne

d) nevím

12) Má úzkost vliv na váš společenský život?

a) žádný vliv

b) malý vliv

c) velký vliv

d) nevím

13) V případě úzkosti vám nejvíce pomáhá....?

a) rodina

b) přátelé

c) lékař

d) jiné

14) Jak reaguje rodina na vaše obtíže?

a) nereaguje

b) spíše pozitivně

c) spíše negativně

d) nevím

15) Jste momentálně spokojen/a se svým životem?

a) spíše ano

b) ano

c) spíše ne

d) ne

e) nevím

16) Mají úzkosti vliv na vaše trávení volného času?

- a) žádný vliv
- b) malý vliv
- c) veliký vliv
- d) nevím

17) Máte dostatek relaxace/odpočinku?

- a) spíše ano
- b) ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

18) Jakou z těchto oblastí považujete za nejvíce ovlivněnou z hlediska úzkosti?

- a) vztahovou (partnerství, přátelství)
- b) výkonovou (práce, škola, finance)
- c) prožitkovou (málo radosti, obavy, málo energie, málo koníčků)
- d) žádnou
- e) nevím

19) Seřad'te podle toho, jak moc problematické pro vás tyto oblasti v důsledku úzkosti jsou. (Nejvíce problematické 1 x nejméně problematické 9)

Somatické projevy úzkosti

Partnerské vztahy

Rodina

Práce

Odpočinek a uvolnění

Příjemné prožitky a zážitky

Volnočasové aktivity

Přátelé a sociální kontakty

Finanční situace